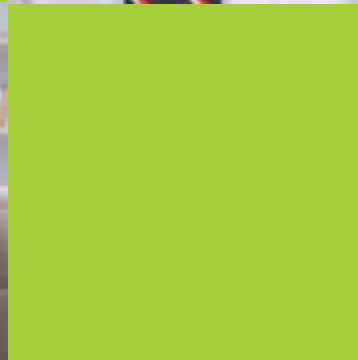
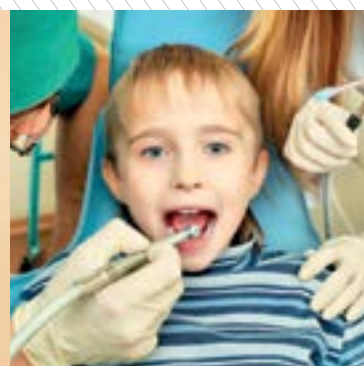


ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ

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

Ιούλιος - Αύγουστος - Σεπτέμβριος 2018 #53



- ▶ Συνέντευξη του Παναγιώτη Χαλβατσιώτη, Επίκουρου Καθηγητή Β΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»
- ▶ Αξιολογώντας την αναγκαιότητα εμβολιασμού έναντι της γρίπης στα άτομα με ΣΔ
- ▶ Η θέση της μεταβολικής χειρουργικής στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη
- ▶ Πρόληψη των επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη στους νεφρούς
- ▶ Προκαλεί ο σακχαρώδης διαβήτης σεξουαλική δυσλειτουργία;

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 σχεδιασμένα 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



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.



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 Χατζηδάκη
maria_hatzidaki@yahoo.gr

Creative Art Director:

Βασίλης Καδινούπουλος

Εμπορική Διεύθυνση:

Ευαγγελία Ματθαίου

Υποδοχή Διαφήμισης:

Θάλεια Βυζοπούλου

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 όποιου 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

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

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

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

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

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

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

Ασημίνα Μπτράκου, αναπληρώτρια καθηγήτρια παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Ζαδάλλα Μούσσηε, ενδοκρινολόγος, διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Αλεξάνδρα Μπαργιώτα, επίκουρη καθηγήτρια παθολογίας-ενδοκρινολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Μαριάννα Μπενρουπή, 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



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!

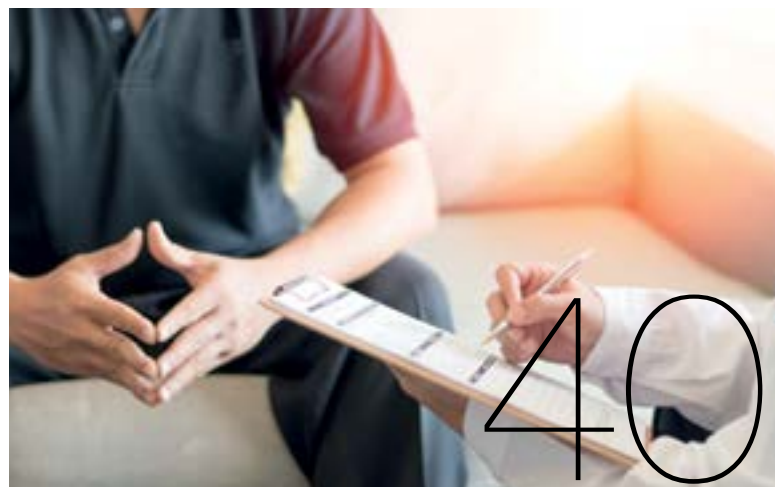
↑ Άμεση και ελεγχόμενη αναπλήρωση ενέργειας

15g Γλυκόζη ταχείας δράσης

* Εύκολη χρήση/απορρόφηση σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης

🧴 Πρακτική συσκευασία, εύκολη μεταφορά

ΔΙΑΤΙΘΕΤΑΙ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ



- 6 EDITORIAL
- 8-14 **ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ**
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ
ΤΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ
ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗ,
ΕΠΙΚΟΥΡΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΗ
Β' ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ,
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

- 16-23 **ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ**
- Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ
 - ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΟΥΣ ΝΕΦΡΟΥΣ

- 24-31 **ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**
- ΑΞΙΟΛΟΓΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΔ
 - ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 (ΜΕΡΟΣ Β')

- 32-38 **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ**
ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ
ΔΙΑΒΗΤΗ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΤΑ
ΚΑΤΑΦΕΡΩ
- ΔΙΑΤΡΟΦΗ

- 40-43 **ΔΙΑΒΗΤΗΣ Η ΑΙΤΙΑ**
ΠΡΟΚΑΛΕΙ Ο
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ
ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ
ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ;

- 44-45 **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΥΛΛΟΓΟΥ**
ΓΑΛΗΝΟΣ

- 46-51 **ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ**
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΟΝ
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

- 52-58 **ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ**
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, Η
ΑΡΧΟΝΤΙΣΣΑ ΤΟΥ ΒΟΡΡΑ

- 59 **ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ**
Ο ΦΙΛΟΣ ΜΟΥ Ο
ΔΙΑΒΗΤΟΥΛΗΣ

- 60 **ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ**

- 61 **ΣΗΜΕΙΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ**

- 62-63 **ΧΡΗΣΤΙΚΑ**
ΟΔΗΓΟΣ
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΩΝ
ΚΕΝΤΡΩΝ

- 64 **ΜΑΣ ΡΩΤΑΤΕ – ΣΑΣ ΑΠΑΝΤΑΜΕ**

Αγαπητοί αναγνώστες



Το καλοκαίρι άφησε τη θέση του στο φθινόπωρο και την ξεγνοιασιά των θερινών διακοπών διαδέχθηκε η έγνοια της καθημερινότητας. Οι χαρούμενες φωνές των παιδιών στις αυλές των σχολείων, όπου ξαναγυρίσαν, επιβεβαιώνουν το γεγονός. Το σχολείο είναι η κυψέλη όπου αρχίζει ή συνεχίζεται η προσπάθεια κατάκτησης της γνώσης και προοδευτικά της αυτογνωσίας στο πεδίο της ατομικής και κοινωνικής ευθύνης αυτών που θα καθορίσουν ως ενήλικες το μέλλον του τόπου μας. Ωστόσο, στις μικρές κοινωνίες των παιδιών στις αυλές των σχολείων, αξίζει να σταθούμε σε κάποιους που καλούνται να προσπαθήσουν περισσότερο. Αναφέρομαι στα παιδιά με κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας τα οποία καλούνται να προσπαθήσουν διπλά αφού, εκτός από την φορτίο που ορίζει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα συνυπάρχει η ανάγκη διαχείρισης του προβλήματος τους. Ειδικότερα, στο παιδί με σακχαρώδη διαβήτη το ευμετάβλητο των επιπέδων σακχάρου, για διάφορους λόγους, αυξάνει το ψυχολογικό φορτίο, γεγονός που επιβάλλει μια ιδιαίτερη φροντίδα από την εκπαιδευτική-μαθητική κοινότητα. Φροντίδα που δεν πρέπει να σηματοδοτεί διακριτική μεταχείριση και να γεννά αίσθηση διαφορετικότητας. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι απλά μια μεταβολική διαταραχή που μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και όχι μια μορφή αναπηρίας. Το μήνυμα που οφείλουμε να περάσουμε γονείς και εκπαιδευτές στα παιδιά μας και στον κοινωνικό μας περίγυρο. Οφείλουμε μέσα από την ενημέρωση να πείσουμε τους συμπολίτες μας ότι τα άτομα με κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας, μέσα στην ιδιαιτερότητα που ορίζει το πρόβλημά τους, έχουν την ίδια κοινωνική θέση και προοπτική με όλους τους άλλους.

Η κατάκτηση της γνώσης, που προαναφέρθηκε, αφορά όλους μας και όχι μόνο τα παιδιά στα σχολεία. Η γνώση είναι το πολυτιμότερο όπλο στην προσπάθειά μας να διαχειριστούμε επιτυχώς τις έγνοιες της καθημερινότητας. Το στόχο της νέας γνώσης στο χώρο του σακχαρώδη διαβήτη υπηρετεί το περιοδικό που κρατάτε στα χέρια σας. Στο τεύχος αυτό μπορείτε να διαβάσετε το δεύτερο μέρος του άρθρου που αφορά στην φροντίδα της στοματικής υγείας στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, να ενημερωθείτε, μέσα από μια ειδική εκπαιδευτική μέθοδο, για τις αρχές οργάνωσης της διατροφής, για τη σημασία του επίκαιρου εμβολίου έναντι της γρίπης, την επίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη στους νεφρούς και τους τρόπους πρόληψης και άλλα θέματα. Ιδιαίτερη αναφορά αξίζει στην παρουσίαση της ιστορίας και των δραστηριοτήτων του συλλόγου «Γαλήνως», του πρώτου σωματείου, μέλους της Ελληνικής Ομοσπονδίας Ατόμων με Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ) που αγκαλιάζει παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.

Με τη βεβαιότητα ότι η κοινή μας προσπάθεια θα ευοδωθεί σας χαιρετώ ευχόμενος καλό Φθινόπωρο.

Γεώργιος Ν. Κουκούλης,
Αναπληρωτής Καθηγητής Ενδοκρινολογίας
Διευθυντής Σύνταξης



ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ



ΦΑΣΕΩΝ

ΘΕΛΕΙΣ ΝΑ ΕΧΕΙΣ
ΡΥΘΜΙΣΜΕΝΟ
ΣΑΚΧΑΡΟ
ΜΕ ΛΙΓΟΤΕΡΑ
ΦΑΡΜΑΚΑ

ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ
ΤΟ ΚΑΝΕΙΣ!



Ζήτησε τώρα
ενημέρωση από
το γιατρό σου

www.eurodiet.gr

Τηλέφωνο επικοινωνίας 210 9373 020



Συνέντευξη του Παναγιώτη Χαλβατσιώτη

Επίκουρου Καθηγητή Β΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής
Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

"Η βασική αρχή, που πρέπει να διέπει κατά την άποψή μου τις οδηγίες ορθής αντιμετώπισης ενός χρόνιου συνδρόμου, θα πρέπει να στηρίζεται στη ρήση του Ιπποκράτη «του προλαμβάνει από το θεραπεύειν»."

Έχετε αφιερώσει όλη σας τη ζωή στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Έχετε διαγράψει μια σπουδαία πορεία στο χώρο, αποκομίζοντας σημαντικότητα εμπειρία, μέσω της συνεργασίας σας με σπουδαία ιατρικά κέντρα του εξωτερικού και της Ελλάδας. Τι ήταν αυτό που σας έκανε να αγαπήσετε το διαβήτη και την έρευνα γύρω από αυτόν;

Η επιλογή για σπουδές στην ιατρική δεν προσδιορίζει απλά ένα εκπαιδευτικό τομέα, αλλά αποτελεί για όλους τους υποψήφιους μαθητές του Ιπποκράτη μια απόφαση ζωής. Η πολυετής και η δια βίου εκπαίδευση του γιατρού, καθώς και η προτεραιότητα της προσφοράς στον άνθρωπο και όχι στην υλική ανταμοιβή, προσδιορίζουν την ιδιαιτερότητα αυτής της επιλογής. Δεν εννοώ βέβαια ότι ο ιατρός πρέπει να χαρακτηρίζεται ως ο καλός «Σαμαρείτης», αλλά απλά δεν έχει την πολυτέλεια της διαμόρφωσης εργασιακών σχέσεων με μια ανταποδοτικού τύπου επένδυση σε χρόνο και κόστος σπουδών. Η εσωτερική ανάγκη

για όσο το δυνατόν πιο πλούσια και άρτια εκπαίδευση σε ωθεί να την αναζητάς σε ευρύτερα αποδεκτά εκπαιδευτικά κέντρα στην αλλοδαπή και να προσπαθείς στην συνέχεια να εφαρμόζεις στην καθημερινή ιατρική πράξη νεότερες και πρωτοποριακές μεθόδους που υιοθετείς από την εκπαίδευση και τη συνεργασία σου με αναγνωρισμένα διεθνώς κέντρα.

Ομολογώ, όπως συμβαίνει σχεδόν με την πλειοψηφία των φοιτητών ιατρικής άρρενος γένους, η αρχική μου σκέψη ήταν να ειδικευθώ στον χειρουργικό τομέα. Η γνωριμία μου όμως και η συνεργασία μου με τον αείμνηστο Καθηγητή μου Σωτήριο Ράπτη κατατρόπωσε τους αρχικούς μου σχεδιασμούς. Εκπαιδευόμενος δίπλα του ένοιωσα το μεγαλείο της «μπρέσας» όλων των ειδικοτήτων, της παθολογίας, ενώ παράλληλα παρασύρθηκα από τη μαγεία της διερεύνησης των μυστικών της ζωής που στις βιολογικές επιστήμες κρύπτονται πίσω από τον όρο μεταβολισμός. Η βάση της ζωής είναι η παραγωγή και χρησιμοποίηση της ενέργειας σε κυτταρικό επίπεδο και οι αδυναμίες και δια-

Η πληρέστερη εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας στο διαβήτη, και η ανάπτυξη εξειδικευμένων κέντρων για τον διαβήτη σε όλη τη Χώρα, θα βελτιώσουν επίσης το επίπεδο υγειονομικής προσφοράς στον διαβητικό. Τέλος, η συμμετοχή εκπροσώπων των διαβητικών σε όλα τα συμβούλια και τις επιτροπές που θα εισηγούνται μέτρα στην Πολιτεία θα διασφαλίζει την χρηστικότητα και βιωσιμότητα τους.

ταραχές στο ισοζύγιο αυτό αποτελούν την βάση όλων σχεδόν των νοσημάτων, αλλά παράλληλα προσδιορίζουν και τις αιτίες της φυσιολογικής γήρανσης. Ο διαβήτης αποτελεί ένα κυρίαρχο σύνδρομο δυσμεταβολισμού και ο τύπου 2 μάλιστα εκλαμβάνεται ως ένα ανεπιθύμητο πρότυπο πρόωρης γήρανσης του οργανισμού. Υπάρχει λοιπόν πιο ελκυστικό πεδίο έρευνας και μάθησης από τον διαβήτη και ιδιαίτερα όταν απασχολεί, με τα προβλήματα που τον συνοδεύουν, το 10% περίπου της παγκόσμιας κοινότητας με τάσης επιδημιολογικής έκρηξης;

Έπαιξαν κάποιο ρόλο οι καταβολές της οικογενείας σας στην πορεία που ακολουθήσατε. Τι επηρέασε τις μετέπειτα αποφάσεις που λάβατε στη ζωή σας;

Και οι δύο γονείς μου ήταν δάσκαλοι που πρωτοδιορίστηκαν και προσέφεραν το «ιερό» τους λειτούργημα σε χωριά του Νομού Σερρών. Την εποχή εκείνη τα παιδιά των δοκιμαζόμενων αγροτικών πληθυσμών μπορούσαν να αναζητήσουν μια διέξοδο σε ένα καλύτερο αύριο μόνο μέσα από την εκπαίδευση, και για το λόγο αυτό το έργο που προσέφερε η πρωτοβάθμια εκπαίδευση με τις νεαρές και νεαρούς εκπροσώπους της υπό δυσμενείς συνθήκες σε χωριά χωρίς τρεχούμενο νερό και ηλεκτρική παροχή ήταν πρώτιστα Εθνικό. Έτσι και εγώ, γεννήθηκα και πέρασα τα παιδικά μου χρόνια στο χωριό Τράγιλο του Νομού Σερρών, και επειδή οι οικογένειες των δασκάλων έπρεπε να αποτελούν και ένα είδους πρότυπο δεν είχα άλλη επιλογή από μια αυστηρή γονική επιτήρηση και ένα μονόδρομο ευγενούς άμιλλας στην εκπαίδευση. Ο πατέρας μου δεν ήταν και πολύ ικανοποιημένος όταν του ανακοίνωσα ότι θα προετοιμαστώ για τις εισαγωγικές εξετάσεις στην ιατρική γιατί επιθυμούσε να σπουδάσω μηχανικός, που ήταν το ανεκλήρωτο όνειρό του που δεν πραγματοποιήθηκε ποτέ γιατί ήταν ορφανός και δεν

υπήρχαν οι απαραίτητοι οικονομικοί πόροι. Ομοίως δεν υιοθέτησε γρήγορα την απόφασή μου να καθυστερήσω την εκπλήρωση της στρατιωτικής μου θητείας για να εκπονήσω την διδακτορική μου διατριβή, εφόσον μπόρεσα να κερδίσω την υποτροφία από το Ωνάσειο Ίδρυμα που μου εξασφάλισε τη δυνατότητα ολοκλήρωσής της. Εντούτοις, ήταν πάντα διπλά μου αυστηροί και επικριτικοί βέβαια γιατί επιθυμούσαν να με προστατεύσουν από πιθανές λάθος παρορμητικές αποφάσεις της νεότητας.

Ποιες είναι οι «δέκα εντολές» που πρέπει να ακολουθεί ένα διαβητικό άτομο προκειμένου να επιτύχει σωστή ρύθμιση;

Η βασική αρχή, που πρέπει να διέπει κατά την άποψή μου τις οδηγίες ορθής αντιμετώπισης ενός χρόνιου συνδρόμου, θα πρέπει να στηρίζεται στη ρήση του Ιπποκράτη «του προλαμβάνειν από το θεραπεύειν». Πρακτικά όμως μπορούν να συνοψισθούν στα παρακάτω:

- ▶ Υιοθέτηση των ορθών υγειονομολογικών συνθηκών εφόσον η ορθή διατροφή αποτελεί τον θεμελιώδη παράγοντα στην αντιμετώπιση του διαβήτη αλλά και των καρδιαγγειακών επιπλοκών
- ▶ Συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και αυξημένη φυσική δραστηριότητα. Δυστυχώς, ο σύγχρονος τρόπος ζωής, εργασιακός και μη, μετέβαλε την καθημερινότητά μας και οδήγησε τον μεταβολισμό μας σε δύσβατους ατραπούς. Η αύξηση της φυσικής μας δραστηριότητας αποτελεί την δεύτερη πέρα από την διατροφή θεμελιώδη υποχρέωση μας στην αντιμετώπιση του διαβήτη
- ▶ Απώλεια υπερβάλλοντος σωματικού βάρους
- ▶ Τακτική αυτομέτρηση των επιπέδων σακχάρου αίματος και των απαιτούμενων αιματολογικών ή βιοχημικών εξετάσεων, και τακτική ιατρική παρακολούθηση σε

εξειδικευμένο διαβητολογικό ιατρείο

- ▶ Περιοδικός έλεγχος για την πιθανή εμφάνιση και εξέλιξη των χρόνιων επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη
- ▶ Λήψη της ειδικής αντιδιαβητικής αγωγής σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού
- ▶ Εκπαίδευση στην σωστή λήψη της αντιδιαβητικής αγωγής αλλά και για την αποφυγή των οξέων επιπλοκών, όπως η υπογλυκαιμία αλλά και το υπεργλυκαιμικό κώμα
- ▶ Αναζήτηση ενημέρωσης στα νεότερα για την αντιμετώπιση του διαβήτη
- ▶ Αποφασιστικότητα και αισιοδοξία στη διαχείριση του διαβητικού συνδρόμου γιατί η ορθολογική αντιμετώπιση του καθιστά άτρωτα τα διαβητικά άτομα σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό που δεν λαμβάνουν προληπτικά μέτρα για την υγεία τους
- ▶ Συμμετοχή σε συνδέσμους διαβητικών ατόμων για να δυναμώνει η φωνή τους όταν πρόκειται να αναζητήσουν την στήριξη από την Πολιτεία, αλλά και για να πάρουν οι ίδιοι τις αποφάσεις που θα αφορούν τη ζωή τους

Πως πιστεύετε ότι διαγράφεται το μέλλον του διαβήτη σε παγκόσμιο επίπεδο, όσον αφορά τις νέες τεχνολογίες;

Οι εξελίξεις στην αντιμετώπιση του διαβήτη με τις νέες τεχνολογίες φωτίζουν περισσότερο το αύριο της ζωής του διαβητικού. Οι καταγραφείς της γλυκόζης σε συνεχή βάση, το βιονικό πάγκρεας, οι αυριανοί αναίμακτοι μετρητές γλυκόζης, όπως οι φακοί επαφής για παράδειγμα, οι νεότερες απεικονιστικές συσκευές διερεύνησης παθολογικών εστιών, τα βιολογικά επιθέματα, τα ψηφιακά προγράμματα σχεδιασμού ειδικών υποδημάτων με πελματογραφήματα και τα υλικά με βάση την νανοτεχνολογία αποτελούν παραδείγματα που προσφέρουν ένα ασφαλέστερο παρόν και ένα ρόδινο μέλλον.

Μια συχνή ερώτηση των ατόμων με διαβήτη που επισκέπτονται το γιατρό τους είναι, αν υπάρχουν «μαγικά» χάπια για την αντιμετώπιση του διαβήτη. Τι απαντάτε στα άτομα αυτά;

Η πρόοδος στην έρευνα θα μας δώσει σύντομα για χρήση την «έξυπνη» ινσουλίνη που θα μας οδηγήσει σε ινσουλινοθεραπεία δίχως υπογλυκαιμίες ή ακόμα και ινσουλίνη



σε χάπια. Εδώ και μερικά χρόνια την αγορά των αντιδιαβητικών δισκίων έχουν κατακτήσει οι εκπρόσωποι τους που προστατεύουν από υπογλυκαιμία και μειώνουν το σωματικό βάρος. Το αποκορύφωμα όμως αποτελούν οι θεραπείες που, εκτός από τη ρύθμιση του σακχάρου, προστατεύουν από την εμφάνιση προβλημάτων από το καρδιαγγειακό. Όλα αυτά ίσως δεν έχουν καμία αξία αν δεν πάρουμε εμείς πρώτιστα την πρωτοβουλία να χειραγωγήσουμε τις κακές διατροφικές μας συνήθειες και να σκηθούμε από την άνεση του καναπέ ή από την αναπαυτική πολυθρόνα του γραφείου μας.

Από το χώρο της Ιατρικής επιστήμης αποφασίσατε, όπως όλα δείχνουν τα τελευταία χρόνια, να μεταπηδήσετε σε έναν άλλο «κλάδο», αυτόν της Πολιτικής. Τι σας έκανε να πάρετε την απόφαση αυτή;

Δύσκολη είναι η απάντηση σε μια τόσο σημαντική ερώτηση. Πολλές φορές η αντίδραση των ασθενών μου και των φίλων μου είναι απογοητευτική γιατί μου τονίζουν ότι στη συνείδησή τους είμαι ένας γιατρός και πρέπει κυρίαρχο

μου μέλημα να είναι η φροντίδα των ασθενών μου και όχι οι πολιτικές πρωτοβουλίες και αντιπαραθέσεις. Πιστεύω όμως ότι και μέσα από την πολιτική μπορείς να βοηθήσεις τον ασθενή, αφού μπορείς να συμβάλλεις στην λήψη μέτρων και στην υιοθέτηση νομικών κανόνων που θα προωθήσουν την προσφορά υγείας είτε άμεσα στον πάσχοντα με καλύτερες συνθήκες νοσηλείας, θεραπευτικών παροχών και προληπτικών μέτρων, ή έμμεσα με τη καλύτερη στήριξη των επιστημόνων υγείας στο δύσκολο έργο που επιτελούν με αυταπάρνηση και πάντα αναμένουν, πολλές φορές ματαίως, την αναγνώριση από την πολιτεία. Τα τελευταία επίσης χρόνια, με την οικονομική και πολιτισμική κρίση που βιώνουμε, έχουμε καταφέρει να οδηγήσουμε τις νεότερες γενιές της πατρίδας μας στην αμφισβήτηση και την άρνηση. Στα πρόσωπα των φοιτητών

Είναι πασιφανές ότι το χαμηλό επίπεδο παροχών υγείας στην Ελλάδα πρέπει να αντιμετωπισθεί άμεσα γιατί υπάρχει ο κίνδυνος η υποβάθμιση της κοινωνικής προσφοράς στην Ελλάδα της κρίσης να οδηγήσει σε διαβρωτικές και απορριπτικές τάσεις την κοινωνία. Η καλή υγεία του πληθυσμού είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την μεταστροφή της πάσχουσας οικονομίας του σήμερα σε ένα ανθηρό αναπτυξιακό μοντέλο.

