

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.

Απρίλιος - Μάιος - Ιούνιος 2018 #52



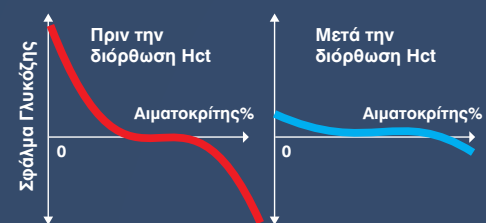
- ▶ Συνέντευξη της Ελένης Αναστασίου, Γιατρού - Ενδοκρινολόγου, Διδάκτορος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και Διευθύντριας ΕΣΥ, Επιστημονικά Υπεύθυνης του Ενδοκρινολογικού Τμήματος και του Διαβητολογικού Κέντρου του ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»
- ▶ Κυστική ίνωση και διαβήτης
- ▶ Στοματική υγεία σε παιδιά και εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1
- ▶ Τσιμπήματα το καλοκαίρι
- ▶ Διασκέδαση και διαβήτης στις διακοπές για τους νέους
- ▶ Η «μαγεία» των Μετεώρων

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

On-Call® Vivid

Σύστημα Μέτρησης Γλυκόζης Αίματος

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



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

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

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



Σκαρφιστήρες και βελόνες ινσουλίνης τύπου πέννας υψηλής τεχνολογίας

Ποιότητα από την Σκανδιναβία

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

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

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

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



Πληρεί τις τελευταίες προδιαγραφές ISO15197:2013

WinMedica
Serving Health for Life

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

Η αξιόπιστη λύση για την υγεία σας

ACCU-CHEK® Instant

Roche

Accu-Chek Instant: Πάντα στο πλευρό σας



Καλωσόρισες
εφαρμογή
Connect

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

Λήψη στο
App Store

ΑΠΟΚΤΗΤΕ ΤΟ ΣΤΟ
Google Play

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

Το 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 πηκτική 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 Μούσση, ενδοκρινολόγος, διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Αλεξάνδρα Μπαργιώτα, επίκουρη καθηγήτρια παθολογίας-ενδοκρινολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

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

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

Κωνσταντίνος 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.

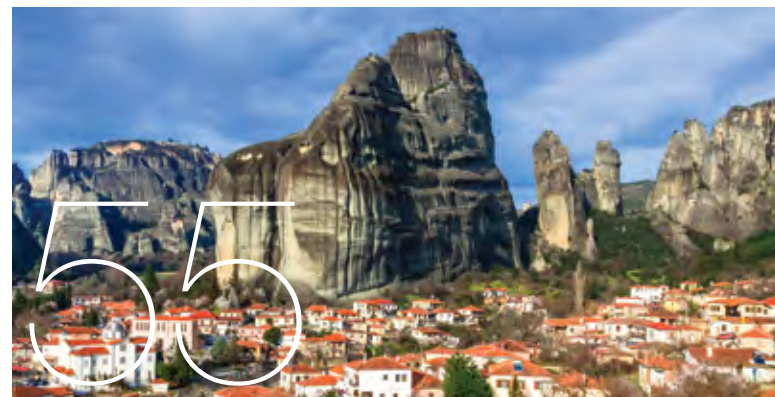
Έτσι, η εταιρεία μας, θα συνεισφέρει με ποσοστό πλέον του **2,5% στο σύνολο των ελληνικών εξαγωγών**, πραγματοποιώντας ένα άλμα εξωστρέφειας, για την ανάπτυξη και το μέλλον της χώρας μας.



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



16



55



42



8



24

6 EDITORIAL
8-14 ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΤΗΣ ΕΛΕΝΗΣ
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ,
ΠΑΤΡΟΥ - ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΥ,
ΔΙΔΑΚΤΟΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΑΘΗΝΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑΣ ΕΣΥ,
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΗΣ ΤΟΥ
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ
ΚΕΝΤΡΟΥ ΤΟΥ ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

16-20 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΚΑΙ
ΔΙΑΒΗΤΗΣ

24-28 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ
ΕΛΕΓΧΟΣ
ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΕ
ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ
ΤΥΠΟΥ 1

30-35 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΥΛΛΟΓΟΥ
ΕΝΩΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ
ΚΑΙ ΝΕΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ

36-38 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΑΜΥΝΑ
ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΩΝ ΦΥΤΙΚΩΝ
ΙΝΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

40-41 ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ
ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ
ΣΤΙΣ ΔΙΑΚΟΠΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ
ΝΕΟΥΣ

42-43 ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ
ΤΣΙΜΠΗΜΑΤΑ ΤΟ
ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ

46-48 ΔΙΑΒΗΤΗΣ Η ΑΙΤΙΑ
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ
ΚΑΙ ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΕΣ
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

50-54 ΥΘΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ
ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ
ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ
ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ

55-58 ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ
Η «ΜΑΓΕΙΑ» ΤΩΝ
ΜΕΤΕΩΡΩΝ

59-60 ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ

61 ΣΗΜΕΙΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

62-63 ΧΡΗΣΤΙΚΑ
ΟΔΗΓΟΣ
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΩΝ
ΚΕΝΤΡΩΝ

64 ΜΑΣ ΡΩΤΑΤΕ – ΣΑΣ ΑΠΑΝΤΑΜΕ

Αγαπητοί αναγνώστες

Αγαπητοί αναγνώστες



Ο χρόνος κυλάει γρήγορα και ήδη διάγουμε τον πρώτο μήνα του καλοκαιριού, την εποχή που όλοι προσμένουμε με αδημονία αφού σ' αυτή περνάμε παραδοσιακά το μεγαλύτερο μέρος των διακοπών μας. Οι μικρές παραξενιές του καιρού, τις πρώτες εβδομάδες του Ιουνίου, δεν πρέπει και δεν μπορούν να κλονίσουν την στέρεα πεποίθησή μας ότι ήλθε ή πλησιάζει ο καιρός να απολαύσουμε τις θερινές ημέρες της σχολής και της διασκέδασης. Ωστόσο, ο ενθουσιασμός μας δεν πρέπει να αμβλύνει την έγνοια μας για τη λήψη των αναγκαίων μέτρων πρόληψης που επιβάλλει η παρουσία του διαβήτη, ώστε η ξεγνοιασιά και η απόλαυση της θάλασσας ή του βουνού να συνοδεύονται και από καλή ρύθμιση που σακχάρου.

Η επιτροπή έκδοσης του περιοδικού συνεχίζει την προσπάθεια της για έγκαιρη και έγκυρη ενημέρωση των ατόμων με διαβήτη και των οικογενειών τους σχετικά με τις διεθνείς εξελίξεις στην πρόληψη και αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη. Η ενημέρωση αυτή πιστεύουμε ότι ενισχύει σημαντικά τη ζηλευτή προσπάθεια που γίνεται από τους περιφερικούς συλλόγους, μέλη της Ελληνικής Ομοσπονδίας για το Διαβήτη, στο πλαίσιο στήριξης ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη και των συγγενών τους και πρόληψης αυτής της μεταβολικής διαταραχής που έχει καταστεί σύγχρονη επιδημία. Το σημαντικό έργο, τις δυσκολίες και τα τυχόν προβλήματα, των συλλόγων αυτών αποφάσισε η επιτροπή έκδοσης του περιοδικού να προβάλει ξεκινώντας από τον Σύλλογο της Θεσσαλονίκης.

Στο παρόν τεύχος θα βρείτε τις ενδιαφέρουσες απόψεις, για το πρόβλημα του διαβήτη στη χώρα μας, της κ. Αναστασίου, Ενδοκρινολόγου η οποία στην επιστημονική της πορεία αφιέρωσε πολύ χρόνο στη μελέτη του διαβήτη τύπου 1 και ασχολήθηκε ειδικότερα με την ρύθμιση του κατά την κύηση. Επίσης θα βρείτε πληροφορίες που αφορούν στα όρια που πρέπει να τηρούν κατά την διασκέδαση τα άτομα με διαβήτη, ενημέρωση για τις συχνές, κατά του θερινούς μήνες, μυκητιάσεις και τρόπους αντιμετώπισης διαφόρων ενοχλητικών καταστάσεων κυρίως από έντομα. Ιδιαίτερα σημαντικό θεωρώ το άρθρο που αφορά στην υγιεινή του στόματος και χρήσιμη την ενημέρωση για μια δυσάρεστη, αλλά σχετικά σπάνια, συνέπεια του διαβήτη που είναι η διαταραχή της λειτουργίας της ουροδόχου κύστης.

Με την εκτίμηση ότι η πραγματικότητα θα είναι εφάμιλλή της προσδοκίας σας, εύχομαι ευχάριστες διακοπές σε όλους.

Γεώργιος Ν. Κουκούλης,
Αναπληρωτής Καθηγητής Ενδοκρινολογίας
Διευθυντής Σύνταξης

Insupren330

EXTR 3.ME

Η πιο λεπτή βελόνα για πένα!



MADE IN ITALY



PiC Solution.
Ειδικό στην αυτοφροντίδα.



Συνέντευξη της Ελένης Αναστασίου

Γιατρού - Ενδοκρινολόγου,
Διδάκτορος της Ιατρικής Σχολής
του Πανεπιστημίου Αθηνών και
Διευθύντριας ΕΣΥ, Επιστημονικά
Υπεύθυνης του Ενδοκρινολογικού
Τμήματος και του Διαβητολογικού
Κέντρου του ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»



«Το μήνυμά μου είναι ένα: οι γυναίκες με προϋπάρχοντα ΣΔ τύπου 1 ή 2 πρέπει να προγραμματίζουν την εγκυμοσύνη ώστε να έχουν καλή γλυκαιμική ρύθμιση από την αρχή της κύησης και έτσι να αποφεύγονται οι συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου. Στην συνέχεια, με τη συχνή παρακολούθηση επιλύονται τα προβλήματα και ξεπερνιούνται οι φόβοι, γιατί οι μέλλουσες μητέρες είναι διατεθειμένες να κάνουν τα πάντα για να εξασφαλίσουν την υγεία του παιδιού τους.»

Τι ήταν αυτό που σας ώθησε να αγαπήσετε το Σακχαρώδη Διαβήτη και ιδιαίτερα τον τύπο 1;

Ο ΣΔ τύπου 1 είναι ένα χρόνιο νόσημα που συνήθως εμφανίζεται από την παιδική ηλικία. Έτσι, δίνεται η

δυνατότητα για την δημιουργία μιας χρόνιας σχέσης με τον/την ασθενή. Η σχέση αυτή στηρίζεται όχι μόνο στην επιστημονική συνδρομή του γιατρού, αλλά και στην ενεργή συμπαράστασή του για την αντιμετώπιση των διάφορων αντιξοοτήτων που μπορεί να συμβούν στην διάρκεια της ζωής. Επειδή η εξέλιξη τόσο της επιστήμης όσο και της τεχνολογίας είναι αλημάτων έχεις την ικανοποίηση να παρακολουθείς τα άτομα με ΣΔ τύπου 1 να ζουν φυσιολογικά, και αυτό αποτελεί μεγάλη ικανοποίηση που εμπλουτίζει την ζωή σου σε βάθος χρόνου.

Αυτό που χαίρομαι ιδιαίτερα είναι η στενή επαφή που δημιουργείται τόσο στον προγραμματισμό όσο και κατά την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης των γυναικών με ΣΔ1. Η κοινή μεγάλη προσπάθεια, κυρίως της μέλλουσας μητέρας, ανταμείβεται με ένα υγιέστατο μωρό.



Οι προσωπικές διακρίσεις σας και η τιμητική διάκριση των εργασιών σας αποτέλεσαν κίνητρο στη προσπάθειά σας για εξέλιξη στο αντικείμενό σας. Τι κάνει κατά την άποψή σας έναν επιστήμονα να επιδιώξει την προσωπική του εξέλιξη;

Η προσωπική εξέλιξη ταυτίζεται με την έννοια της συνεχούς παρακολούθησης των ιατρικών εξελίξεων. Ένας επιστήμονας και ιδιαίτερα ένας γιατρός δεν μπορεί να επιτελέσει το κλινικό του έργο αν δεν ενημερώνεται συνέχεια και δια βίου. Η ενασχόληση και με επιστημονικές εργασίες, στα κέντρα που έχεις αυτή την δυνατότητα, σου διευρύνουν την ορθολογική/ επιστημονική σκέψη, σε κρατούν επιστημονικά ζωντανή. Αν η εργασία σου διακριθεί έχεις επιπρόσθετη ηθική ικανοποίηση, αλλά δεν αποτελεί κίνητρο για την επαγγελματική σου εξέλιξη στο ΕΣΥ.

Ποιος δάσκαλος, ή συνάδελφος σας, πιστεύετε ότι επηρέασε την μετέπειτα πορεία σας ως γιατρός;

Ο δάσκαλος των ενδοκρινολόγων της γενιάς μου ήταν ο αείμνηστος Διονύσιος Ίκκος, που ίδρυσε την Ενδοκρινολογική Μονάδα του Ευαγγελισμού. Με λαμπρή καριέρα στη

Σουηδία θέλησε να μεταφέρει την επιστημονική και κλινική εμπειρία του στη Ελλάδα. Έγινε το παράδειγμα μας ως προς το ουσιαστικό ενδιαφέρον του για τον ασθενή, τον επιστημονικό τρόπο σκέψης, την εργατικότητα του, τη συνεχή ενασχόληση, αλληλά και την πρόθυπη αυστηρότητα προς τους εκπαιδευόμενους. Δεν μπορώ να μην αναφερθώ και στον αείμνηστο συνάδελφο και αγαπημένο φίλο Χάρη Βασιλόπουλο, που με υπέρμετρη σεμνότητα παρήγαγε ένα πρωτοποριακό έργο στα πλαίσια του ΕΣΥ: τις ομάδες διαβητικών ασθενών. Ο τρόπος που αντιμετώπιζε τους διαβητικούς ασθενείς με έχει σημαντικά επηρεάσει.

Έχοντας διατελέσει επίτιμη επιμελήτρια στο τμήμα Ενδοκρινολογίας – Σακχαρώδη Διαβήτη του ST. THOMAS'S HOSPITAL του Λονδίνου, ποια είναι η εμπειρία που αποκομίσατε από τη συνεργασία αυτή;

Έχοντας την τύχη να εκπαιδευτώ στην Ενδοκρινολογική κλινική του Ευαγγελισμού με τον Ίκκο διευθυντή, όταν πήγα για μετεκπαίδευση στο Λονδίνο στα τέλη της δεκαετίας του '80 στο επιστημονικό επίπεδο δεν παρατήρησα διαφορές. Όμως ο τρόπος οργάνωσης του συστήματος παροχής υγείας ήταν πολύ διαφορετικός. Ο δημόσιος χαρα-

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

ΑΝΕΒΑΣΕ ΕΝΕΡΓΕΙΑ!

ΓΛΥΚΟΖΗ ΤΑΧΕΙΑΣ ΔΡΑΣΗΣ

Τώρα, έχεις στην τσέπη σου κάθε στιγμή τον πιο αποτελεσματικό τρόπο να αναπληρώσεις την ενέργεια του οργανισμού σου, καλύτερα από οποιοδήποτε σνακ ή ρόφημα! Ανακάλυψε τη δύναμη του **ζελ γλυκόζης TRANSCEND™** σε δυο υπέροχες γεύσεις, φράουλα και πορτοκάλι!

- Άμεση και ελεγχόμενη αναπλήρωση ενέργειας
- Γλυκόζη ταχείας δράσης
- Εύκολη χρήση/απορρόφηση σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης
- Πρακτική συσκευασία, εύκολη μεταφορά

ΔΙΑΤΙΘΕΤΑΙ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

κτήρας ήταν πραγματικά δημόσιος, με συνεχή αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος, με ενεργητική παρουσία των άλλων επαγγελματιών υγείας, νοσηλευτριών με εξειδίκευση στο ΣΔ, διαιτολόγων, ποδιάτρων, κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων.

Σύμφωνα με την τεράστια εμπειρία που έχετε στις διαβητικές έγκυες γυναίκες θα θέλαμε να μας πείτε τι πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα οι γυναίκες αυτές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Ποιοι είναι οι φόβοι και τα συνήθη λάθη που κάνουν;

Το μήνυμά μου είναι ένα: οι γυναίκες με προϋπάρχοντα ΣΔ τύπου 1 ή 2 πρέπει να προγραμματίζουν την εγκυμοσύνη ώστε να έχουν καλή γλυκαιμική ρύθμιση από την αρχή της κύησης και έτσι να αποφεύγονται οι συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου. Στην συνέχεια, με τη συχνή παρακολούθηση επιλύονται τα προβλήματα και ξεπερνιούνται οι φόβοι, γιατί οι μέλλουσες μητέρες είναι διατεθειμένες να κάνουν τα πάντα για να εξασφαλίσουν την υγεία του παιδιού τους.

Τι πρέπει να προσέχουν οι γυναίκες που παρουσίασαν διαβήτη κατά τη διάρκεια της κύησης τους στη μετέπειτα ζωή τους;

Οι γυναίκες που εμφάνισαν ΣΔ της κύησης έχουν προδιάθεση εμφάνισης ΣΔ τύπου 2 (επειδή η κύηση με την φυσιολογική ινσουλινοαντίσταση που την συνοδεύει συντέλεσε στο να παρουσιαστεί η προϋπάρχουσα δυσλειτουργία των β-κυττάρων του παγκρέατος που παράγουν την ινσουλίνη). Επομένως οι γυναίκες αυτές πρέπει να μη προσθέσουν και άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες: να διατηρήσουν φυσιολογικό σωματικό βάρος και να ασκούνται (περπάτημα 30 λεπτά, 3 - 4 φορές την εβδομάδα). Επίσης χρειάζεται ετήσια ιατρική παρακολούθηση. Θέλω να τονίσω ότι ο θηλασμός (πάνω από 6 μήνες) προστατεύει όχι μόνο τα παιδιά, αλλά και τις ίδιες από την εμφάνιση ΣΔ τύπου 2.

Η εμφάνιση του διαβήτη κύησης συνδέεται τελικώς με την εμφάνιση διαβήτη τύπου 2 στην ηλικία των 50 ετών και μετά;

Οι γυναίκες με ΣΔΚ, πέντε χρόνια μετά τον τοκετό, παρου-

σιάζουν δεκαπλάσιο σχετικό κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ τύπου 2, σε σχέση με τις φυσιολογικές έγκυες, αλλά και αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ως εκ τούτου απαιτείται η συστηματική παρακολούθηση τους μετά τον τοκετό και στην συνέχεια σε ετήσια βάση.

