

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ

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

Οκτώβριος - Νοέμβριος - Δεκέμβριος 2018 #54



- ▶ Συνέντευξη της Βάνιας Βλασσπούλου, Ενδοκρινολόγου, Διευθύντριας ΕΣΥ, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»
- ▶ Η δυσλιπιδαιμία στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2
- ▶ Διατροφή πλούσια σε προϊόντα φυτικής προέλευσης προφυλάσσει από την εμφάνιση ΣΔ τύπου 2
- ▶ Υποδόρια λιπο-υπερτροφία: Είναι αποτέλεσμα της δράσης της ινσουλίνης ή του τραύματος της ένεσης;
- ▶ Η σημασία του CGMS στο σακχαρώδη διαβήτη
- ▶ Υπάρχει «κρυμμένη» ζάχαρη στα τρόφιμα;



Η σειρά
περιποίησης
των διαβητικών!

EUBOS[®]
MED

DIABETIC SKIN CARE



Το διαβητικό δέρμα απαιτεί ειδική περιποίηση

Η σειρά **EUBOS** έχει αναπτύξει εξειδικευμένα προϊόντα περιποίησης προσώπου και σώματος, που παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα του δέρματος και ενισχύουν την προστατευτική λειτουργία του.

Με ευχάριστο άρωμα για μεγαλύτερη αίσθηση ευεξίας.

FACE CREAM ANTI AGE
FOOT & LEG MULTI ACTIVE
BODY BALM ANTI XEROSIS

• Χωρίς PEG • Χωρίς λανολίνη • Χωρίς παραφίνη



Όλα ξεκινούν με μια υπόσχεση
να κάνουμε τη ζωή των ανθρώπων καλύτερη

Προτεραιότητά μας είναι να παρέχουμε υψηλής ποιότητας φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα σε όσους τα έχουν ανάγκη αλλάζοντας τη ζωή και τις προσδοκίες τους, να δίνουμε ελπίδα στους ανθρώπους που πάσχουν από σοβαρές και εξουθενωτικές ασθένειες, να εξασφαλίζουμε έγκαιρη πρόσβαση & υπεύθυνη επιστημονική ενημέρωση & να ανταποδίδουμε στην κοινωνία μέσα στην οποία δραστηριοποιούμαστε



ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ

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

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

Ιδιοκτησία

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

Έκδοση

The Media Workshop Μ.ΕΠΕ

Γενικός Διευθυντής:

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

Δημιουργικός Σχεδιασμός – Επιμέλεια Έκδοσης

TheWorkshop - Custom Publishing Laboratory

Διεύθυντρια Έκδοσης:

Ευαγγελία Ματθαίου

Αρχισυνταξία & Συντονισμός ύλης:

Μαρία Χατζηδόκη
maria_hatzidaki@yahoo.gr

Creative Art Director:

Βασίλης Καδινόπουλος

Εμπορική Διεύθυνση:

Ευαγγελία Ματθαίου

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 πηκή ή σωματική προκληθεί από τη χρήση μεθόδων, προϊόντων ή εφαρμογών ιδεών που περιέχονται στις δημοσιεύσεις. Η έγκριση δημοσίευσης οποιασδήποτε μελέτης ή διαφημιστικού υλικού δεν σημαίνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα ή της εταιρείας που διαφημίζει το προϊόν. Η ευθύνη αφορά τους συγγραφείς ή τις διαφημιζόμενες εταιρείες. Για τα αποστέλλόμενα κείμενα, έντυπα και φωτογραφίες λαμβάνεται αυτομάτως το δικαίωμα δημοσίευσης. Το υλικό που αποστέλλεται στο περιοδικό για δημοσίευση δεν επιστρέφεται. Απαγορεύεται η αναπαραγωγή ή η μετάδοση 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, τακτικός καθηγητής παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝΑ «Λαϊκό»

Χαράλαμπος Τούντας, αναπληρωτής καθηγητής παθολογίας,

Παναγιώτης Χαλβατζιώτης, επίκουρος καθηγητής παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

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

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

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

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

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

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

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

Ασημίνα Μπτράκου, αναπληρώτρια καθηγήτρια παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Ζαδάλλα Μούσσηε, ενδοκρινολόγος, διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Αλεξάνδρα Μπαργιώτα, επίκουρη καθηγήτρια παθολογίας-ενδοκρινολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

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

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

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

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

Στέλιος Τίγκας, επίκουρος καθηγητής ενδοκρινολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Αγαθοκλής Τσατσούλης, ομότιμος καθηγητής παθολογίας - ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Δημήτριος Χιώτης, παιδίατρος - ενδοκρινολόγος

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

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

Value through Innovation



MADE
IN
GREECE

Παραγωγή στην Ελλάδα... για όλο τον κόσμο!