μου, όταν συζητάμε για λύσεις και προτάσεις, διακρίνω το επικριτικό τους βλέμμα που αυτόματα με οδηγεί ίσως και σε ενοχική διάθεση. Και αυτό γιατί ίσως να έφταιξε η παθητική μου στάση σε όλα τα τεκταινόμενα τις προηγούμενες δεκαετίες «αφού δεν με αφορούσαν» μια που πρώτιστα το ενδιαφέρον μου ήταν η ακαδημαϊκή μου πορεία με τα αμιγώς ερευνητικά και εκπαιδευτικά μου καθήκοντα. Πριν λίγα χρόνια, με την έναρξη της οικονομικής κρίσης μου δόθηκε η ευκαιρία να εκπροσωπήσω τους συναδέλφους μου στο νοσοκομείο εκλέγοντας με ως αντιπρόσωπό

τους στο ΔΣ. Αυτή η ξαφνική έκθεση στα κοινά λειτούργησε σαν ένα σπινθήρας γιατί γρήγορα ακολούθησε και η εκλογή μου στο σύλλογο μελών ΔΕΠ της Ιατρικής Σχολής αλλά και στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. Από τότε αδιαλείπτως υπηρετώ τους συναδέλφους μου στο Αττικό Νοσοκομείο μέχρι σήμερα, έχω λάβει την τιμητική θέση του Αντιπροέδρου στο Σύλλογο μελών ΔΕΠ, αλλά και του Μέλους της Διοικούσας Επιτροπής στο Ανώτατο Συνδικαλιστικό όργανο των Πανεπιστημιακών Δασκάλων της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Συλλόγων μελών ΔΕΠ όλων των Πανεπιστημίων και Πολυτεχνείων της Χώρας. Παράλληλα, έχω εκλεγεί Μέλος του Ανώτατου Πειθαρχικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, και έχω ορισθεί ως Εκλέκτορας του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών Γενικός Γραμματέας του Ινστιτούτου Ερευνών του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου. Με τη συσσωρευμένη εμπειρία από τις θέσεις αυτές τα τελευταία χρόνια αποδέχτηκα με χαρά την πρόσκληση που μου απηύθυνε το κόμμα της ΝΔ και ο Πρόεδρός μας Κυριάκος Μητσοτάκης να συμμετέχω στην εκλογική διαδικασία ανάδειξης της νέας Πολιτικής Επιτροπής του Κόμματος όπου είχα την τιμή να εκλεγώ. Επόμενοι λοιπόν είναι, αν μου δοθεί η τιμητική ευκαιρία από τον Πρόεδρο του Κόμματος, να συμμετέχω και στις επόμενες Βουλευτικές εκλογές.

Τέλος, μια άλλη παράμετρος που πρακτικά με ωθεί να εκφραστώ πολιτικά είναι και το φαινόμενο της ιατρικής μετανάστευσης που αποτελεί μια σημαντική παράμετρο της φυγής των νέων επιστημόνων μας στο εξωτερικό. Ενώ η χώρα μας έχει επενδύσει εκατομμύρια ευρώ στην προετοιμασία των υποψηφίων για τις ιατρικές σχολές της, μια που η είσοδος σε Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα αποτελεί όνειρο για κάθε σχεδόν οικογένεια, αλλά και χιλιάδες επιπλέον ακόμη ευρώ για την Πανεπιστημιακή τους εκπαίδευση, αδυνατεί να τους προσφέρει εργασιακές ευκαιρίες. Κατά δήλωση του Προέδρου της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών κατά την πρώτη ορκωμοσία της περσινής ακαδημαϊκής χρονιάς (7/2017) ορκίστηκαν 156 γιατροί, με υψηλότερο μέσο όρο βαθμού πτυχίου (8,2). Οι μισοί από τους ορκισθέντες αυθημερόν ζήτησαν ειδικό αντίγραφο του πτυχίου τους για χρήση στο εξωτερικό. Τα στοιχεία επίσης μας δείχνουν ότι όλοι οι απόφοιτοί μας βρίσκουν πολύ καλές θέσεις στο εξωτερικό, πράγμα το οποίο υποδηλώνει το πολύ καλό επίπεδο μόρφωσής τους, την αξιοκρατική επιλογή τους κατά την εισαγωγή τους στα Εκπαιδευτικά



ιδρύματα, αλλά και του πολύ καλού εκπαιδευτικού συστήματος. Το ερώτημα όμως που βασανίζει όλες τις οικογένειες των μεταναστευσάντων, αλλά και τις γενιές που ολοκληρώνουν σύντομα τις σπουδές τους, είναι αν είναι δυνατόν να αναστραφεί το ρεύμα φυγής με τη δημιουργία ουσιαστικών εργασιακών συνθηκών παραμονής, ή ακόμα και επιστροφής συναδέλφων.

Επιθυμείτε να λάβετε μια θέση στο κόμμα στον τομέα της Υγείας, ή θα αναλάβετε κάποιον άλλο κλάδο;

Την σύγχρονη εποχή, που η πληροφορία μεταφέρεται με την ταχύτητα του φωτός και η γνώση σωρεύεται με γοργούς ρυθμούς, δεν είναι δυνατόν να μπορείς να είσαι ειδικός στα πάντα. Οι γνώσεις μου, οι εμπειρίες μου, η συμμετοχική μου δραστηριότητα στην εκπόνηση και οργάνωση προτάσεων πάνω στην υγεία μου δίνουν την ασφάλεια της ορθολογικής σκέψης κυρίως στο αντικείμενο αυτό. Τα θέματα της υγείας λοιπόν αποτελούν και τη δική μου πρώτη επιλογή, αν ποτέ βέβαια μου ζητηθεί να επιλέξω.

Πιστεύετε ότι μέσα από την πολιτική, και έχοντας αυτή τη σημαντική εμπειρία στην ιατρική επιστήμη σας, θα μπορούσατε να βοηθήσετε στον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας της χώρας μας;

Ο εκσυγχρονισμός ενός συστήματος υγείας απαιτεί την υιοθέτηση αφενός μεν των σύγχρονων τεχνολογικών δυνατοτήτων, αλλά και την εισαγωγή αρχών και κανόνων που

σε άλλες αναπτυγμένες οικονομικά χώρες εφαρμόστηκαν με επιτυχία. Είχα την τύχη να εκπαιδευτώ και να εργαστώ για αρκετά χρόνια στο ίσως πιο φημισμένο ιατρικό κέντρο των ΗΠΑ, στη Mayo Clinic. Εκεί είχα την δυνατότητα να διαπιστώσω πόσο εύκολη αλλά και χρηστική ήταν η εφαρμογή των σύγχρονων τεχνολογιών στην καθημερινή ιατρική πράξη. Η λειτουργία του Ιατρικού αυτού Κέντρου με σχεδόν 40.000 εργαζόμενους όλων των εθνικοτήτων που εξυπηρετούσε εκατοντάδες χιλιάδες ασθενείς σε ετήσια βάση ήταν πλήρως ψηφιοποιημένη από τη δεκαετία του '90, ενώ εμείς σήμερα στην Ελλάδα του 21ο αιώνα πριν λίγα μόλις χρόνια εφαρμόσαμε την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και δεν έχουμε ακόμα τον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς. Η συνεχής επικοινωνία όλων των συναδέλφων σήμερα με κέντρα στο εξωτερικό, που είτε θητεύσαμε ή συνεργαζόμαστε, μας έχει δώσει την απαραίτητη γνώση αλλά και τις αναγκαιότητες που πρέπει να εφαρμόσουμε για να προάγουμε την προσφορά της ιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα αλλά και την ιατρική εκπαίδευση στους νεότερους συναδέλφους.

Ποια είναι η πολιτική σας θέση όσον αφορά τις παθολογίες του συστήματος υγείας της Ελλάδας, και τι πρέπει να αλλάξει προκειμένου να βελτιωθούν;

Οι απαιτήσεις της σύγχρονης εποχής οδηγούν ως μονόδρομος στην λήψη συγκεκριμένων μέτρων που συνοψίζονται στα παρακάτω:

- Υιοθέτηση συγκεκριμένων στόχων με αυστηρούς ελέγχους και συνεχή αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών

- Εισαγωγή κινήτρων αλληλά και αντικινήτρων που θα εξασφαλίσουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας
- Ορθή διοικητική επαγγελματική διαχείριση των μονάδων υγείας με δεσμευτικούς στόχους, διαφάνεια, λογοδοσία και μακριά από κομματικές προσλήψεις
- Πρόσληψη ιατρονοσηλευτικού κυρίως προσωπικού για ενδυνάμωση της λειτουργικότητας των δομών υγείας της Χώρας
- Ενοποιήσεις και διασυνδέσεις κλινικών για μικρότερα λειτουργικά κόστη και βελτίωση παρεχόμενων υπηρεσιών
- Ψηφιοποίηση της υγείας, εφαρμογή νέων τεχνολογιών διάγνωσης και θεραπείας που θα μειώσουν τις απαιτήσεις νοσηλείας και εφαρμογές τηλεϊατρικής για απομονωμένους πληθυσμούς σε νησιά και δυσπρόσιτες περιοχές
- Σύμπραξη με τον ιδιωτικό τομέα για αναβαθμισμένες υπηρεσίες με χαμηλότερο κόστος χωρίς την επιβάρυνση των ασθενών
- Συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης στο σχεδιασμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ολοκληρωμένα προγράμματα πρόληψης

Είναι πασιφανές ότι το χαμηλό επίπεδο παροχών υγείας στην Ελλάδα πρέπει να αντιμετωπισθεί άμεσα γιατί υπάρχει ο κίνδυνος η υποβάθμιση της κοινωνικής προσφοράς στην Ελλάδα της κρίσης να οδηγήσει σε διαβρωτικές και απορριπτικές τάσεις την κοινωνία.

Η καλή υγεία του πληθυσμού είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την μεταστροφή της πάσχουσας οικονομίας του σήμερα σε ένα ανθηρό αναπτυξιακό μοντέλο. Ταυτόχρονα όμως η υγεία μπορεί να αποτελέσει και ένα σημαντικό μοχλό ανάπτυξης της οικονομίας με την καθιέρωση της Ελλάδας σαν ένα αξιόπιστο προορισμό ιατρικού τουρισμού. Ο ιατρικός τουρισμός την σύγχρονη εποχή αποτελεί παγκοσμίως μια νέα συνεχώς αναπτυσσόμενη οικονομική δραστηριότητα. Είναι η μετάβαση εκτός αλληλά και εντός συνόρων ασθενών προκειμένου να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα. Οι προορισμοί αυτοί πρέπει να φροντίζουν να παρέχουν ανταγωνιστικές υπηρεσίες για να επιλεγούν ως ιατρικός προορισμός, συνδυάζοντας ταυτόχρονα το χαμηλό κόστος και την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών. Με την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού θα προσφερθούν νέες θέσεις εργασίας, και μάλιστα όχι μόνο επιστημόνων

υγείας, αλληλά θα εισρεύσουν κεφάλαια και επενδύσεις από το εξωτερικό βοηθώντας την Εθνική Οικονομία και θα αναβαθμισθούν παράλληλα οι υγειονομικές παροχές στους μόνιμους κατοίκους της Χώρας μας. Τα φημισμένα Ασκληπιεία της Επιδαύρου και της Κω αποτέλεσαν τόσο παραδείγματα οικονομικής ανάπτυξης των περιοχών που τα φιλοξενούσαν όσο και χώρους εκπαίδευσης, έρευνας και εν γένει προόδου της ιατρικής επιστήμης. Ασθενείς με υψηλές οικονομικές δυνατότητες ταξίδευαν από όλα τα μέρη του τότε γνωστού κόσμου στα φημισμένα Ασκληπιεία της Αρχαίας Ελλάδας, αναζητώντας υψηλού επιπέδου ιατρικές υπηρεσίες και αφιερώνοντας μεγάλα χρηματικά ποσά. Ένας ορθολογικός λοιπόν σχεδιασμός στην ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού, που υπάρχει σαν θεσμός από την αρχαιότητα, πρέπει να κερδίσει το στοίχημα του αύριο, που ίσως αποτελέσει και ένα εργαλείο που θα κάνει ελκυστική την επιστροφή τους στην πατρίδα πολλών συναδέλφων που ακολούθησαν την αναγκαστική φυγή στο εξωτερικό.

Υπάρχουν πράγματα που μπορούν να γίνουν, προκειμένου να βελτιωθούν οι παροχές για τα άτομα με διαβήτη;

Η προαγωγή της υγείας των ατόμων με διαβήτη στην Ελλάδα θα επιτευχθεί με βελτίωση τόσο των δομών υγείας όσο και των λοιπών παροχών. Η πρωτογενής πρόληψη για την εμφάνιση του διαβήτη κοστίζει λιγότερο από την ιατροφαρμακευτική του αντιμετώπιση. Επομένως, πρέπει να εφαρμοστούν προγράμματα ενημέρωσης του κοινού για να αναστραφεί η πορεία του προδιαβήτη στον κλινικό διαβήτη. Αντίστοιχα, όλο το κόστος εφαρμογής συγχρόνων μεθόδων ελέγχου της εξέλιξης του διαβήτη είναι ασύγκριτα μικρότερο από την αντιμετώπιση των χρόνιων επιπλοκών του. Και αυτό γιατί η τύφλωση και ο ακρωτηριασμός επιβαρύνει δυσανάλογα τόσο τη ποιότητα ζωής όσο και το σύστημα υγείας μιας χώρας.

Η πληρέστερη εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας στο διαβήτη, και η ανάπτυξη εξειδικευμένων κέντρων για τον διαβήτη σε όλη τη Χώρα, θα βελτιώσουν επίσης το επίπεδο υγειονομικής προσφοράς στον διαβητικό. Τέλος, η συμμετοχή εκπροσώπων των διαβητικών σε όλα τα συμβούλια και τις επιτροπές που θα εισηγούνται μέτρα στην Πολιτεία θα διασφαλίζει την χρηστικότητα και βιωσιμότητα τους. 



Έκρηξη απόλαυσης χωρίς ενοχές!

Ζήσε την πιο νόστιμη σοκολατένια εμπειρία ...χωρίς ενοχές!

Οι σοκολάτες **Sweet & Balance** συνδυάζουν με μοναδικό τρόπο την απόλαυση μιας γευστικής σοκολάτας με τα οφέλη της ισορροπημένης διατροφής.

Έχουν πλούσια γεύση, χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, είναι χωρίς προσθήκη ζάχαρης, χάρη στο γλυκαντικό από εκχύλισμα του φυτού **stevia**. Οι σοκολάτες **Sweet & Balance** θα γίνουν το αγαπημένο σου σνακ! Οι επιλογές σου είναι πολλές ...bitter, γάλακτος, αμυγδαλού ή και γεμιστές με φράουλα, πραλίνα, πορτοκάλι ή cappuccino, όλες ακαταμάχητες!

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!**



ΜΕΛΙΝΑ ΚΑΡΑΟΛΙΑ, ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΚΟΚΚΙΝΟΣ,

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο,
Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
ΓΝΑ «Λαϊκό»

Η θέση της μεταβολικής χειρουργικής στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη

Η παγκόσμια επιδημία της παχυσαρκίας σχετίζεται παθοφυσιολογικά με την αυξημένη επίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2). Ο ΣΔτ2 και οι μεταβολικές διαταραχές που τον συνοδεύουν οδηγούν σε αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρδιοαγγειακών νοσημάτων και αυξημένη θνητότητα, ενώ επιπλέον προκαλεί σημαντική οικονομική επιβάρυνση στα συστήματα υγείας. Η παραδοσιακή προσέγγιση της υγιεινοδιαιτητικής και φαρμακευτικής αγωγής δεν έχει πάντα τα βέλτιστα αποτελέσματα, με μεγάλο ποσοστό ασθενών με ΣΔτ2 να μην πετυχαίνουν τους γλυκαιμικούς τους στόχους. Μεταβολική χειρουργική χαρακτηρίζεται το σύνολο των επεμβάσεων στο γαστρεντερικό σωλήνα που στοχεύει στην απώλεια βάρους και μέσω αυτής, αλληλά και άλλων μηχανισμών, στη βελτίωση μεταβολικών παραμέτρων και ιδίως τη βελτίωση της ομοιοστασίας της γλυκόζης.

Στην κλινική πράξη, οι τέσσερις καθιερωμένες βαριατρικές/μεταβολικές επεμβάσεις είναι η επιμήκης γαστρεκτομή (sleeve gastrectomy, SG), η γαστρική παράκαμψη κατά Roux-en-Y (Roux-en-Y gastric bypass, RYGB), ο ρυθ-

μιζόμενος γαστρικός δακτύλιος (laparoscopic adjustable gastric band, LAGB) και η χολιοπαγκρεατική εκτροπή (biliopancreatic diversion, BPD), με πιο συχνά εφαρμοζόμενες τις 2 πρώτες, λόγω καλύτερου προφίλ ασφάλειας. Όλες οι επεμβάσεις γίνονται πλέον λαπαροσκοπικά και παρουσιάζουν χαμηλή θνητότητα (κατώτερη του 0,5% σε κέντρα με επαρκή εμπειρία) και χαμηλά ποσοστά επιπλοκών.

Η συμβολή της μεταβολικής χειρουργικής στην επίτευξη καλύτερου γλυκαιμικού ελέγχου, έως και αποδοχής του διαβήτη, έχει μελετηθεί πολύ τα τελευταία έτη, καθότι τα αποτελέσματα είναι ενίοτε εντυπωσιακά. Έως τρία έτη μετά από μεταβολική επέμβαση, επιτυγχάνεται σημαντική απώλεια της περίσσειας σωματικού βάρους, σε μεγάλο ποσοστό ασθενών, παρατηρείται ύφεση του σακχαρώδους διαβήτη και δραματική βελτίωση των καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου. Μακροπρόθεσμα, σε χρονικό διάστημα που υπερβαίνει τα 5 έτη, η απώλεια βάρους διατηρείται, η επίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη μειώνεται, ενώ σε ασθενείς με ΣΔτ2 επιτυγχάνεται ουσιαστική



βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου, παρότι περίπου οι μισοί ασθενείς που πέτυχαν ύφεση του ΣΔτ2 θα παρουσιάσουν υποτροπή. Παρατηρείται επίσης μείωση των μακροαγγειακών και μικροαγγειακών επιπλοκών του διαβήτη και μείωση της ολικής και καρδιοαγγειακής θνησιμότητας. Η μικρότερη διάρκεια διαβήτη, ο καλύτερος προεγχειρητικός γλυκαιμικός έλεγχος και η μεγαλύτερη απώλεια βάρους μετεγχειρητικά, έχουν συσχετισθεί με υψηλότερα ποσοστά ύφεσης και μικρότερο κίνδυνο για υποτροπή του σακχαρώδους διαβήτη. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι η έκβαση, όσον αφορά τη βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου, δεν επηρεάζεται από τον προεγχειρητικό Δείκτη Μά-

ζας Σώματος (Body Mass Index, BMI). Το μέγιστο όφελος από τη μεταβολική χειρουργική έχουν οι ασθενείς που επιτυγχάνουν μεγαλύτερες μειώσεις στη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, ακόμη και εάν δεν επιτευχθεί πλήρης ύφεση του διαβήτη.

Η μεγάλη απώλεια βάρους, με τη συνακόλουθη μείωση της αντοχής στην ινσουλίνη, αποτελεί μείζονα παθοφυσιολογικό μηχανισμό βελτίωσης της γλυκαιμίας. Επιπροσθέτως, ορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις που περιλαμβάνουν παράκαμψη του εγγύς τμήματος του εντέρου, ιδιαίτερα οι RYGB και BPD, έχουν επιδράσεις ανεξάρτητες από την απώλεια βάρους, τα αποτελέσματα των οποίων είναι αισθητά κατά την



άμεση περιεχειρνητική περίοδο, βελτιώνοντας και συχνά ομαλοποιώντας τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, πολύ πριν επιτευχθεί σημαντική απώλεια βάρους. Η ινσουλινοευσαισθησία σε επίπεδο ήπατος και περιφερικών ιστών αυξάνεται, βελτιώνεται η εκκριτική ικανότητα των β-κυττάρων και παρατηρείται αυξημένη μεταγευματική έκκριση ινκρετινών



και άλλων γαστρεντερικών ορμονών, που συντείνουν στη βελτίωση της γλυκαιμίας και την ταχύτερη επέλθιση του κορεσμού. Σημαντικό ρόλο στην ομοιοστάση της γλυκόζης φαίνεται επιπλέον ότι διαδραματίζουν μετεχειρνητικές μεταβολές στη σύνθεση και κυκλοφορία των χολικών αλιδτων, τροποποιήσεις στο εντερικό μικροβίωμα και στον εντερικό μεταβολισμό της γλυκόζης, καθώς και η αυξημένη μεταβολική δραστηριότητα του φαιού λιπώδους ιστού. Το 2015, συγκλήθηκε το 2ο Diabetes Surgery Summit (DSSII), μια συνάντηση ειδικών από όλο το φάσμα των ειδικοτήτων που ασχολούνται με την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, με σκοπό την καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων που αφορούν την επίδραση της μεταβολικής χειρουργικής στο σακχαρώδη διαβήτη και την έκδοση σαφών οδηγιών. Η συνάντηση αυτή οδήγησε στην ενσωμάτωση της μεταβολικής χειρουργικής στον αλγόριθμο αντιμετώπισης του ΣΔτ2 και τη δημοσίευση σαφών κατευθυντήριων οδηγιών, οι οποίες πλέον έχουν υιοθετηθεί από τους περισσότερους επιστημονικούς οργανισμούς παγκοσμίως. Σύμφωνα με τις συστάσεις, η μεταβολική χειρουργική ενδείκνυ-

ται σε κατάλληλους χειρουργικούς υποψήφιους με ΣΔτ2 και παχυσαρκία τάξης III (BMI ≥ 40 kg/m²) ανεξαρτήτως γλυκαιμικής ρύθμισης, καθώς και σε άτομα με παχυσαρκία τάξης II (BMI μεταξύ 35 και 39,9 kg/m²) με ανεπαρκή ρύθμιση παρά τη βέλτιστη φαρμακευτική και υγιεινοδιαιτητική αγωγή. Επιπλέον, βάσει των οδηγιών, για άτομα με παχυσαρκία τάξης I (BMI μεταξύ 30 – 34,9 kg/m²), η μεταβολική χειρουργική μπορεί ενδεχομένως να αποτελέσει θεραπευτική επιλογή σε περιπτώσεις κακής γλυκαιμικής ρύθμισης παρά τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή.