Τι είναι αυτό που κατά τη γνώμη σας προκαλεί την αύξηση των κρουσμάτων διαβήτη στη χώρα μας. Τι κάνουμε λάθος οι Νεοέλληνες;

Η πανδημία του ΣΔ στην χώρα μας, αλλά και διεθνώς, οφείλεται σε δύο γνωστές σε όλους μας αιτίες: διατροφή (υπερβολική ποσότητα και κακή ποιότητα) και έλλειψη σωματικής δραστηριότητας. Το πρόβλημα είναι γενικό, ιδιαίτερα στα παιδιά, και πρέπει να χαραχθούν από την πολιτεία νέες στρατηγικές σε πολλές κατευθύνσεις για την αντιμετώπιση του.

Οι γυναίκες με ΣΔΚ, πέντε χρόνια μετά τον τοκετό, παρουσιάζουν δεκαπλάσιο σχετικό κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ τύπου 2, σε σχέση με τις φυσιολογικές έγκυες, αλλά και αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ως εκ τούτου απαιτείται η συστηματική παρακολούθηση τους μετά τον τοκετό και στην συνέχεια σε ετήσια βάση.

Ποια είναι τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζετε ως διευθύντρια στο Ενδοκρινολογικό Τμήμα του Διαβητολογικού Κέντρου του ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»;

Το Διαβητολογικό Κέντρο (ΔΚ) του «Αλεξάνδρα» έχει μακρά παράδοση. Περιλαμβάνεται στα πρώτα που ιδρύθηκαν στο ΕΣΥ (1990) με ιδιαίτερη ενασχόληση με το ΣΔ στην

Κάνετε ένεση ινσουλίνης ?

Δεν θα το χρησιμοποιούσατε



οπότε γιατί να χρησιμοποιήσετε αυτό;



μία ένεση = μία βελόνα

- ✓ Λιγότερο επώδυνες ενέσεις¹
- ✓ Μειωμένη μόλυνση της βελόνας¹
- ✓ Μειωμένη βλάβη στο δέρμα σας¹

Συζητήστε με τον ιατρό σας ή τον φαρμακοποιό σας για περισσότερες πληροφορίες.

Φωτογραφίες που δείχνουν την ζημιά στη βελόνα που μπορεί να προκληθεί με την επαναχρησιμοποίηση της.

1. Minkova IV, et al. The risks of repeated use of insulin pen needles in patients with diabetes mellitus. Journal of Diabetes 2011; 1:1-5
BD Logo and BD Micro-Fin are trademarks of Becton, Dickinson and Company. © 2016 BD



ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ
Parapharm International A.E.
Ναυπλίου 17, Τ.Κ. 144 52 Μεταμόρφωση
Τηλ. 210 28 04000, sales@parapharm.gr
ΔΩΡΕΑΝ ΓΡΑΜΜΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:
800 11 79999
www.parapharm.gr



κύηση. Με την πάροδο του χρόνου απέκτησε νοσηλεύτρια και διαιτολόγο εξειδικευμένους στον ΣΔ, καθώς και εργαστήριο με δυνατότητα άμεσης κάλυψης των διαβητικών ασθενών (σακχαραιμικές καμπύλες, HbA1c κλπ). Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του Κέντρου είναι η διατήρηση ηλεκτρονικού αρχείου, όπου καταγράφονται από το 1995 τα στοιχεία των γυναικών που προσέρχονται για έλεγχο ΣΔ κυήσεως (ΣΔΚ). Η επεξεργασία αυτού του αρχείου, που σήμερα περιλαμβάνει περί τις 20.000 γυναίκες, προσφέρει σημαντικά επιδημιολογικά δεδομένα για την επίπτωση του ΣΔΚ στην χώρα μας, την εξέλιξη του και τους προδιαθεσικούς παράγοντες που επιδρούν. Στα τελευταία χρόνια με την ραγδαία αύξηση του προσφυγικού προβλήματος το ΔΚ και το ΓΝΑ Αλεξάνδρα αποτελούν τον κεντρικό χώρο υποδοχής και θεραπευτικής αντιμετώπισής τους. Η προσπάθεια είναι δύσκολη και κυρίως χρονοβόρα, γιατί πρέπει να αναζητηθούν διερμηνείς, κυρίως μέσω ΜΚΟ. Έχουμε εξασφαλίσει γραπτές οδηγίες και διαιτολόγια σε 15 γλώσσες (από Ουρντού μέχρι Κινέζικα). Το κεντρικό πρόβλημα του τμήματος είναι η συνεχής μείωση του ιατρικού, νοσηλευτικού και τεχνολογικού προσωπικού λόγω

συνταξιοδοτήσεων και η μη πρόσληψη νέων που μπορεί να οδηγήσει στα επόμενα δύο χρόνια στην φυσική εξαφάνισή του.

Πιστεύετε πως η ζωή ενός ατόμου με διαβήτη τύπου 1 είναι διαφορετική σε σχέση με παλαιότερα. Πόσο έχουν βοηθήσει οι νέου τύπου ινσουλίνες και οι νέες τεχνολογίες;

Την τελευταία δεκαπενταετία παρατηρούνται συνεχείς θεραπευτικές εξελίξεις, σε συνδυασμό με την ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας, που αφ' ενός εξασφαλίζουν καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση με λιγότερες υπογλυκαιμίες και αφ' ετέρου προσδίδουν στο άτομο με ΣΔ1 μεγαλύτερη ελευθερία στην καθημερινή ζωή. Συγκεκριμένα, τα ανάλογα ινσουλίνης (υπερταχείας, ταχείας και βραδείας δράσης), οι αντλίες ινσουλίνης με ή χωρίς σύστημα συνεχούς καταγραφής γλυκόζης και τελευταία το «υβριδικό τεχνητό πάγκρεας» (αυτόματη χορήγηση ινσουλίνης κατά την διάρκεια της νύκτας) έχουν προστεθεί στην φαρέτρα μας στην σύγχρονη αντιμετώπιση του ΣΔ τύπου 1. 

Βιογραφικό Σημείωμα

Η Ελένη Αναστασίου είναι γιατρός-ενδοκρινολόγος, διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και Διευθύντρια ΕΣΥ, Επιστημονικά Υπεύθυνη του Ενδοκρινολογικού Τμήματος και του Διαβητολογικού Κέντρου του ΓΝΑ «Αλεξάνδρα». Ως υπότροφος του ΙΚΥ εξειδικεύτηκε στον τομέα του Σακχαρώδους Διαβήτη Κυήσεως στο Λονδίνο (Νοσοκομείο St. Thomas's, 1987-89). Τόσο το κλινικό όσο και το ερευνητικό της έργο έχει κυρίως ως αντικείμενο τον Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης. Είναι μέλος του Ευρωπαϊκής Εταιρείας Μελέτης του Διαβήτη (EASD) και της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ADA), καθώς και εκλεγμένο μόνιμο μέλος της Ευρωπαϊκής Ομάδας Μελέτης του Σακχαρώδη Διαβήτη στην Κύηση (DPSG). Επίσης είναι εκπαιδευτρια σε διεθνή μεταπτυχιακά προγράμματα στο ΣΔΚ του EASD. Είναι μέλος της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας (ΕΕΕ), της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ΕΔΕ), και της Ελληνικής Εταιρείας Παχυσαρκίας. Έχει λάβει αναγνώριση ως Εκπαιδευτής, μετά από Ποιοτικό Έλεγχο στην Ενδοκρινολογία, από την Ευρωπαϊκή Ένωση – Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Ενδοκρινολογίας της Ένωσης Ειδικευμένων Γιατρών της Ε.Ε.

Έχει συμμετάσχει σε 52 πλήρεις δημοσιεύσεις σε ξενόγλωσσα περιοδικά (με περί τις 800 αναφορές-citations), στη συγγραφή 36 επιστημονικών βιβλίων, με 110 ανακοινώσεις σε διεθνή συνέδρια (7 ως προσκεκλημένη ομιλήτρια), 138 ανακοινώσεις σε ελληνικά συνέδρια, 137 εισηγήσεις σε επιστημονικά συμπόσια και έχει τιμηθεί με 14 βραβεύσεις εργασιών. Έχει επίσης συμμετάσχει σε 9 Ελληνικά και 6 Διεθνή ερευνητικά προγράμματα.

Περισσότερες επιλογές, λιγότερες θερμίδες.



Γνωρίζουμε πόσο σημαντικό είναι για τους καταναλωτές μας να έχουν επιλογές. Γι' αυτό επενδύουμε σε καινοτόμα προϊόντα με υπέροχη γεύση, με ή χωρίς ζάχαρη, με ή χωρίς καφεΐνη. Για να επιλέγουν οι ίδιοι την Coca-Cola που ταιριάζει με το δικό τους τρόπο ζωής!

Το αποτέλεσμα; Στην Ελλάδα, μειώσαμε τα τελευταία 10 χρόνια σχεδόν 20%* κατά μέσο όρο τις θερμίδες στο σύνολο των αναψυκτικών που διαθέσαμε στην αγορά, ενώ προσφέρουμε επιλογές με λίγες ή καθόλου θερμίδες για όλα τα βασικά μας αναψυκτικά. Και συνεχίζουμε!

*Η μείωση θερμίδων βασίζεται στις κατά μέσο όρο θερμίδες ανά 100ml που διαθέσαμε στην αγορά το 2005 συγκριτικά με το 2015, βάσει του συνολικού όγκου πωλήσεων αναψυκτικών.

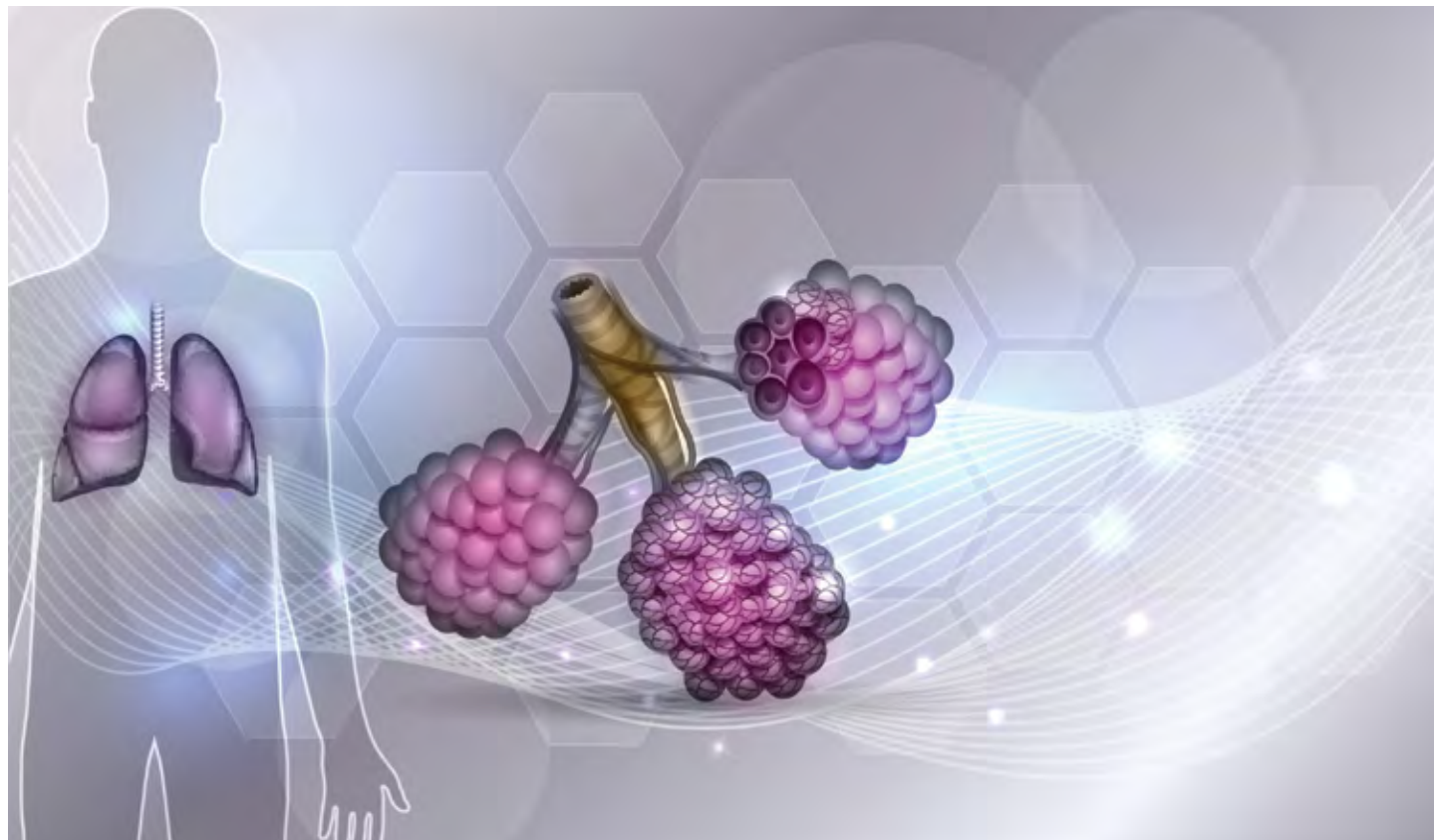
Θερμίδες ανά κουτί 330ml:

Coca-Cola Αυθεντική Γεύση: 139 θερμίδες,
Coca-Cola Μηδέν Ζάχαρη, Μηδέν Θερμίδες: 1 θερμίδα,
Coca-Cola Χωρίς Θερμίδες, και με γλυκαντικό από το φυτό Στέβια: 0.3 θερμίδες,
Coca-Cola Light: 1 θερμίδα, Coca-Cola Μηδέν Ζάχαρη, Χωρίς Καφεΐνη: 1 θερμίδα.

**ΕΛΕΝΑ ΒΑΚΑΛΗ**Ειδικευόμενη Γ' Παθολογικής Κλινικής -
ΓΝ Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.

Κυστική ίνωση και διαβήτης

Η Κυστική Ίνωση (ΚΙ) είναι η πιο συχνή κληρονομική θανατηφόρος νόσος της λευκής φυλής, με συχνότητα 1 στα 2500 περίπου νεογνά. Είναι αποτέλεσμα μεταλλάξεων σε ένα γονίδιο του χρωμοσώματος 7 (γονίδιο CFTR), το οποίο κωδικοποιεί ένα δίαυλο ιόντων χλωρίου και ρυθμίζει τη διακίνηση άλατος και νερού διαμέσου των μεμβρανών των επιθηλιακών κυττάρων. Η δυσλειτουργία του γονιδίου αυτού έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση των υγρών που επενδύουν διάφορα όργανα του σώματος και την εμφάνιση ιδιαίτερα παχύρρευστων εκκρίσεων, με αποτέλεσμα τη σταδιακή καταστροφή και ανεπάρκεια των οργάνων αυτών. Οι ανωμαλίες που προκύπτουν από τις μεταλλάξεις του γονιδίου εμφανίζονται στο έντερο, στο πάγκρεας, στο ήπαρ, στο αναπαραγωγικό σύστημα, στους αεραγωγούς του αναπνευστικού συστήματος, καθώς επίσης και στους ιδρωτοποιούς αδένες, όπου και παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα χλωρίου στον ιδρώτα ("αλμυρός ιδρώτας"). Για να εμφανίσει ένας άνθρωπος ΚΙ θα πρέπει και οι δύο γονείς του να είναι φορείς του μεταλλαγμένου γονιδίου. Στην Ελλάδα, 1



στα 25 άτομα περίπου θεωρείται ότι είναι φορέας του παθολογικού γονιδίου, ενώ η συχνότερη μετάλλαξη είναι η χαρακτηριζόμενη ως ΔF508, η οποία θεωρείται από τις πιο σοβαρές.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η ΚΙ θεωρείται συχνά μια πνευμονική νόσος, καθώς σημαντικό ρόλο στη θνησιμότητα και τη θνητότητα της νόσου διαδραματίζουν οι πνευμονικές εκδηλώσεις της. Πρόκειται, όμως, για μια πολυσυστηματική νόσο, η οποία προκαλεί πληθώρα άλλων επιπλοκών, με πιο συχνή την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη σχετιζόμενο με την ΚΙ (CFRD-Cystic Fibrosis Related Diabetes). Ο κίνδυνος εμφάνισης διαβήτη αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας, την παρουσία παγκρεατικής ανεπάρκειας, τον ομόζυγο φαινότυπο ΔF508 και το θήλυ φύλο. Εκτιμάται ότι περίπου το 25% των ασθενών με ΚΙ έχουν αναπτύξει ΣΔ μέχρι την ηλικία των 20 ετών, ενώ στις ηλικίες 35-40 το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 50%. Η εμφάνιση του ΣΔ σε άτομα με ΚΙ είναι ύπουλη, καθώς

τα συμπτώματα είναι μη ειδικά και περιλαμβάνουν αδυναμία πρόσληψης βάρους, μειωμένη ταχύτητα ανάπτυξης, καθυστέρηση στην εξέλιξη της εφηβείας ή μια ανεξήγητη χρόνια έκπτωση της πνευμονικής λειτουργίας.