Η θέση της μεταβολικής χειρουργικής στην αντιμετώπιση του ΣΔτ2 είναι πλέον τεκμηριωμένη, εντούτοις πολλά ζητήματα πρέπει ακόμη να επιλυθούν. Αναμένονται περισσότερα μακροπρόθεσμα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των επεμβάσεων, ενώ χρειάζονται τυχαίοποιημένες μελέτες με σαφή καταληκτικά σημεία που να σχετίζονται με τις επιπλοκές του διαβήτη και τη θνησιμότητα, καθώς και μελέτες που να εξετάζουν την πολυπαραγοντική αντιμετώπιση του ΣΔτ2, όπως το συνδυασμό χειρουργικής και φαρμακευτικής θεραπείας.

Παρά τον πλούτο επιστημονικών δεδομένων στον τομέα της μεταβολικής χειρουργικής, η εφαρμογή της στην αντι-



μετώπιση του ΣΔτ2 σε παχύσαρκους ασθενείς είναι επί του παρόντος σε απογοητευτικά χαμηλά επίπεδα. Οι επαγγελματίες υγείας και οι αρμόδιες επιστημονικές ομάδες οφείλουν να μελετούν προσεκτικά τα δεδομένα και να ζυγίζουν προσεκτικά τα οφέλη σε σχέση με τους κινδύνους και τις επιπτώσεις της μεταβολικής χειρουργικής, ούτως ώστε να προσφέρουν αυτή την πολύτιμη θεραπευτική επιλογή στους ασθενείς που αναμένεται να έχουν πραγματικό όφελος..

βιβλιογραφία

1. Brethauer SA, Aminian A, Romero-Talamas H, et al. Can diabetes be surgically cured? Long-term metabolic effects of bariatric surgery in obese patients with type 2 diabetes mellitus. *Ann Surg* 2013;258:628–636.
2. Catoi AF, Pärnu A, Muresan A, Busetto L. Metabolic Mechanisms in Obesity and Type 2 Diabetes: Insights from Bariatric/Metabolic Surgery. *Obes Facts* 2015;8:350–363.
3. Chondronikola M, Harris LL, Klein S. Bariatric surgery and type 2 diabetes: are there weight loss-independent therapeutic effects of upper gastrointestinal bypass? *J Intern Med* 2016;280:476–486.
4. Gloy VL, Briel M, Bhatt DL, et al. Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2013;347:f5934.
5. Koliaki C, Liatis S, le Roux CW, Kokkinos A. The role of bariatric surgery to treat diabetes: current challenges and perspectives. *BMC Endocr Disord* 2017;17:50.
6. Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, et al. Bariatric surgery versus conventional medical therapy for type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2012;366:1577–1585.
7. Panunzi S, De Gaetano A, Carnicelli A, Mingrone G. Predictors of remission of diabetes mellitus in severely obese individuals undergoing bariatric surgery: do BMI or procedure choice matter? A meta-analysis. *Ann Surg* 2015;261:459–467.
8. Rubino F, Schauer PR, Kaplan LM, Cummings DE. Metabolic surgery to treat type 2 diabetes: clinical outcomes and mechanisms of action. *Annu Rev Med* 2010;61:393–411.
9. Rubino F, Nathan DM, Eckel RH, et al. Delegates of the 2nd Diabetes Surgery Summit. Metabolic Surgery in the Treatment Algorithm for Type 2 Diabetes: A Joint Statement by International Diabetes Organizations. *Diabetes Care* 2016;39:861–877.
10. Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial - a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med* 2013; 273:219–234.



Ε. ΠΑΛΙΟΥΡΑ, Ειδικευόμενη Ενδοκρινολόγος,

Α. ΒΡΥΩΝΙΔΟΥ-ΜΠΟΜΠΟΤΑ, MD, PhD, Συντονίστρια Διευθύντρια, Τμήμα Ενδοκρινολογίας - Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο ΕΕΣ»

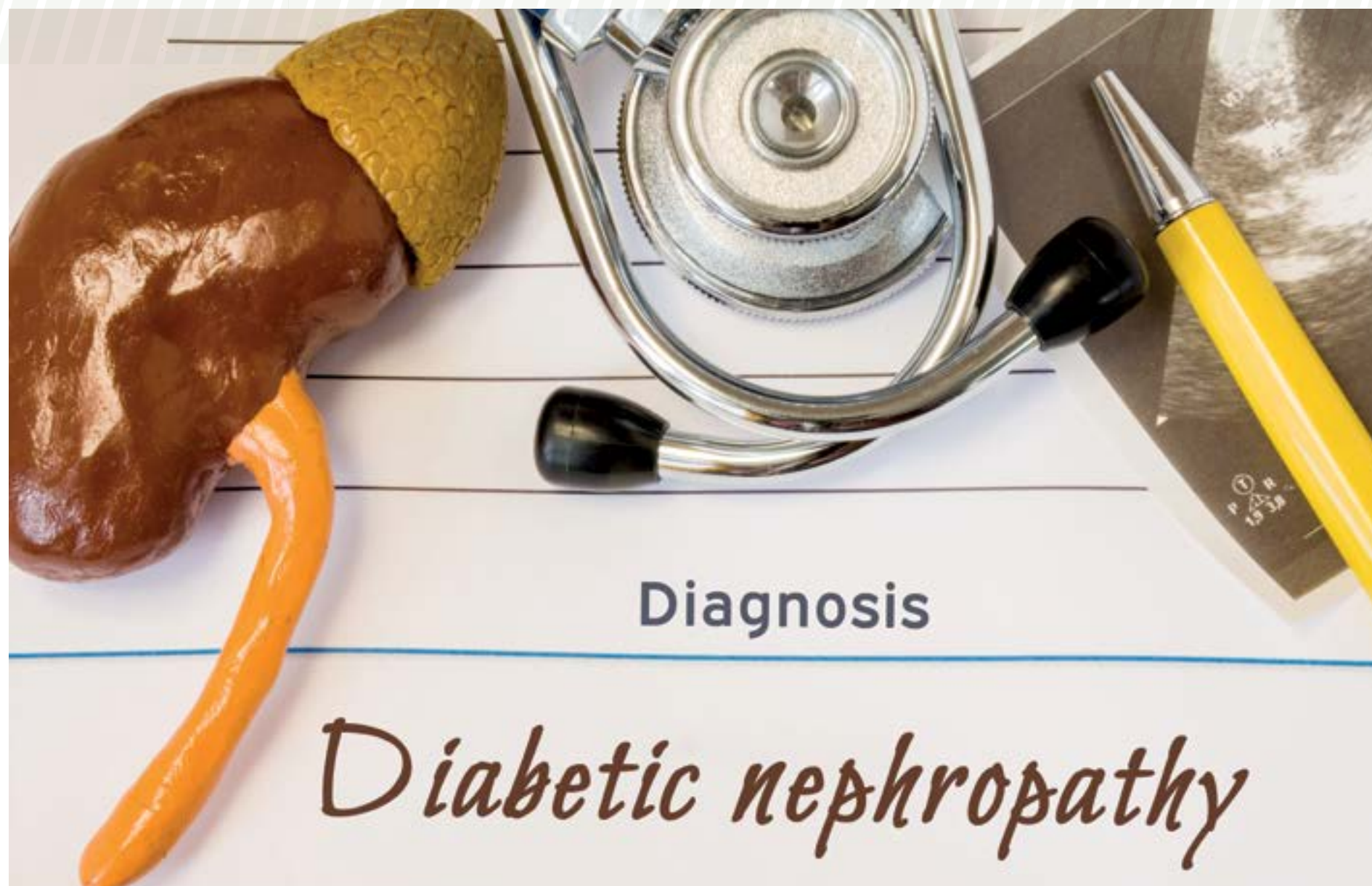
Πρόληψη των επιπτώσεων του σακχαρώδη διαβήτη στους νεφρούς

Η διαβητική νεφροπάθεια (ΔΝΦ) είναι μία συχνή και σοβαρή επιπλοκή του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) και αποτελεί την πρώτη αιτία χρόνιας νεφρικής νόσου τελικού σταδίου στις αναπτυγμένες χώρες. Σε ποσοστό 20% - 40%, τα άτομα με ΣΔ τύπου 1 (ΣΔ1) και τύπου 2 (ΣΔ2) θα αναπτύξουν ΔΝΦ 10 - 15 χρόνια από την έναρξη της νόσου, αν και η νεφροπάθεια μπορεί να είναι παρούσα και κατά την πρωτοδιάγνωση του ΣΔ2. Όλα τα στάδια της ΔΝΦ σχετίζονται με σημαντική αύξηση της καρδιαγγειακής θνητότητας.

Η διάγνωση της ΔΝΦ είναι κλινική και βασίζεται στην παρουσία εμμένουσας λευκωματουρίας

και/ή μειωμένου ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR) επί απουσίας σημείων ή συμπτωμάτων άλλων πρωτοπαθών αιτιών νεφρικής βλάβης. Η πρώιμη διάγνωση της ΔΝΦ στηρίζεται στην ανίχνευση μικρών ποσών λευκωματίνης στα ούρα, που χαρακτηρίζεται ως μικρο-λευκωματινουρία και αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 1 ή 2. Ως μικρο-λευκωματινουρία ορίζεται η απέκκριση στα ούρα 30 - 300 mg λευκωματίνης το 24ωρο, ή 30 - 300 mg/g κρεατινίνης, σε 2 από 3 συλλογές ούρων σε χρονικό διάστημα 3 - 6 μηνών.

Το πρώτο κλινικό σημείο που παρατηρείται, στην κλασική μορφή ΔΝΦ, είναι η παρουσία μικρολευκωματινουρίας. Αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα θα παρουσιαστεί προοδευτική επιδείνωση, που μπορεί να οδηγήσει σε κλινική πρωτεϊνουρία ή σε σοβαρή λευκωματουρία σε διάστημα 5 έως 15 ετών. Ο GFR αρχίζει να μειώνεται και χωρίς αγωγή θα καταλήξει πιθανώς σε



νεφρική νόσο τελικού σταδίου σε 5 με 7 χρόνια.

Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός της ΔΝΦ είναι πολύπλοκος και περιλαμβάνει διάφορες μεταβολικές και αιμοδυναμικές διαταραχές που υφίσταται ο νεφρός καθώς και γενικότερα τη φλεγμονή των μικρών αγγείων του νεφρού. Οι τρεις βασικές ιστολογικές αλλοιώσεις που παρατηρούνται είναι η διάχυτη διεύρυνση και σκλήρυνση του μεσαγγείου, η διάχυτη πάχυνση της σπειραματικής βασικής μεμβράνης και η υαλίνωση των αρτηριολίων των νεφρών.

Οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου που ενοχοποιούνται στη ΔΝΦ είναι:

- Τα αυξημένα επίπεδα λευκωματινουρίας
- Το κάπνισμα
- Το άρρεν φύλο
- Η ηλικία

- Η υψηλή αρτηριακή πίεση
- Το χαμηλό ανάστημα
- Η μεγάλη διάρκεια σακχαρώδους διαβήτη
- Ο φτωχός γλυκαιμικός έλεγχος
- Η αυξημένη LDL & τα τριγλυκερίδια
- Η αντίσταση στην ινσουλίνη
- Γενετικοί παράγοντες (οικογενειακό ιστορικό νεφροπάθειας, αρτηριακής υπέρτασης, ACE πολυμορφισμός)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ

Ένα άτομο με διαβήτη για να αποκλείσει το ενδεχόμενο να πάσχει από ΔΝΦ θα πρέπει να προσδιορίσει την ποσότητα της λευκωματίνης, συνήθως σε συλλογή ούρων 24ώρου ή σε ένα τυχαίο δείγμα ούρων. Σε άτομα με ΣΔ1 διάρκειας ≥5 ετών, σε όλους τους ασθενείς με ΣΔ2 και σε όλους τους ασθενείς





νείς με διαβήτη και συνυπάρχουσα υπέρταση συστήνεται η μέτρηση της λευκωματίνης ούρων και του GFR τουλάχιστον μία φορά ετησίως.

Επίσης, επιβεβλημένη είναι η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) και, εάν είναι αυξημένη (>130/80mmHg), πρέπει να προσδιοριστεί η τιμή της κρεατινίνης του ορού για να εκτιμηθεί ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης, δηλαδή η νεφρική λειτουργία. Ακόμα, το άτομο με διαβήτη πρέπει να επισκεφτεί τον οφθαλμίατρο, για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, που σχετίζεται άμεσα με τη νεφροπάθεια από διαβήτη.

Οι οδηγίες για την πρόληψη και την θεραπεία της επιβεβαιωμένης διαβητικής νεφροπάθειας περιλαμβάνουν:

- Τον αυστηρό και εντατικοποιημένο έλεγχο του σακχάρου αίματος με στόχο γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) < 7%, ώστε να επιβραδυνθεί η πρόοδος της ΔΝΦ
- Τον αυστηρό έλεγχο της αρτηριακής πίεσης η οποία αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση και εξέλιξη της ΔΝΦ. Επίπεδα ΑΠ<140/90mmHg έχουν συσχετιστεί με μείωση της καρδιαγγειακής θνησιμότητας και επιβράδυνση της εξέλιξης της ΔΝΦ σε διαβητικούς ασθενείς. Αυστηρότερη ρύθμιση με χαμηλότερα επίπεδα ΑΠ (π.χ.<130/80 mmHg) προτείνονται για λευκωματουρία >30 mg/24ωρο.
- Τη χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων που μειώνουν την λευκωματουρία, όπως είναι οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης (α-MEA), ή οι αναστολείς του υποδοχέα της αγγιοτενσίνης II. Σε χαμηλά επίπεδα λευκωματουρίας (30 – 299 mg/g κρεατινίνης) οι α-MEA και οι αναστολείς του υποδοχέα αγγιοτενσίνης II έχει δείξει ότι επιβραδύνουν την εξέλιξη σε βαριά

λευκωματουρία (≥300 mg/g κρεατινίνης) και μειώνουν τα καρδιαγγειακά συμβάντα αλλά δεν αναστέλλουν την εξέλιξη σε νεφρική νόσο τελικού σταδίου. Δεν συνιστάται η χορήγηση των αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης και των αναστολέων του υποδοχέα της αγγιοτενσίνης II σε ασθενείς χωρίς υπέρταση για την πρόληψη εμφάνισης ΔΝΦ.

- Τον περιορισμό των λιπιδίων με τη χορήγηση στατινών, με στόχο LDL<100 mg/dL και τριγλυκερίδια <150 mg/dL
- Τη μείωση της πρόσληψης πρωτεϊνών με τη διατροφή (συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη σε μη αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς περίπου 0.8 g/kg σωματικού βάρους)
- Τον περιορισμό άλατος, οίονοπνεύματος
- Την ενίσχυση της σωματικής δραστηριότητας
- Τη διακοπή του καπνίσματος
- Την απώλεια βάρους σε παχύσαρκα άτομα
- Την αποφυγή νεφροτοξικών παραγόντων, όπως αντιφλεγμονώδη φάρμακα ή σκιαγραφικά μέσα, που χορηγούνται σε απεικονιστικούς ελέγχους

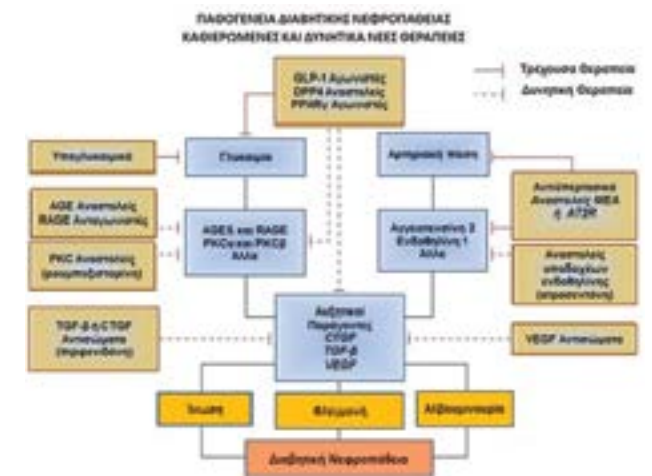
Ο περιοδικός έλεγχος των ατόμων με διαβήτη για την πιθανή ανεύρεση μίας πρώιμης νεφρικής βλάβης είναι απαραίτητος, με σκοπό την έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση, ώστε να μειωθεί ο επιπολασμός της ΔΝΦ. Η διατήρηση του GFR αποτελεί το πρωταρχικό στόχο τόσο για την πρόληψη της προχωρημένης ΔΝΦ όσο και για την επιβράδυνση της πρόοδου της σε νεφρική νόσο τελικού σταδίου. Η βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την πρόληψη και την επιβράδυνση της ανάπτυξης της ΔΝΦ καθώς και των άλλων μικροαγγειακών επιπλοκών. Αναμφισβήτη, ο εντατικοποιημένος γλυκαιμικός έλεγχος σε άτομα με ΣΔ1 και ΣΔ2 προλαμβάνει και/ή καθυστερεί την ανάπτυξη των μικροαγγειακών επιπλοκών και μειώνει το ρυθμό εμφάνισης έκδηλης πρωτεϊνουρίας. Η μείωση της λευκωματουρίας συσχετίζεται με μείωση της επίπτωσης των καρδιαγγειακών συμβαμάτων αλλά η επίδραση της στην έκπτωση του GFR είναι υπό διερεύνηση. Πάντως, η ελάττωση της έκδηλης πρωτεϊνουρίας αναμένεται να οδηγήσει στο μέλλον σε μικρότερη συχνότητα ανάπτυξης νεφρικής νόσου τελικού σταδίου.

Η εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ασφαλή χορήγηση αντιδιαβητικής αγωγής. Η χορήγηση πρώτης γενιάς σουλφονυλουριών αντενδείκνυνται με GFR κάτω από 60 ml/min/1,73 m², ενώ αντίθετα προτιμάται η χορήγηση της δεύτερης γενιάς σουλφονυλουριών, γλιπιζίδης, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος παρα-

τεταμένης υπογλυκαιμίας. Η έναρξη αγωγής με μεγλιτινίδες χρήζει προσοχής όταν ο GFR είναι κάτω από 30 ml/min/1,73 m². Η χορήγηση μετφορμίνης συνιστάται να αποφεύγεται με GFR<30 mL/min/1.73 m², ενώ στενή παρακολούθηση χρειάζεται σε ασθενείς με επίπεδα GFR μεταξύ 30 and 45 mL/min/1.73 m². Τροποποίηση της χορηγούμενης δόσης σε διαβητικούς ασθενείς με σοβαρή νεφροπάθεια απαιτείται και για άλλους αντιδιαβητικούς παράγοντες, όπως οι αναστολείς της α-γλυκοσιδάσης, οι αναστολείς της διπεπτιδυλ-πεπτιδάσης-4 (dipeptidyl peptidase, DPP), οι αναστολείς του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης 2 (Sodium glucose transporter 2, SGLT2) και τα μιμητικά ινκρετίνης. Η ρύθμιση του σακχάρου με ινσουλινοθεραπεία γίνεται σε ασθενείς με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ΔΝΦ αποτελεί μία μικροαγγειοπαθητική επιπλοκή του ΣΔ που χαρακτηρίζεται από τη λευκωματουρία και τη συνεχή επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Η παθογένειά της είναι πολυπαραγοντική και εμπλέκονται τόσο περιβαλλοντικοί όσο και γενετικοί παράγοντες. Ο πτωχός γλυκαιμικός έλεγχος, η μεγάλη διάρκεια του διαβήτη, τα υψηλά επίπεδα αρτηριακής πίεσης, η μεγάλη ηλικία, το κάπνισμα και η γενετική προδιάθεση είναι οι βασικοί παράγοντες για την ανάπτυξη και πρόοδο της ΔΝΦ. Η καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου και της αρτηριακής πίεσης είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την εξέλιξη της ΔΝΦ. Οι διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις για την πρόληψη ή την επιβράδυνση της ανάπτυξης της είναι πολυπληθές, και νέα ερευνητικά δεδομένα παρέχουν περισσότερες πληροφορίες για την κατανόηση της παθοφυσιολογίας της νεφρικής νόσου σε διαβητικούς ασθενείς. 



Επεξηγηματικό σχόλιο σχήματος. Ο ΣΔ1 και ο ΣΔ2 επιδρούν βλαπτικά στο μικροαγγειακό δίκτυο πολλών οργάνων. Οι γνώσεις μας σχετικά με τις αιτίες πρόκλησης αυτής της επιπλοκής και τις πιθανές παρεμβάσεις μας για πρόληψη, περιορισμό ή αναστροφή της βλάβης συνεχώς επεκτείνονται. Στην εικόνα απεικονίζονται τα βιοχημικά/κυτταρικά μονοπάτια που εμπλέκονται στην μικροαγγειακή βλάβη σε τρία όργανα τα οποία βλάπτει ο διαβήτης: τους οφθαλμούς, τους νεφρούς, το περιφερικό νευρικό σύστημα. Παράλληλα παρατίθενται οι τρέχουσες και οι πιθανές μελλοντικές θεραπευτικές παρεμβάσεις. AGE=προϊόντα προωθημένης γλυκώσεως, AT2R=υποδοχέας 2 αγγιοτενσίνης, CTGF=αυξητικός παράγων συνδετικού ιστού, DPP4=διπεπτιδική πεπτιδάση 4, GLP-1=πεπτίδιο 1 που μοιάζει με τη γλυκαγόνη, MEA=μετατρεπτικό ένζυμο αγγιοτενσίνης I, PKC=πρωτεϊνική κινάση C, PPARγ=ενεργοποιημένοι υποδοχείς των πολυαπλάσιαστών των υπερλιπιδίων, RAGE=υποδοχέας AGE, TGF-β=αυξητικός παράγων μεταμόρφωσης-β, VEGF=αυξητικός παράγοντας αγγειακού ενδοθηλίου.

Βιβλιογραφία

- Barret E et al. Diabetic Microvascular Disease: An Endocrine Society Scientific Statement. J Clin Endocrinol Metab 2017; 102(12):4343-4410.
- Persson F and Rossing P. Diagnosis of diabetic kidney disease: state of the art and future perspective. Kidney International Supplements 2018(8):2-7.
- Satirapoj B, Adler SG. Comprehensive approach to diabetic nephropathy. Kidney Res Clin Pract. 2014; 33(3): 121-131.
- Standards of Medical Care in Diabetes 2018 Abridged for Primary Care Providers. Diabetes 2018; 36(1): 14-37.



ΝΙΚΟΣ ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ

MD, Καθηγητής, Διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου, Α' Προπαιδευτική Παθολογική
Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Λαϊκό»

Αξιολογώντας την αναγκαιότητα εμβολιασμού έναντι της γρίπης στα άτομα με ΣΔ

100 χρόνια μετά την «Ισπανική γρίπη του 1918»

Το τετραδύναμο εμβόλιο απαντάει καλύτερα στην ιική εξέλιξη του ιού της Γρίπης καθώς περιλαμβάνει τα 2 στελέχη του τύπου Α (Α/Η1Ν1 και Α/Η3Ν2) και 2 Β στελέχη (Β/Victoria και Β/Yamagata). Με τη σύνθεση αυτή προσφέρει ευρύτερη κάλυψη, απαντά καλύτερα στην επιδημιολογική εικόνα κατά του ιού και δύναται ακολούθως να αυξήσει τα οφέλη της Δημόσιας Υγείας.

Η φετινή εποχική περίοδος διαθέτει ένα ιδιαίτερο ιστορικό χαρακτηριστικό καθώς έρχεται 100 χρόνια μετά την θανατηφόρα «Ισπανική γρίπη του 1918». Γίνεται αναφορά στην πρώτη μεγάλη πανδημία του 20ου αιώνα, που εξόντωσε πάνω από είκοσι εκατομμύρια ανθρώπους σε ολόκληρο τον κόσμο και ήταν η πιο σοβαρή πανδημία στη σύγχρονη ιστορία. Εκτιμάται ότι 500 εκατομμύρια άνθρωποι ήτοι το 1/3 του παγκόσμιου τότε πληθυσμού προσβλήθηκε από μετάλλαξη του ιού της Γρίπης Η1Ν1 του 1918.

Σήμερα στην Ευρώπη του 2018 συνεχίζουν να πεθαίνουν περίπου 40.000 άνθρωποι εξαιτίας της νοσηρότητας και των επιπλοκών της γρίπης, με ποσοστό περίπου 90% των θανάτων αυτών να εμφανίζεται σε άτομα άνω των 65 ετών

και ειδικότερα σε εκείνους που διαθέτουν συνοδά νοσήματα.

Στην προσπάθεια οχύρωσης της Δημόσιας Υγείας οι Αρχές Υγείας και οι επιστημονικές εταιρίες εστιάζουν στον εμβολιασμό των ατόμων που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες, όπως τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη.

Γνωρίζουμε σήμερα ότι τα άτομα με διαβήτη (τύπου 1 και 2) έχουν 3-πλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν σοβαρές επιπλοκές εάν προσβληθούν από τη γρίπη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και 6-πλάσια πιθανότητα να νοσηλευθούν. Η πνευμονία, η βρογχίτιδα και οι ωτίτιδες, αποτελούν τα πιο αντιπροσωπευτικά παραδείγματα επιπλοκών από γρίπη σε διαβητικά άτομα. Παράλληλα η ίδια η γρίπη μπορεί να απορρυθμίσει έναν καλά ελεγχόμενο διαβήτη



και να αποδυναμώσει το ήδη ευαίσθητο ανοσοποιητικό σύστημα.

Ο αντιγριπικός εμβολιασμός αποτελεί το πιο αποτελεσματικό όπλο στην πρόληψη και ανάπτυξη της γρίπης και συστήνεται από σειρά Διεθνών Οργανισμών (WHO, International Diabetes Federation, American Diabetes Association, US Centers for Disease Control and Prevention, European Union countries). Τα δε Εθνικά προγράμματα εμβολιασμού ανά τον κόσμο όπως και της χώρας μας συστήνουν τον αντιγριπικό εμβολιασμό των ατόμων υψηλού κινδύνου με προτεραιότητα.

Στην ομάδα υψηλού κινδύνου για εμβολιασμό υπάγονται τυπικά εκτός από τα άτομα με διαβήτη, οι ηλικιωμένοι ασθενείς, οι έγκυες γυναίκες και οι επαγγελματίες Υγείας. Στη χώρα μας συστήνεται επιπρόσθετα αντιγριπικός εμβολιασμός και για όλους τους ηλικιωμένους άνω των 60 ετών. Για την εποχική γρίπη του 2018-2019 διατίθεται στη

χώρα μας το τετραδύναμο αντιγριπικό εμβόλιο. Το τετραδύναμο εμβόλιο απαντάει καλύτερα στην ιική εξέλιξη του ιού της Γρίπης καθώς περιλαμβάνει τα 2 στελέχη του τύπου A (A/H1N1 και A/H3N2) και 2 B στελέχη (B/Victoria και B/Yamagata). Με τη σύνθεση αυτή προσφέρει ευρύτερη κάλυψη, απαντά καλύτερα στην επιδημιολογική εικόνα κατά του ιού και δύναται ακολούθως να αυξήσει τα οφέλη της Δημόσιας Υγείας.

Άλλωστε η περσινή εποχική γρίπη επιβεβαίωσε καθοριστικά την ανάγκη εμβολιασμού με τετραδύναμο εμβόλιο γρίπης καθώς σε όλη την Ευρώπη, όπως και στη χώρα μας κυριάρχησε επιδημιολογικά ο τύπος B ο οποίος δεν περιλαμβανόταν στη σύνθεση του τριδύναμου εμβολίου που διαθέταμε μέχρι σήμερα.

Ο εμβολιασμός έναντι της γρίπης συστήνεται από το Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών και αποζημιώνεται πλήρως για όλα τα άτομα που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες. 

Βιβλιογραφία

1. ERF Collaboration, N Engl J Med. 2011 Mar 3;364(9):829-41.
2. Muller LM, et al. Clin Infect Dis. 2005 Aug 1 ;41(3) :281-8.
3. Meier CR, Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2000;19:834-42.
4. Bouter KP, Diabetes Res Clin Pract 1991;12:61-8.
5. Allard R, Diabetes Care 2010;33:1491-3.
6. <https://www.gov.uk/government/publications/influenza-the-green-book-chapter-19> (p5)

Multiseed Bread Mix

για Πολύσπορο Αρτοσκεύασμα

Με Γλυκαιμικό Δείκτη 54*



* Πιστοποίηση Πανεπιστημίου Oxford Brookes, School of Life Sciences, Nutrition and Food Science Group, UK

Τρόφιμα με	Γλυκαιμικός Δείκτης
• Χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη	≤55
• Μέτριο γλυκαιμικό δείκτη	56-69
• Υψηλό γλυκαιμικό δείκτη	≥70

Πηγή: Harvard Health Publications - Harvard Medical School

Γλυκαιμικός Δείκτης:
Ο ρυθμός αύξησης της γλυκόζης
στο αίμα μετά από γεύμα.



✓ Υπέροχη Γεύση

✓ Πηγή Εδώδιμων Ινών

Από τον φούρνο της χειτονιάς σας!



Ένα βήμα μπροστά!

ΣΤΕΛΙΟΣ ΚΑΝΑΚΗΣ ΑΒΕΕ Τ 210 24 19 700 F 210 24 62 433
ΥΠΟΚ/ΜΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ Τ 2310 570 121-4 F 2310 570 130
www.stelioskanakis.gr • info@stelioskanakis.gr • Find us on 

 **BAKELS**



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 ΜΕΡΟΣ Β'

Το κείμενο που ακολουθεί αποτελεί το δεύτερο μέρος του άρθρου που αφορά στην στοματική υγεία παιδιών και εφήβων με ΣΔΤ1. Στο παρόν κείμενο παρατίθενται οι βασικές αρχές οδοντιατρικής περίθαλψης. Το πρώτο μέρος που αναφέρεται στις δυσμενείς επιπτώσεις του ΣΔΤ1 στην υγεία του στόματος δημοσιεύτηκε στο προηγούμενο τεύχος.

Από τη σύνταξη

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΣΔΤ1

Με βάση το προφίλ του ασθενούς αλλά και το αξίωμα ότι «θεραπεύουμε το παιδί και όχι το δόντι», ο παιδοδοντίατρος θα ακολουθήσει ένα εξατομικευμένο σχέδιο θεραπείας τηρώντας πάντα κάποιες βασικές αρχές. Πιο αναλυτικά:

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Λόγω του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης περιοδοντικών νόσων, αλλά και τερηδόνας, για τα παιδιά και τους εφήβους με ΣΔΤ1 προτείνεται ένα αυστηρό και εντατικοποιημένο προληπτικό πρόγραμμα.

Οδηγίες στοματικής υγιεινής: Βούρτσισμα των δοντιών και της γλώσσας 2 - 3 φορές την ημέρα με φθοριούχο οδο-

ντόκρεμα (παιδιά 2 - 6 ετών : 1000 ppm F και παιδιά > 6 ετών: 1450ppm F) και χρήση οδοντικού νήματος 1 φορά ημερησίως (βράδυ). Σε περιπτώσεις υψηλής τερηδονικής προσβολής η τοπική εφαρμογή φθορίου γίνεται στο οδοντιατρείο 3 - 4 φορές το χρόνο και παράλληλα μπορεί να ενισχυθεί με την καθημερινή χρήση φθοριούχων διαλυμάτων και ειδικής φθοριούχου οδοντόκρεμας 5000ppm F (για ηλικίες > 15 έτη). Σε ασθενείς με εγκατεστημένη περιοδοντική νόσο ο ειδικός περιοδοντολόγος θα δώσει πιο αναλυτικές οδηγίες και θα συνταγογραφήσει ειδικά σκευάσματα ή διαλύματα ως μέρος της θεραπείας που θα ακολουθεί ο ασθενής (AAPD Guidelines 2013).

Δίαιτα: Τα άτομα με ΣΔΤ1 ακολουθούν συγκεκριμένες οδηγίες σε ό,τι αφορά την καθημερινή διατροφή τους. Παρόλα αυτά, ο παιδοδοντίατρος οφείλει να ενθαρρύνει



τη λήψη μη τερηδογόνων τροφών καθώς και να ενημερώσει για το ποιες τροφές είναι πλούσιες σε ζάχαρη ή/και υδατάνθρακες.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Το παιδί ή ο έφηβος με καλά ρυθμισμένο ΣΔΤ1 μπορεί να αντιμετωπιστεί στο οδοντιατρείο όπως κάθε άλλο υγιές παιδί. Η νόσος θεωρείται αρρυθμιστη όταν η τιμή της γλυκοζωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) του ασθενούς είναι >7,5% - 8% χωρίς όμως να υπάρχει απόλυτη ταύτιση μεταξύ των ιατρών για τα όρια αυτών των τιμών (American Diabetes Association 2003). Τα δεδομένα, βέβαια, της νόσου δεν είναι στατικά και αμετάβλητα και ένα παιδί με «ρυθμισμένη» νόσο ακόμα και για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να μεταπέσει σε «αρρυθμιστη». Είναι αναγκαίο, λοιπόν, να λαμβάνεται ένα λεπτομερές ιατρικό ιστορικό τόσο κατά την πρώτη επίσκεψη όσο και σε κάθε προγραμματισμένη επανεξέταση, αλλά και να υπάρχει στενή επικοινωνία με τον θεράποντα ενδοκρινολόγο.

ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΡΥΘΜΙΣΜΕΝΟ ΣΔΤ1

Το σχέδιο θεραπείας στους ασθενείς αυτούς δεν διαφέρει σε σχέση με τους υγιείς συνομήλικους τους. Τα ιδιαίτερα σημεία που οφείλει να λάβει υπόψη του ο παιδοδοντίατρος είναι η πιθανότητα εμφάνισης υπογλυκαιμικού επεισοδίου που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης καθώς και η συναισθηματική φόρτιση που πολλές φορές χαρακτηρίζει τα παιδιά αυτά και που απαιτεί ιδιαίτερη ψυχολογική προσέγγιση. Για την αποφυγή ανεπιθύμητων καταστάσεων ενδείκνυνται σύντομες οδοντιατρικές συνεδρίες στο ιατρείο, κατά προτίμηση τις πρωινές ώρες, καθώς και η μέτρηση του σακχάρου πριν την έναρξη της θεραπείας.

ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΡΡΥΘΜΙΣΤΟ ΣΔΤ1

Ο αρρυθμιστος ΣΔΤ1 συνοδεύεται από πολλές και σοβαρές επιπλοκές που πρέπει ο παιδοδοντίατρος να λαμβάνει υπόψη του. Κύριοι στόχοι της οδοντοστοματικής περίθαλψης ενός παιδιατρικού ασθενή με αρρυθμιστο ΣΔΤ1 είναι: α) η αντιμετώπιση των όποιων επιπλοκών της νόσου στη

στοματική κοιλότητα και β) η ενδελεχής ενημέρωση του ασθενή και των γονέων για την αναγκαιότητα διατήρησης άριστης στοματικής υγιεινής, γεγονός που θα ελαχιστοποιήσει τις πιθανότητες εμφάνισης λοιμώξεων. Προφανώς, είναι διαφορετικό το προφίλ ενός ασθενούς με HbA1c η οποία κυμαίνεται από 7,5% έως 8,5% για π.χ. διάστημα 2 ετών από έναν ασθενή που για το ίδιο χρονικό διάστημα η HbA1c παραμένει στα επίπεδα των 10% - 11%. Σε κάθε περίπτωση, η αρρυθμιστη νόσος μπορεί να υποκρύπτει κάποιου βαθμού ανοσοκαταστολή και επομένως να υπάρχει ο κίνδυνος ανάπτυξης μικροβιαμίας μετά από επεμβατικές οδοντιατρικές πράξεις (AAPD Guidelines 2014). Σε αυτές τις περιπτώσεις πραγματοποιούνται μόνο επείγουσες οδοντιατρικές εργασίες πάντα σε συνεννόηση με το θεράποντα ιατρό για να ληφθούν όλα τα απαραίτητα προληπτικά μέτρα (αντιβιοτική κάλυψη, πρόσθετα αιμοστατικά μέτρα, παυσίπονα). Ιδανικά, οι όποιες οδοντιατρικές παρεμβάσεις θα αναβληθούν έως ότου βελτιωθεί ο μεταβολικός έλεγχος του ασθενούς. Παράλληλα, σε περίοδο «αρρυθμιστης» νόσου, λόγω του ότι οι πιθανότητες ανάπτυξης ενδοστοματικής λοίμωξης (ερπητική στοματίτιδα, μυκητίαση, μπουκορμύκωση κ.ά.) είναι αυξημένες, επιβάλλεται στενή παρακολούθηση με υψηλό δείκτη κλινικής υποψίας από τη πλευρά του θεράποντα ιατρού ώστε να διαγνωσθεί εγκαίρως. Σε εγκατεστημένη δε λοίμωξη, απαιτείται άμεση αντιμετώπιση με αντιβιοτική κάλυψη γιατί οποιαδήποτε ευκαιριακή λοίμωξη στη φάση αυτή μπορεί να εξελιχθεί ανεξέλεγκτα και να απειλήσει ακόμα και την ίδια τους τη ζωή (AAPD Guidelines 2013). Είναι κατανοητό και αναμενόμενο, ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με «αρρυθμιστο» ΣΔΤ1 έχουν σαφώς αυξημένες ανάγκες οδοντιατρικής θεραπείας, που οφείλονται τόσο στην ίδια τη νόσο όσο και στη γενικότερη συμπεριφορά τους η οποία και τελικά έχει καταστήσει τη νόσο τους «αρρυθμιστη». Η αντιμετώπιση και η ανατροπή



αυτής της συμπεριφοράς «παραμέλησης» αποτελεί μια ακόμα πρόκληση για τον παιδοδοντίατρο προκειμένου να καταφέρει να εμφυσήσει στα παιδιά αυτά συνείδηση στοματικής φροντίδας.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Τα παιδιά και οι έφηβοι με ΣΔΤ1 λόγω του ότι α) ανήκουν σε ομάδα υψηλού τερηδογόνου κινδύνου και β) έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης περιοδοντικής νόσου από πολύ μικρή ηλικία, κρίνεται αναγκαίο να ακολουθήσουν ένα εντατικοποιημένο προληπτικό πρόγραμμα επανεξετάσεων κάθε 3 - 4 μήνες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Η οδοντιατρική παρακολούθηση των μικρών ασθενών που πάσχουν από ΣΔΤ1 απαιτεί στενή συνεργασία του θεράποντα ενδοκρινολόγου με τον παιδοδοντίατρο, καθώς και βαθιά γνώση της νόσου και των επιπλοκών της από την πλευρά του. Κύριο στόχο της οδοντιατρικής φροντίδας αποτελεί η πρόληψη των νόσων του στόματος και, κατ' επέκταση, η ανάπτυξη συνείδησης στοματικής φροντίδας και υγείας στα παιδιά και τους εφήβους με ΣΔΤ1.. 

Βιβλιογραφία

1. AAPD Guidelines. (2013) Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents 39: 188-195
2. AAPD Guidelines. (2013) Dental Management of Pediatric Patients

- Receiving Chemotherapy, Hematopoietic Cell Transplantation, and/or Radiation Therapy. 39 (6): 380-388
3. AAPD Guidelines. Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection. 2014, 37 (6): 292- 297



Ζώντας με τον διαβήτη

Μπορώ να τα καταφέρω- Διατροφή

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

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

1. Σε υπέρβαρα άτομα με διαβήτη τύπου 2, η μείωση του βάρους είναι βασικό μέσο θεραπείας.

- α. Σωστό
- β. Λάθος

2. Ποιο συστατικό της τροφής από τα παρακάτω προσδίδει περισσότερες θερμίδες;

- α. Υδατάνθρακες
- β. Πρωτεΐνες
- γ. Λίπη

3. Πόση ποσότητα αγγουριού χρειάζεται να καταναλώσετε ώστε να προσλάβετε 100 θερμίδες;

- α. 250 γραμμάρια
- β. 500 γραμμάρια
- γ. 750 γραμμάρια

4. Πόση ποσότητα λαδιού χρειάζεται να καταναλώσετε ώστε να προσλάβετε 100 θερμίδες;

- α. 10 γραμμάρια
- β. 25 γραμμάρια
- γ. 50 γραμμάρια

5. Υπάρχουν «μαγικά» φάρμακα ή τροφές, που καίνε το λίπος του σώματός μας.

- α. Σωστό
- β. Λάθος

6. Μια μέση απώλεια βάρους της τάξης των 3 με 5 κιλών σε 6 μήνες, είναι επιτυχία!

- α. Σωστό
- β. Λάθος

7. Αναβολές στη διαδικασία της απώλειας βάρους είναι κάτι το φυσιολογικό.

- α. Σωστό
- β. Λάθος

8. Η διαδικασία της απώλειας βάρους πρέπει να προσαρ-

μόζεται στις προσωπικές προτιμήσεις του κάθε ατόμου.
α. Σωστό
β. Λάθος

9. Άνθρωποι με διαβήτη τύπου 2 και κανονικό βά-
ρους, πρέπει να συνεχίζουν να χάνουν βάρος.

α. Σωστό
β. Λάθος

10. Άτομα με διαβήτη που παίρνουν ινσουλίνη, πρέ-
πει να γνωρίζουν πώς να υπολογίζουν την ποσότητα
των υδατανθράκων που έχουν τα γεύματά τους και
να αντιστοιχίζουν τις κατάλληλες δόσεις ινσουλίνης.

α. Σωστό
β. Λάθος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΓΙΑ ΥΠΕΡΒΑΡΑ ΑΤΟΜΑ
ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Η διατροφική συμπεριφορά συνδέεται εντυπωσιακά με
τον διαβήτη τύπου 2. Καταρχήν, η παχυσαρκία - που προ-
καλείται από την αυξημένη κατανάλωση τροφής και την
ελάττωση της σωματικής δραστηριότητας-οδηγεί στην εκ-
δήλωση της νόσου, ενώ η απώλεια βάρους είναι το πρώτο
θεραπευτικό μέτρο που πρέπει να λαμβάνεται σε υπέρβα-
ρα άτομα με διαβήτη τύπου 2. Σαν συμπληρωματική πλη-
ροφορία θα πρέπει να γνωρίζετε ότι σε αυτό εμπλέκεται
και μια ουσία που λέγεται «ινσουλίνη»:

- Η ινσουλίνη παράγεται στον ανθρώπινο οργανισμό και
είναι υπεύθυνη για τη μείωση των υψηλών επιπέδων
του σακχάρου στο αίμα.
- Σε άτομα με διαβήτη τύπου 2 η δυνατότητα παραγωγής
ινσουλίνης είναι μειωμένη.
- Όσο λιγότερο υπέρβαρος είναι κάποιος, τόσο περισσό-
τερο διευκολύνει την ινσουλίνη που έχει να δουλέψει
και να μειώσει τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα.

Για ένα υπέρβαρο άτομο, η απώλεια βάρους δεν είναι
θέμα αισθητικής, αλλά το πρώτο θεραπευτικό μέτρο για
την αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 2. Με αυτόν τον τρό-
πο, αφενός ο οργανισμός χρειάζεται λιγότερη ινσουλίνη
αφετέρου η λιγοςτή ινσουλίνη που απομένει στον οργα-
νισμό μπορεί να ανταποκριθεί ξανά στον σκοπό της και να
μειώσει τα επίπεδα του σακχάρου αίματος ακόμη και σε
φυσιολογικά επίπεδα **[Ερώτηση 1]**.

Βασικές γνώσεις για την απώλεια και την πρόσληψη
βάρους

Στη θεωρία η απώλεια βάρους είναι πολύ εύκολη: Είναι δε-
δομένο ότι αν απλώς καταναλώσετε λιγότερη ενέργεια από
αυτήν που χρειάζεστε θα μειώσετε το σωματικό σας βάρος.
Ο μηχανισμός αυτής της επιτυχίας είναι απλός. Οι μεσήλικες
και οι ηλικιωμένοι άνθρωποι χρειάζονται περίπου 1500 με
2000 θερμίδες ημερησίως για να διατηρήσουν σταθερό το
βάρος τους. Η πρόσληψη λιγότερων θερμίδων από αυτές
που χρειάζονται οδηγεί σε απώλεια βάρους. Ας φαντα-
στούμε ένα άτομο, που χρειάζεται περίπου 1500 θερμίδες
την ημέρα και προσλαμβάνει 1000 θερμίδες την ημέρα (το
οποίο αντιστοιχεί σε έλλειμμα 500 θερμίδων ημερησίως).
Αν αυτό συνεχιστεί, η μείωση αυτή των προσλαμβανόμε-
νων θερμίδων θα οδηγήσει σε απώλεια ενός κιλού σωμα-
τικού λίπους μέσα σε δύο εβδομάδες.

Τα φαγητά που τρώμε περιλαμβάνουν - εκτός από βι-
ταμίνες και ιχνοστοιχεία- τρία κύρια θρεπτικά συστα-
τικά:

ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ
(Άμυλο και Σάκχαρο)

ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ + ΝΕΡΟ
ΛΙΠΗ

Περιεκτικότητα θερμίδων των θρεπτικών συστατι-
κών και των τροφών

- 1 γραμμάριο απλού υδατάνθρακα (όπως η ζάχαρη)
περιέχει 4 θερμίδες.
- 1 γραμμάριο πρωτεΐνης περιέχει επίσης 4 θερμίδες.
- Το λίπος προσδίδει πολύ περισσότερη ενέργεια: 1
γραμμάριο σκέτου λίπους (όπως το λάδι) περιέχει 9
θερμίδες.
- Από την άλλη μεριά, το νερό δεν προσδίδει καθόλου
ενέργεια - ούτε μία θερμίδα **[Ερώτηση 2]**.

Τα τρόφιμα με μεγάλη περιεκτικότητα σε νερό προσδί-
δουν λιγότερη ενέργεια, ενώ τα πιο λιπαρά τρόφιμα περι-
έχουν μεγαλύτερο φορτίο ενέργειας.

Ας συγκρίνουμε δύο εντελώς αντίθετες τροφές:

Ένα τρόφιμο πλούσιο σε νερό, όπως το αγγούρι, με ένα
τρόφιμο πλούσιο σε λίπος, όπως το λάδι. Πόσο πρέπει να

Τρόφιμο	πλούσιο σε...	ποσότητα φαγητού που αποδίδει 100kcal
Αγγούρι	νερό	700 – 800 γρ
Ντομάτες	νερό	500 – 600 γρ
Καρότα	νερό	350 – 400 γρ
Μήλο	Φυσικούς υδατάνθρακες	200 γρ
Ψάρι	Πρωτεΐνη	70 – 130 γρ
Τυρί χαμηλών λιπαρών	Πρωτεΐνη	40 – 50 γρ
Ψωμί	Αμυλούχους υδατάνθρακες	40 – 50 γρ
Γλυκά	Κατεργασμένους υδατάνθρακες	25 γρ
Τυρί υψηλών λιπαρών	Λίπος, πρωτεΐνη	25 γρ
Σοκολάτα	Λίπος, ζάχαρη	20 γρ
Φυστίκια	Λίπος	15 γρ
Βούτυρο	Λίπος	15 γρ
Λάδι	Λίπος	10 γρ

καταναλώσει κανείς από αυτά τα δύο ώστε να πάρει 100
θερμίδες;

Απάντηση: 2 αγγούρια (περίπου 750 γραμμάρια) ή 1
κουταλιά της σούπας λάδι (περίπου 10 γραμμάρια)
[Ερωτήσεις 3 και 4].