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η νόσος χαρακτηρίζεται από ένα ιδιόμορφο πρότυπο διαταραχών που απορρέει από τη χρόνια καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος και οδηγεί σε ανεπάρκεια ινσουλίνης και καθυστερημένη ανταπόκριση στους υδατάνθρακες της τροφής. Ταυτόχρονα, διατηρείται η βασική έκκριση ινσουλίνης με αποτέλεσμα οι τιμές μέτρησης της γλυκόζης νηστείας να είναι φυσιολογικές, ενώ μεταγευματικά να εμφανίζεται υπεργλυκαιμία. Στα αρχικά στάδια του ΣΔ, όμως, η ανοχή στη γλυκόζη μπορεί να εμφανίζεται φυσιολογική εξαιτίας ενός ασυνήθιστου συνδυασμού αυξημένης παραγωγής γλυκόζης από το ήπαρ με ταυτόχρονα αυξημένη κατανάλωση γλυκόζης από τους περιφερικούς ιστούς. Η προσαρμογή αυτή είναι ικανή να αντισταθμίσει

τα αποτελέσματα έλλειψης ινσουλίνης αρχικά, αλλά όσο προχωρά η εξέλιξη του διαβήτη μειώνονται ταυτόχρονα η χρησιμοποίηση της γλυκόζης από τους περιφερικούς ιστούς και η ευαισθησία του ήπατος στην ινσουλίνη. Η νόσος εμφανίζει χαρακτηριστικά και των δύο βασικών τύπων διαβήτη (έλλειψη ινσουλίνης όπως στο ΣΔ1 και αντίσταση στην ινσουλίνη όπως στο ΣΔ2) οδηγώντας σε δυσκολία διαχείρισης της νόσου, η οποία περιπλέκεται ακόμα περισσότερο από τη χρόνια φλεγμονή, τη χορήγηση κορτικοστεροειδών για την αντιμετώπιση των άλλων επιπλοκών της ΚΙ, αλλά και τις συνεχείς λοιμώξεις.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ο ΣΔ αποτελεί πολύ σοβαρή επιπλοκή και γι' αυτό το λόγο, τόσο η Αμερικανική Ομοσπονδία ΚΙ όσο και η Οργάνωση για την ΚΙ του Ηνωμένου Βασιλείου συνιστούν οι εξετάσεις για την ανίχνευση της επιπλοκής αυτής να ξεκινούν από την ηλικία των 10-12 ετών. Ο έλεγχος γίνεται μόνο με δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη από του στόματος (OGTT-Oral Glucose Tolerance Test/Καμπύλη ανοχής στη Γλυκόζη), διότι οι άλλες μέθοδοι διάγνωσης του Σακχαρώδη Διαβήτη, η μέτρηση γλυκόζης νηστείας και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), έχουν μικρή ευαισθησία στην περίπτωση της ΚΙ. Τιμή γλυκόζης >200 mg/dl στις 2 ώρες μετά τη λήψη γλυκόζης συνιστά τεκμήριο ΣΔ και πρέπει να γίνει επιβεβαίωση του αποτελέσματος σε δεύτερο χρόνο με μέτρηση HbA1c $\geq 6,5\%$ ή γλυκόζη νηστείας ≥ 126 mg/dl. Σε περίπτωση που οι τιμές των εξετάσεων αυτών είναι φυσιολογικές, η OGTT οφείλει να επαναληφθεί. Σε ασθενείς με οξεία πνευμονική παρόξυνση ο έλεγχος γίνεται με τη μέτρηση τιμών γλυκόζης νηστείας (≥ 126 mg/dl) ή με την παρουσία μεταγευματικών τιμών γλυκόζης ≥ 200 mg/dl για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 48 ωρών.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η θεραπευτική προσέγγιση του ΣΔ στη ΚΙ αφορά στην εφαρμογή διαιτολογίων υψηλών θερμίδων, λίπους και άλατος αλλά και στην υποδόρια χορήγηση ινσουλίνης σε όλους τους ασθενείς, ακόμα κι αν δεν εμφανίζουν υπεργλυκαιμία νηστείας. Η χρήση αντλίας ινσουλίνης φαίνεται να βοηθά σε πολλές περιπτώσεις εντατικοποιημένου σχήματος ινσουλινοθεραπείας, μιας και η ιδέα των πολλαπλών ενέσεων ινσουλίνης που απαιτούνται για την κάλυψη του





μεγάλου αριθμού ημερήσιων γευμάτων που προβλέπεται διαιτολογικά, μπορεί να οδηγήσει σε μη τήρηση είτε του διαιτολογίου, είτε του αριθμού των απαιτούμενων δόσεων ινσουλίνης. Σε πληθώρα μελετών συνιστάται η χρήση συστήματος συνεχούς καταγραφής γλυκόζης στην περίπτωση των ατόμων με ΚΙ και ΣΔ, καθώς βοηθά στην πρόληψη των επιπλοκών αλλήλ και στην έγκαιρη διάγνωση του διαβήτη. Τέλος, υπάρχουν ορισμένες μελέτες που περιγράφουν τη μεταμόσχευση νησιδίων παγκρέατος ως θεραπεία πολυ-

ετούς ΣΔ μετά από μεταμόσχευση πνεύμονα, με πολύ αισιόδοξα αποτελέσματα. Ο βασικότερος λόγος θεραπείας του ΣΔ στην ΚΙ συνίσταται σε πρόληψη επιδείνωσης της πνευμονικής λειτουργίας και της απώλειας βάρους αλλήλ και καλύτερη επιβίωση, καθώς η ανεπάρκεια ινσουλίνης και η υπεργλυκαιμία οποιουδήποτε βαθμού οδηγούν σε μειωμένη πνευμονική λειτουργία και αυξημένο αποικισμό των πνευμόνων με παθογόνους μικροοργανισμούς, καταστάσεις οι οποίες μπορούν να αποβούν θανατηφόρες. ⁵

βιβλιογραφία

1. Kayani K, Mohammed R, Mohiaddin H (2018): Cystic Fibrosis-Related Diabetes, Diabetic Medicine, DOI: 10.1111/dme.13652
2. Amir Moheet & Antoinette Moran (2017): Pharmacological management of cystic fibrosis related diabetes, Expert Review of Clinical Pharmacology, DOI: 10.1080/17512433.2018.1421065
3. Shihab Hameed, Adam Jaffé and Charles F. Verge (2015): Advances in the detection and management of cystic fibrosis related diabetes, Current Opinion in Pediatrics, DOI: 10.1097/MOP.0000000000000251
4. Julie P. Katkin et al (2012): Cystic fibrosis: Overview of gastrointestinal disease
5. Robert D. Baker et al (2012): Cystic fibrosis: Nutritional issues



ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ

Ένας κόσμος γεύσης και φροντίδας



Όταν
η γεύση
"χτυπάει"
πράσινο

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

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

ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΕΛΕΓΧΕΙΣ ΤΗ ΓΛΥΚΟΖΗ ΧΩΡΙΣ ΤΡΥΠΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΔΑΚΤΥΛΑ¹

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

**αυξάνει τη συχνότητα
παρακολούθησης της γλυκόζης**

**συνδέεται με βελτιωμένο
έλεγχο της γλυκόζης²**

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

&

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

ΜΑΘΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ

FreeStyle Libre.gr

ή κλείστε το δικό σας ραντεβού για εκπαίδευση

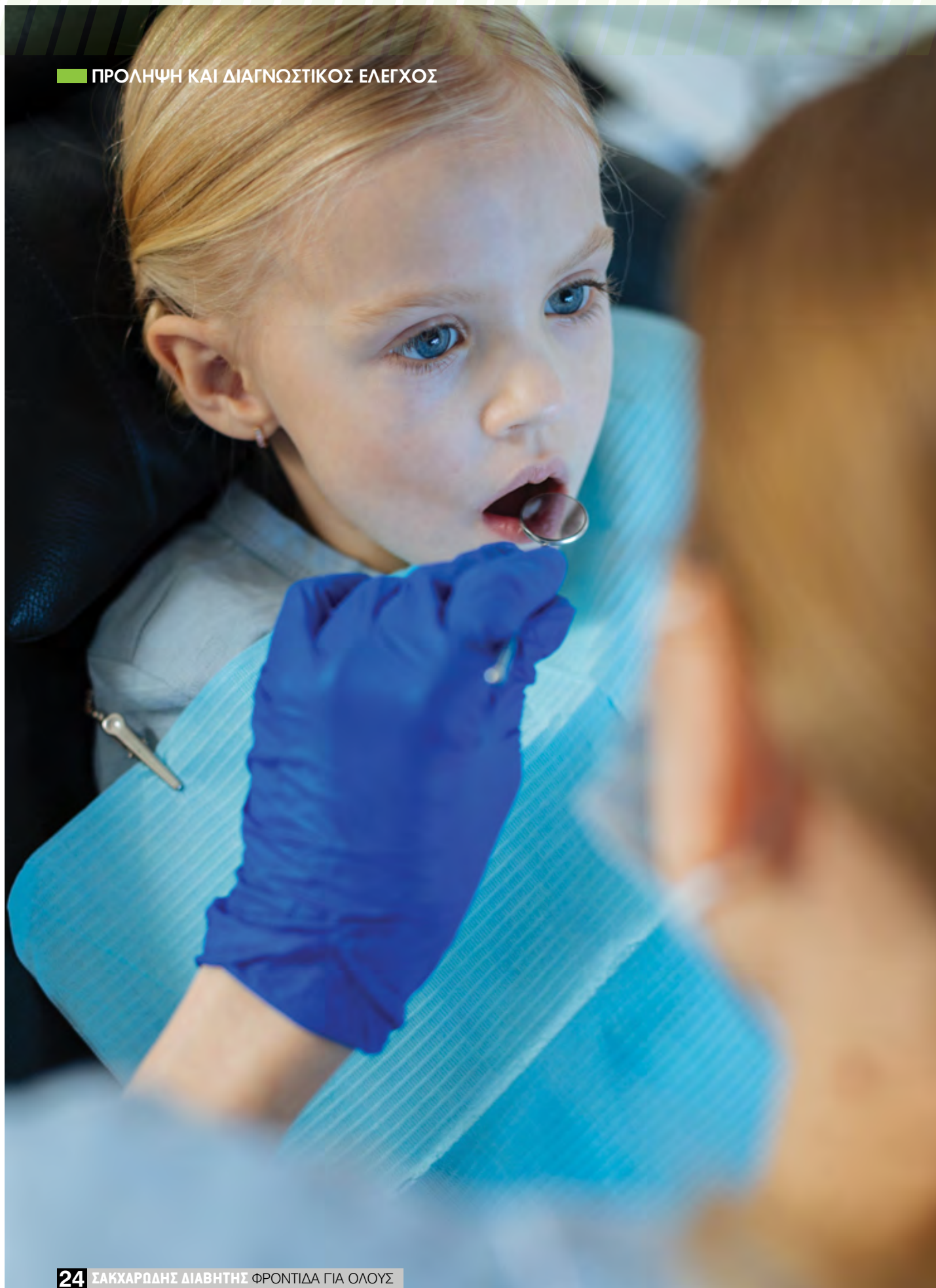
210 9985220

**FreeStyle
Libre**



1. Η σάρωση του αισθητήρα δεν απαιτεί τη χρήση ακαρφιστήρων.
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.





ΣΤΥΛΙΑΝΗ ΠΑΠΑΝΑΚΟΥ,

DDS, MSc Στοματολογίας και MSc Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

ΛΙΖΑ ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΥΛΗ,

DDS, PhD, Ομότιμη Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

Στοματική υγεία σε παιδιά και εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

Το παρόν κείμενο αποτελεί το πρώτο μέρος του άρθρου που αφορά στην υγεία του στόματος σε παιδιά και εφήβους με ΣΔΤ1. Το υπόλοιπο του άρθρου, που αφορά στις βασικές αρχές οδοντιατρικής περίθαλψης, θα δημοσιευθεί στο επόμενο τεύχος του περιοδικού.

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί την πιο συχνή ενδοκρινολογική διαταραχή και, με βάση το Εθνικό Κέντρο Στοιχείων για το Διαβήτη (National Diabetes Data Group), διακρίνεται κυρίως στον ινσουλινοεξαρτώμενο τύπου 1, ή αλλιώς νεανικό διαβήτη (ΣΔΤ1), και τον μη ινσουλινοεξαρτώμενο τύπου 2 (ΣΔΤ2). Στην παιδική και εφηβική ηλικία απαντάται κυρίως ο Διαβήτης τύπου 1 (ΣΔΤ1) που είναι το αποτέλεσμα της αυτοάνοσης καταστροφής των β-κυττάρων του παγκρέατος και χαρακτηρίζεται από βαριά ινσουλινοπενία και εξάρτηση από εξωγενή ινσουλίνη¹. Η επίπτωση του ΣΔΤ1 παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια μια σταθερά αυξητική τάση. Πιο συγκεκριμένα, στις ΗΠΑ η συχνότητα εμφάνισης του διαβήτη στα παιδιά σχολικής ηλικίας φθάνει περίπου στο 1,9/1000, ενώ στην Ευρώπη ο επιπολασμός της νόσου κυμαίνεται στα 0,6 – 2,6‰ και η επίπτωσή της σε 9,7 – 49,0/100000 ετών/κατ' έτος²⁻⁴. Στην Ελληνική Επικράτεια, η ετήσια εμφάνιση νέων κρουσμάτων της νόσου υπολογίζεται σε περίπου 10

ανά 100.000 παιδιά στην περιοχή της Αττικής και 5 - 7 ανά 100.000 σε περιοχές της υπαίθρου⁵.

Η στοματική υγεία των ατόμων που πάσχουν από ΣΔ είναι αποδεδειγμένα επιβαρυνόμενη. Με βάση τη παθοφυσιολογία της νόσου οι μεταβολικές διαταραχές που προκαλούνται επηρεάζουν την ισορροπία/ομοιόσταση που φυσιολογικά υπάρχει στο μικροπεριβάλλον της στοματικής κοιλότητας. Το γεγονός αυτό συμβάλλει στην ανάπτυξη ενός «νοσηρού υποστρώματος» το οποίο μειώνει τον ουδό αντίστασης των ιστών στις λοιμώξεις δημιουργώντας τις προϋποθέσεις για την εμφάνιση και εξέλιξη των νόσων του στόματος⁶.

Παράλληλα, ο ΣΔΤ1 στην παιδική και εφηβική ηλικία συνδυάζεται με σημαντικές επιπτώσεις στην σωματική και συναισθηματική ανάπτυξη των μικρών ασθενών⁷. Το «φορτίο» της νόσου είναι ιδιαίτερα βαρύ τόσο για το μικρό ασθενή όσο και για τους γονείς με άμεσες συνέπειες στην εύρυθμη λειτουργία της οικογένειας. Συχνά, λοιπόν,



έχουμε να αντιμετωπίσουμε παιδιά με προβλήματα προσωπικότητας και συμπεριφοράς κυρίως λόγω της έντονα απαιτητικής καθημερινότητας που βιώνουν, όπως η συνεχής προσοχή στη διαίτα, οι καθημερινές ενέσεις ινσουλίνης, αλλά και η συναισθηματική διαχείριση του ότι είναι «διαφορετικοί» από τους συνομήλικούς τους. Όλες αυτές οι καταστάσεις έχουν επίδραση στη συμπεριφορά των παιδιών και για αυτό συναντάμε ασθενείς που από τόσο μικρή ηλικία μπορεί να δηλώνουν «κουρασμένοι» σε επιπλέον οδηγίες, παραμελούν τη στοματική τους υγεία και δεν συνεργάζονται στην οδοντιατρική θεραπεία. Είναι, λοιπόν, κατανοητό ότι η επίδραση του ΣΔΤ1 στη στοματική υγεία των μικρών ασθενών είναι τουλάχιστον διδασκαλικά και αφορά τόσο βιοπαθολογικούς όσο και ψυχοπαθολογικούς μηχανισμούς. Σκοπός του άρθρου αυτού είναι (α) να γίνει μια σύντομη αναφορά των νόσων της στοματικής κοιλότητας στα άτομα με ΣΔ, και πιο συγκεκριμένα στους μικρούς ασθενείς με ΣΔΤ1, και (β) να παρουσιασθούν οι βασικές αρχές της οδοντιατρικής περίθαλψης των παιδιών με ΣΔΤ1.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΔΤ1 ΣΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Ιδιότητες σάλιου: Ο ΣΔΤ1 έχει βρεθεί ότι επηρεάζει τη λειτουργία των σιελογόνων αδένων ως προς την ποσότητα αλλά και τη ποιότητα του εκκρινόμενου σάλιου. Πιο συγκεκριμένα, έχει δείχθει ότι η ροή του σάλιου είναι μειωμένη σε σχέση με τα υγιή άτομα, ιδιαίτερα όταν ο ΣΔΤ1 είναι αρρυθμιστός⁸. Η γλυκοζουρία, η οποία παρατηρείται ακόμα και σε ήπιες περιπτώσεις υπεργλυκαιμίας, μπορεί να οδηγήσει σε αφυδάτωση και σε μειωμένη ροή σιέλου,

γεγονός που δρα επιβαρυντικά στην ανάπτυξη της τερηδόνος. Επιπλέον, η αυξημένη ποσότητα γλυκόζης και ασβεστίου που έχει βρεθεί στο σάλιο παιδιών με ΣΔΤ1 μπορεί να έχει σχέση με την αυξημένη εναπόθεση τρυγίας και επομένως την ανάπτυξη και εξέλιξη των νόσων του περιοδοντίου που παρατηρείται στους μικρούς ασθενείς.

Μικροβιακή χλωρίδα στόματος: Αντικείμενο εκτεταμένων ερευνών έχει αποτελέσει και η σύνθεση της μικροβιακής χλωρίδας του στόματος στα άτομα με ΣΔΤ1. Τόσο τα περιοδοντοπαθογόνα, όσο και τα τερηδονογόνα (στρεπτόκοκκος mutans, γαλακτοβάκιλλοι κ.α.), μικρόβια φαίνεται να επηρεάζονται κατά κύριο λόγο από την ρύθμιση της νόσου. Ο «φτωχός» μεταβολικός έλεγχος και πάλη έχει συσχετισθεί με την δημιουργία ευνοϊκών, για τις νόσους του στόματος, συνθηκών σε μικροβιακό επίπεδο⁹.

ΝΟΣΟΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΣΔΤ1

Οδοντική ανάπτυξη: Οι ασθενείς με ΣΔΤ1 στα αρχικά στάδια της νόσου συχνά εμφανίζουν και δυσλειτουργία του αδένου της υπόφυσης. Οι ορμόνες της υπόφυσης, εκτός των άλλων, επηρεάζουν και την ανάπτυξη των δοντιών¹⁰ (Μητράκου 1994). Όταν, λοιπόν, ο ΣΔΤ1 διαγιγνώσκεται σε πολύ μικρή ηλικία (<7 έτη) και χρονολογικά συμπίπτει με το ηλικιακό φάσμα όπου πραγματοποιείται η ανάπτυξη των μονίμων δοντιών, μπορεί να παρατηρηθούν αποκλίσεις από το φυσιολογικό που αφορούν, κυρίως, την πρώιμη ηλικία απόπτωσης των νεογιτών και αντίστοιχα την πρώιμη ανατολή των διαδόχων μόνιμων δοντιών. Επιπρόσθετα, έχει αναφερθεί αυξημένη συχνότητα υποπλησίας της αδαμαντίνης σε παιδιά με ΣΔΤ1, χωρίς όμως να έχει ξεκαθαρίσει το τοπίο αν το γεγονός αυτό οφείλεται στη νόσο ή είναι αποτέλεσμα της φαρμακευτικής αγωγής. Τέλος, δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση της νόσου με ορθοδοντικές ανωμαλίες.