Στον παραπάνω πίνακα μπορείτε να βρείτε κι άλλα τρόφι-
μα. Η ποσότητα από κάθε τρόφιμο, που σημειώνεται στον
πίνακα, αποδίδει 100 θερμίδες.

Όπως μπορείτε να δείτε από τη λίστα οι τροφές που είναι
πλούσιες σε νερό (λαχανικά) μπορούν να υποστηρίξουν
το σκοπό σας (που είναι να χάσετε βάρος), διότι ακόμα και
μεγάλες ποσότητες δε θα θέσουν σε κίνδυνο τον στόχο
σας. Αντίθετα, οι τροφές, που είναι πλούσιες σε κατεργα-
σμένα σάκχαρα και λίπος, δεν θα σας βοηθήσουν να χά-
σετε βάρος, διότι είναι πολύ περιεκτικές σε ενέργεια. Έτσι,
ακόμη και μικρή ποσότητα από αυτές, προσδίδει μεγάλη
ποσότητα θερμίδων.

Όταν πάρετε την απόφαση να χάσετε βάρος και να αλλη-
ξετε τον τρόπο ζωής σας, υπάρχουν τουλάχιστον τρία ζη-
τήματα, που θα πρέπει να σκεφτείτε:



- Υπάρχουν γύρω σας παραπλανητικές δίαιτες και παρα-
πλανητικές υποσχέσεις;
- Ποιες σημαντικές αποφάσεις πρέπει να πάρετε για να
αλληλάξετε μια για πάντα τις διατροφικές σας συνήθειες με
επιτυχία;
- Υπάρχουν εφαρμόσιμες στρατηγικές;

ΠΑΡΑΠΛΑΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΙΤΕΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΧΕΣΕΙΣ

Σε εφημερίδες, περιοδικά και άλλα μέσα ενημέρωσης, υπάρχουν παραπλανητικές διαφημίσεις και υποσχέσεις, που υποστηρίζουν για παράδειγμα ότι:

ΤΑ ΜΑΓΙΚΑ ΜΑΣ ΧΑΠΙΑ ΕΞΑΦΑΝΙΖΟΥΝ ΟΛΟ ΣΑΣ ΤΟ ΛΙΠΟΣ! Σε 2 εβδομάδες μπορείτε να χάσετε 8 κιλά σωματικού βάρους – με εγγυημένη τη διατήρηση της απώλειας για πάντα!

Χ...-ΔΙΑΙΤΑ Απώλεια 5 κιλών την εβδομάδα!
Χωρίς επαναπρόσληψη των κιλών!

Η ΔΙΑΙΤΑ ΤΗΣ ΣΟΥΠΑΣ Χάστε 8 κιλά σε 7 ημέρες ΧΩΡΙΣ ΠΕΙΝΑ ΧΩΡΙΣ ΚΑΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ!

Τέτοιου είδους διαφημίσεις είναι παραπλανητικές και αδικαιολόγητες **[Ερώτηση 5]**. Σκεφτείτε ότι ένα κιλό σωματικού λίπους αποθηκεύει ενέργεια που αντιστοιχεί περίπου σε 7000 θερμίδες. Ακόμα και αν κάποιος προσλαμβάνει κάθε μέρα 1000 θερμίδες λιγότερες από τις ανάγκες του, για να χάσει μόνο 1 κιλό λίπους από το σώμα του θα χρειάζονται συνολικά 7 ημέρες. Οι κακόβουλες διαφημίσεις ποτέ δεν αναφέρουν την απώλεια λίπους, που είναι και το πιο σημαντικό σημείο. Μιλούν απλώς για απώλεια βάρους. Όμως, η απώλεια βάρους, αν θέλουμε να τη δείξουμε αναλυτικά, πάντα συμπεριλαμβάνει:

Απώλεια σωματικού λίπους
που μετράει ως ευεργετικό αποτέλεσμα
+
Απώλεια νερού που θα επανέλθει
μετά από τις «γρήγορες» δίαιτες
+
Απώλεια μυϊκού ιστού
που είναι επιβλαβής για την υγεία

Δίαιτες, που προκαλούν μεγάλη (παροδική) απώλεια νερού και μεγάλη απώλεια μυϊκού ιστού δεν συνιστώνται. Προτιμήστε τις διατροφικές παρεμβάσεις που θα μειώσουν το λίπος χωρίς να επηρεάσουν το μυϊκό ιστό! Οι άνθρωποι επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τέτοιες παραπλανητικές υποσχέσεις, για τα αποτελέσματα μιας δίαιτας. Το

αποτέλεσμα από την καθημερινή αναπαραγωγή τέτοιων απειληλών υποσχέσεων, είναι να δημιουργούνται εξωπραγματικές, ουτοπικές και μη πραγματοποιήσιμες προσδοκίες στους συμμετέχοντες σε τέτοια προγράμματα απώλειας βάρους. Δημιουργούνται έτσι ακόμη και προσδοκίες για απώλεια βάρους της τάξης των 10 με 15 κιλών τους πρώτους 6 μήνες μετά την έναρξη του προγράμματος. Τόσο μεγάλη όμως απώλεια βάρους μέσα στους πρώτους 6 μήνες, πετυχαίνουν λιγότεροι από έναν στους δέκα συμμετέχοντες. Είναι γνωστό ότι οι παρεμβάσεις απώλειας βάρους προκαλούν μικρότερη απώλεια (περίπου 3 με 5 κιλά) τους πρώτους 6 με 12 μήνες. Επίσης, είναι πιο αποτελεσματικές όταν είναι εντατικές και συνδυάζονται με παρέμβαση στη συμπεριφορά. Οι στρατηγικές συντήρησης βοηθούν να διατηρηθεί το αποτέλεσμα της απώλειας βάρους.

Σημαντικές αποφάσεις για να αλλιάξετε επιτυχώς τις διατροφικές σας συνήθειες μια για πάντα

Όταν διαβάσετε τις παρακάτω γραμμές, σας παρακαλούμε να μην εγκαταλείψετε την προσπάθειά σας απογοητευμένοι. Η απώλεια 3 με 5 κιλών σε μισό έτος είναι μεγάλη επιτυχία **[ερώτηση 6]**, γιατί πρέπει να είμαστε λογικοί και να καθοδηγούμαστε από λογικά επιχειρήματα. Η ρουτίνα και οι συνήθειες που κατευθύνουν τη συμπεριφορά μας εγκαταστάθηκαν πολλά χρόνια πριν. Παράλληλα, αντιμετωπίζουμε πολλές επιρροές από το περιβάλλον μας, όπως ο πειρασμός της κατανάλωσης από πειστικές διαφημίσεις, οι ωραίες μυρωδιές των φούρνων, οι προσκλήσεις για φαγητό, ή οι πολύ φθηνές προσφορές σε εστιατόρια. Γεύομαστε την ανταμοιβή ενός καλού φαγητού ενώ ορισμένες φορές προσπαθούμε να παρηγορηθούμε από στενοχώριες, με το φαγητό ή/και το ποτό.

Υπάρχουν τουλάχιστον τρεις οπτικές γωνίες από τις οποίες αν θεωρήσετε τα πράγματα, θα σας βοηθήσει να πετύχετε μια μόνιμη αλλαγή στις διατροφικές σας συνήθειες:

- Η αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς σας για πάντα, αντί για μια σύντομη δίαιτα.
- Η τακτική «κάντε μικρές αλλαγές!» και «δώστε χρόνο στον εαυτό σας να προσαρμοστεί!»
- Η σκέψη ότι κάποιες αναβολές είναι φυσιολογικές! **[ερώτηση 7]**. Χρειάζεστε πολλές επανεκκινήσεις! Οι διατροφικές συνήθειες πήραν πολλά χρόνια για να δημιουργηθούν, 20, 30 ή 40 χρόνια. Μην περιμένετε να αλλιάξουν σε 20, 30 ή 40 ημέρες- ούτε καν εβδομάδες.

Δεν είναι σαν να κατεβαίνετε βιαστικά μια πηλαγιά, αλλιά σαν να περπατάτε στα βουνά για να φτάσετε στην κοιλάδα (της επιτυχίας).

Χρειάζεστε ένα σχέδιο για να αντιμετωπίσετε τους πολλούς πειρασμούς που θα σας ωθούν να γυρίσετε πίσω στις παλιές συνήθειες. Σχεδιάστε εκ των προτέρων ποια θα μπορούσε να είναι η στρατηγική που θα ακολουθήσετε σε μια γιορτή με άφθονο φαγητό (π.χ. 2 μέρες με περισσότερα λαχανικά), ή εάν νιώσετε πηλήξη (π.χ. να επισκεφθείτε έναν φίλο ή να πάτε στον κινηματογράφο αντί να φάτε). Δημιουργήστε μια δική σας λίστα ανταμοιβών και αποζημιώσεων, που δεν περιλαμβάνουν φαγητό. Ένα διάγραμμα βάρους, μπορεί να σας βοηθήσει.



ΕΦΑΡΜΟΣΙΜΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΝΑ ΑΛΛΑΞΕΤΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΝΑ ΧΑΣΕΤΕ ΒΑΡΟΣ

Για πολλές δεκαετίες, η πιο συχνά συνιστώμενη δίαιτα ήταν εκείνη με περιορισμένες θερμίδες, χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και υψηλή σε υδατάνθρακες. Το σκεπτικό ήταν ότι πρέπει να περιοριστούν τα θρεπτικά συστατικά που είναι πιο πλούσια σε ενέργεια, δηλαδή το λίπος. Ο περιορισμός του λίπους, ήταν ο πιο «λογικός» τρόπος για να επιτευχθεί μείωση της πρόσληψης ενέργειας, με επακόλουθο τη μείωση του σωματικού βάρους. Τα τελευταία 20 χρόνια υπάρχει ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών και δημοσιεύσεων σχετικά με τα αποτελέσματα από διαφορετικές δίαιτες και συγκεκριμένα δίαιτες υψηλών λιπαρών και χαμηλών υδατανθράκων (χωρίς να μειώνεται η κατανάλωση λίπους). Τέτοιες πρακτικές, προερχόμενες από διαφορετικά μέρη του κόσμου, όπως η «Δίαιτα Atkins», ή η Μεσογειακή Δίαιτα» ή η «Ατλαντική Δίαιτα», έγιναν δημοφι-

λείς και μελετήθηκαν ως προς τα αποτελέσματά τους στην απώλεια βάρους και την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν αποδείξεις, που να αποδεικνύουν κατηγορηματικά ότι για την μακροχρόνια απώλεια βάρους μια συγκεκριμένη δίαιτα είναι καλύτερη από τις άλλες. Έτσι η ιδέα ότι υπάρχει η «μια και μοναδική δίαιτα» δε δικαιολογείται. Για ένα άτομο με διαβήτη, η βελτίωση της ευαισθησίας του στην ινσουλίνη είναι σημαντική, και αυτό μπορεί να το πετύχει με την απώλεια βάρους. Για τους παραπάνω λόγους, το κατάλληλο πρόγραμμα απώλειας βάρους θα πρέπει να επιλέγεται με βάση τις τοπικές/εθνικές συνήθειες, καθώς επίσης και με βάση τις προσωπικές προτιμήσεις του κάθε ατόμου **[ερώτηση 8]**.

ΕΤΟΙΜΑΣΤΕΙΤΕ

Ο καλύτερος τρόπος για να προλάβετε τις άμεσες και χρόνιες επιπλοκές του διαβήτη είναι να συμμετέχετε ενεργά στην αντιμετώπισή του και να απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις με όσο το δυνατό πιο θετικό τρόπο!

- Το να αλλιάξω τη διατροφική μου συμπεριφορά και να μειώσω το βάρος μου, είναι σημαντικό για την υγεία και την ποιότητα της ζωής μου;
- Είμαι έτοιμος/η να ξεκινήσω κάποιες αλλαγές στη διατροφή μου και να χάσω βάρος αμέσως τώρα;
- Νιώθω αυτοπεποίθηση ότι θα τα καταφέρω και θα το απολαύσω;

Αν απαντήσατε σε μία ή περισσότερες από τις παραπάνω ερωτήσεις με αμφιβολία ή διστακτικότητα, μην ξεκινήσετε ένα πρόγραμμα απώλειας βάρους αμέσως τώρα, αλλιά προσπαθήστε να εντοπίσετε τους λόγους, που σαν κάνουν διστακτικούς. Η αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς δεν θα πρέπει να θεωρηθεί ως δυσάρεστο καθήκον ή υποχρέωση. Αντίθετα, θα πρέπει να το δείτε σαν μια ενδιαφέρουσα πρόκληση, που θα σας επιτρέψει να ανακαλύψετε νέες, ευχάριστες συνταγές, να βιώσετε με άλλο τρόπο το σώμα σας και να εμπλουτίσετε τη ζωή σας, κόντρα στη ρουτίνα.

Τι πρέπει να γίνει και τι μπορείτε εσείς να κάνετε, ώστε να νιώσετε θετικά μπροστά σε μια επικείμενη αλλαγή του τρόπου διατροφής στην καθημερινότητά σας;

Σε αυτή την πορεία αναζήτησης κινήτρων για την αλλαγή του τρόπου ζωής σας, δεν είστε μόνοι. Ρωτήστε άτομα από την ομάδα που φροντίζει για την υγεία σας καθώς και από

κοντινούς σας ανθρώπους και φίλους. Η κοινωνική υποστήριξη θα σας βοηθήσει! Εξάλλου, μπορείτε να ενημερωθείτε για προσφορές σχετικά με προτεινόμενα (προσοχή, όχι παραπλανητικά) προγράμματα απώλειας βάρους, που σχεδιάζονται για να σας βοηθήσουν να διατηρήσετε την αλληλαγία του τρόπου ζωής σας.

ΞΕΚΙΝΗΣΤΕ

- Η αλληλαγία των διατροφικών συνθηκών είναι μια μακροπρόθεσμη προσέγγιση και όχι μια δίαιτα με σύντομη διάρκεια.
- Αναζητήστε τα άτομα της οικογένειάς σας ή του κοινωνικού σας περιγύρου, που θα υποστηρίξουν το σχέδιό σας.
- Για να μειώσετε το βάρος σας, θα πρέπει να καταναλώνετε λιγότερες θερμίδες από όσες χρειάζεται το σώμα σας για να διατηρηθεί όπως είναι: 1000 θερμίδες (για παράδειγμα 10 μερίδες των 100 θερμίδων) λιγότερες κάθε μέρα υπόσχονται πολλή.
- Αυξήστε την κατανάλωση τροφίμων, που είναι πλούσια σε νερό (λαχανικά) και
- Μειώστε την κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε λίπος.
- Να επιλέγετε κυρίως φυτικά τρόφιμα.
- Αντικαταστήστε προϊόντα υψηλών λιπαρών με άλλα χαμηλών λιπαρών.
- Ελαχιστοποιήστε την κατανάλωση ζάχαρης και τροφίμων ή ποτών, που περιέχουν ζάχαρη.
- Περιορίστε τη λήψη αλκοόλ.
- Δυστυχώς δεν υπάρχει μαγικό φάρμακο ή τρόφιμο, που να εξαφανίζει το σωματικό λίπος.
- Η απώλεια 3 με 5 κιλών σωματικού λίπους σε 6 μήνες είναι μεγάλη επιτυχία.
- Οι αναβολές είναι φυσιολογικές, διότι είμαστε άνθρωποι (όχι ρομπότ) και χρειαζόμαστε μια καλή στρατηγική για την αντιμετώπιση διατροφικών καταστάσεων που θα μας βάλουν σε πειρασμό.
- Βάψτε δικά σας όρια για την αγαπημένη σας «παχυντική» τροφή (π.χ. μόνο μια ράβδο σοκολάτας την εβδομάδα).

Αυτά τα μηνύματα είναι ικανά να σας υποστηρίξουν στην προσπάθειά σας να χάσετε βάρος και τελικά να έχουν θετικό αντίκτυπο στην αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 2. Εξάλλου, η προτίμηση «υγιεινών» λιπαρών και ο περιορισμός του αλτατιού, θα έχουν ευεργετική επίδραση και σε άλλα νοσήματα, που συχνά συνυπάρχουν στα άτομα με διαβήτη, όπως οι διαταραχές στα λιπίδια και η υπέρταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ

ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

Τα άτομα με διαβήτη τύπου 2 και φυσιολογικό βάρος δεν πρέπει να αδυνατίζουν, διότι η δράση της ινσουλίνης, που παράγεται από τον οργανισμό τους δεν θα βελτιωθεί με τον τρόπο αυτό **[ερώτηση 9]**. Οι ασθενείς θα πρέπει να γνωρίζουν τις τροφές, που είναι πλούσιες σε υδατάνθρακες και ανεβάζουν περισσότερο την τιμή του σακχάρου:

- Ψωμί και αρτοσκευάσματα
- Ρύζι, ζυμαρικά, πατάτες, καλαμπόκι
- Φρούτα
- Γάλα και γιαούρτι
- Ζάχαρη, ζαχαρούχα τρόφιμα και ποτά

Αυτές οι τροφές θα πρέπει να καταναλώνονται σε μικρότερες ποσότητες κατά τη διάρκεια της ημέρας και θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν λιγότερο επεξεργασμένες. Αυτό μεταφράζεται σε προϊόντα ολικής άλεσης αντί για επεξεργασμένα, ολόκληρα φρούτα αντί για χυμό, ωμά αντί για μαγειρεμένα φαγητά (όταν είναι δυνατόν). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε σχετικά μικρότερη αύξηση του σακχάρου μετά το γεύμα. Ελαχιστοποιήστε την κατανάλωση ζάχαρης, ζαχαρούχων τροφίμων και ποτών. Η ζάχαρη μπορεί να αντικατασταθεί από γλυκαντικά. Αν η διαιτητική παρέμβαση δεν μπορεί να ελέγξει από μόνη της τον διαβήτη, η αντιμετώπιση με φάρμακα ή ινσουλίνη είναι πλέον απαραίτητη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ

ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2, ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΟΥΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ

Τα άτομα με διαβήτη τύπου 2, που παίρνουν ινσουλίνη θα πρέπει να είναι ικανά:

- Να αναγνωρίζουν τις τροφές, που είναι πλούσιες σε υδατάνθρακες (βλ. παραπάνω)
- Να εκτιμούν την περιεκτικότητα των υδατανθράκων του γεύματός τους.

Να προσαρμόζουν τη δόση της ινσουλίνης τους, ανάλογα με την ποσότητα των υδατανθράκων που καταναλώνουν **[ερώτηση 10]**. Η αντιστοιχία αυτή είναι πάντα εξατομικευμένη, με βάση, μεταξύ άλλων, την προσωπική στρατηγική υποκατάστασης της ινσουλίνης, που ακολουθεί ο καθένας. 2



ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ

Ένας κόσμος γεύσης και φροντίδας



Όταν
η γεύση
"χτυπάει"
πράσινο

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



ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν. ΚΟΥΚΟΥΛΗΣ,
Αναπληρωτής Καθηγητής Ενδοκρινολογίας

Προκαλεί ο σακχαρώδης διαβήτης σεξουαλική δυσλειτουργία;

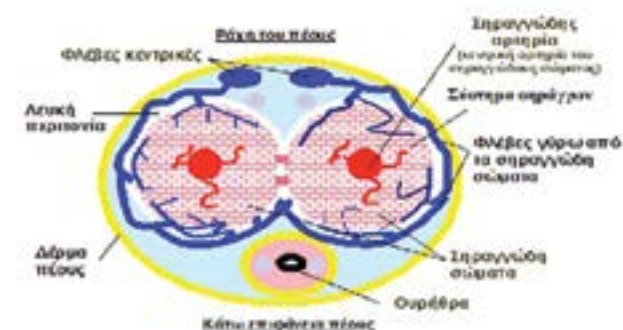
Το παραπάνω ερώτημα προκαλεί συχνά ανησυχία και άγχος στους άρρενες με σακχαρώδη διαβήτη. Η σεξουαλική συμπεριφορά συνιστά ουσιώδες συστατικό της ωρίμανσης του άνδρα (αρρενοποίησης) κάτω από την επίδραση των ανδρικών ορμονών και καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την προσωπικότητα του και τις σχέσεις του με τους άλλους. Είναι, συνεπώς, αυτονόητη η ανησυχία για το ενδεχόμενο διαταραχής αυτής της λειτουργίας που ανήκει στη σφαίρα των σημαντικών παραμέτρων αυτοεκτίμησης. Η αληματοδής αύξηση των γνώσεων μας για τους μηχανισμούς που ρυθμίζουν τη σεξουαλική λειτουργία επιτρέπει σήμερα να προσεγγίζουμε το θέμα περισσότερο αντικειμενικά. Για να γίνει όμως κατανοητή η απάντηση στο ερώτημα είναι απα-

ραίτητο να προηγηθεί αδρή περιγραφή των μηχανισμών της φυσιολογικής σεξουαλικής λειτουργίας του άνδρα. Η φυσιολογική σεξουαλική λειτουργία του άνδρα προϋποθέτει σεξουαλική διάθεση - επιθυμία (libido), στυτική λειτουργία και ικανότητα να φθάνει σε οργασμό και εκσπερμάτωση. Όλοι συμφωνούν ότι, η συχνότερη διαταραχή στον άνδρα είναι η αδυναμία του να εμφανίσει ή/και να διατηρήσει στύση επαρκή (ικανή) για σεξουαλική επαφή. Η αδυναμία επίτευξης ή/και διατήρησης της στύσης για ικανοποιητική σεξουαλική επαφή είναι κοινό πρόβλημα που προσβάλλει σχεδόν το ένα τρίτο των ενήλικων ανδρών. Οι αιτίες σεξουαλικής δυσλειτουργίας στον άνδρα μπορούν να ταξινομηθούν αδρά σε ψυχογενείς και οργανικές. Στο πα-

ρόν άρθρο θα εστιάσουμε στη δεύτερη κατηγορία που συνδέει τον διαβήτη με τις ανατομικές βλάβες των νευρών και αγγείων που ευθύνονται κυρίως για διαταραχές της στυτικής λειτουργίας.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΥΣΗΣ

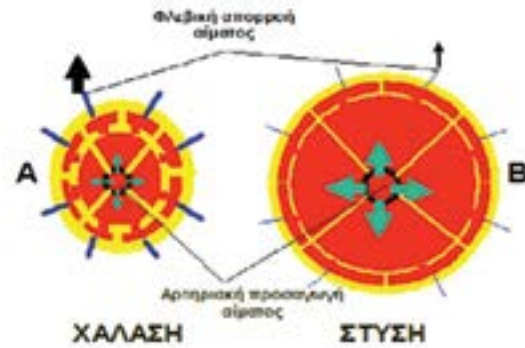
Η στύση είναι πολύπλοκο αιμοδυναμικό φαινόμενο που προϋποθέτει την φυσιολογική λειτουργία του νευρικού συστήματος και των αγγείων. Ειδικότερα, μηνύματα-εντολές από το κεντρικό και το περιφερικό νευρικό σύστημα προκαλούν διαστολή των αρτηριών της πυέλου και του πέους με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ροή αίματος προς το τελευταίο ενώ ταυτόχρονα μειώνεται η φλεβική απομάκρυνση αίματος από αυτό. Η αυξημένη παροχή αίματος γεμίζει τις «εσωτερικές δεξαμενές ή σήραγγες» του πέους με αποτέλεσμα αυτό να μεταβάλλεται σε μήκος, διάμετρο και σκληρία οδηγώντας σ' αυτό που είναι γνωστό ως στύση. Το όλο φαινόμενο συμβαίνει σε μια δίδυμη εσωτερική κατασκευή του πέους που φέρεται με το όνομα σπραγγώδη σώματα (σχήμα 1). Τα χαρακτηριστικά αυτής της ανατομικής κατασκευής είναι η ελαστικότητα και η εσωτερική διαμόρφωση πολυδαίδαλων χώρων (δεξαμενών) που επικοινωνούν μεταξύ τους και είναι γνωστοί ως σπραγγώδεις κόλπτοι. Το τοίχωμα αυτών των



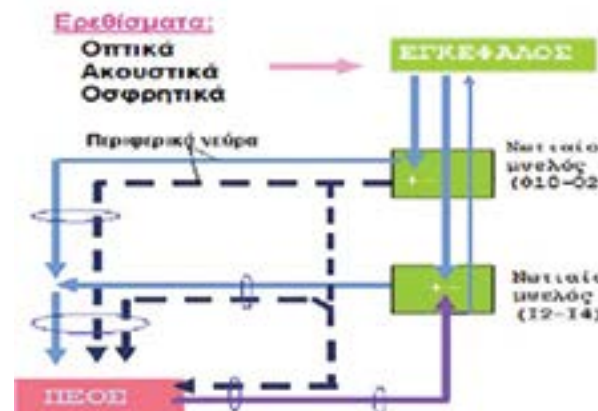
Σχήμα 1. Σχηματική απεικόνιση κάθετης διατομής πέους. Σημειώνεται το ζεύγος των σπραγγωδών σωμάτων του πέους και το σύστημα των αγγείων. Στο κέντρο η αρτηρία που φέρνει αίμα στο εσωτερικό δίκτυο των χώρων των σπραγγωδών σωμάτων και στην περιφέρεια το φλεβικό σύστημα που αποχετεύει το αίμα από τα σπραγγώδη σώματα.

κόλπτων έχει κύτταρα που μπορούν να συστέλλονται και να διαστέλλονται ενώ η εσωτερική επιφάνεια καλύπτεται με άλλα κύτταρα που παράγουν το νιτρικό οξείδιο (NO), ουσία που προκαλεί την χαλάρωση του τοιχώματος και επιτρέπει την αυξημένη είσοδο αίματος. Για την πρόκληση του φυσιολογικού φαινομένου της στύ-

ΔΙΑΒΗΤΗΣ Η ΑΙΤΙΑ



Σχήμα 2. (Εγκάρσια διατομή σπραγγώδους σώματος πέους). Σχηματική απεικόνιση των μηχανισμών εισροής και εξόδου αίματος στο σπραγγώδες σώμα και της κατάστασης του ελαστικού ιστού (στυτικού) του σπραγγώδους σώματος κατά τη φάση χαλάρωσης (Α) και στύσης (Β) του πέους. Η ένταση των γραμμών και τα βέλη υποδηλώνουν την ένταση των διάφορων μηχανισμών.



Σχήμα 3. Σχηματική απεικόνιση του τρόπου που διάφορα ερεθίσματα μέσω του εγκεφάλου και δύο περιοχών του νωτιαίου μυελού (θωρακο-οσφυϊκή, Θ10-Ο2 και ιερά, Ι2-Ι4) διεγείρουν τη στύση. Επίσης ερεθίσματα από τα γεννητικά όργανα μεταφέρονται στο κατώτερο κέντρο του νωτιαίου μυελού απ' όπου επιστρέφουν στο πέος διεγείροντας τη στύση.

σης τέσσερις είναι οι κύριοι παράγοντες :

- α) η καλή μετάδοση του νευρικού μηνύματος στις αρτηρίες και τα σπραγγώδη σώματα του πέους,
- β) η καλή κατάσταση των αρτηριών που στέλλουν αίμα στο πέος ώστε να είναι δυνατή η παροχή αίματος,
- γ) η ικανότητα του τοιχώματος των κόλπων των σπραγγωδών σωμάτων να χαλαρώνουν ώστε να δημιουργείται χώρος για το αίμα που εισέρχεται και
- δ) η καλή λειτουργία των φλεβών ώστε να περιορίζεται, όταν χρειάζεται, η απομάκρυνση του αίματος από το εσωτερικό των σπραγγωδών σωμάτων.

Ο συνδυασμός των ανωτέρω λειτουργιών οδηγεί, όπως παραπάνω αναφέρθηκε, σε διάταση, επιμήκυνση και σκλήρυνση του πέους (σχήμα 2Β). Στη φάση αυτή, η πίεση μέσα στα σπραγγώδη σώματα είναι λίγο μικρότερη από την συστολική αρτηριακή πίεση. Αυξάνει σε επίπεδα υψηλότερα της συστολικής αρτηριακής πίεσης όταν συσπώνται οι μύες του εδάφους της πυέλου οπότε και παρατηρείται η μέγιστη δυνατή σκλήρυνση του πέους.

Μετά τη εκπερμάτιση αντιστρέφεται το όλο φαινόμενο. Η αρτηριακή προσαγωγή ελαττώνεται, η φλεβική απαγωγή αίματος αυξάνει και μειώνεται η ελαστικότητα του ιστού των σπραγγωδών σωμάτων. Αποτέλεσμα αυτών των αλλαγών είναι η χαλάρωση του πέους (σχήμα 2Α)

Το σημαντικά εξειδικευμένο βιολογικό φαινόμενο της στύσης

προϋποθέτει λεπτούς ρυθμιστικούς μηχανισμούς. Το νευρικό σύστημα επιτελεί τον ειδικό αυτό ρόλο (Σχήμα 3). Στο ρόλο αυτό ενέχονται αρκετά κέντρα του εγκεφάλου ενώ στο νωτιαίο μυελό ενεργούν δίκτυα που εκπορεύονται από τον θωρακο-οσφυϊκό συμπαθητικό κέντρο (Θ10-Ο2) και το ιερό παρασυμπαθητικό κέντρο (Ι2-Ι4) που λειτουργεί και ως σωματικό. Η συνεργασία των ανωτέρω νευρικών οδών ρυθμίζει τη ροή του αίματος εντός του πέους και την πρόκληση της στύσης. Τελικοί δέκτες των νευρικών μηνυμάτων είναι οι λείες μυϊκές ίνες των αγγείων και του ελαστικού ιστού των σπραγγωδών σωμάτων.

ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Η συχνότητα της στυτικής δυσλειτουργίας αυξάνει με την ηλικία και συνήθως παρατηρείται σε άνδρες με συστηματικά νοσήματα όπως υπέρταση, ισχαιμική καρδιακή νόσο, και σακχαρώδη διαβήτη. Οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο επιρρεπείς σε συστηματικά νοσήματα τα οποία μπορεί να επηρεάζουν τη σεξουαλική συμπεριφορά. Εκτιμάται ότι η συχνότητα της στυτικής δυσλειτουργίας είναι διπλάσια από τη συχνότητα της στεφανιαίας νόσου, γεγονός που κάνει φανερή την έκταση και τη σημασία του προβλήματος.

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι παράγοντας που αυξάνει την πιθανότητα στυτικής δυσλειτουργίας. Εκτιμάται ότι σε διαβητικούς η συχνότητα της από το 6%, στην ηλικία των 25



ετών, αυξάνει στο 50% στην ηλικία των 60 ετών. Φυσικά, αιτία στυτικής δυσλειτουργίας δεν είναι μόνο η διαταραχή του σακχάρου. Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα στυτικής δυσλειτουργίας. Στους παράγοντες αυτούς συγκαταλέγονται το κάπνισμα, οι έντονες συναισθηματικές διαταραχές (οργή, κατάθλιψη) και η παρουσία στεφανιαίας νόσου.

Όπως προαναφέρθηκε, για την φυσιολογική λειτουργία της στύσης είναι απαραίτητη η καλή κατάσταση των νευρών, των αρτηριών, του ιστού των σπραγγωδών σωμάτων και των φλεβών του πέους. Δυστυχώς, ο αρρύθμιστος ΣΔ, ως γνωστόν, προκαλεί βλάβες των μικρών και των μεγάλων αρτηριών και των νευρών. Επίσης φαίνεται ότι επηρεάζει και την ελαστικότητα του ιστού των σπραγγωδών σωμάτων. Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι ο αρρύθμιστος διαβήτης επηρεάζει δυσμενώς την λειτουργία των κυττάρων (μυϊκών ινών και ενδοθηλιακών κυττάρων) που βρίσκονται στο τοίχωμα των πολυδαίδαλων χώρων των σπραγγωδών σωμάτων, που περιγράφηκαν πιο πάνω, και των αρτηριών. Οι παραπάνω αλλαγές οδηγούν σε ελάττωση της εισόδου αίματος στα σπραγγώδη σώματα και συνεπώς διαταράσσουν τη στύση.

Είναι συνεπώς λογικό να περιμένει κανείς μεγαλύτερη συχνότητα διαταραχής της στύσης στους άνδρες με ΣΔ σε σύγκριση με συνομήλικους χωρίς διαβήτη.

Το μήνυμα μοιάζει δυσάρεστο αλλά συνήθως τα πράγματα δεν είναι όπως φαίνονται. Από τις πρόσφατες μεγάλες μελέτες γνωρίζουμε ότι η καλή ρύθμιση του διαβήτη προλαμβάνει την εμφάνιση των βλαβών στα αγγεία και αναστέλλει την εξέλιξη τους όταν η φροντίδα μας για την ρύθμιση του σακχάρου αρχίσει καθυστερημένα. Επιπρόσθετα, έχουμε τη δυνατότητα χορηγώντας φάρμακα που αυξάνουν την παραγωγή μονοξειδίου του αζώτου στα σπραγγώδη σώματα να αποκαθιστούμε την διαταραγμένη σεξουαλική λειτουργία σε σημαντικό αριθμό ανδρών με διαταραχή. Ευνόητο είναι να αναρωτηθεί κανείς αν ο ΣΔ προκαλεί σεξουαλική δυσλειτουργία και στις γυναίκες. Η απάντηση είναι ναι αλλά σε μικρότερο ποσοστό και με άλλους μηχανισμούς.

Συμπερασματικά, η απάντηση στο ερώτημα αν ο ΣΔ προκαλεί σεξουαλική δυσλειτουργία είναι θετική. Όμως πρόκειται για ενδεχόμενο που εξουδετερώνει η καλή ρύθμιση του σακχάρου. Σ

φροντίδα των ατόμων με ενδοκρινολογικές παθήσεις. Σημαντικές ήταν οι παρεμβάσεις για την εφαρμογή των «καθαρών καντίνων» με υγιεινά τρόφιμα, για προνοιακά επιδόματα, αλλιά και για την αλληλαγή της νομοθεσίας όσον αφορά τη στράτευση. Με τον καιρό, λόγω της αύξησης του αριθμού των πασχόντων με σακχαρώδη διαβήτη και της ταυτόχρονης μείωσης ενδιαφέροντος ατόμων με άλλα σύνδρομα, ο Σύλλογος επικεντρώθηκε στο διαβήτη. Με γνώμονα το απόφθεγμα «ισχύς εν τη ενώσει» η συνάντηση ανθρώπων με παρόμοιες ανησυχίες προσέφερε δύναμη, στήριξη αλλιά και το αίσθημα του «ανήκειν» σε ανθρώπους που ένιωθαν ότι το περνούν όλο το πρόβλημα μόνοι. Σημαντική ήταν η δημιουργία, το 1991, των πρώτων ομάδων ψυχοθεραπείας, όπου ξεχωριστές ομάδες εφήβων και γονιών μοιράζονταν τους προβληματισμούς και τα συναισθήματα τους. Η παιδοψυχίατρος Μάγδα Λιακοπούλου καθώς και ψυχολόγοι οργάνωσαν με επιτυχία αυτές τις ομάδες στήριξης.

ΟΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Η δημιουργία κατασκηνώσεων για παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη ήταν άλλο ένα μεγάλο βήμα του συλλόγου προς την επίτευξη του στόχου της σύσφιγξης των σχέσεων των παιδιών. Το μοίρασμα της καθημερινότητας με άλλα παιδιά που έκαναν και αυτά ινσουλίνη, που πρόσεχαν τη διατροφή τους και που βίωναν παρόμοια συναισθήματα με τους συγκατασκηνωτές, και στην πορεία φίλους τους, έδωσε σε κάθε ένα από αυτά τα παιδιά αλλιά και στους γονείς τους άλληνη τροπή στο αίσθημα της μοναξιάς και της διαφορετικότητας. Εξέχουσα θέση στο έργο του Συλλόγου «ΓΑΛΗΝΟΣ» είχε η συνδιοργάνωση, το 1998, με το ενδοκρινολογικό τμήμα της Α' Παιδιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών ενός διεθνούς συνεδρίου αθλητών με ΣΔ στην Ελλάδα. Άνθρωποι με ΣΔ από όλο τον κόσμο ήρθαν στην Αθήνα όπου συμμετείχαν σε εκπαιδεύσεις αλλιά και σε αγώνες με τη μορφή mini Ολυμπιάδας. Το αίσθημα της καλής υγείας και του τί μπορεί κανείς να καταφέρει ήταν η καλύτερη συνειδητοποίηση για τους συμμετέχοντες με ΣΔ για να νιώσουν εξίσου ικανοί και σίγουροι για τον εαυτό τους. Σημαντικοί αρωγοί όλα αυτά τα χρόνια ήταν τα μέλη του Δ/Σ, αλλιά και οι πρόεδροι του «Γαληνού», Β. Κονίδης, Α. Χατζηστεφάνου, Χ. Πλαστήρα, Α. Καραπατάκη και Χ. Κανακά. Βασικοί υποστηρικτές υπήρξαν οι νοσηλεύτριες υγείας, όπως η Φ. Λάμαρη, καθώς και οι ψυχολόγοι και οι διαιτολόγοι.

Ο ΣΥΛΛΟΓΟΣ «ΓΑΛΗΝΟΣ» ΣΗΜΕΡΑ

Τα επιτεύγματα του συλλόγου στο πέρασμα των χρόνων είναι πολλή, και οι στόχοι πάντα είναι καλό να προσαρμόζονται ανάλογα με τις ανάγκες της εποχής και των μελών. Σήμερα, σκοπός του συλλόγου παραμένει η ενημέρωση γονέων και παιδιών αναφορικά με τις τελευταίες εξελίξεις στο χώρο του διαβήτη. Η γνωριμία των μελών με σκοπό την ανταλληλαγή απόψεων και το μοίρασμα βιωμάτων. Η εκπαίδευση των μελών σε πρακτικής φύσης θέματα, αλλιά και συναισθηματικής ενδυνάμωσης με τη μορφή δημιουργίας μικρών ομάδων αναλογικά με τις ανάγκες της ηλικιακής κατηγορίας. Περαιτέρω σκοπός είναι η ευαισθητοποίηση του κοινού μέσω εκδηλώσεων. Η συλλογικότητα για διεκδικήσεις δικαιωμάτων από τα υπουργεία, με σκοπό την ενγένει πρόληψη και καταστολή των προβλημάτων σε θέματα υγείας. Επιπροσθέτως, το νέο ΔΣ του συλλόγου επιθυμεί την ενεργοποίηση της αρχικής ιδέας του «Γαληνού», ως σύλλογος φίλων του παιδιού και του εφήβου με ενδοκρινολογικό πρόβλημα, να φέρει κοντά ανθρώπους με διάφορα ενδοκρινολογικά νοσήματα. Οι στόχοι αυτοί μπορούν να επιτευχθούν κυρίως με τους γονείς, τα παιδιά και τους εφήβους να μας επισημαίνουν τις ανάγκες τους, τις επιθυμίες τους και δείχνοντας ενεργή συμμετοχή! Η ενεργή σας συμμετοχή είναι αυτή που δίνει ζωή και λόγο ύπαρξης σε κάθε σύλλογο! 

ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΓΑΛΗΝΟΣ

Πρόεδρος: Βάσια Χιώτη
Αντιπρόεδρος : Χρήστος Πλαστήρας
Γραμματέας: Μαρία Παπουτσή
Ταμίας: Σταυρούλα Σιδηροκαστρίτη
Μέλη: Κανακά Χριστίνα
Ελένη Κώτη
Ειρήνη Τζερεφού

Πληροφορίες σχετικά με το Σύλλογο «Γαληνός»

www.galinos.org.gr
info@galinos.org.gr
ΤΗΛ 210 922 6798

φροντίδα των ατόμων με ενδοκρινολογικές παθήσεις. Σημαντικές ήταν οι παρεμβάσεις για την εφαρμογή των «καθαρών καντίνων» με υγιεινά τρόφιμα, για προνοιακά επιδόματα, αλλιά και για την αλληλαγή της νομοθεσίας όσον αφορά τη στράτευση. Με τον καιρό, λόγω της αύξησης του αριθμού των πασχόντων με σακχαρώδη διαβήτη και της ταυτόχρονης μείωσης ενδιαφέροντος ατόμων με άλλα σύνδρομα, ο Σύλλογος επικεντρώθηκε στο διαβήτη. Με γνώμονα το απόφθεγμα «ισχύς εν τη ενώσει» η συνάντηση ανθρώπων με παρόμοιες ανησυχίες προσέφερε δύναμη, στήριξη αλλιά και το αίσθημα του «ανήκειν» σε ανθρώπους που ένιωθαν ότι το περνούν όλο το πρόβλημα μόνοι. Σημαντική ήταν η δημιουργία, το 1991, των πρώτων ομάδων ψυχοθεραπείας, όπου ξεχωριστές ομάδες εφήβων και γονιών μοιράζονταν τους προβληματισμούς και τα συναισθήματα τους. Η παιδοψυχίατρος Μάγδα Λιακοπούλου καθώς και ψυχολόγοι οργάνωσαν με επιτυχία αυτές τις ομάδες στήριξης.

ΟΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Η δημιουργία κατασκηνώσεων για παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη ήταν άλλο ένα μεγάλο βήμα του συλλόγου προς την επίτευξη του στόχου της σύσφιγξης των σχέσεων των παιδιών. Το μοίρασμα της καθημερινότητας με άλλα παιδιά που έκαναν και αυτά ινσουλίνη, που πρόσεχαν τη διατροφή τους και που βίωναν παρόμοια συναισθήματα με τους συγκατασκηνωτές, και στην πορεία φίλους τους, έδωσε σε κάθε ένα από αυτά τα παιδιά αλλιά και στους γονείς τους άλληνη τροπή στο αίσθημα της μοναξιάς και της διαφορετικότητας. Εξέχουσα θέση στο έργο του Συλλόγου «ΓΑΛΗΝΟΣ» είχε η συνδιοργάνωση, το 1998, με το ενδοκρινολογικό τμήμα της Α' Παιδιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών ενός διεθνούς συνεδρίου αθλητών με ΣΔ στην Ελλάδα. Άνθρωποι με ΣΔ από όλο τον κόσμο ήρθαν στην Αθήνα όπου συμμετείχαν σε εκπαιδεύσεις αλλιά και σε αγώνες με τη μορφή mini Ολυμπιάδας. Το αίσθημα της καλής υγείας και του τί μπορεί κανείς να καταφέρει ήταν η καλύτερη συνειδητοποίηση για τους συμμετέχοντες με ΣΔ για να νιώσουν εξίσου ικανοί και σίγουροι για τον εαυτό τους. Σημαντικοί αρωγοί όλα αυτά τα χρόνια ήταν τα μέλη του Δ/Σ, αλλιά και οι πρόεδροι του «Γαληνού», Β. Κονίδης, Α. Χατζηστεφάνου, Χ. Πλαστήρα, Α. Καραπατάκη και Χ. Κανακά. Βασικοί υποστηρικτές υπήρξαν οι νοσηλεύτριες υγείας, όπως η Φ. Λάμαρη, καθώς και οι ψυχολόγοι και οι διαιτολόγοι.

Ο ΣΥΛΛΟΓΟΣ «ΓΑΛΗΝΟΣ» ΣΗΜΕΡΑ

Τα επιτεύγματα του συλλόγου στο πέρασμα των χρόνων είναι πολλή, και οι στόχοι πάντα είναι καλό να προσαρμόζονται ανάλογα με τις ανάγκες της εποχής και των μελών. Σήμερα, σκοπός του συλλόγου παραμένει η ενημέρωση γονέων και παιδιών αναφορικά με τις τελευταίες εξελίξεις στο χώρο του διαβήτη. Η γνωριμία των μελών με σκοπό την ανταλληλαγή απόψεων και το μοίρασμα βιωμάτων. Η εκπαίδευση των μελών σε πρακτικής φύσης θέματα, αλλιά και συναισθηματικής ενδυνάμωσης με τη μορφή δημιουργίας μικρών ομάδων αναλογικά με τις ανάγκες της ηλικιακής κατηγορίας. Περαιτέρω σκοπός είναι η ευαισθητοποίηση του κοινού μέσω εκδηλώσεων. Η συλλογικότητα για διεκδικήσεις δικαιωμάτων από τα υπουργεία, με σκοπό την ενγένει πρόληψη και καταστολή των προβλημάτων σε θέματα υγείας. Επιπροσθέτως, το νέο ΔΣ του συλλόγου επιθυμεί την ενεργοποίηση της αρχικής ιδέας του «Γαληνού», ως σύλλογος φίλων του παιδιού και του εφήβου με ενδοκρινολογικό πρόβλημα, να φέρει κοντά ανθρώπους με διάφορα ενδοκρινολογικά νοσήματα. Οι στόχοι αυτοί μπορούν να επιτευχθούν κυρίως με τους γονείς, τα παιδιά και τους εφήβους να μας επισημαίνουν τις ανάγκες τους, τις επιθυμίες τους και δείχνοντας ενεργή συμμετοχή! Η ενεργή σας συμμετοχή είναι αυτή που δίνει ζωή και λόγο ύπαρξης σε κάθε σύλλογο! 

ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΓΑΛΗΝΟΣ

Πρόεδρος: Βάσια Χιώτη
Αντιπρόεδρος : Χρήστος Πλαστήρας
Γραμματέας: Μαρία Παπουτσή
Ταμίας: Σταυρούλα Σιδηροκαστρίτη
Μέλη: Κανακά Χριστίνα
Ελένη Κώτη
Ειρήνη Τζερεφού

Πληροφορίες σχετικά με το Σύλλογο «Γαληνός»

www.galinos.org.gr
info@galinos.org.gr
ΤΗΛ 210 922 6798

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ**Επίκουρος Καθηγητής Β' Προπαιδευτική Παθολογική
Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Φαρμακευτική αγωγή και άσκηση στον σακχαρώδη διαβήτη

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

Τα άτομα με διαβήτη, πέραν της αντιδιαβητικής τους αγωγής, συχνά λαμβάνουν επιπρόσθετα φαρμακευτικά σκευάσματα για την αντιμετώπιση συνοδών παθολογικών καταστάσεων του διαβητικού τους συνδρόμου. Πολλά από αυτά τα ευρέως συνταγογραφούμενα φάρμακα τροποποιούν σε σημαντικό βαθμό τις μεταβολικές διεργασίες της άσκησης. Οι επιδράσεις στον αυξημένο μεταβολικό ρυθμό λόγω της άσκησης, των θεραπευτικών σκευασμάτων για

τα καρδιαγγειακά νοσήματα, την υπέρταση, τη νεφροπάθεια ή τη νευροπάθεια μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπιθύμητες εξελίξεις για την υγεία των ασθενών. Απαιτείται να εκτιμώνται λεπτομερώς όλοι οι παράγοντες κινδύνου από την εκάστοτε φαρμακευτική αγωγή και να εξατομικεύεται τόσο το είδος της άσκησης όσο και οι συστάσεις προφύλαξης πριν την ένταξη των ασθενών σε προγράμματα αυξημένης φυσικής δραστηριότητας. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται επιγραμματικά οι επιδράσεις των φαρμάκων αυτών στο μεταβολισμό των υδατανθράκων ενώ στον πίνακα 2 φαίνονται ανεπιθύμητες επιδράσεις κατά την άσκηση. **(Πίνακες 1 & 2).**

ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ

Είναι γνωστό ότι η χορήγηση διουρητικών (thiazides, chlorthalidone) σε υψηλές δόσεις οδηγεί σε υποκαλιαιμία αλλά και σε υπεργλυκαιμία που φαίνεται να οφείλεται

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Επιδράσεις των συχνότερων συγχρηγούμενων φαρμάκων στον σακχαρώδη διαβήτη			
ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ			
	Ινσουλινοέκκριση	Χρησιμοποίηση γλυκόζης	Παρατηρήσεις
Πιθανή υπεργλυκαιμία			
Διουρητικά (thiazides, chlorthalidone, furosemide, metolazone)	μείωση	μείωση	υποκαλιαιμία
β-Αδρενεργικοί ανταγωνιστές (propranolol, nadolol, timolol)	πιθανή μείωση	πιθανή μείωση	Συχνότερα για τα μη καρδιοεκλεκτικά σκευάσματα
Ανταγωνιστές ασβεστίου (παράγωγα dihydropyridine)	ουδέτερη	πιθανή μείωση	Σπάνιες και μη σημαντικού βαθμού επιδράσεις
Γλυκοκορτικοειδή	αύξηση	μείωση	Ινσουλινοαντίσταση
Αναβολικά στεροειδή	ουδέτερη	μείωση	Επιδράσεις στα λιπίδια
Αυξητική ορμόνη	αύξηση	μείωση	ινσουλινοαντίσταση
Νιασίνη	αύξηση	μείωση	Επιδράσεις σε υψηλές μόνο δόσεις
Κυκλσπορίνη	μείωση	μείωση	Συχνή η συγχορήγηση τους με κορτικοειδή
Tacrolimus	μείωση	άγνωστη	Υπεργλυκαιμία πιο συχνή από της κυκλσπορίνης
Πιθανή υπογλυκαιμία			
α-Αδρενεργικοί ανταγωνιστές (prazosin, doxazosin, terazosin)	πιθανή αύξηση	πιθανή αύξηση	Σπάνια σε σημαντικό βαθμό
AMEA	ουδέτερη	πιθανή αύξηση	
β-Αδρενεργικοί ανταγωνιστές			Πιθανές αρνητικές επιδράσεις στην ανάνηψη από το υπογλυκαιμικό επεισόδιο
Σαλικυλικά	πιθανή αύξηση	ουδέτερη	Επιδράσεις σε υψηλές μόνο δόσεις
Αλκοόλη	πιθανή αύξηση	αύξηση	Μακροχρόνια πρόσληψη μπορεί να οδηγήσει σε υπεργλυκαιμία
Πενταμιδίνη	αύξηση	ουδέτερη	Μακροχρόνια χορήγηση μπορεί να οδηγήσει σε υπεργλυκαιμία
Κινίνη	αύξηση	πιθανή αύξηση	Πιθανά βαρεία υπογλυκαιμικά επεισόδια

Πηγή: Από Ganda OP in Ruderman N, Devlin JT, Schneider SH, Kriska A (eds): Handbook of Exercise Alexandria, VA, American Diabetes Association, 2002



στον συνδυασμό μειωμένης ινσουλινοέκκρισης και αυξημένης ινσουλινοαντίστασης. Στους διαβητικούς που συμμετέχουν σε προγράμματα άσκησης θα πρέπει να παρακολουθείται το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών. Άλλες ανεπιθύμητες καταστάσεις που μπορεί να εμφανισθούν είναι η υπονατρίαιμία, η υπομαγνησαιμία, η υπερουριχαιμία, η μέτρια αύξηση της LDL και των τριγλυκεριδίων με παράλληλη μικρή μείωση της HDL χοληστερίνης. Σημειώνεται ότι η μακροχρόνια και σε υψηλές δόσεις θεραπεία είναι υπόλογη για την εμφάνιση των προαναφερθέντων ανεπιθύμητων επιδράσεων σε σημαντικό βαθμό.

β'-ΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΟΙ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ

Τα σκευάσματα αυτά συχνά χορηγούνται σε στηθάγχη ή μετεμφραγματικά και μειώνουν την αντοχή, τον μέγιστο καρδιακό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση ενώ βελτιώνουν τις ισχαιμικές διαταραχές στη δοκιμασία κόπωσης. Ασθενείς με στηθάγχη που λαμβάνουν τα σκευάσματα αυτά, επειδή προκαλείται ανακούφιση της σημειολογίας τους, συχνά

αναφέρουν αίσθημα βελτιωμένης απόδοσης στην προσπάθεια. Οι β-αναστολείς ασκούν σημαντικές επιδράσεις στην ομοιοστασία των υδατανθράκων επειδή επεμβαίνουν στην ινσουλινοέκκριση, στην πρόσληψη γλυκόζης από το ήπαρ αλληλά και τον μυϊκό ιστό, στην λιποόλυση και στον μεταβολισμό των λιποπρωτεϊνών. Γενικά οι μη καρδιοεκλεκτικοί ανταγωνιστές (propranolol, nadolol, timolol) σε σύγκριση με τους καρδιοεκλεκτικούς (atenolol, metoprolol), αναστέλλουν σε μεγαλύτερο βαθμό την ινσουλινοέκκριση και την πρόσληψη της γλυκόζης από τους ιστούς με αποτέλεσμα την εμφάνιση υπεργλυκαιμίας. Εντούτοις σε ινσουλινοεξάρτουμενους ασθενείς οι β-αναστολείς μπορεί να προκαλέσουν υπογλυκαιμία επειδή αναστέλλουν την γλυκογονόλυση στους μύες και στο ήπαρ όπως επίσης δυσχεραίνουν την ανάνηψη από την υπογλυκαιμία λόγω αναστολής της επίδρασης της επινεφρίνης στους β2-υποδοχείς στο ήπαρ για την απελευθέρωση γλυκόζης. Επίσης αναστέλλουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων της υπογλυκαιμίας εκτός της εφίδρωσης. Όσον αφορά τις

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Ανεπιθύμητες παρενέργειες φαρμάκων σε συσχέτιση με την άσκηση		
	ΟΞΕΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ	ΧΡΟΝΙΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ
ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ	Αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές	υπεργλυκαιμία, ουρική αρθρίτιδα
β-ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ	Βραδυκαρδία, μείωση στην απόδοση, αδυναμία αντίληψης και ανάνηψης από υπογλυκαιμία	υπεργλυκαιμία
α-ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ	Ορθοστατική υπόταση	Αυξημένος κίνδυνος ΑΕΕ και καρδιακής ανεπάρκειας
ΑΝΑΒΟΛΙΚΑ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ		Ηπατοτοξικότητα, δυσλιπιδαιμία, στειρότητα
ΦΙΜΠΡΑΤΕΣ	ραβδομυόλυση	Μυοσίτιδα
ΣΑΛΥΚΙΛΙΚΑ-ΜΣΑΦ	υπογλυκαιμία	Νεφρική ανεπάρκεια

Πηγή: Από Ganda OP in Ruderman N, Devlin JT, Schneider SH, Kriska A (eds): Handbook of Exercise Alexandria, VA, American Diabetes Association, 2002

επιδράσεις των φαρμάκων αυτών στην άσκηση, θα πρέπει να σημειωθεί ότι επιδεινώνουν την συμπτωματολογία της περιφερικής αγγειακής νόσου, επιτείνουν το αίσθημα κόπωσης, μειώνουν την πρόσληψη καλίου από τους σκελετικούς μύες και σε συνυπάρχουσα νεφρική ανεπάρκεια ή συγχορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών παραγόντων, είναι πιθανή η πρόκληση υπερκαλιαιμίας

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΤΡΕΠΤΙΚΟΥ ΕΝΖΥΜΟΥ, ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΚΑΙ α-ΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ

Οι ανταγωνιστές ασβεστίου βελτιώνουν την απόδοση στην άσκηση και την ισχαιμία σε στεφανιαίους ασθενείς. Μερικά σκευάσματα (verapamil, diltiazem) έχουν ουδέτερη δράση στον μεταβολισμό των υδατανθράκων, άλλα (nifedipine) επιδεινώνουν την ινσουλινοανίσταση ή την βελτιώνουν (amlodipine). Αντίθετα οι αναστολείς του μετατρεπτικού



ενζύμου και οι α-αδρενεργικοί αναστολείς βελτιώνουν την ινσουλινοευαισθησία. Οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου σχετίζονται με αυξημένη απόδοση στην άσκηση και αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης μετεμφραγματικά.

ΓΛΥΚΟΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΗ ΚΑΙ ΑΝΑΒΟΛΙΚΑ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ

Είναι γνωστό ότι η χορήγηση γλυκοκορτικοειδών θεραπευτικά οδηγεί σε ανάπτυξη ινσουλινοαντίστασης και σε αντιρροπιστική υπερινσουλιναιμία οπότε η χορήγησή τους επιδεινώνει και την προϋπάρχουσα υπεργλυκαιμία. Η χρόνια λήψη τους προκαλεί επίσης διαφοροποίηση στην κατανομή του λίπους σώματος αλλά και την εμφάνιση της εγγύς μυοπάθειας που επηρεάζουν την απόδοση στην άσκηση. Παράλληλα τα γλυκοκορτικοειδή όπως και τα αναβολικά στεροειδή προκαλούν υπερτριγλυκεριδαιμία, αύξηση της LDL και μείωση της HDL που συχνά παρατηρείται σε νέους αθλητές. Όμως εκτός από την πιθανή εμφάνιση αθηρωμάτωσης πρώιμα τα αναβολικά είναι γνωστό ότι προκαλούν ηπατοτοξικότητα, διαταραχή της σπερματογένεσης και στις γυναίκες υπερτρίχωση με ανδροειδή χαρακτηριστικά. Επομένως η πιθανή ωφέλεια των αναβολικών ως προς την αύξηση στην απόδοση αντισταθμίζεται δραματικά από τις σοβαρές παρενέργειες τους.

ΑΥΞΗΤΙΚΗ ΟΡΜΟΝΗ

Η αυξητική ορμόνη όπως και τα γλυκοκορτικοειδή παρουσιάζει διαβητογόνες ιδιότητες με επιδράσεις τόσο στο μεταβολι-



σμό των υδατανθράκων όπως και των λιπιδίων και πρωτεϊνών. Τα επίπεδα της αυξητικής ορμόνης μειώνονται προοδευτικά με την ηλικία, γεγονός που συσχετίζεται με την σχετική μείωση τόσο της μυϊκής όσον και της οστικής μάζας κατά την διαδικασία της γήρανσης. Εντούτοις αν και επιχειρήθηκε η χορήγησή της με στόχο την βελτίωση στην απόδοση κατά την άσκηση, θεραπευτικά συνιστάται μόνο σε καταστάσεις που σχετίζονται με παθολογική ανεπάρκεια της έκκρισής της.

ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Οι φιβράτες ενοχοποιούνται για την εμφάνιση οξείας ή υποξείας ραβδομυόλυσης. Ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, υποθυρεοειδισμό ή σε συγχορήγηση στατινών βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης αυτής της επιπλοκής. Η κυκλοσπορίνη που ανήκει στην κατηγορία των ανοσοκατασταλτικών και αποτελεί σημαντικό θεραπευτικό σκεύασμα στις μεταμοσχεύσεις εκτός από τις διαβητογόνες του δράσεις φαίνεται ότι προκαλεί μυοσίτιδα και ραβδομυόλυση ιδιαίτερα μετά από κοπιώδη άσκηση ή όταν συγχρηγείται με στατίνες.

ΚΙΝΙΝΗ

Η κινίνη που είναι ένα ανθελνοσπικό σκεύασμα ενίοτε χορηγείται ως αναλγητικό για την ανακούφιση από τις μυϊκές κράμπες. Επειδή ως παρενέργεια μπορεί να έχει την εμφάνιση υπογλυκαιμιών, θα πρέπει να λαμβάνεται με προσοχή από τα άτομα με διαβήτη.

ΣΑΛΙΚΥΛΙΚΑ

Τα σαλικυλικά σε υψηλές δόσεις μπορεί να προκαλέσουν υπογλυκαιμία και ως εκ τούτου θα πρέπει να λαμβάνονται με προσοχή στο διαβήτη.

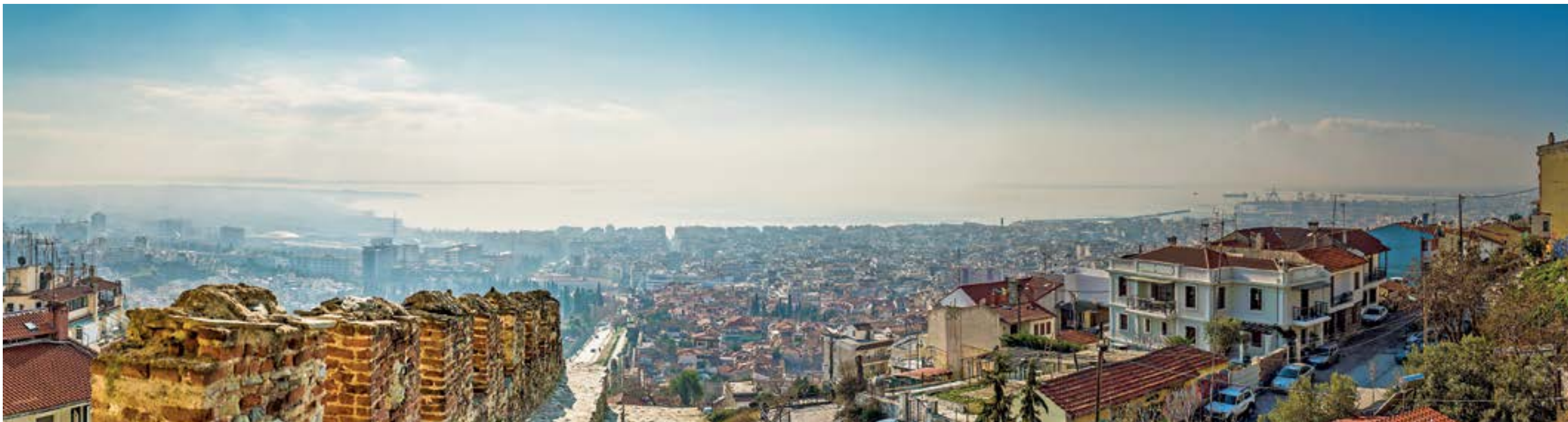
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Τα άτομα με διαβήτη και ιδιαίτερα οι μεγαλύτερης ηλικίας λόγω συννοσηρότητας λαμβάνουν εκτός της αντιδιαβητικής και άλλη αγωγή. Επειδή διάφορα φάρμακα επεμβαίνουν στο μεταβολισμό θα πρέπει σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό να σχεδιάζεται εξατομικευμένα το πρόγραμμα άσκησης λαμβάνοντας υπόψιν όλες τις θεραπείες που είναι απαραίτητες για το «ευ ζειν» του διαβητικού.



Θεσσαλονίκη, η αρχόντισσα του βορρά

Την αποκαλούν και «αρχόντισσα του βορρά», και όχι άδικα. Η Θεσσαλονίκη μπορεί και συγκεντρώνει την ομορφιά στο τοπίο της, το χαλαρό τρόπο ζωής, την διασκέδαση, την κουητούρα και την δική της μακράιων ιστορία στο χρόνο. Εάν δεν έχετε επισκεφτεί την Θεσσαλονίκη, θα πρέπει σύντομα να το κάνετε. Είναι σίγουρο ότι θα περάσετε υπέροχα. Θα διασκεδάσετε και θα απολαύσετε κάθε σημείο της πόλης, αφού σίγουρα κάτι θα σας τραβήξει την προσοχή. Εμείς σας παρουσιάζουμε μερικά από τα σημαντικότερα αξιοθέατα της πόλης που πρέπει σίγουρα να δείτε.



ΠΛΑΤΕΙΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ

Η πλατεία Αριστοτέλους είναι η μεγαλύτερη πλατεία στη Θεσσαλονίκη και μια από τις μεγαλύτερες και επιβλητικότερες στην Ελλάδα. Η σημερινή της μορφή σχεδιάστηκε μετά τη μεγάλη πυρκαγιά του 1917 από το Γάλλο αρχιτέκτονα Ερνέστο Εμπράρ, όμως το μεγαλύτερο μέρος της κατασκευάστηκε κατά την δεκαετία του 1950. Επί της πλατείας Αριστοτέλους βρίσκονται μερικά από τα πιο σημαντικά και όμορφα κτίρια της πόλης όπως το Ολύμπιον, όπου διεξάγεται το Φεστιβάλ Κινηματογράφου Θεσσαλονίκης και το δίδυμό του κτήριο που στεγάζει το ξενοδοχείο Ηλέκτρα Παλλιάς, ενώ και τα 12 κτίρια που περιβάλλουν την πλατεία είναι χαρακτηρισμένα ως διατηρητέα. Μερικά από τα καλύτερα βιβλιοπωλεία της πόλης βρίσκονται στην πλατεία, αρκετοί ραδιοφωνικοί σταθμοί, δημόσιες υπηρεσίες και πολλά μαγαζιά εστίασης όπως μοντέρνες καφετέριες, ρεστοράν και μοντέρνα ζαχαροπλαστεία.

ΠΑΡΑΛΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Απαραίτητο συστατικό κάθε απογευματινής βόλτας είναι ένας απολαυστικός περίπατος κατά μήκος του παραλιακού

μετώπου της πόλης. Μάλιστα τα τελευταία χρόνια ο πρόσφατα ανακαινισμένος χώρος προσφέρει περισσότερες ανέσεις και επιλογές ψυχαγωγίας. Σε αυτόν τον περίπατο λοιπόν, ιδιαίτερα τους πιο θερμούς μήνες του χρόνου, θα συναντήσετε ένα πλήθος τουριστών αλλά και ντόπιων που αναζητά τη δροσιά της θαλασσινής αύρας. Επιπλέον, ως επισκέπτης μπορείτε να περιηγηθείτε σε ένα από τα θεματικά πάρκα τα οποία τις περισσότερες φορές φιλοξενούν διάφορες εκδηλώσεις, και μερικά εξ' αυτών είναι ο κήπος του νερού, ο κήπος των ήχων, ο κήπος των ρόδων και άλλα.

ΛΕΥΚΟΣ ΠΥΡΓΟΣ, ΜΟΥΣΕΙΟ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Το γνωστότερο σύμβολο της Θεσσαλονίκης και ένα από τα πιο αναγνωρίσιμα μνημεία της Ελλάδας, ο Λευκός Πύργος, χτίστηκε ως οχυρωματικός πύργος το 15ο αιώνα και στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε ως στρατιωτικό κατάλυμα και φυλακή. Η τελευταία αναστήλωση ολοκληρώθηκε το 1985 και έκτοτε ο Λευκός Πύργος χρησιμοποιούνταν για εκθέσεις, ενώ από το 2006 και μετά λειτουργεί μόνιμα ως Μουσείο της Πόλης της Θεσσαλονίκης. Ο Λευκός Πύργος

έχει ύψος 34 μέτρα και έξι ορόφους, που επικοινωνούν με εσωτερική σκάλα που είναι σε επαφή με τον εξωτερικό τοίχο. Ο πύργος δεν ήταν πάντα μεμονωμένος όπως είναι σήμερα, αλλά στο παρελθόν τον περιέβαλλε ένας τοίχος που κατεδαφίστηκε το 1917 αμέσως μετά την απελευθέρωση της Θεσσαλονίκης το 1912. Ολόκληρη η κατασκευή ήταν μέρος την οχύρωσης της πόλης, που ξεκινούσε από το ανατολικό τμήμα που σώζεται μέχρι σήμερα στην Άνω Πόλη και τελείωνε στο Λευκό Πύργο με το θαλάσσιο τμήμα που κατεδαφίστηκε το 1867.

ΑΝΩ ΠΟΛΗ, ΕΠΤΑΠΥΡΓΙΟ

Η Άνω Πόλη είναι μία από τις ελάχιστες περιοχές της Θεσσαλονίκης που διασώθηκε από την καταστροφική πυρκαγιά του 1917. Βρίσκεται βόρεια του Αγίου Δημητρίου στο ψηλότερο σημείο της πόλης και εκτείνεται μέχρι τα βυζαντινά τείχη. Κατοικείται από την ελληνιστική περίοδο με αυξανόμενη πυκνότητα που κορυφώνεται την περίοδο της τουρκοκρατίας. Ξεχωρίζει για το δροσερό μικροκλίμα της και για την εξαισία θέα που προσφέρει σε ολόκληρη την πόλη και τον Θερμαϊκό. Στα όρια της Άνω πόλης συμπεριλαμβάνονται μερικά από τα σημαντικότερα μνημεία της Θεσσαλονίκης όπως το

Επταπύργιο, ο ναός του Οσίου Δαυίδ, η Μονή Βλατάδων το Αλαντζά Ιμαρέτ, ο ναός των Ταξιαρχών και πολλά άλλα. Τα σπίτια υιοθετούν χαρακτηριστικά της μακεδονικής και ευρύτερης βαλκανικής αρχιτεκτονικής παράδοσης.

ΣΤΟΑ ΜΟΔΙΑΝΟ

ΚΑΠΑΝΙ, ΑΓΟΡΕΣ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Εξαιρετικό ενδιαφέρον για κάθε πολυπληύρη τουριστική περιήγηση και μία ευκαιρία για βαθύτερη κατανόηση της Θεσσαλονίκης των περασμένων δεκαετιών αποτελεί η επίσκεψη στις στοές Μοδιάνο και Καπάνι. Εδώ θα έλεγε κανείς ότι ο χρόνος σταμάτησε και η παράδοση συνεχίζει να είναι βίωμα των σύγχρονων εμπόρων αλλά και πελατών. Το ιδιαίτερο ύψος και διάφορες παρωχημένες τακτικές αγοραπωλησίας, όπως το παζάρι, εδώ συνεχίζουν να υπάρχουν και δομούν τον ιδιαίτερο κώδικα της περιοχής. Θεωρείται η κεντρικότερη αγορά της πόλης που συνδυάζει την αφθονία, τη φθηνία και την ποικιλία. Βέβαια, για αυτούς που δεν στέκονται στην καταναλωτική τους πλευρά οι συγκεκριμένες στοές στις μέρες μας φιλοξενούν μερικά από τα πιο συμπαθητικά καφεεδάκια και μεζεδοπωλεία του ιστορικού κέντρου της πόλης.



Μπορείτε λοιπόν να τα επισκεφτείτε οποιαδήποτε ώρα της ημέρας και σίγουρα δε θα το μετανιώσετε.