Τερηδόνα: Παρά τον πολύ μεγάλο αριθμό μελετών που συγκρίνουν τον επιπολασμό της τερηδόνος σε παιδιά με ΣΔΤ1 με τα αντίστοιχα υγιή, τα αποτελέσματα παραμένουν διφορούμενα. Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με ΣΔΤ1 εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά τερηδόνος σε σχέση με τους υγιείς συνομηλικούς



τους¹¹⁻¹² ενώ άλλες μελέτες είτε δεν βρίσκουν διαφορές¹³ είτε υποστηρίζουν ακριβώς το αντίθετο¹⁴⁻¹⁵. Είναι γεγονός ότι, σε αντίθεση με το παρελθόν, το καθημερινό διαιτολόγιο των ατόμων με ΣΔΤ1 δεν διαφέρει σημαντικά με αυτό των υγιών παιδιών κυρίως μετά την εφαρμογή νέων ειδικών και πιο αποτελεσματικών σκευασμάτων ινσουλίνης που επιτρέπουν μια πιο ευέλικτη διαίτα σε ό,τι αφορά την κατανάλωση υδατανθράκων. Παρ' όλα αυτά, τα άτομα με διαβήτη καταναλώνουν περισσότερο σύνθετους υδατάνθρακες, όπως ίνες ή σάρι, παρά απλούς, γεγονός που συμβάλλει στον περιορισμό του πολλαπλασιασμού των τερηδονογόνων μικροβίων μειώνοντας με αυτό τον τρόπο και τον κίνδυνο ανάπτυξης τερηδόνος¹⁶. Παράλληλα, υπάρχουν σαφή στοιχεία που αποδεικνύουν ότι ο αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης τερηδόνος στα παιδιά με ΣΔΤ1

σχετίζεται κυρίως με τον μεταβολικό έλεγχο της νόσου αλλά και με την υπολειτουργία των σιελογόνων αδένων και τις υψηλές συγκεντρώσεις γλυκόζης στο σάλιο. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η «κακή» ρύθμιση της νόσου επηρεάζει αρνητικά την εμφάνιση τερηδόνος στα παιδιά με ΣΔΤ1¹⁷.

Νόσοι περιοδοντίου. Ενώ η σχέση του ΣΔ με την τερηδόνα παραμένει διφορούμενη, τα ευρήματα φαίνεται να είναι πιο ξεκάθαρα σε ό,τι αφορά τις νόσους του περιοδοντίου. Η περιοδοντίτιδα έχει αναγνωρισθεί ως η 6η επιπλοκή του ΣΔ, ενώ υπάρχουν σαφείς ενδείξεις που υποστηρίζουν μια αμφίδρομη αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο αυτών νοσημάτων¹⁸. Πιο συγκεκριμένα, η ανάπτυξη και η εξέλιξη των νόσων του περιοδοντίου εμφανίζει σημαντικά πιο υψηλά ποσοστά στα άτομα με ΣΔ σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό.



Παράλληλα, έχει βρεθεί ότι η θεραπεία της περιοδοντίδας σε ασθενείς με ΣΔ οδηγεί σε βελτίωση του μεταβολικού ελέγχου της νόσου¹⁹⁻²⁰. Ενώ οι περιοδοντικές νόσοι, στην συντριπτική πλειοψηφία, εμφανίζονται σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, στους ασθενείς με ΣΔΤ1 μπορεί να εμφανιστούν στην εφηβική ή ακόμα νωρίτερα στην παιδική

ηλικία^{13,21}. Και πάλι ο μεταβολικός έλεγχος της νόσου (αρρύθμιστος ΣΔΤ1) λειτουργεί επιβαρυντικά για την εξέλιξη των νόσων του περιοδοντίου²².

Μικροβιακές λοιμώξεις: Η ανάπτυξη ευκαιριακών λοιμώξεων στη στοματική κοιλότητα, όπως η ερπητική στοματίτιδα, η καντιντίαση, ή λοιπές μυκητιασικές λοιμώξεις παρατηρούνται σε ασθενείς που η νόσος είναι αρρύθμιστη. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι λοιμώξεις είναι δύσκολο να αντιμετωπισθούν και αποτελούν πρόκληση για τον επεμβαίνοντα ιατρό λόγω της ύπαρξης κλινικού υποστρώματος ανοσοκαταστολής²³.

Αναμφισβήτητα, ο ΣΔΤ1 είναι μια χρόνια νόσος που «απαιτεί» υπομονή, ωριμότητα και συμμόρφωση του μικρού ασθενή σε πολυημερήσιες και πολλές φορές σύνθετες οδηγίες. Η στοματική υγεία των μικρών αυτών ασθενών, ως αναπόσπαστο κομμάτι της γενικής τους υγείας, αποτελεί μια καθημερινή πρόκληση για τον ειδικό παιδοδοντίατρο. Πιο συγκεκριμένα, ο παιδοδοντίατρος οφείλει να συνεργάζεται στενά και τακτικά με τον θεράποντα ενδοκρινολόγο, ώστε να έχει όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη εικόνα του μικρού ασθενή. **Σ**

Βιβλιογραφία

1. American Diabetes Association. (2003), Diabetes Care, 26:S5-S20.
2. Dabelea D, et al. (2007), J Am Med Assoc;24:2716-2724.
3. Patterson CC, et al. (2009), Lancet 9680:2027-2033.
4. WHO Website. Available at: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/. Accessed last accessed September 2006.
5. Παυλάτος Φ (1995) Σακχαρώδης Διαβήτης. In: Σακχαρώδης Διαβήτης- Θεωρία και Πράξη, (Τούντας Χ, Εκδ.), Εκδόσεις Επτάλοφος, Αθήνα, σελ.133-157.
6. Carranza FA, Newman MG. (1996) Irving Glickman's Clinical Periodontology. Clinical periodontology, 8th ed. Philadelphia: WVB Saunders Co, p.281-97.
7. Chrousos GP, Gold PW. (1992), JAMA, 267:1244-52.
8. Siudikiene J, et al. (2006), Eur J Oral Sci, 114:8-14.
9. Sharma M, et al. (2011), Life Scien Med Res, 1-6.
10. Μητράκου Α (1994), Σακχαρώδης Διαβήτης- Παθοφυσιολογία Σακχαρώδη Διαβήτη. In: Βασική Ενδοκρινολογία. Εκδ. Γ. Παρισιάνος, Αθήνα, σελ. 914-24.
11. Akpata Q, et al. (2012), Pediatric Dentistry, 34:468-472.
12. Rai A, et al. (2011), Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 36:181-84.
13. Lalla B, et al. (2006), Diabetes Care, 29:295-29.
14. Lal B, et al. (2008), Pediatrics, 121:e1139-e1143.
15. Orbak R, et al. (2008), Yonsei Med J 49:357-65.
16. Siudikiene V, et al. (2005), Stomatologija, 7:24-27.
17. Twetman S, et al. (2002), Caries Res, 36:31-5.
18. Grossi SG, et al. (1994), J Periodontol, 65:260-7.
19. Calabrese F, et al. (2011), Diabetes and Metabolism, 37:456-59.
20. Preshaw PM, et al. (2012), Diabetologia, 55:21-31.
21. Lalla B, et al. (2007), J Clinical Periodontology, 34:294-98.
22. Xavier IN, et al. (2009), Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, 53:348-54.
23. Guggenheimer J, (2000), Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod, 89:570-76.

FREZYDERM

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



Ένωσης Γονέων Παιδιών και Νέων με Διαβήτη

Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Η πορεία της Ένωσης Γονέων Παιδιών και Νέων με Διαβήτη που ιδρύθηκε στη Θεσσαλονίκη στις 20 Ιανουαρίου 1990 είναι πολυσήμαντη και η ιστορία της ξεκινάει πριν από 28 χρόνια, όταν η ενημέρωση γύρω από το Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 ήταν ελλιπής. Η ανάγκη των γονέων για τη σωστή ενημέρωση, διαχείριση και εκπαίδευση για το χρόνιο αυτό νόσημα οδήγησε στην δημιουργία του συλλόγου με τη βοήθεια της αείμνηστης κ. Παπαδοπούλου Μαρίας, με ειδίκευση στην Παιδιατρική Ενδοκρινολογία κατά το διάστημα 1988 – 1989, στη Μ. Βρετανία. Είναι αξιοσημείωτη η συμμετοχή της σε όλες τις εκδηλώσεις προσφέροντας τις γνώσεις της σε κοινωνικό και προσωπικό επίπεδο ακούραστα με συναντήσεις ακόμη και σε σπίτια. Η Ένωσή μας είναι ένα μη κερδοσκοπικό σωματείο που μπορεί να δραστηριοποιείται σε όλη την Ελλάδα και το εξωτερικό και αριθμεί σήμερα περίπου 450-500 μέλη από όλη την Βόρεια Ελλάδα. Τακτικά μέλη είναι οι γονείς των παιδιών και οι ίδιοι οι νέοι με διαβήτη οι οποίοι συμμετέχουν στο Διοικητικό Συμβούλιο και συντηρείται μόνον από τις εισφορές των μελών και δωρεές.



ΟΙ ΠΡΩΤΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Πρωταρχικός σκοπός την εποχή εκείνη ήταν να ενημερώσει και να ευαισθητοποιήσει την πολιτεία, τους αρμόδιους κρατικούς ή κοινωνικούς φορείς, την κοινή γνώμη και τα σχετιζόμενα με την υγεία επαγγελματικά σωματεία για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά, οι έφηβοι και οι νέοι με διαβήτη, όπως επίσης και οι οικογένειες αυτών, για την αναγκαιότητα λήψης προληπτικών μέτρων και για την υποχρέωση παροχής πλήρους ιατροφαρμακευτικής κάλυψης. Οι δράσεις αφορού-



σαν ημερίδες για τη σωστή διατροφή των παιδιών, την εκπαίδευση των γονέων για τη σωστή διαχείριση του διαβήτη και τη δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης για γονείς και νέους.

Η πρώτη κατασκήνωση για παιδιά με διαβήτη οργανώθηκε το 1994 με πρωτοβουλία της κ. Μαρίας Παπαδοπούλου, τότε Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας στο ΑΠΘ και τη συμβολή του κ. Καραμήτσου, τότε υπεύθυνου του μονα-

δικού Διαβητολογικού Κέντρου στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, στη Χανιώτη Χαλκιδικής στις εγκαταστάσεις του ΠΙΚΠΑ. Έκτοτε η κατασκήνωση αυτή λειτουργεί κάθε χρόνο στις εγκαταστάσεις της ΧΑΝΘ στον Άγιο Νικόλαο Χαλκιδικής και φιλοξενεί 45-50 παιδιά και εφήβους με διαβήτη πρωταρχικά ή και με κοιλιοκάκη μεταγενέστερα. Αποτελεί την πρώτη μικτή κατασκήνωση για παιδιά και εφήβους με ή χωρίς διαβήτη. Η συμμετοχή των παιδιών σε αυτήν είναι σημαντική καθώς με τη συνεργασία γιατρών, νοσηλευτών και διαιτολόγων μαθαίνουν να αυτορυθμίζονται και να κοινωνικοποιούνται. Ο διαβήτης είναι ένας νέος, δύσκολος τρόπος ζωής, που προεκτείνεται σε όλες τις δραστηριότητες του παιδιού και της οικογένειας- στο σχολείο, τις παρέες με τους συνομήλικους, τη διασκέδαση και το παιχνίδι, και συνεχίζει να επιδρά και στην καθημερινή προσωπική και επαγγελματική δραστηριότητα των γονιών. Η Ένωση απευθύνεται σε παιδιάτρους-ενδοκρινολόγους, ιατρούς, ψυχολόγους, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την συγκεκριμένη πάθηση και ζητά τη συνδρομή τους για την επίτευξη των στόχων της.

ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Το εκάστοτε Διοικητικό Συμβούλιο του Συλλόγου έκρινε με αποφάσεις του την αναγκαιότητα παρέμβασης σε όλα τα θέματα που αφορούσαν το διαβήτη και είναι σημαντική η αναφορά των προέδρων που με τις εισηγήσεις τους και τις αποφάσεις που πήραν επηρέασαν την πορεία της Ένωσης.

Παραθέτουμε παρακάτω τα ονόματα των Προέδρων του Δ.Σ. της Ένωση Γονέων Παιδιών και Νέων με Διαβήτη Θεσσαλονίκης:

1. Αραμπατζής Χρήστος (1990-1992)
2. Σακελληρίδης Νικόλαος (1992-1994)
3. Λιάμου Εύη (1994-1996)
4. Αποστολίδου- Πετρίδου Μαρία (1996-1998)
5. Κούπελης Άγγελος (1998-2002)
6. Κακάβα Ανθή (2002-2004)
7. Βαρδάκας Σπύρος (2004-2005)
8. Ράπτης Αριστείδης (2005-2016)
10. Τσαχαλίνα Θεοφανεία (2016-2018 έως σήμερα)

ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΣΗΜΕΡΑ

Σήμερα σκοπός της Ένωσης είναι να προωθεί και να οργανώνει επιστημονικές και κοινωνικές εκδηλώσεις, να ενημερώνει και να εκπαιδεύει τα παιδιά, εφήβους και νέους με διαβήτη, όπως επίσης και τους γονείς τους για την σωστή αντιμετώπιση της πάθησης, των επιπλοκών, των τρόπων πρόληψης και την επίλυση των ψυχολογικών, κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που δημιουργούνται από το διαβήτη. Να προωθεί τις προηγμένες, επιστημονικές και αποτελεσματικές μεθόδους αντιμετώπισης του διαβήτη και τις νέες τεχνολογίες που αφορούν τα παιδιά, εφήβους και νέους με διαβήτη. Να υποβάλλει υπομνήματα σε αρμόδιες υπηρεσίες, όργανα και κοινωνικούς φορείς, να εκδίδει ενημερωτικά έντυπα- περιοδικά, να συμμετέχει στη μέριμνα για την κοινωνική αποκατάσταση και να αναλαμβάνει συμβουλευτικό ρόλο στα άτομα αυτά και τους συγγενείς τους. Να βοηθά σε οποιαδήποτε κατάσταση με παρεμβάσεις- εισηγήσεις όπου και όταν κριθεί απαραίτητο για τα θέματα των παιδιών με ΣΔ1 στο σχολείο, το θεσμό του σχολικού





νοσηλεύτη και ένταξη στα προγράμματα αγωγής υγείας ενημερωτικών εκδηλώσεων για την αντιμετώπιση του ΣΔ1 σε όλα τα σχολεία. Επίσης την ένταξη του στον πίνακα με τις παθήσεις των ειδικών κατηγοριών του άρθρου 13 του ΠΔ 50/96, όπως τροποποιήθηκε από το ΠΔ 100/97 σχετικά με τις μεταθέσεις και τοποθετήσεις των εκπαιδευτικών. Μεριμνά για τις μονογονεϊκές οικογένειες που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο με τροποποιήσεις νόμων. Συνδράμει στα θέματα που αφορούν τα αναλίσματα του ΣΔ1 και τις εγκρίσεις από τον ΑΥΣ, την έγκριση των νέων αναίμακτων μετρητών γλυκόζης και την αποζημίωση των αναλίσματων υλικών της αντλίας ινσουλίνης. Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων, η Ένωση προσπαθεί με κάθε θεμιτό μέσο.

Οι δράσεις μας αφορούν τη διοργάνωση της 1ης και 2ης Ενημερωτικής Ημερίδας στην Χαλκίδα, για την Σύγχρονη Αντιμετώπιση του ΣΔ1 στο Πόρτο Καρράς με συμμετοχή από όλη την Ελλάδα και με καταξιωμένους επιστήμονες. Επίσης είχαμε μαζί μας τη Λήδα Βαρβαρούση που με τις ζωγραφηγήσεις απασχόλησε τους μικρούς μας φίλους. Οργανώσαμε χριστουγεννιάτικο πάρτυ στο Δημαρχείο Θεσσαλονίκης και κοντά μας ήταν «Ο Δικαιωματούλης & το μαγικό φίλτρο της αγάπης» μια ιστορία για τα δικαιώματα των παιδιών της Στέλλας Μαβίδου και της Μαρίας Θεοχάρη για τους μικρούς μας φίλους και το ροκ-τζαζ συγκρότημα Blue Circles για τους νέους. Τη συμμετοχή μας στο Δρόμο Υγείας και δυναμικού βαδίσματος των 5 χιλιομέτρων στο πλαίσιο του Μαραθωνίου Μέγας Αλέξανδρος και το Νυκτερινό Μαραθώνιο, συμμετοχή στον Olympus Marathon στο Λιτόχωρο Πιερίας, με συμμετοχή στα 10 χιλιόμετρα και με συμμετοχή στο Junior-Kids Olympus στα 2 χιλιόμετρα με παιδιά σχολικής ηλικίας (7-11 ετών) με σύνθημα «Τρέχουμε για να Αλλάξουμε το Διαβήτη μας», τα τρία τελευταία χρόνια. Επίσης συμμετέχουμε στην Ποδηλατοδρομία που διοργανώνεται από τη Δ.Ε.Β.Ε. τα τελευταία δύο χρόνια με σύνθημα «Κάνουμε Ποδήλατο για να Αλλάξουμε το Διαβήτη μας». Κοπή πίτας και αποκριάτικο πάρτυ για τη νέα χρονιά.

Πανελλήνια διοργάνωση εκπαιδευτικού σεμιναρίου για τους σχολικούς νοσηλεύτες, σε συνεργασία με την Περιφέρεια Α/θμιας & Β/θμιας Εκπαίδευσης Κεντρικής & Δυτικής Μακεδονίας και την Δ' Παιδιατρική Κλινική του ΑΠΘ στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης και την Κοζάνη. Εκδώσαμε το «Εγχειρίδιο Σχολικών Νοσηλευτών για τη Διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 στο Σχολείο» σε συνεργασία



με την κ. Ασημίνα Γαλήνη-Τσινοπούλου, Καθηγήτρια Παιδιατρικής- Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας του ΑΠΘ και της κ. Έφης Ευστρατίου διαιτολόγου του ιατρείου διαβήτη για παιδιά και εφήβους της Δ' Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου. Φροντίσαμε επίσης και υπογράψαμε σύμφωνα συνεργασίας με τους δήμους για να υπάρξει επαρκής ενημέρωση για τον νεανικό διαβήτη στους δήμους και τα σχολεία της Β. Ελλάδος.

Κάθε χρόνο, με την ευκαιρία της Παγκοσμίας Ημέρας για τον Διαβήτη που εορτάζεται στις 14 Νοεμβρίου, διοργανώνουμε εκστρατείες ενημέρωσης και ημερίδες με τη συμμετοχή γιατρών, ψυχολόγων, διαιτολόγων, καθηγητών φυσικής αγωγής και επαγγελματιών υγείας για την ενημέρωση του κοινού για τα συμπτώματα, την πρόληψη, τις επιπλοκές και την αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη. Θέλουμε να είμαστε συνοδοιπόροι στα προβλήματα και τις δυσχέρειες της κάθε οικογένειας αλλά και του κάθε παιδιού και νέου προσωπικά. Διοργανώνουμε εξορμήσεις για την επικοινωνία των μελών μας, μέσω των οποίων προωθούμε την ανάπτυξη της αλληλεγγύης και συνεργασίας. Το φθινόπωρο του 2009 ενταχθήκαμε στην ΕΛΟΔΙ, ενώνοντας τις δυνάμεις μας με πολλούς άλλους συλλόγους από όλη την Ελλάδα.

Τα γραφεία του συλλόγου βρίσκονται σήμερα, σε κεντρικό σημείο της πόλης, επί της οδού Λεωφόρος Νίκης 3 στον 7ο όροφο. Η ιστοσελίδα μας www.diabetestype1.gr παρέχει πληροφορίες για τα θέματα που απασχολούν τα άτομα με διαβήτη, τηλέφωνο επικοινωνίας 2310 223-518 και mail: diabetestype1gr@gmail.com.



ΜΕΛΗ ΤΟΥ ΣΗΜΕΡΙΝΟΥ Δ.Σ.:

- 1 Θεοφανεία Τσαχαλίνα,
Πρόεδρος, Καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής, MSc Άσκηση και Υγεία, MSc Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Μέλος ACSM, ADA
- 2 Στέλιος Γαλάνης,
Αντιπρόεδρος, Δημοτικός Υπάλληλος- Μηχανικός Αυτοκινήτων
- 3 Γεωργία Φρειδερίκου,
Γραμματέας, Ιδιωτική Υπάλληλος
- 4 Ανδρονίκη Γκλαβοπούλου,
Ταμίας, Εκπαιδευτικός - Καθηγήτρια Αγγλικών
- 5 Βερόνικα Βαχανελίδου,
Μέλος, Ιδιωτική Υπάλληλος
- 6 Αναστασία Μπάφα,
Μέλος, Φοιτήτρια Πολιτικών Επιστημών
- 7 Στέλλα Καρύδα,
Μέλος, Φοιτήτρια στη Φιλοσοφική Σχολή ΑΠΘ.

**ΒΑΣΙΛΗΣ ΠΑΠΑΜΙΚΟΣ**

Νοσοκομειακός Διαιτολόγος, M. Med. Sci, Κλινικός Διαιτολόγος
- Διαιτολόγος Πανεπιστημίου Γλασκώβης, MSc Healthcare
Manager Πανεπιστημίου Αθηνών, Πτυχιούχος Διαιτολόγος -
Διαιτολόγος, Χαροκοπείου Πανεπιστημίου

Τα οφέλη των φυτικών ινών στην υγεία

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΙΝΕΣ

Οι διαιτητικές ίνες είναι μη πέψιμοι υδατάνθρακες (δηλ. κυτταρίνη, ημικυτταρίνη, β-γλυκάνες, πηκτίνες, φρουκτάνες, και ανθεκτικό άμυλο) και λιγνίνες άθικτες και εγγενείς σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια και δημητριακά. Χημικά, οι διαιτητικές ίνες περιλαμβάνουν μη αμυλούχους πολυσακχαρίτες όπως κυτταρίνη, ημικυτταρίνη, β-γλυκάνες, πολυφρουκτόζες (δηλ. ινουλίνη), φυσικά κόμμεα και ετεροπολυμερή (δηλ. πηκτίνη) καθώς και φυσικούς ή συνθετικά παραγόμενους ολιγοσακχαρίτες (δηλαδή φρουκτο-ολιγοσακχαρίτες, γαλακτο-ολιγοσακχαρίτες). Αυτές οι ενώσεις διαφέρουν κατά πολύ στις δομικές, φυσικές και χημικές ιδιότητες τους, δηλαδή στην υδατοδιαλυτότητα, στο ιξώδες, στην ικανότητα σύνδεσης, στη διόγκωση και στη ζύμωση.

Οι αδιάλυτες ίνες περιλαμβάνουν κυτταρίνη, ημικυτταρίνες και λιγνίνη, οι οποίες αποτελούν μείζονα συστατικά των κυτταρικών τοιχωμάτων των φυτών. Οι αδιάλυτες ίνες αποτελούν το κύριο συστατικό των κλασμάτων των διαιτητικών ινών στα δημητριακά,

τους κόκκους, τα λαχανικά και τα φρούτα. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα περισσότερα πλούσια σε ίνες τρόφιμα περιέχουν διαλυτές, αδιάλυτες (μη) ζυμώσιμες ίνες σε ποικίλες αναλογίες. Τρόφιμα πλούσια σε αδιάλυτες ίνες, όπως δημητριακά ολικής αλέσεως, συσχετίζονται σε μελέτες παρατήρησης σταθερά με μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Αρχή για την Ασφάλεια των Τροφίμων (EFSA), η ημερήσια πρόσληψη 25 γρ. φυτικών ινών θεωρείται επαρκής για τους ενήλικες. Για τα παιδιά (>1ου έτους) η ημερήσια πρόσληψη των φυτικών ινών βασίζεται σε αυτή των ενηλίκων με κατάλληλη προσαρμογή στην ενεργειακή τους πρόσληψη.

Μια πλούσια σε ίνες διατροφή είναι χαμηλότερη σε ενεργειακή πυκνότητα, συχνά έχει χαμηλότερη περιεκτικότητα σε λίπος, είναι μεγαλύτερη σε όγκο και είναι πλουσιότερη σε μικροθρεπτικά συστατικά. Αυτή η μεγαλύτερη μάζα τροφίμων χρειάζεται περισσότερο χρόνο πέψης και η παρουσία της στο στομάχι μπορεί

να προκαλέσει μια αίσθηση κορεσμού νωρίτερα.

Ο χρόνος της γαστρικής κένωσης είναι ένας σημαντικός παράγοντας ρύθμισης της γλυκόζης στο αίμα καθώς και της γενικότερης μεταβολικής υγείας, μέσω επιδράσεων στην απορρόφηση θρεπτικών ουσιών και τη μικροβιακή σύνθεση. Οι διαιτητικές ίνες έχουν την ιδιότητα να καθορίζουν το χρόνο της μεταφοράς της τροφής προσφέροντας με αυτό τον τρόπο ωφέλιμες επιδράσεις που συμβάλλουν στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης μεταβολικών ασθενειών όπως η παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2).

Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση με περισσότερους από 15.000 συμμετέχοντες κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η αύξηση της πρόσληψης ινών δημητριακών μείωσε τον κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔ2 κατά 25% ανεξάρτητα από τον δείκτη μάζας σώματος.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΙΑΛΥΤΩΝ-ΙΞΩΔΩΝ ΙΝΩΝ ΣΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΑ

Οι διαλυτές, ιξώδεις ίνες περιλαμβάνουν πολυσακχαρίτες όπως φυτικές πηκτίνες, β-γλυκάνες, φλοιούς ψύλλιο/ισπαγκούλα, φυσικά κόμμεα, γαλακτομαννάνες και αλγινικά. Αφού διαλυθούν στο νερό, οι ιξώδεις ίνες σχηματίζουν πηκτές ή/και πυκνώνονται, ένα φυσικοχημικό χαρακτηριστικό που μπορεί να επηρεάσει την κινητικότητα του εντέρου και τους ρυθμούς απορρόφησης της γλυκόζης, των τριγλυκεριδίων και της χοληστερόλης.

Σε τυχαίες, ελεγχόμενες μελέτες βρέθηκε ότι οι ίνες που σχηματίζουν ιξώδη ή/και πηκτώματα μπορεί να βελτιώσουν τις γλυκαιμικές και τις ινσουλιναϊκές αποκρίσεις.

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια των Τροφίμων ενέκρινε τον ισχυρισμό ότι η κατανάλωση 4γρ β-γλυκανών (που προέρχονται από κριθάρι και βρώμη) ανά

30γρ διαθέσιμων υδατανθράκων επαρκεί για τη μείωση της συγκέντρωσης γλυκόζης στο εύρος κλινικής σημασίας Το παχύρρευστο ινώδες psyllium έχει αναφερθεί ότι μειώνει τις μεταγευματικές συγκεντρώσεις γλυκόζης και βελτιώνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη σε υγιή, παχύσαρκα και με ΣΔ2 άτομα. Παρόμοια, η συμπληρωματική χορήγηση 6 εβδομάδων φυσικού, μερικώς υδρολυμένου, κόμμεος guar μείωσε τη συγκέντρωση γλυκόζης νηστείας και ινσουλίνης σε υγιείς άνδρες και τη συγκέντρωση γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σε ασθενείς με ΣΔ2. Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί ότι η πρόσληψη πηκτινών και β-γλυκανών συνοδεύτηκε από οξεία μείωση της υποκειμενικής κατάστασης της όρεξης και της έντονης ενεργειακής πρόσληψης.

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΔΙΑΛΥΤΩΝ, ΜΗ ΙΞΩΔΩΝ ΙΝΩΝ ΣΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΑ

Οι διαλυτές, μη ιξώδεις ίνες είναι φρουκτάνες (ολιγοσακχαρίτες ινουλίνης, φρουκτο-ολιγοσακχαρίτες, γαλακτο-ολιγοσακχαρίτες, ξυλιτο- και -αραβινοξυλάνης, ανθεκτικά άμυλα και ανάλογοι πολυσακχαρίτες, όπως η πολυδεξτρόζη, που μπορούν να ζυμωθούν από τους μικροοργανισμούς που υπάρχουν στο παχύ έντερο. Μερικές διαλυτές ίνες όπως η ινουλίνη, οι φρουκτο-ολιγοσακχαρίτες, οι γαλακτο-ολιγοσακχαρίτες και οι ξυλιτο-ολιγοσακχαρίτες ταξινομούνται ως μη πέψιμα πρεβιοτικά που ορίζονται ως «ένα υπόστρωμα που χρησιμοποιείται εκλεκτικά από μικροοργανισμούς ξενιστές που προσφέρουν όφελος για την υγεία».

Η πρόσληψη ινουλίνης, φρουκτο-ολιγοσακχαριτών και γαλακτο-ολιγοσακχαριτών έχει ως αποτέλεσμα αυξημένη αφθονία βακτηριακών ειδών που σχετίζονται με ευεργετικές επιδράσεις στην υγεία όπως τα μπιφιδόβακτήρια και οι γαλακτοβάκιλλοι. Τα γένη αυτά έχουν συσχετιστεί με διάφορα ευερ-



γετικά αποτελέσματα, όπως η ενίσχυση της λειτουργίας των φραγμών του εντέρου, η βελτίωση της ανοσίας του βλεννογόνου του ξενιστή, η αυξημένη παραγωγή λιπαρών οξέων βραχείας αλυσού και η προστασία από τα ευκαιριακά παθογόνα του εντέρου. Οι φρουκτο-ολιγοσακχαρίτες και οι γαλακτο-ολιγοσακχαρίτες βελτιώνουν την ομοιόσταση της γλυκόζης, μειώνουν τα λιπίδια του ορού και μειώνουν την αύξηση βάρους κατά τη διάρκεια μιας δίαιτας με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά. Όσον αφορά τη γλυκαιμία, οι δοκιμές ανθρώπινης παρέμβασης αναφέρουν βελτιωμένες μεταγευματικές συγκεντρώσεις γλυκόζης και ινσουλίνης σε υγιείς και παχύσαρκους εθελοντές. Μια πρόσφατη, συστηματική ανασκόπηση συνόψισε 20 τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, σε υγιή, παχύσαρκα και άτομα με ΣΔ2, με συμπληρώματα φρουκτάνης τύπου ινουλίνης (φρουκτο-ολιγοσακχαρίτες, γαλακτο-ολιγοσακχαρίτες, ινουλίνη και μείγματα). Η συνολική ανάλυση έδειξε ότι οι συγκεντρώσεις ινσουλίνης νηστείας και γλυκόζης μειώθηκαν σε άτομα με ΣΔ2.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα δημητριακά αποτελούν μία από τις κύριες πηγές φυτικών ινών, συμβάλλοντας στο 50% περίπου της πρόσλη-

ψης ινών. Στις δυτικές χώρες, 30% - 40% των διαιτητικών ινών μπορεί να προέρχονται από λαχανικά, περίπου 16% από φρούτα και το υπόλοιπο 3% από άλλες δευτερεύουσες πηγές. Τα επεξεργασμένα τρόφιμα - όπως τα κονσερβοποιημένα φρούτα και λαχανικά, τα άσπρα ψωμιά, τα ζυμαρικά, και τα δημητριακά μη ολικής αλέσεως βρίσκονται χαμηλότερα στην κατάταξη της περιεκτικότητας των τροφίμων σε φυτικές ίνες. Οι υποκείμενοι μηχανισμοί των αδιάλυτων ινών στη βελτίωση της ομοιόστασης της γλυκόζης και στον περιορισμό του κινδύνου ΣΔ2 μπορεί (εν μέρει) να σχετίζονται με τις επιδράσεις στη γαστρεντερική μεταφορά της τροφής. Οι ιξώδεις ίνες μπορούν να καθυστερήσουν τη μεταγευματική γλυκαιμία που προκαλείται από μεταβολές στην γαστρική εκκένωση. Οι αδιάλυτες ίνες είναι πιο αποτελεσματικές στην αύξηση του χρόνου διέλευσης της τροφής στο παχύ έντερο επηρεάζοντας πιθανώς την τοπική σύνθεση ευεργετικών για την υγεία μικροβίων. Επιπρόσθετα, η ζύμωση των διαιτητικών ινών στο παχύ έντερο μπορεί να μεταβάλει την ανάπτυξη συγκεκριμένων βακτηρίων του εντέρου, να επηρεάσει την παραγωγή και τη σύνθεση λιπαρών οξέων βραχείας αλυσίδας και έτσι να επηρεάσει την έκκριση πεπτιδίων που ρυθμίζουν ευνοϊκά την όρεξη. 2



Έκρηξη απόλαυσης χωρίς ενοχές!

Τώρα μπορείς να απολαμβάνεις το αγαπημένο σου ρόφημα ...χωρίς ενοχές!

Τα επιτραπέζια γλυκαντικά **Sweet & Balance** από εκχύλισμα του φυτού **stevia** και σουκραλόζη, προσφέρουν γλυκιά γεύση χωρίς να σε επιβαρύνουν με περιττές θερμίδες! Ιδανικά για κάθε ρόφημα, ζεστό ή κρύο, αλλά και για τις γλυκές σου δημιουργίες! Σε σκόνη ή δισκία για να τα έχεις πάντα μαζί σου!

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!**

ΧΑΜΗΛΟΣ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ



ΙΩΑΝΝΑ ΤΟΚΟΥ

Κλινικός Διαιτολόγος –Διατροφολόγος, MSc,
Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Διασκέδαση και διαβήτη στις διακοπές για τους νέους

Το καλοκαίρι είναι περίοδος ξεγνοιασιάς και χαλάρωσης για όλους μας αθλή και για τους νέους που πάσχουν από διαβήτη, οι οποίοι οφείλουν να προσφέρουν στον εαυτό τους όμορφες στιγμές, με ασφάλεια και δίχως να απορρυθμίσουν τα επίπεδα γλυκόζης αίματος. Ποιά είναι η προτεινόμενη κατανάλωση αλκοόλ και πώς μπορεί να γίνει αυτό με ασφάλεια;

Η συνιστώμενη ποσότητα αλκοόλ για όλα τα ενήλικα άτομα και όχι μόνο για άτομα με διαβήτη είναι 1 ποτό ημερησίως για τις γυναίκες και μέχρι 2 ποτά ημερησίως για τους άνδρες. Ως γενικός κανόνας, μια μονάδα αλκοόλ περιέχεται σε :

- ▶ 1 μικρό ποτήρι κρασί (100ml)
 - ▶ 1 ποτήρι μπύρα (250ml)
 - ▶ 1 «μεζούρα» αυτών που αποκαλούνται «σκληρό αλκοόλ» (25ml) η π ούζο, τσίπουρο, ρακί, βότκα, ουίσκι
- Η κατανάλωση αλκοόλ δεν θα πρέπει ποτέ να γίνεται με άδειο στομάχι, μετά από έντονη άσκηση ή όταν οι τιμές σακχάρου είναι χαμηλές. Τα διαφορετικά ποτά προκαλούν διαφορετική άμεση αντίδραση στη γλυκόζη του αίματος.

Συνήθως σε ποσότητες πάνω από 2 αλκοολικές μονάδες αρχικά η γλυκόζη στο αίμα αυξάνεται, γιατί και το αλκοόλ είναι μορφή υδατάνθρακα, και αυτό θα εξαρτηθεί και από την περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες του ποτού. Ποτά όπως γλυκό κρασί περιέχουν 12γρ υδατανθράκων ανά 200ml, η κανονική μπύρα περίπου 11-13γρ υδατανθράκων τα 355ml, σε αντίθεση με ξηρά κρασιά που περιέχουν 1-2γρ υδατανθράκων ανά ποτήρι και η μπύρα light που περιέχει 5γρ υδατανθράκων ανά 355ml. Βέβαια η γλυκόζη ανεβαίνει ακόμη πιο απότομα αν καταναλωθούν κοκτέιλ ποτά που περιέχουν συνδυασμό λικέρ, χυμών, σιροπιών, αναψυκτικών με ζάχαρη κλπ. γι' αυτό είναι πιο συνετό να προτιμήσουμε ποτά - μείγματα με σόδα διαίτης, diet tonic, αναψυκτικό light ή απλό νερό.

Εάν κανείς υπερβεί την συνιστώμενη πρόσληψη, θα πρέπει να γνωρίζει ότι αυτό μπορεί να προκαλέσει υπογλυκαιμία αμέσως μετά και μέχρι και 24 ώρες, μετά την κατανάλωση. Στις περιπτώσεις αυτές, οι τιμές του σακχάρου πρέπει να μετρώνται στην αρχή, κατά την διάρκεια, στο τέλος της κατανάλωσης, πριν τον ύπνο και ακόμα και κατά την διάρκεια



της νύχτας. Εάν οι μετρήσεις είναι κάτω από το εύρος των 100-140ml/dl, ειδικά πριν τον ύπνο, τότε πρέπει να πάρουμε 1 ισοδύναμο υδατανθράκων, όπως 2-4 κράκερ και 1 φέτα τυρί ή 10-15 πατατάκια, και να επαναλάβουμε εάν χρειαστεί.