ΙΕΡΟΣ ΝΑΟΣ ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Πρόκειται για μία πεντάκλιτη βασιλική με εγκάρσιο κλίτος που αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα βυζαντινά μνημεία της Θεσσαλονίκης. Η ακριβής ημερομηνία ανέγερσης του πρώτου (παλαιοχριστιανικού) ναού δεν μας είναι γνωστή αλλά υπολογίζεται ότι χτίστηκε από τον έπαρχο του Ιλλίρικού Λεόντιο γύρω στα 412 μ. Χ. Όμως μια μεγάλη πυρκαγιά οδήγησε στην εκ νέου κατασκευή του ναού μεταξύ 628 και 634 μ. Χ. Σύμφωνα με την παράδοση η εκκλησία ιδρύθηκε κοντά στο ρωμαϊκό λουτρό όπου μαρτύρησε ο Άγιος Δημήτριος. Μάλιστα από το σημείο αυτό ανάβλυζε μύρο το οποίο κατά πολλούς είχε θεραπευτικές ιδιότητες. Στο πέρασμα των αιώνων η εκκλησία υπέστη αρκετές καταστροφές από επιδρομές και λεηλασίες και οι πυρκαγιές άφησαν μέχρι σήμερα ανεξίτηλα τα σημάδια τους. Το 1917 για παράδειγμα η μεγάλη πυρκαγιά που έληξε τα 2/3 της πόλης κατέστρεψε σε μεγάλο βαθμό το ναό ο οποίος αναστηλώθηκε και επαναλειτουργήσε το 1949. Η σημερι-

νή μορφή του ναού προέκυψε από επιπρόσθετες εργασίες που ολοκληρώθηκαν το 1958. Μια επίσης πολύ σημαντική ημερομηνία στην ιστορία του ναού είναι το 1978 όταν τα λείψανα του Αγίου Δημητρίου επέστρεψαν από το Αββαείο του Αγίου Λαυρεντίου στο Κάμπο της Ιταλίας και τοποθετήθηκαν σε μια αργυρή λάρνακα όπου και φυλάσσονται έως σήμερα. Ως επισκέπτες του ναού θα έχετε τη δυνατότητα να θαυμάσετε μερικά από τα σωζόμενα ψηφιδωτά αλλά και ορισμένες τοιχογραφίες που χρονολογούνται στον 8ο αιώνα και απεικονίζουν τους αυτοκράτορες Ιουστινιανό και Καντακουζηνό ΣΤ' καθώς και τον Αρχιεπίσκοπο Θεσσαλονίκης Γρηγόριο Παλαμά. Επιπλέον, μπορείτε να επισκεφτείτε και την κρύπτη του ναού που σήμερα λειτουργεί ως εκθεσιακός χώρος διάφορων γλυπτών και άλλων αντικειμένων του ναού.

ΡΟΤΟΝΤΑ, ΝΑΟΣ ΑΓΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΥ

Το κτίριο της Ροτόντας ανήκει στο ευρύτερο γαλλεριανό συγκρότημα οικοδομημάτων στο οποίο συγκαταλέγονται η ομώνυμη Αψίδα, τα Ανάκτορα και το Οκτάγωνο. Χτίστηκε από τον Γαλιέριο γύρω στα 300 μ. Χ. με σκοπό να γίνει το

μαυσωλείο του και στα τέλη του 4ου αιώνα μετατράπηκε σε χριστιανικό ναό. Από το 1590 μέχρι την απελευθέρωση της πόλης (1912) λειτουργεί ως τζαμί και μετά τους σεισμούς του 1978 μετατρέπεται σε μουσείο. Είναι κυκλικό θολοσκέπαστο κτίριο με διάμετρο 24 μέτρα και στο εσωτερικό της ανοίγονται 8 μεγάλες ορθογώνιες κόγχες. Σήμερα, εκτός από τα έργα τέχνης και τις περιοδικές εκθέσεις που φιλοξενεί ο επισκέπτης μπορεί να θαυμάσει τα σωζόμενα ψηφιδωτά και μερικές σπάνιες τοιχογραφίες. Η είσοδος για το κοινό είναι δωρεάν και μπορείτε να το επισκεφτείτε καθ' όλη τη διάρκεια της εβδομάδας.

ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Πρόκειται για ένα από τους σημαντικότερους ναούς της πόλης που χτίστηκε στα μέσα του 7ου αιώνα στη θέση μιας τεράστιας παλαιοχριστιανικής βασιλικής που καταστράφηκε από το σεισμό του 620. Υπήρξε ο καθεδρικός ναός της πόλης για όλη τη βυζαντινή περίοδο, μετατράπηκε σε ρωμαιοκαθολικό κατά τη διάρκεια της φραγκοκρατίας και τέλος έγινε τζαμί από το 1523 έως το 1912. Στο εσωτερικό του διατηρούνται ψηφιδωτά από την περίοδο της εικονομαχίας τα οποία κοσμούν και τον τρούλο την κόγχη του ιερού. Επίσης ο επισκέπτης έχει τη δυνατότητα να θαυμάσει τοιχογραφίες του 11ου αιώνα και να παρατηρήσει τον γλυπτό διάκοσμο που κοσμεί τους κίονες τα κιονόκρανα και τον άμβωνα. Ο ναός στις μέρες μας λειτουργεί σε καθημερινή βάση και μπορείτε να τον επισκεφτείτε οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας.

ΑΡΧΑΙΟΛΟΓΙΚΟ ΜΟΥΣΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Το Αρχαιολογικό Μουσείο Θεσσαλονίκης σχεδιάστηκε από τον διάσημο μοντερνιστή αρχιτέκτονα Πάτροκλο Καραντινό, και εγκαινιάστηκε στις 27 Οκτωβρίου 1962. Περιέχει όλα τα σημαντικά ευρήματα της Θεσσαλονίκης και της ευρύτερης περιοχής της Μακεδονίας, από την Προϊστορική, Νεολιθική, Κλασική, Ελληνιστική και την Ρωμαϊκή εποχή. Ανάμεσα στα σημαντικότερα εκθέματα περιλαμβάνονται τμήματα κρανίου του "μακεδονικού ουρανοπιθήκου" ενός πρώιμου ανθρωποειδούς, και ένα αντίγραφο του κρανίου του γνωστού ανθρώπου των Πετραλώνων. Μία μεγάλη ενότητα του μουσείου είναι αφιερωμένη στη Μακεδονία, παρουσιάζοντας πτυχές του βίου των Μακεδόνων από τα αρχαϊκά χρόνια έως και τη ρωμαϊκή εποχή, με πλήθος ευρημάτων από τους νομούς Θεσσαλονίκης, Πιερίας, Χαλ-



κιδικής και Κιλίκης, ενώ γίνεται και μία εκτενέστερη παρουσίαση της πόλης της Θεσσαλονίκης, παρουσιάζοντας την ιστορική πορεία της πόλης από την ίδρυσή της το 315 π. Χ. έως και την ακμή της, κατά τη ρωμαϊκή εποχή.

ΑΓΑΛΜΑ ΤΟΥ ΜΕΓΑΛΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ

Ο Μέγας Αλέξανδρος γεννήθηκε στην Πέλλα της Μακεδονίας το 356 π. Χ. Γονείς του ήταν ο βασιλιάς Φίλιππος Β' της Μακεδονίας και η πριγκίπισσα Ολυμπιάδα της Ηπείρου. Θεωρείται ο μεγαλύτερος στρατηγός όλων των Ελλήνων, καθώς ήδη από την ηλικία των 20 ετών που ανέβηκε στο θρόνο μετά τη δολοφονία του πατέρα του έδειξε τα στρατιωτικά του προσόντα ως αρχηγός του Μακεδονικού Ιππικού στη μάχη της Χαιρώνειας. Έχοντας για δάσκαλο τον μεγάλο Αριστοτέλη και πρότυπο τον ήρωα Αχιλλέα δεν θα μπορούσε να γίνει κάτι λιγότερο από αυτό που έγινε: ένας Θρύλος ανά τους αιώνες.

ΠΛΑΤΕΙΑ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΩΝ, ΑΡΧΑΙΑ ΑΓΟΡΑ

Πρόκειται ίσως για την κεντρικότερη πλατεία της πόλης και βρίσκεται στην περιοχή της αρχαίας ρωμαϊκής αγοράς. Συ-



ναντάται συχνά σε ποιητικά και λογοτεχνικά κείμενα γιατί συνδέθηκε σε μεγάλο βαθμό με την καθημερινότητα, τις ιστορικές εξελίξεις και τις αναμνήσεις των Θεσσαλονικέων. Το χαμάμ που έπαψε να λειτουργεί σχετικά πρόσφατα, η Παναγία Χαλκίων, τα παρτέρια, το τσίρκο "Απόλλο", η αφε-

τηρία του λεωφορείου για Νεάπολη δομούν ένα μωσαϊκό αναμνήσεων που από τα χείλη των πατεράδων έχει περάσει και στις επόμενες γενιές.

ΤΑΒΕΡΝΕΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, ΠΛ. ΑΘΩΝΟΣ - ΛΑΔΑΔΙΚΑ - ΜΠΙΤ ΠΑΖΑΡ

Αν αφήσουμε τη μνημειακή διάσταση και την ιστορία, ένα από τα χαρακτηριστικά της πόλης που εξαπλώνουν τη δημοφιλή της είναι η εξαιρετική της κουζίνα και οι ιδιαίτερες γεύσεις της. Είναι γεγονός ότι η Θεσσαλονίκη υπήρξε σταυροδρόμι πολιτισμών που ο καθένας άφησε το δικό του στίγμα. Οι επιρροές αυτές κάνουν την εμφάνισή τους στην κουζίνα της και σας καλούν να τις ανακαλύψετε επισκεπτόμενοι κάποιες από τις ταβέρνες και τα ξακουστά μεζεδοπωλεία. Αυτά τα καταστήματα απλώνονται σε όλες τις περιοχές του ιστορικού κέντρου, κατά μεγάλο ποσοστό όμως είναι συγκεντρωμένα στην Πλατεία Αθώων, στα Λαδάδικα και στο Μπιτ Παζάρ. Σας προτείνουμε λοιπόν ανεπιφύλλακτα να προτιμήσετε κάποια από αυτά παραγγέλλοντας τις παραδοσιακές γεύσεις που θα σας προταθούν και συνδυάζουν την Ανατολή, τα Βαλκάνια και τις δυτικές τροπικές επιρροές. ^Σ



Ο φίλος μου ο Διαβητούλης

Κωνσταντίνα Φραντζεσκάκη,
Συγγραφέας - Παιδαγωγός Προσχολικής Ηλικίας, Msc

Η συνεχής ενημέρωση των ατόμων με διαβήτη, αποτελεί τον πρώτο και κυριότερο σκοπό του περιοδικού μας. Στο πλαίσιο αυτό επιλέξαμε να σας παρουσιάσουμε μια νέα εκδοτική πρόταση που αφορά τα παιδιά με διαβήτη τύπου 1 και τους γονείς τους. «Ο φίλος μου ο Διαβητούλης», είναι ένα βιβλίο το οποίο, με ευχάριστο και κατανοητό τρόπο μεταφέρει στους μικρούς αναγνώστες βασικές γνώσεις που χρειάζονται για να διαχειριστούν τη νέα πραγματικότητα που επιβάλλει ο διαβήτης, χωρίς συγχρόνως να αγνοούνται άλλες πτυχές της, όπως ψυχολογικές και κοινωνικές.

Το βιβλίο «Ο φίλος μου ο Διαβητούλης» χωρίζεται σε έξι ενότητες. Στην πρώτη ενότητα: «Η γνωριμία», ο Μιχάλης γνωρίζει τον Διαβητούλη. Εμφανίζεται μπροστά του όταν μαθαίνει ότι έχει διαβήτη, με σκοπό να τον βοηθήσει και να του λύσει κάθε απορία σχετικά με τη νόσο. Έτσι, ο Μιχάλης μαθαίνει, τι είναι ο διαβήτης και τα συμπτώματά του. Στη δεύτερη ενότητα «Η πρώτη μέρα παρέα με τον Διαβητούλη» ο Μιχάλης μαθαίνει όλα όσα χρειάζεται να αλληλέξει στη ζωή του για να είναι υγιής, πώς να κάνει μία μέτρηση σακχάρου, πώς να κάνει την ινσουλίνη του, ενώ ταυτόχρονα έρχεται αντιμέτωπος με τους φόβους του, όπως τον φόβο του για τις βελόνες, καθώς και την απόρριψη από τους φίλους του. Στην τρίτη ενότητα: «Μαθαίνοντας για την υγιεινή διατροφή» ο Μιχάλης μαθαίνει πόσο σημαντικό είναι να τρέφεται με ωφέλιμες τροφές και να προσέχει το σώμα σου. Στην τέταρτη ενότητα «Η επίσκεψη μιας υπογλυκαιμίας», ο Μιχάλης παθαίνει



μία υπογλυκαιμία και δεν αισθάνεται καθόλου καλά. Ο Διαβητούλης του εξηγεί τι πρέπει να κάνει κάθε φορά που έχει υπογλυκαιμία ή υπεργλυκαιμία και γενικότερα κάθε φορά που δεν αισθάνεται καλά. Στην πέμπτη ενότητα: «Ωρα για άσκηση», ο Μιχάλης κατανοεί ότι τελικά η διατροφή δεν είναι αρκετή για να έχει ένα δυνατό σώμα, καθώς χρειάζεται εξίσου η φυσική άσκηση. Ο

Διαβητούλης του δίνει οδηγίες για το τι πρέπει να κάνει πριν και μετά από κάθε άσκηση για να νιώθει καλά και να είναι σωστά ρυθμισμένο το σάκχαρό του. Στην τελευταία ενότητα «Το μυστήριο λύθηκε» ο Μιχάλης ανακαλύπτει πόσο δυνατός είναι καθώς και τις πραγματικές αξίες της ζωής. Ο διαβήτης δεν είναι κάτι που μπορεί να τον εμποδίσει από το να κατακτήσει τα όνειρά του. Όπως σημειώνει η συγγραφέας και παιδαγωγός προσχολικής ηλικίας MSc κα Κωνσταντίνα Φραντζεσκάκη, «Ο φίλος μου ο Διαβητούλης είναι ένα βιβλίο που γράφτηκε κατά την εργασία μου σε διαβητολογικό ιατρείο και αυτό γιατί ως εκπαιδευτικός, είμαι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένη σε θέματα που αφορούν στα παιδιά. Η αγάπη μου αυτή αποτέλεσε πηγή έμπνευσης και με οδήγησε να γράψω τον Διαβητούλη, ένα βιβλίο αφιερωμένο στα ίδια τα παιδιά, γιατί είναι υπέροχα, γιατί αξίζουν τα καλύτερα και οφείλουμε να είμαστε δίπλα τους με όποιον τρόπο μπορούμε». ^Σ

ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ

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 απαλλοτρεύει 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. Στην Ελλάδα η διάθεση της εφαρμογής FreeStyle LibreLink (για smartphones iPhone & Android), θα επιτρέψει 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.

Φροντίδα ποδιών, η Επιστημονική υπεροχή

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



Gel Γλυκόζης TRANSCEND από την MENARINI diagnostics

Επίλεξε το ζελ γλυκόζης TRANSCEND, το καινοτόμο προϊόν της Menarini, αντί για καραμέλλες, χυμούς και άλλα γλυκά. Είναι ένας μοναδικός τρόπος να δίνεις στον οργανισμό σου την ενέργεια που χρειάζεται στη στιγμή, με ταχεία δράση και άμεση απορρόφηση σε εύχρηστη συσκευασία και διακριτικό μέγεθος!

- Δεν υπάρχει κίνδυνος υπερδοσολογίας και υπερ-διόρθωσης
- Προσφέρει μόνο 60 θερμίδες ανά μερίδα
- Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης για άμεση αλληλά και ελεγχόμενη αναπλήρωση ενέργειας
- Έχει υπέροχη γεύση
- Έχει πρακτική συσκευασία και είναι εύκολο στη μεταφορά

Ένα φακελάκι ισοδυναμεί με 15 γραμμάρια γλυκόζης (1 ισοδύναμο). Χωρίς συντηρητικά, με φυσικό άρωμα φρούτων, διατίθεται σε 2 υπέροχες γεύσεις (πορτοκάλι και φράουλα).



σημεία διανομής

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 ενημερωθείτε στο www.elodi.org

5 ή αποστείλτε την παρακάτω αίτηση συνδρομής



Γίνετε ΔΩΡΕΑΝ συνδρομητές στο περιοδικό Σακχαρώδης Διαβήτης - Φροντίδα για όλους

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

Στοιχεία συνδρομητή

Όνομα - Επώνυμο:

Διεύθυνση:

Περιοχή:

ΤΚ:

Τηλέφωνο:

e-mail:

Υπογραφή:

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

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



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

ΑΘΗΝΑ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ΠΕΙΡΑΙΑΣ

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

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

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

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

Τ: 2313303316 (ραντεβού), 2310 9933369 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 994608

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

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

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

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

ΠΑΤΡΑ

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

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ / ΑΤΤΙΚΗ & ΠΕΙΡΑΙΑΣ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ν. ΚΙΛΚΙΣ

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

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

Ν. ΠΙΕΡΙΑΣ

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

Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ

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

Ν. ΔΡΑΜΑΣ

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

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

Ν. ΣΕΡΡΩΝ

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

Ν. ΗΜΑΘΙΑΣ

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

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

Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ

► **Ν.Γ.Ν. Κοζάνης «Μαμάτσειο»**, Μαιμασίου 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

Μας ρωτάτε - σας απαντάμε



- 1** Η κυρία ΕΠ είναι μητέρα ενός παιδιού το οποίο έχει από 2ετίας σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, κάνει ινσουλίνη και φέτος θα πάει στο Δημοτικό. Ανησυχεί για τα προβλήματα που τυχόν θα προκύψουν λόγω του διαβήτη και ειδικότερα για την αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας και ρωτάει πώς πρέπει να χειριστεί το θέμα.

Αγαπητή μου κυρία, νομίζω ότι ανησυχείτε περισσότερο από όσο πρέπει. Πάντα υπάρχουν λύσεις. Από όσα μου γράφετε το ίδιο το παιδί διαχειρίζεται ικανοποιητικά, με την βοήθεια σας, το διαβήτη του. Η μετάβαση του στο σχολείο σημαίνει κάποιες αλλαγές. Η ένταξη του σε ένα σχετικά άγνωστο, για εκείνο, περιβάλλον είναι προφανές ότι θα το επηρεάσει ψυχολογικά πλην όμως, είναι βέβαιο ότι αυτό με την πάροδο του χρόνου θα αμβλυυνθεί. Το πρόγραμμα χορήγησης της ινσουλίνης και λήψης των γευμάτων

- 2** Η κυρία ΠΝ η οποία πάσχει από διαβήτη τύπου 2 σημειώνει ότι στις οδηγίες του γιατρού της υπάρχει πρόβλεψη για την παρουσία, στο διατολόγιο της, ορισμένης περιεκτικότητας υδατανθράκων αλλή ταυτόχρονα υπάρχει η σύσταση μη χρήσης σάκχαρης. Με βάση αυτή τη διαπίστωση, ρωτάει ποια είναι η διαφορά μεταξύ υδατανθράκων και σάκχαρης.

Οι υδατάνθρακες είναι συστατικό των τροφίμων που μετατρέπεται σε γλυκόζη (σάκχαρο) με τη δράση ενζύμων στο έντερο και στη συνέχεια περνάει στο αίμα. Η σάκχαρη είναι μια μορφή υδατάνθρακα η οποία έχει το χαρακτηριστικό ότι μετατρέπεται πολύ γρήγορα σε γλυκόζη με αποτέλεσμα η τελευταία να περνάει στο αίμα γρήγορα και να αυξάνει τα επίπεδα της. Αυτός είναι και ο λόγος που συστήνεται στα άτομα με διαβήτη να μην κάνουν χρήση της σάκχαρης. Οι υδατάνθρακες είναι σημαντικό διατροφικό συστατικό

μπορεί να προσαρμοστεί στις συνθήκες του σχολείου με τη βοήθεια του θεράποντος. Η παρουσία του παιδιού στην τάξη δεν υποχρεώνει σε τροποποίηση του διατροφικού προγράμματος. Αυτό όμως προϋποθέτει ενημέρωση του Διευθυντού του σχολείου και των Δασκάλων. Βέβαια από την εμπειρία μας είναι γνωστό ότι το εκπαιδευτικό προσωπικό των σχολείων νοιώθει ανασφαλές όταν έχει ένα παιδί που κάνει ινσουλίνη, κυρίως λόγω των ενδεχόμενων υπογλυκαιμιών. Η ανησυχία αυτή των δασκάλων θεωρώ ότι οφείλεται σε σημαντικό βαθμό στην άγνοια του τρόπου διαχείρισης του διαβήτη και όχι στην διάθεση των δασκάλων να βοηθήσουν το παιδί. Αυτή την άγνοια, αν πράγματι υπάρχει, πρέπει να αντιμετωπίσετε. Ζητείστε να δείτε τον Διευθυντή του σχολείου και τον αρμόδιο δάσκαλο και ενημερώστε τους για το πρόβλημα του παιδιού. Στη συζήτηση που θα έχετε μαζί τους θα αντιληφθείτε το πώς προσεγγίζουν το θέμα. Εάν αντιληφθείτε ότι ανησυχούν, ζητήστε μια συνάντηση με την παρουσία του θεράποντα γιατρού ο οποίος, είμαι σίγουρος, θα αμβλύνει τις ανησυχίες τους εξηγώντας τι σημαίνει διαβήτης και τι πρέπει να κάνουν αν τυχόν προκύψει κάποιο πρόβλημα. Σημαντικό επίσης είναι να ληφθεί μέριμνα ώστε το παιδί να αποκτήσει το συντομότερο δυνατό φίλους ώστε να νοιώσει οικείο το χώρο του σχολείου. Η ανοικτή και ειλικρινής συζήτηση με τους υπευθύνους του σχολείου αποτελεί το κλειδί για την εξαφάνιση των ανησυχιών σας.

για την υγεία, αλλή επειδή στα άτομα με διαβήτη μπορεί να αυξηθούν πολύ το σάκχαρο στο αίμα, είναι απαραίτητο να ακολουθούνται συγκεκριμένοι κανόνες. Η διατροφή στα άτομα με διαβήτη πρέπει να περιέχει συγκεκριμένη ποσότητα υδατανθράκων, αυτοί να διασπώνται στο έντερο με σχετική καθυστέρηση και πάντα να λαμβάνονται σε συνδυασμό με λεύκωμα και επαρκή ποσότητα φυτικών ινών (φρούτα-σαλάτες). Για λεπτομερείς οδηγίες σχετικά με το διατολόγιο σας συμβουλευτείτε τον Ενδοκρινολόγο σας.



Θέλεις να πεις 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 αναρρωτιέσαι 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 απaráμυλλη 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  /louxplusnlight www.plusnlight.gr



ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΜΑΘΕΙΣ ΤΑ ΠΑΝΤΑ!



Εκπαιδεύσου τώρα στο σύστημα FreeStyle Libre, όπου κι αν βρίσκεσαι*!

- 1 Τρέχουσα τιμή γλυκόζης (mg/dL)**
- 2 Βέλος τάσης**
Δείτε την κατεύθυνση και το ρυθμό μεταβολής της γλυκόζης
- 3 Γράφημα γλυκόζης των τελευταίων 8 ωρών**
Ανακαλύψτε πώς η διατροφή, οι δραστηριότητές σας και η ινσουλίνη επηρεάζουν τα επίπεδα γλυκόζης μέρα-νύχτα



* Με μια επίσκεψη σε ένα κέντρο εκπαίδευσης FreeStyle Libre, ή εξ αποστάσεως, από την άνεση του καναπέ σου, μέσω υπολογιστή ή tablet από εξειδικευμένους νοσηλευτές.

**ΚΛΕΙΣΕ ΤΩΡΑ
ΤΟ ΔΙΚΟ ΣΟΥ ΠΑΝΤΕΒΟΥ!**


FreeStyle
Libre

210 99 85 220

 **Abbott**