Ποια είναι η περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες των καλοκαιρινών γλυκών;

Το παγωτό είναι ο «Βασιλιάς» του καλοκαιριού και σίγουρα όχι μια απαγορευμένη λιχουδιά. Τα παγωτά του εμπορίου αναγράφουν την ποσότητα των υδατανθράκων ανα

τεμάχιο κάτι που κάνει εύκολο τον υπολογισμό της δόσης γευματικής ινσουλίνης που απαιτείται. Συνήθως αυτή η ποσότητα κυμαίνεται από 19γρ υδατάνθρακες για ένα κώνο 60γρ, 35-41γρ υδατάνθρακες για ένα ατομικό κύπελλο παγωτό 130γρ περίπου και 26γρ υδατανθράκων για ένα απλό ξυλάκι.

Στην περίπτωση που επιλέξουμε μη τυποποιημένο παγωτό σε ένα κατάστημα ή στο σπίτι, μια μικρή μπάλα παγωτό (40γρ) με γεύση βανίλια/σοκολάτα/φράουλα έχει 9-11γρ υδατανθράκων. Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν και τα επιδόρπια frozen yogurt τα οποία περιέχουν 37γρ υδατάνθρακες σε ένα μικρό κύπελλο περίπου 174γρ (χωρίς να υπολογίσουμε τα toppings). Αντίστοιχα η γρανίτα φράουλα περιέχει 22γρ υδατάνθρακες ανά 100 γρ. Καλύτερη επιλογή αποτελούν τα παγωτά τύπου 0% ζάχαρη που δεν περιέχουν επιπρόσθετη ζάχαρη αν και περιέχουν άηλους υδατάνθρακες που θα πρέπει να υπολογιστούν.

Πολύ δημοφιλής το καλοκαίρι είναι η κρέπα αν και οι μερίδες της που σερβίρονται στα καταστήματα προκαλούν μεγάλη φόρτιση ζάχαρης, λίπους και θερμίδων.

Επειδή η περιεκτικότητα σε λίπος είναι αυξημένη καλό είναι να γίνεται μέτρηση σακχάρου όχι μόνο 2 ώρες μετά την κατανάλωση αθλή και 3 ώρες μετά, ώστε να γίνεται διορθωτική δόση ινσουλίνης εάν χρειάζεται. . 2

Συστατικό	Υδατάνθρακες
Κρέπα 85γρ	23γρ
Μερέντα 1 κουτ. Της σούπας 16γρ	10γρ
Μπανάνα 85 γρ καθαρισμένη	15γρ
Μπισκότο τύπου Μιράντα 10γρ	7.6γρ
Σύνολο 55.6 γρ υδατανθράκων δηλαδή 3.7 ισοδύναμα υδατανθράκων	

Βιβλιογραφία

- American Diabetic Association
- Carb & Calorie Counter by Chris Cheyette & Yello Baloliaz, Chelloo Publishing Limited 2016, www.carbsandcals.com
- Οδηγός διατροφής για την ρύθμιση του διαβήτη, Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία
- SELF Nutrition Data. Frozen yogurts, flavors other than chocolate: Nutrition Facts & Calories. Available at: <http://nutritiondata.self.com/facts/sweets/7542/2#ixzz4muYNYCXE>



ΑΛΕΞΗΣ ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ

Παιδίατρος με μετεκπαίδευση στην Παιδιατρική Δερματολογία, Α' Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Τσιμπήματα το καλοκαίρι

Διαίτερα τους καλοκαιρινούς μήνες τα τσιμπήματα των διαφόρων εντόμων στα παιδιά μπορεί να είναι πολύ ενοχλητικά. Η αντίδραση ενός παιδιού σε ένα τσίμπημα εξαρτάται από την ευαισθησία που έχει στο δηλητήριο του συγκεκριμένου εντόμου. Ενώ τα περισσότερα παιδιά έχουν μόνο ήπιες αντιδράσεις, εκείνα που είναι αλλεργικά σε ορισμένα δηλητήρια εντόμων μπορεί να εμφανίσουν σοβαρά συμπτώματα και να απαιτηθεί επείγουσα θεραπευτική αντιμετώπιση.

Αν και τα τσιμπήματα των εντόμων μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμό του δέρματος, συνήθως αρχίζουν να εξαφανίζονται από την επόμενη μέρα και δεν χρειάζονται κάποια θεραπεία από γιατρό. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατό, από την κατανομή και τη διάταξη των δειγμάτων πάνω στο δέρμα, να συμπεράνουμε το είδος του εντόμου π.χ (κοριός-δείγματα στη σειρά, ψύλλος- δείγματα πολυληπτά και απομακρυσμένα μεταξύ τους).

Για την ανακούφιση του κνησμού (φαγούρας) που συνοδεύει τα τσιμπήματα από κουνούπια, μύγες, ψύλλους



και κοριούς, εφαρμόστε μια δροσερή κομπρέσα ή / και ένα καταπραύντικό γαλάκτωμα, που περιέχει καλαμίνη, ελεύθερα σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος του παιδιού σας, εκτός από τις περιοχές γύρω από τα μάτια και τα γεννητικά όργανα. Εάν το παιδί σας το έχει τσιμπήσει μια σφήκα ή μια μέλισσα, βρέξτε ένα πανί με κρύο νερό και πιέστε το πάνω στην περιοχή του τσιμπήματος για να μειωθεί ο πόνος και το πρήξιμο. Εάν το παιδί σας το έχει



τσιμπήσει δράκαινα σε παραλία με άμμο τότε τοποθετήστε το άκρο σε μια λεκάνη με αρκετά ζεστό νερό προκειμένου να αδρανποιηθεί το δηλητήριο και να υποχωρήσει ο πόνος.

Γενικά, διατηρήστε τα νύχια του παιδιού σας κοντά και καθαρά για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος μόλυνσης κατά το ξύσιμο. Σε περίπτωση επιμόλυνσης, το σημείο του τσιμπήματος θα γίνει πιο κόκκινο, μεγαλύτερο και πιο πρησμένο. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να παρατηρήσετε εκροή κιτρινωπού υγρού ή το παιδί σας να εμφανίσει πυρετό. Ο παιδίατρός σας θα πρέπει να εξετάζει κάθε μολυσμένο τσίμπημα αμέσως, γιατί μπορεί να χρειαστεί να αντιμετωπιστεί με αντιβιοτικά τοπικά ή συστηματικά.

Καλέστε τον παιδίατρό σας άμεσα σε γνωστή αλλεργία του

παιδιού σε σφήκες ή μέλισσες, όπως επίσης πριν να χρησιμοποιήσετε οποιαδήποτε άλλη θεραπεία, όπως κρέμες που περιέχουν κορτιζόνη ή αντισταμινικά από του στόματος. Καλέστε άμεσα ιατρική βοήθεια εάν το παιδί σας έχει οποιοδήποτε από τα παρακάτω συμπτώματα μετά από τσίμπημα:

- Ξαφνική δυσκολία στην αναπνοή ή ξηρό βήχα
- Αδυναμία, λιποθυμία ή απώλεια των αισθήσεων
- Κνίδωση ή φαγούρα σε όλο το σώμα
- Υπερβολικό οίδημα κοντά στα μάτια, στα χείλη ή τη γεννητική περιοχή που καθιστά δύσκολο για το παιδί να δει, να φάει, ή να ουρήσει. Άς σκεφτούμε όμως καλύτερα θετικά τις καλοκαιρινές μας διακοπές κι ας ευχηθούμε «Καλό και ξέγνοιαστο καλοκαίρι».

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





ΦΩΤΕΙΝΗ ΣΤΕΡΓΙΟΥ

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Επιμελήτρια Β΄,
Γ΄ Παθολογική Κλινική, Μονάδα Λοιμώξεων Γ.Ν.Α
Κοργιαλένιο - Μπενάκειο, Ε.Ε.Σ

Σακχαρώδης διαβήτης και μυκητιασικές λοιμώξεις δέρματος

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ), ένα χρόνια νόσημα, αποτελεί την πιο κοινή μεταβολική διαταραχή, με προοδευτικά αυξανόμενο αριθμό νεοδιαγνωσθέντων ατόμων. Η υπεργλυκαιμία οδηγεί σε σημαντικές μεταβολικές και ανοσοολογικές αλλαγές, συνεπώς άτομα με διαβήτη τείνουν να είναι πιο επιρρεπή σε λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων. Δερματικές λοιμώξεις συμβαίνουν στο 20% - 50% των ανεπαρκώς ελεγχόμενων διαβητικών και πιο συχνά στο διαβήτη τύπου 2.

Οι λοιμώξεις διακρίνονται σε μυκητιασικές, βακτηριακές και ιογενείς. Μπορεί να συνδέονται με ανώμαλη μικροκυκλοφορία, νόσο περιφερικών αγγείων, διαβητική νευροπάθεια σε συνδυασμό με τη διαταραχή του ανοσιακού συστήματος. Οι δερματικές λοιμώξεις μπορεί να αποτελέσουν και την πρώτη εκδήλωση του διαβήτη. Οι συνθεστέρες μυκητιασικές λοιμώξεις διακρίνονται σε λοιμώξεις από Candida spp και σε αυτές από δερματόφυτα.

ΚΑΝΤΙΝΤΙΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι συχνότερες μυκητιασικές λοιμώξεις στο διαβήτη είναι οι μυκητιάσεις από Candida.

Προσβάλλουν τόσο τους βλεννογόνους όσο και το δέρμα. Ο ζυμομύκτας Candida albicans είναι το συχνότερο παθογόνο. Χαρακτηρίζονται από σαφώς αφοριζόμενες, ερυθριματώδεις, διαβρωμένες, πολυκυκλικές πλάκες με μικρές φυσαλίδες στην περιφέρεια (δορυφόρος φλυκταίνωση). Συνοδεύονται από κνησμό και αίσθημα καύσου. Η προσβολή του στοματικού βλεννογόνου εμφανίζεται με τη μορφή γλωσσίτιδας (γλώσσα έντονα ερυθρή) και γωνιακής χειλίτιδας ή στοματίτιδας, συνήθως προσβάλλονται και οι δυο πλευρές του στόματος. Επίσης συνοδεύεται και από δυσφαγία.

Στις γυναίκες η Candida spp προκαλεί αιδοιοκολπίτιδα (λευκόχροα πηκτά κοιλικά υγρά). Στους άνδρες προκαλεί βαλανίτιδα/βαλανοποσθίτιδα (διαβρώσεις, βλατίδες, φλύκταινες στη βάλανο και ακροποσθία) που μπορεί να οδηγήσει και σε φήμωση. Οι υποτροπιάζουσες λοιμώξεις της γεννητικής χώρας μπορεί και να υποκρύπτουν σακχαρώδη διαβήτη.

Η έντονη εφίδρωση και οι συνθήκες παρατεταμένης υγρασίας οδηγούν στην εμφάνιση βλαβών στις πτυχές του σώματος (παρατρίμματα). Βλάβες μπορεί να εμφανισθούν υπομαζικά, στις μασχάλες, στις μηρογεννητικές πτυχές, στη

περιπρωκτική περιοχή και το περίνεο καθώς και στις μεσοδακτύλιες πτυχές, πιο συχνά μεταξύ 3ου και 4ου δακτύλου των χεριών ή μεταξύ 4ου και 5ου δακτύλου των ποδιών. Ο ζυμομύκτας Candida spp μπορεί να προσβάλλει και την περιοχή γύρω από το νύχι, (παρωνυχία οξεία ή χρόνια) καθώς και το ίδιο το νύχι (ονυχομυκητίαση). Η παρωνυχία εκδηλώνεται με πόνο και αίσθημα τάσης στην περιοχή. Η περιοχή γύρω από το νύχι είναι αρχικά εξέρυθρη, οιδηματώδης και στη συνέχεια παρατηρείται συλλογή πύου στη θέση αυτή. Η ονυχομυκητίαση είναι 3 φορές συχνότερη στο διαβήτη, με το γένος Candida spp να προσβάλλει πιο συχνά τα νύχια των χεριών. Τα νύχια είναι δυστροφικά με ήλιτοτε ήλιτου βαθμού πάχυνση, εύθραυστα, με αλλαγή του χρώματος τους και απώλεια της στιλπνότητάς τους. Το νύχι μπορεί να διαχωρισθεί από την κοίτη του (ονυχόλυση).

ΔΕΡΜΑΤΟΦΥΤΙΣ

Πρόκειται για επιφανειακές λοιμώξεις. Συχνά παθογόνα είναι τα Trichophyton rubrum, Trichophyton mentagrophytes, Epidermophyton floccosum. Εμφανίζονται με τη μορφή σαφώς αφοριζόμενων ερυθρών ή καστανών πλάκων με απολέπιση. Χαρακτηριστικό τους είναι η κεντρική ίαση με την

περιφερική επέκταση.

Προσβάλλουν:

- > Πόδια - πέληματα, tinea pedis (πόδι του αθλητή)
- > τις μεσοδακτύλιες πτυχές με χαρακτηριστική ξηρά απολέπιση και ρωγμές
- > τις μηρογεννητικές πτυχές, tinea cruris
- > το ψιλό δέρμα, tinea corporis
- > τα χέρια, tinea manum
- > το πρόσωπο, tinea facialis
- > τις τρίχες, tinea capitis - barbae
- > τα νύχια

Η ονυχομυκητίαση περιλαμβάνει πέντε τύπους:

- Περιφερική, με προσβολή του ελεύθερου άκρου του νυχιού και το υπονύχιο.
- Λευκή επιφανειακή, με προσβολή της πάνω επιφάνειας του νυχιού.
- Εγγύς υπονύχια, με προσβολή του εγγύς τμήματος του νυχιού.
- Ολική, με προσβολή του νυχιού σε όλο το μήκος και πάχος του.
- Ενδονύχια.





Και στην ονυχομυκητίαση από δερματόφυτα, με συννηθέστερη προσβολή τα νύχια των ποδιών, παρατηρείται ονυχοδυστροφία με πάχυνση του νυχιού (υπονύχια υπερκεράτωση). Τα νύχια είναι εύθραπτα και δύσχρωμα. Συνθήκες παρατεταμένης υγρασίας και επανειλημμένοι τραυματισμοί ευνοούν την ανάπτυξη ονυχομυκητίασης. Στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη η κλινική εικόνα των μυκητιασικών λοιμώξεων συνήθως είναι πιο έντονη, παραμένει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και μπορεί να υποτροπιάσει. Η εμφάνιση διαβρώσεων (ρωγμών) στις μεσοδακτύλιες πτυχές δύναται να αποτελέσει πύλη εισόδου για τα μικρόβια και να οδηγήσει στην εμφάνιση δευτεροπαθών βακτηριακών λοιμώξεων.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία των δερματικών λοιμώξεων από μύκητες ή δερματόφυτα καθορίζεται από την περιοχή του σώματος που προσβάλλεται καθώς και από την έκταση και σοβαρότητα της λοίμωξης.

Συνιστάται τοπική εφαρμογή κρεμών αζολών (μικοναζόλη, ισοκοναζόλη, μπιφοναζόλη) ή τερμπιναφίνης. Όσον αφορά την αιδοιοκολπίτιδα, κοιλικά υπόθετα ή κοιλικές κρέμες αζολών. Σχετικά με την ονυχομυκητίαση σε περι-

φερική και σε εντοπισμένη λευκή επιφανειακή προσβολή του όνυχα, ή σε περίπτωση αντένδειξης συστηματικής θεραπείας, ή ακόμη και συνδυαστικά με συστηματική αγωγή προτείνονται θάκες αντιμυκητιστακών (ciclopirox 8%, amorolfine 2%). Σε εκτεταμένη μορφή ή σε εμμένουσα λοίμωξη ενδείκνυται συστηματική θεραπεία. Συνιστάται χορήγηση αζολών (ιτρακοναζόλης, φλουκοναζόλης) ή τερμπιναφίνης. Σε περιπτώσεις ονυχομυκητίασης η διάρκεια θεραπείας ποικίλει από 2 έως 6 μήνες και ακολουθείται είτε συνεχές είτε κατά ώσεις σχήμα.

Σε περιπτώσεις εμμένουσας αιδοιοκολπίτιδας από άλλα είδη Candida (C. glabrata), καθώς και σε ονυχομυκητιάσεις, κρίνεται απαραίτητο η λήψη δείγματος προς άμεση αναζήτηση του παθογόνου μικροοργανισμού, καλλιέργεια αυτού καθώς και δοκιμασία ευαισθησίας του σε αντιμυκητιστακά φάρμακα (μυκητόγραμμα).

Είναι πολύ σημαντικό οι μυκητιασικές λοιμώξεις να αναγνωρισθούν και να αντιμετωπισθούν καθότι μπορούν να αποβούν δυνητικά σοβαρές για τη ζωή του ατόμου. Η ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος, σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού, καθώς και η εφαρμογή κανόνων υγιεινής και η αποφυγή εκλυτικών παραγόντων αποτελούν καθοριστικά σημεία πρόληψης. **Σ**

ΖΩΓΡΑΦΟΣ



**ΜΕ 20% ΦΥΤΙΚΕΣ ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ
ΣΥΝΔΥΑΖΟΥΝ ΤΑ ΟΦΕΛΗ
ΤΩΝ ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΩΝ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΟΓΙΑΣ**

T: 210 4220320, E: info@zografosdiet.gr
F: www.facebook.com/zografos.diet, S: www.zografosdiet.gr

Αντιμετώπιση των διαταραχών της ουροδόχου κύστης που σχετίζονται με το διαβήτη

Είναι γνωστό ότι ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) ο οποίος δεν ρυθμίζεται μπορεί να προκαλέσει βλάβες σε διάφορα όργανα του σώματος. Μερικές από τις βλάβες είναι γνωστές στα άτομα με διαβήτη ενώ άλλες όχι. Στις δεύτερες περιλαμβάνονται τα προβλήματα της ουροδόχου κύστης τα οποία παραμένουν σιωπηλά μέχρις ότου εμφανιστούν ξαφνικά. Η γνώση των προειδοποιητικών συμπτωμάτων και σημείων επιτρέπει στα άτομα με διαβήτη να απευθυνθούν έγκαιρα στο θεράποντα γιατρό και να τα αντιμετωπίσουν πριν προκληθεί σημαντική διαταραχή.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΣΤΗΣ

Συνήθη συμπτώματα είναι η συχνή επίσκεψη στην τουαλέτα (συχνουρία), το αίσθη-

μα βάρους ή κράμπας στην περιοχή της ουροδόχου κύστης, η αίσθηση πιεστικής ανάγκης για ούρηση, η δυσκολία έναρξης της ούρησης, συμπτώματα από ουρολοιμώξεις, και συχνά η χωρίς τη βούληση του ατόμου απώλεια ούρων δηλαδή ακράτεια ούρων. Μια μελέτη στη Νορβηγία έδειξε ότι ακράτεια παρουσίαζε σχεδόν το 40 % των γυναικών με ΣΔ όταν το ποσοστό ήταν 25% σε γυναίκες χωρίς ΣΔ.

ΠΩΣ Ο ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΣΤΗΣ

Στα άτομα με ΣΔ είναι γνωστό ότι, η μη ικανοποιητική ρύθμιση του σακχάρου συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο βλάβης των νεύρων. Η βλάβη των νεύρων που ρυθμίζουν τη λειτουργία της ουροδόχου κύστης αποτελεί την κύρια αρχική αιτία που οδηγεί



ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν. ΚΟΥΚΟΥΛΗΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής
Ενδοκρινολογίας



στην απώλεια της αίσθησης ότι η κύστη γέμισε. Συνέπεια αυτού είναι να συγκεντρώνεται στην κύστη μεγαλύτερη ποσότητα ούρων πριν το άτομο νοιώσει την ανάγκη να ουρήσει. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να συγκεντρωθούν στην κύστη έως 1 λίτρο ούρα, όταν το φυσιολογικό είναι 300 - 350 κυβικά εκατοστά. Στα αρχικά στάδια μπορεί να χάνεται η αίσθηση πληρότητας της κύστης πηλην όμως το μυϊκό τοίχωμα της λειτουργεί ικανοποιητικά και προκαλεί

το πλήρες άδειασμα. Ωστόσο με την πάροδο του χρόνου επέρχεται δυσλειτουργία και των μυών του τοιχώματος της κύστης με αποτέλεσμα την αδυναμία πλήρους κένωσης. Ωστόσο, πριν αυτό συμβεί, το άτομο με ΣΔ μπορεί να αντιληφθεί ορισμένα προειδοποιητικά συμπτώματα. Αρχικά δημιουργείται η αίσθηση ότι κάτι έχει αλλάξει στην αίσθηση ότι η κύστη έχει γεμίσει και πρέπει να αδειάσει. Συνήθως, υπάρχει ένα εντονότερο πιεστικό αίσθημα με τη

μορφή «τσιμπήματος ή κράμπας» που μπορεί να γίνει εντονότερο εάν καθυστερήσει το άδειασμα της κύστης. Αρκε-τά άτομα αντιλαμβάνονται ότι το αρχικό πιεστικό αίσθημα αντικαθίσταται προοδευτικά από ένα βύθιο αίσθημα πίεσης ή βάρους στην περιοχή που δεν εκλαμβάνεται ως μήνυμα για κένωση της κύστης. Το αποτέλεσμα είναι να καθυστερεί η ούρηση και να διατείνεται η κύστη γεμίζοντας με μεγαλύτερη ποσότητα ούρων. Καθώς η κύστη συνεχίζει να διατείνεται από την όλο και μεγαλύτερη ποσότητα των ούρων, αρχίζει να χάνει τον μυϊκό της τόνο και τελικά αδυνατεί να τα αποβάλει πλήρως. Φυσιολογικά, στο τέλος της ούρησης μένουν στην κύστη 30 κυβικά εκατοστά ούρων ενώ στην περίπτωση της διαβητικής κύστης μπορεί να μένουν από 100 έως 200 κυβικά εκατοστά, ή ακόμα περισσότερα, ανάλογα με το βαθμό της βλάβης και τη διάρκεια του προβλήματος.

Με την ατελή κένωση της κύστης συνδέονται, με τον ένα ή άλλο τρόπο, τα συμπτώματα της διαταραχής της στο ΣΔ. Για παράδειγμα, όταν η κύστη δεν αδειάζει είναι φυσικό να γεμίζει νωρίτερα προκαλώντας συχνότερα την ανάγκη μετάβασης στην τουαλέτα. Εάν η κύστη δεν αδειάζει περιοδικά γεμίζει με περισσότερα ούρα που αυξάνουν την ενδοκυστική πίεση τόσο ώστε να ξεπερνιέται η αντίσταση του σφικτήρα της κύστης και να ακολουθεί ακράτεια ούρων. Η παραμονή σημαντικού υπολείμματος ούρων στην κύστη μετά την ούρηση αυξάνει επίσης τον κίνδυνο εμφάνισης ουρολοιμώξεων. Να μην παραγνωρίζεται ότι στο αρρυθμίστο διαβήτη αυξάνεται ο κίνδυνος λοιμώξεων λόγω δυσμενούς επίδρασης του στο αμυντικό σύστημα του οργανισμού

Η βλάβη των νεύρων της ουροδόχου κύστης και η ακόλουθη δυσλειτουργία του μυϊκού τοιχώματος της κύστης, εάν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα, οδηγούν σε σοβαρή διαταραχή της λειτουργίας της που χαρακτηρίζεται ως «διαβητική κύστη». Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι, εκτός από τον ΣΔ υπάρχουν και άλλοι λόγοι που συμβάλλουν στη διαταραχή της λειτουργίας της ουροδόχου κύστης. Για παράδειγμα, η υπερτροφία του προστάτη που παρουσιάζεται με την αύξηση της ηλικίας εξίσου στους άνδρες με και χωρίς ΣΔ.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΚΥΣΤΗΣ

Βασική προϋπόθεση της αποτελεσματικής αντιμετώπισης των συμπτωμάτων είναι ο εντοπισμός της αιτίας. Στην πε-

ρίπτωση της ακράτειας εάν αυτή οφείλεται σε φάρμακα τροποποιείται η θεραπευτική αγωγή, ενώ εάν πρόκειται για ουρολοιμώξη χορηγούνται αντιβιοτικά.

Εάν δεν υπάρχει υποκείμενη αιτία των διαταραχών της λειτουργίας της κύστης προτείνονται αλλαγές στο τρόπο ζωής με θετική επίδραση. Στις αλλαγές αυτές που αποτελούν και τρόπους πρόληψης περιλαμβάνονται :

1. Καλή ρύθμιση του σακχάρου. Εκτός από την προστασία των νεύρων, προφυλάσσει από την εμφάνιση δίψας, την πρόσληψη περισσότερων υγρών και την παραγωγή μεγαλύτερης ποσότητας ούρων.
2. Ειδικές ασκήσεις για το δυνάμωμα των μυών της πυέλου.
3. Προγραμματισμός τακτικών κενώσεων της κύστης.
4. Προγραμματισμός των καθημερινών δραστηριοτήτων με βάση το ημερολόγιο συνθηκών της κύστης.
5. Διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες για την αποφυγή δυσκοιλιότητας.
6. Ελάττωση του βάρους και διατήρηση του σε φυσιολογικά επίπεδα ώστε να αποφεύγεται η άσκηση πίεσης στην κύστη και το πυελικό τοίχωμα.
7. Εφαρμογή της μεθόδου της διπλής ούρησης για την πλήρη κένωση της κύστης.
8. Αποφυγή λήψης εφάπαξ μεγάλων ποσοτήτων υγρών.
9. Περιορισμός στη λήψη καφέ.
10. Αποφυγή λήψης πικάντικων τροφών που ερεθίζουν το ουροποιητικό σύστημα
11. Αποφυγή λήψης υγρών πριν την κατάκλιση.
12. Συζήτηση με τον θεράποντα γιατρό για τη χρήση φαρμάκων ή άλλων μέσων αντιμετώπισης της ακράτειας.

ΠΟΤΕ ΑΝΑΖΗΤΕΙΤΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ;

Όταν εμφανιστούν διαταραχές στην ούρηση που επηρεάζουν την καθημερινότητα των ατόμων με διαβήτη πρέπει το πρόβλημα να συζητηθεί με το γιατρό. Ο γιατρός θα μπορέσει να διαπιστώσει εάν η ακράτεια σχετίζεται άμεσα με το διαβήτη ή οφείλεται σε άλλη αιτία. Η διάγνωση της αιτίας θα επιτρέψει φυσικά και την θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος. Ωστόσο είναι χρήσιμο να τονιστεί ότι η γνώση των προειδοποιητικών σημείων διαταραχής της λειτουργίας της κύστης και η έγκαιρη λήψη προληπτικών μέτρων μπορούν να απομακρύνουν την ανάγκη ιατρικής βοήθειας.



ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΚΥΣΤΗΣ

Γνωρίζοντας ότι κάθε περίπτωση είναι διαφορετική, στις ακραίες περιπτώσεις διαβητικής κύστης το σχέδιο αντιμετώπισης αρχίζει με την τοποθέτηση ουροκαθετήρα, ο οποίος παραμένει 5 με 7 ημέρες και επιτρέπει το συνεχές άδειασμα της. Μετά την αφαίρεση του καθετήρα, το επόμενο βήμα περιλαμβάνει την περιοδική πρόσκαιρη τοποθέτηση ουροκαθετήρα από τον ίδιο τον πάσχοντα, όταν χρειάζεται να αδειάσει η κύστη. Αυτό μοιάζει δύσκολο αλήθι, συνήθως, είναι απλό χάρη στη βελτίωση των υλικών. Στη φάση αυτή το άδειασμα της κύστης γίνεται ανά 3 - 4 ώρες από το πρωί έως την ώρα της νυκτερινής κατάκλισης, ανεξάρτητα από το αν το άτομο νοιώθει ή όχι την ανάγκη να αδειάσει την κύστη. Φυσικά, τα πράγματα είναι πιο απλά εάν εφαρμοστεί από την αρχή ο αυτοκαθετηριασμός της κύστης. Μια καλή ιδέα είναι επίσης η εφαρμογή της «διπλής κένω-

σης» της κύστης. Στην περίπτωση αυτή το άτομο πηγαίνει στην τουαλέτα και αδειάζει την κύστη, επιστρέφει στην κανονική δραστηριότητα για 10 - 15 λεπτά και επανέρχεται στην τουαλέτα προσπαθώντας, για δεύτερη φορά, κένωση της κύστης. Ο αυτοκαθετηριασμός της κύστης μετά τη δεύτερη κένωση επιτρέπει τον υπολογισμό του υπολείμματος των ούρων και την τροποποίηση του χρόνου μεταξύ των καθετηριασμών.

Τα προεκτεθέντα μοιάζουν απογοητευτικά για κάποιον ο οποίος εμφανίζει συμπτώματα διαβητικής κύστης. Ευτυχώς, ο ως άνω χειρισμός είναι αποτελεσματικός αφού το συνεχές άδειασμα της κύστης επιτρέπει την ανάκαμψη της λειτουργίας του κυστικού τοιχώματος. Σε αρκετά άτομα επανέρχεται το αίσθημα πλήρωσης που οδηγεί στην έγκαιρη κένωση της κύστης. Παρόλα αυτά, η πρόληψη αποτελεί την καλύτερη προσέγγιση. **Σ**



ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ

Πηγή: www.kalampaka.com

Η «μαγεία» των Μετεώρων

Τα βράχια των Μετεώρων αποτελούν από μόνο τους ένα θαύμα της φύσης, ένα απίστευτης ομορφιάς γεωλογικό φαινόμενο και ένα σημαντικό μνημείο της Ορθοδόξιας μας, που δεσπόζει επί αιώνες στην Καλαμπάκα μεταξύ των βουνών Κόζακα και Αντιχασίων. Τα Μετέωρα, που έχουν χαρακτηριστεί το δεύτερο Άγιον Όρος, συνεχίζουν τη μοναστική παράδοση εδώ και έξι περίπου αιώνες. Τα Μετέωρα απευθύνονται σε εκείνους που αγαπούν τις ορεινές καλοκαιρινές αποδράσεις για να ζήσουν μια διαφορετική εμπειρία. Ας ταξιδέψουμε λοιπόν στα όμορφα Μετέωρα και ας γνωρίσουμε τις ομορφιές τους.

Η απίστευτη θέα των ιερών βράχων δεν αφήνει αδιάφορο τον επισκέπτη, και η μεγαλοπρέπεια αυτού του γιγαντιαίου πέτρινου συμπλέγματος προκαλεί για εξερεύνηση και αναζήτηση. Τα ασκτικά παραπήγματα στους βράχους μαρτυρούν την αδιάψευστη παρουσία των πρώτων μοναχών που αφιερώθηκαν ψυχή τε και σώματι στο Θεό.

Τα πρώτα μοναστήρια κτίστηκαν με πολλή επιμέλεια και δεξιότητα κατά τον 14ο αιώνα. Με το πέρασμα των χρόνων ορισμένα από αυτά ανακατα-



σκευάστηκαν και άλλα υπέστησαν σημαντικές επισκευές προκειμένου να συμπληρωθούν, και να δοθεί έτσι το τελικό αρχιτεκτονικό τους σχήμα. Έκτοτε ορθώνουν το ανάστημά τους στις κορυφές των βράχων δίνοντας έτσι την εντύπωση ότι αποτελούν το φυσικό τους τελείωμα. Η ανάβαση παλαιότερα γινόταν με σκαλωσιές στηριγμένες σε δοκάρια σφηνωμένα μέσα στους βράχους, με δίχτυ, και λίγο αργότερα με ανεμόσκαλεις. Σήμερα οι προσκυνητές-επισκέπτες χρησιμοποιούν τις σκάλες που λαξεύτηκαν στα βράχια, εξασφαλίζοντας έτσι μία άνετη και ασφαλή ανάβαση στα μοναστήρια. Από τα 24 μοναστήρια σήμερα λειτουργούν τα έξι, ενώ τα υπόλοιπα 15 είναι ακατοίκητα και ερειπωμένα. Οι Ιερές Μονές της Μεταμορφώσεως του

Σωτήρος, της Αγίας Τριάδας, του Αγίου Νικολάου του Αναπαυσά, και του Βαρλαάμ είναι αντρικές, ενώ η Ιερά Μονή Ρουσάνου και του Αγίου Στεφάνου γυναικείες. Μοναχοί, ιερείς αλλά και σπουδαίοι αγιογράφοι της εποχής, όπως ο Θεοφάνης και ο Φράγκος Κατελάνος, φιλοτέχνησαν με τοιχογραφίες τους ναούς των Μετεώρων. Η Παναγία η Θρηνωδόουσα, ο Εσταυρωμένος, η Γέννηση του Χριστού, τα Μαρτύρια των Αγίων, είναι από το θαυμάσιο εικονογραφικό πρόγραμμα των τοιχογραφιών που κοσμούν το εσωτερικό των ναών. Έχουν πλούσιο χρωματισμό, άλλοτε ζωηρό και άλλοτε απαλό, αποδίδεται ζωή και φυσικότητα στα εκφραστικά πρόσωπα και στις κινήσεις τους, και τα θέματα είναι εμπνευσμένα κυρίως από τον χρι-

στολογικό και τον αγιολογικό βίο. Κάποιες τοιχογραφίες όμως υπέστησαν σοβαρότατες ζημιές από επιδρομές βανδάλων που δεν σεβάστηκαν την ιερότητα του εκκλησιαστικού χώρου, και άλλες πάλη φέρουν πάνω τους τα ανεξίτηλα σημάδια φθοράς του χρόνου. Από πλευράς τεχνοτροπίας οι τοιχογραφίες εντάσσονται στην τελευταία Παλαιοιολόγια Βυζαντινή περίοδο. Στα Μετέωρα σώζονται θησαυροί, κειμήλια, και πολλά έργα μικροτεχνίας. Αντιπροσωπευτικό δείγμα μικροτεχνίας είναι το αριστουργηματικό ξυλόγλυπτο τέμπλο που βρίσκεται στο καθολικό της Ιερής Μονής Αγίου Στεφάνου. Φορητές εικόνες, οι παλαιότερες από τις οποίες σήμερα φυλάσσονται στα σκευοφυλάκια των ναών, Σταυροί με

Τίμιο Ξύλο, αρχιερατικοί ράβδοι, χρυσοποίκιλτα ιερατικά άμφια, χειρόγραφα, Ευαγγέλια, σκεύη για λειτουργικούς σκοπούς, μολυβδόβουλα, αργυρές λειψανοθήκες, είναι κάποια από τα μουσειακά εκθέματα που ο επισκέπτης μπορεί να θαυμάσει. Από ιστορικής πλευράς μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι πάνω από χίλιοι χειρόγραφοι κώδικες, καθώς και οι πολύτιμες σε αξία σειρές βυζαντινών και μεταβυζαντινών εγγράφων που σώζονται και φυλάσσονται στα αρχειοφυλάκια των μοναστηριών. Στην Ιερά Μονή Αγίου Στεφάνου φυλάσσεται και η Θαυματουργός Κάρα του Αγίου Χαράλαμπου, ενώ στη Μονή Βαρλαάμ υπάρχει το Ευαγγέλιο που αποδίδεται στον Αυτοκράτορα του Βυζαντίου Κωνσταντίνο Πορφυρογέννητο.



Σήμερα, τα Μετέωρα έχουν χαρακτηριστεί από τον ΟΗΕ Μνημείο Πολιτιστικής Κληρονομιάς. Μέσα απ' αυτή την κληρονομιά οι μοναχοί-ασκητές πορεύονται αιώνες τώρα ακολουθώντας τα βήματα των πρώτων οικιστών Πατέρων τους, σμιλεύοντας την πίστη τους με την υπακοή, την ακτημοσύνη, την ταπεινοσύνη, τη νηστεία και την αδιάλειπτη προσευχή στον Ύψιστο Δημιουργό.

ΤΟ ΣΠΗΛΛΑΙΟ ΤΗΣ ΘΕΟΠΕΤΡΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΛΑΜΠΑΚΑ

Μια επιπλέον πρόταση μας είναι να επισκεφτείτε το σπήλαιο της Θεόπετρας. Στο δρόμο Τρικάλων - Καλαμπάκας, 3 χιλιόμετρα πριν από τα Μετέωρα, ορθώνεται πάνω από το χωριό Θεόπετρα ένας βραχώδης ασβεστολιθικός όγκος στη βορειοανατολική πλευρά του οποίου βρίσκεται το ομώνυμο σπήλαιο. Πρόκειται για τη δυτικότερη προϊστορική θέση της Θεσσαλικής πεδιάδας, που βρίσκεται στους

πόρους της οροσειράς Χάσια, η οποία αποτελεί και το φυσικό όριο μεταξύ Θεσσαλίας και Ηπείρου. Το σπήλαιο βρίσκεται σε υψόμετρο περίπου 100 μέτρα από την επιφάνεια της πεδιάδας και 280 μέτρα από την επιφάνεια της θάλασσας. Μπροστά από το σπήλαιο ρέει ο ποταμός Ληθαίος, παραπόταμος του Πηνειού. Η είσοδος του σπηλαίου έχει διαστάσεις 17,3 μέτρα, ενώ ο κύριος θάλαμός του, περίπου τετράγωνος με μικρές πλευρικές κόγχες, έχει έκταση 500 τετραγωνικά μέτρα.

Η περιοχή παρέχει καλές ξενοδοχειακές υποδομές, που θα ικανοποιήσουν όλα τα βαλάντια. Είτε μεγάλα ξενοδοχεία, είτε δωμάτια, είτε ξενώνες, είναι σίγουρο ότι θα βρείτε αυτό που σας ευχαριστήσει. Επίσης, η περιοχή διαθέτει κάμπινγκ, για τους λάτρεις του είδους, ενώ οι γνωστές παραδοσιακές ταβέρνες της περιοχής θα ικανοποιήσουν απόλυτα τον ουρανίσκο σας. **Σ**

ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ

DIABETIC TOOTHPASTE



Η FREZYDERM πρωτοπορεί και προσφέρει εξειδικευμένη οδοντιατρική φροντίδα για τα άτομα που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη. Για την καθημερινή στοματική φροντίδα των διαβητικών, οδοντόκρεμα Diabetic Toothpaste. Ο εξειδικευμένος συνδυασμός βιοενεργού πεπτιδίου και υαλουρονικού οξέος αποτρέπει τις συνέπειες της αύξησης γλυκόζης στη στοματική κοιλότητα των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη. Μειώνει την οστική απώλεια, καταπολεμά τη μικροβιακή πλάκα, ενυδατώνει και επουλώνει τα ούλη, αντιμετωπίζει την ξηροστομία, μειώνει την αιμορραγία των ούλων και προστατεύει από την τερηδόνα. Για ολοκληρωμένη φροντίδα συνδυάζεται ιδανικά με το στοματικό διάλυμα GINGIVITIS MOUTHWASH.

UltraMag®ORO από την WIN MEDICA

Το UltraMag®ORO είναι νέο συμπλήρωμα διατροφής, το μοναδικό που περιέχει ουκροσωμικό μαγνήσιο. Το UltraMag®Oro, είναι χρήσιμο για την κάλυψη της ανεπαρκούς πρόσληψης ή των αυξημένων αναγκών σε

μαγνήσιο, το οποίο αποδίδει στον οργανισμό χρησιμοποιώντας την σουκροσωμική τεχνολογία. Η σουκροσωμική τεχνολογία βασίζεται σε μία δομή από φυσικά συστατικά, την σουκροσωμική δομή, η οποία χάρη στην ικανότητά της να περνά αναλλοίωτη από την πεπτική οδό και να έχει υψηλή απορρόφηση στο έντερο.



Η σειρά προϊόντων PiC Diabetes care από την LILLY

Ο Όμιλος ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΛΥ, με την πολυετή ειδίκευση και ηγετική θέση στο χώρο του διαβήτη, διαθέτει στην Ελληνική αγορά τη σειρά προϊόντων PiC Diabetes Care. Πρόκειται για σειρά εργανομηκών και καινοτόμων προϊόντων, σχεδιασμένων έτσι ώστε να βοηθούν στην καλύτερη διαχείριση του διαβήτη.

Οι βελόνες PiC Insupen για πένα ινσουλίνης συνδυάζουν τη μικρότερη δυνατή διάμετρο σε μια μεγάλη γκάμα από μήκη. Οι βελόνες PiC Insupen είναι το αποτέλεσμα μακροχρόνιας έρευνας, τεχνολογίας και ποιότητας κατασκευής με στόχο την αποτελεσματική και λιγότερο επώδυνη χορήγηση της ινσουλίνης. Οι βελόνες PiC Insupen αποτελούν την πλέον προηγμένη λύση της PiC για εκείνους που επιθυμούν μια βελόνα με πολύ μικρή διάμετρο χωρίς να αλλάξουν τη συνήθη τεχνική της ένεσής τους. Διατίθενται σε τρία διαφορετικά μήκη (4, 6 και 8 mm). Όλη η σειρά βελονών PiC Insupen είναι σχεδιασμένη και κατασκευασμένη στο Κόμο της Ιταλίας με όλες τις διεθνείς και ευρωπαϊκές τεχνικές και ποιοτικές πιστοποιήσεις και ελέγχους.

Gel Γλυκόζης TRANSCEND από την MENARINI diagnostics

Η MENARINI diagnostics σας ενημερώνει για την κυκλοφορία του νέου προϊόντος Gel Γλυκόζης στην Ελλάδα και Κύπρο. Τα Gel Γλυκόζης παρασκευάζονται στις Η.Π.Α και προσφέρουν:

- Άμεση και ελεγχόμενη αναπλήρωση ενέργειας
- Ταχεία δράση με την καθαρή από προσμείξεις και άλλα στοιχεία γλυκόζη
- Εύκολη χρήση και γρήγορη απορρόφηση ιδιαίτερα σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης και
- Πρακτική συσκευασία και ευκολία στη μεταφορά τους. που εξασφαλίζουν έναν μοναδικό τρόπο να δίνουμε στον οργανισμό μας την ενέργεια που χρειάζεται στη στιγμή. Η προτεινόμενη τιμή λιανικής πώλησης του προϊόντος ανέρχεται στα 6,80€ για τη συσκευασία των 3 δόσεων. Ένα φακελάκι ισοδυναμεί με 15 γραμμάρια γλυκόζης (1 ισοδύναμο). Χωρίς συντηρητικά, με φυσικό άρωμα φρούτων, διατίθεται σε 2 υπέροχες γεύσεις (πορτοκάλι & φράουλα).



ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ



ΝΕΑ, ΠΙΟ ΕΞΥΠΝΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ CONTOUR®DIABETES

Η Ascensia Diabetes Care ανακοινώνει την κυκλοφορία της αναβαθμισμένης έκδοσης της εφαρμογής CONTOUR®DIABETES στην Ελλάδα. Περιλαμβάνει τη νέα δυνατότητα «Τα Μοτίβα μου», η οποία χρησιμοποιεί καινοτόμους αλγόριθμους για την πιο έξυπνη ανάλυση των αποτελεσμάτων γλυκόζης αίματος που λαμβάνονται από τον μετρητή CONTOUR®NEXT ONE και παρέχει εξατομικευμένες, σημαντικές πληροφορίες ώστε να βοηθήσει τα άτομα με διαβήτη να διαχειρίζονται την υγεία τους. Αυτή η νέα έκδοση θα είναι διαθέσιμη από σήμερα στο Apple App Store (iOS) και στο Google Play (Android).

Parapharm: Νέο βελονάκι Becton Dickinson

Η εταιρία Parapharm, αποκλειστικός αντιπρόσωπος των ιατροτεχνολογικών προϊόντων Becton Dickinson (BD) για την χορήγηση της ινσουλίνης, ευρίσκεται στην ευχάριστη θέση να σας ανακοινώσει ότι διατίθεται πλέον στην Ελληνική αγορά το βελονάκι για πένα ινσουλίνης μήκους 6mm, διαμέτρου 31G και αποζημιώνεται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ, βάσει του ΦΕΚ 532/16.02.2018.

Νέες βελόνες πένas 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 πένas 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 συνήθειες πένas ινσουλίνης. Τμήμα εξυπηρέτησης πελατών, Accu-Chek: 210 2703700

Σύστημα FreeStyle Libre: #ΜΠΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

Το σύστημα FreeStyle Libre της Abbott έχει σχεδιαστεί για να αλληλάξει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα με διαβήτη παρακολουθούν τη γλυκόζη τους και να τα βοηθήσει να ρυθμίσουν αποτελεσματικότερα το διαβήτη τους. Το σύστημα FreeStyle Libre απαλλάσσει από την ταλαιπωρία του τρυπήματος στα δάκτυλα, καταγράφοντας τη γλυκόζη μέσω ενός αισθητήρα που τοποθετείται στο πίσω μέρος του άνω βραχίονα, για έως και 14 ημέρες. Για τη χρήση του δεν απαιτείται βαθμονόμηση με τρύπημα στα δάκτυλα, μία βασική διαφορά σε σχέση με τα συστήματα συνεχούς καταγραφής της γλυκόζης. Μέχρι το τέλος του καλοκαιριού αναμένεται η διάθεση και στην Ελλάδα της εφαρμογής FreeStyle LibreLink (για smartphones iPhone & Android), που επιτρέπει στα άτομα με διαβήτη να χρησιμοποιήσουν και το κινητό τους τηλέφωνο για να σαρώσουν τον αισθητήρα FreeStyle Libre και έτσι να έχουν πλήρη εικόνα για τη γλυκόζη τους, κάθε στιγμή παντού.

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

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

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

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

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

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ ΑΓΩΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΝΕΑΝΙΚΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ «ΠΕΑΝΔ»
Μακρυντίσας 12-14 Αμπελόκηποι Αθήνα Τ.Κ 11522 Αθήνα Τηλ. 2107796660 & FAX 2107796461 e-mail info@peand.gr www.peand.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 ΝΟΜΟΥ ΕΒΡΟΥ (ΣΥ.Δ.Ν.Ε)
Νικητορά 25 Τ.Κ 68 131 Αλεξανδρούπολη Τηλ. 6943124050 e-mail sydney2015@yahoo.gr www.sydney2015.weebly.com

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

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

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

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

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

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

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

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

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

ΠΑΤΡΑ

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

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ / ΑΤΤΙΚΗ & ΠΕΙΡΑΙΑΣ

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

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

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

► **Γ.Ν.Μ. 1ο Νοσοκομείο ΙΚΑ (Μελισσιών)**, Τέρμα 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 Αμύνσης 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**, Βαθαωρίτου 24, ΤΚ 31100, Λευκάδα, Τ: 26450 38200, 26450 38284 (εξωτ. ιατρείο

Στείλτε μας τις
ερωτήσεις σας στο
info@elodi.org

Mas ρωτάτε - σας απαντάμε

- 1** Είμαι μητέρα ενός αγοριού 16 ετών με διαβήτη τύπου 1 και επίσης ο σύζυγος μου έχει ήπιο διαβήτη για τον οποίο παίρνει χάπια. Το καλοκαίρι οι θερμοκρασίες είναι συνήθως πολύ υψηλές. Τι πρέπει να προσέχουν τα άτομα με διαβήτη το καλοκαίρι.

Αγαπητή μου κυρία, στις διακοπές δεν αλλάζει μόνο ο τόπος διαμονής και οι συνθήκες του περιβάλλοντος αλλά και η διάθεση μας. Οι ιδιαίτερα υψηλές θερμοκρασίες είναι κανόνες και αυτό επηρεάζει τόσο τον ίδιο τον οργανισμό όσο και τα μέσα που χρησιμοποιούν τα άτομα με διαβήτη για τον έλεγχο του σακχάρου. Θερμοκρασίες πάνω από 28 βαθμούς επηρεάζουν τις αντλίες ινσουλίνης, τις ταινίες και τους μετρητές σακχάρου και τα φάρμακα. Για την ελάττωση των αρνητικών επιπτώσεων των υψηλών θερμοκρασιών χρήσιμο είναι τα φάρμακα να φυλάσσονται σε χώρους με θερμοκρασίες κάτω από τους 25 βαθμούς και στην περίπτωση μεταφοράς τους αυτό να γίνεται με ισοθερμικές τσάντες ή με τη χρήση παγοκύστεων. Τα φάρμακα, οι μετρητές σακχάρου και οι ταινίες να μην εκτίθενται σε υψηλές θερμοκρασίες, μέσα στο αυτοκίνητο, κάτω από την ομπρέλα στη



θάλασσα ή πάνω στην πεσέτα θαλάσσης. Με τη συμβουλή του γιατρού καλό είναι να γίνεται αναπροσαρμογή της δόσης ορισμένων φαρμάκων όπως τα διουρητικά που παίρνουν άτομα με υπέρταση ή φάρμακα για το διαβήτη που προκαλούν διούρηση, γιατί μπορεί να προκαλέσουν αφυδάτωση όταν μάλιστα το άτομο με διαβήτη δεν πίνει άφθονο νερό. Γενικά, καλό είναι τα άτομα με διαβήτη να προνοούν ώστε οι θερμοκρασίες των χώρων που μένουν να είναι ανεκτές και τα φάρμακα, τα αναλγητικά και ο εξοπλισμός να διατηρούνται στις προβλεπόμενες συνθήκες του κατασκευαστή. Στην αγορά υπάρχουν τα μέσα για την εφαρμογή των οδηγιών.

- 2** Είμαι άνδρας 48 ετών και έχω σακχαρώδη διαβήτη από την ηλικία των 18 ετών. Ο γιατρός μου είπε ότι έχω ελαφριά βλάβη των νεύρων και πρέπει να προσέχω και να φροντίζω τα πόδια μου. Το καλοκαίρι, όπως μάλλον ξέρετε, οι περισσότεροι πηγαίνουν στη θάλασσα για διακοπές. Τι χρειάζεται να γίνεται για την προστασία των ποδιών.

Αγαπητέ μου, το σημαντικότερο για την προστασία των ποδιών στη θάλασσα είναι να αποφεύγετε το περπατάτε στην παραλία χωρίς παπούτσια. Καλό είναι όταν πηγαίνετε στη ακρογιαλιά με τα παπούτσια σας να φοράτε και κάλτσες. Στην ακρογιαλιά πρέπει να έχετε πάντα μαζί σας ειδικά παπούτσια τα οποία φοράτε πριν μπείτε στη θάλασσα και τα βγάζετε μόλις βγείτε από αυτή. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε παραλίες που υπάρχουν βότσαλα ή υπάρχουν ακινοί στον πυθμένα της θάλασσας. Πάντα, μετά την έξοδο από το νερό, φροντίστε να σκουπίζετε καλά τα πόδια σας και να τα ελέγχετε για πιθανούς τραυματισμούς. Είναι υποχρεωτικό τα άτομα με διαβήτη να μεριμνούν για την προστασία των ποδιών τους πολύ δε περισσό-

τερο όταν υπάρχουν ενδείξεις βλάβης των αισθητικών νεύρων όπως στην περίπτωση σας. Η φροντίδα και ο έλεγχος των ποδιών δεν πρέπει να γίνεται μόνο κατά τις διακοπές αλλά αποτελεί καθημερινή υποχρέωση. Γενικά τα άτομα με διαβήτη είναι αναγκαίο να φροντίζουν την υγεία των ποδιών τους ανεξάρτητα από την παρουσία ή όχι συμπτωμάτων. Πρέπει να δίνεται προσοχή για τον εντοπισμό σημείων κοκκινίσματος, ρωγμές (σχισμάτα) της επιδερμίδας, κοψίματα, σκληρίες ή κάποια μόλυνση. Για την αντιμετώπιση τυχόν ξηρότητας του δέρματος των ποδιών μπορείτε να χρησιμοποιήσετε στη ράχη του ποδιού και την πατούσα, όχι όμως ανάμεσα στα δάκτυλα, κάποια κρέμα ενυδάτωσης. Φυσικά πάντα φροντίζουμε για την καλή ρύθμιση του σακχάρου.



Θέλεις να πιεις κάτι δροσιστικό, αλλά μπορείς;

Ακολουθείς μια ισορροπημένη διατροφή χωρίς ζάχαρη και τεχνητά γλυκαντικά και θα ήθελες να συμπεριλάβεις σε αυτήν ένα αναψυκτικό ή ένα παγωμένο τσάι, αλλά αναρωτιέσαι εάν μπορείς.

Από σήμερα, ναι, μπορείς, αρκεί να είναι λουξ plus 'n light! *

Τόσο στα αναψυκτικά όσο και στο τσάι, η νέα οικογένεια λουξ plus 'n light συνδυάζει την απaráμιλλη γεύση λουξ με τις λίγες θερμίδες, την αντικατάσταση της ζάχαρης με 100% φυσικά γλυκαντικά, και τον χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη με τη χαρά της ζωής και το δικαίωμα στην απόλαυση για όλους!

*Με 60% λιγότερες θερμίδες σε σχέση με αντίστοιχα προϊόντα της αγοράς και 100% φυσικά γλυκαντικά, για να μπορούν να απολαμβάνουν όλοι ανεξαιρέτως, με τη σύμφωνη γνώμη του γιατρού τους, εάν χρειάζεται.



join us [f /louxplusnlight](#) [www.plusnlight.gr](#)



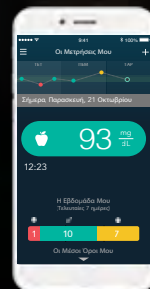
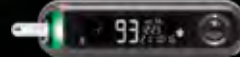
Μαθαίνοντας πως η διαχείριση
του διαβήτη μου είναι και θέμα
επιλογών, όχι μόνο περιορισμών.
Αυτό είναι διαφωτιστικό.

Η εφαρμογή CONTOUR®DIABETES έγινε
εξυπνότερη. Χάρη στις νέες δυνατότητες, μπορείτε
να ανακαλύψετε τον διαβήτη σας όπως ποτέ πριν
και να παρακινείστε να παραμένετε στο σωστό
δρόμο με τα πλάνα διαχείρισής του.



Ρίξτε φως στον διαβήτη σας

**Contour
next ONE**
Σύστημα Παρακολούθησης
Γλυκόζης Αίματος



**Ανακαλύψτε περισσότερα για το σύστημα CONTOUR®NEXT ONE και την ενημερωμένη
εφαρμογή CONTOUR®DIABETES στη διεύθυνση: www.contournextone.gr**

Το Ascensia, το λογότυπο Ascensia Diabetes Care και το Contour είναι εμπορικά σήματα ή/και εμπορικά σήματα κατατεθέντα της Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Το Apple και το λογότυπο Apple είναι εμπορικά σήματα της Apple Inc., καταχωρημένα στις Η.Π.Α. και σε άλλες χώρες. Το App Store είναι ένα σήμα υπηρεσιών της Apple Inc. Το λεκτικό σήμα και τα λογότυπα Bluetooth® είναι εμπορικά σήματα κατατεθέντα ιδιοκτησία της Bluetooth SIG, Inc., και οποιαδήποτε χρήση αυτών των σημάτων στο παρόν έγγραφο γίνεται κατόπιν σχετικής άδειας. Το Google Play και το λογότυπο Google Play είναι εμπορικά σήματα της Google Inc. © Copyright 2017 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