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

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

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



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 6 EDITORIAL
- 8-14 ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΤΗΣ
ΒΑΝΙΑΣ ΒΛΑΣΟΠΟΥΛΟΥ,
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΥ,
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑΣ ΕΣΥ, ΓΝΑ
«Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
- 16-22 ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ
Η ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΣΤΟΝ
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ
ΤΥΠΟΥ 2
- 24-28 ΠΡΟΛΗΨΗ
ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ
ΥΠΟΔΟΡΙΑ ΛΙΠΟ-
ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ: ΕΙΝΑΙ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ
ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ
Η ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΤΗΣ
ΕΝΕΣΗΣ;
- 30-35 ΔΙΑΒΗΤΗΣ
ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ
Η ΠΛΟΥΣΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗ
ΣΕ ΠΡΟΪΟΝΤΑ
ΦΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ
ΠΡΟΦΥΛΑΣΣΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ
ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ
ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2
- 36-40 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ CGMS
ΣΤΟΝ ΣΔ
- 42-47 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ
- 48-53 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ
ΚΑΙ ΟΡΕΙΒΑΣΙΑ, ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ
ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΟΥΜΕ ΠΡΙΝ
ΞΕΚΙΝΗΣΟΥΜΕ ΤΗΝ
ΟΡΕΙΒΑΣΙΑ
- 54-59 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΑΜΥΝΑ
• ΥΠΑΡΧΕΙ «ΚΡΥΜΜΕΝΗ»
ΖΑΧΑΡΗ ΣΤΑ ΤΡΟΦΙΜΑ;
• Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΑ
ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΑ.
ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΝ
ΝΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΟΥΝ
ΣΩΣΤΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ
ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΙΣ «ΓΛΥΚΙΕΣ
ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ»
- 60 ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ
- 61 ΣΗΜΕΙΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ
- 62-63 ΡΗΣΤΙΚΑ
ΟΔΗΓΟΣ
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΩΝ
ΚΕΝΤΡΩΝ
- 64 ΜΑΣ ΡΩΤΑΤΕ – ΣΑΣ ΑΠΑΝΤΑΜΕ

Αγαπητοί αναγνώστες



Ο κύκλος αυτού του χρόνου έκλεισε και την σειρά του παίρνει ο καινούργιος. Η εορταστική περίοδος των Χριστουγέννων και της Πρωτοχρονιάς επιτρέπει ευχάριστη ανάπαυλα από τις έγνοιες της καθημερινότητας αλλιά ταυτόχρονα καλεί σε απολογισμό για το παρελθόν και προβληματισμό για το μέλλον. Αντιλαμβάνομαι ότι η δύσκολη κοινωνική συγκυρία με την ιδιαίτερα δυσμενή οικονομική παράμετρο θα μπορούσε να είναι αφορμή αρνητικών συναισθημάτων και απογοήτευσης. Όμως, αυτό δεν πρέπει να το επιτρέψουμε. Οι ίδιοι, που με τις προηγούμενες αποφάσεις μας συμβάλλσαμε, περισσότερο ή λιγότερο, στη δημιουργία της τωρινής κατάστασης, μπορούμε να την αντιστρέψουμε μέσα από διαφορετικές επιλογές. Η πίστη στις δυνατότητες μας είναι η εσωτερική δύναμη για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και αυτό το γνωρίζουν καλύτερα τα άτομα με διαβήτη μέσα από την καθημερινή τους προσωπική μάχη.

Το παρόν τεύχος του περιοδικού ελπίζω να σας βρίσκει χαρούμενους και να σας συντροφεύσει χαρίζοντας υπεύθυνη ενημέρωση. Στις σελίδες του θα βρείτε τις ενδιαφέρουσες απόψεις της εξαιρετικής συναδέλφου κας Βλασσπούλου για τη σημασία της συνεχούς εκπαίδευσης των ατόμων με διαβήτη και των παρόχων υγείας μέσα από ειδικές δομές, τις ομάδες εκπαίδευσης. Ακόμα, θα βρείτε πληροφορίες για την πρόοδο της τεχνολογίας στη συνεχή καταγραφή των τιμών της γλυκόζης, την διαταραχή των λιπιδίων στο διαβήτη και την επίδραση της διατροφής στην πρόληψη του. Τέλος, θα ήταν παράλειψη να μην υπάρχουν πληροφορίες για το μενού της εορταστικής περιόδου καθώς και οδηγίες για τους κανόνες που πρέπει να τηρούν τα άτομα με διαβήτη που αγαπούν το σπορ τη ορειβασίας.

Κλείνοντας, θεωρώ χρέος μου να ευχαριστήσω δημόσια τα μέλη της επιτροπής έκδοσης του περιοδικού για την πολύτιμη βοήθεια τους όπως επίσης και τους συγγραφείς των άρθρων που ανιδιοτελώς προσφέρουν την επιστημονική τους γνώση.

Με την παρότρυνση για αισιόδοξη ενατένιση του μέλλοντος σας εύχομαι καλή χρονιά.

Γεώργιος Ν. Κουκούλης,
Αναπληρωτής Καθηγητής Ενδοκρινολογίας
Διευθυντής Σύνταξης



**“Για εμάς η ποιότητα στην παραγωγή
σημαίνει πραγματική φροντίδα
για τον άνθρωπο.”**

Στα 90 χρόνια λειτουργίας της BIANEX στο κέντρο της φιλοσοφίας μας υπήρξε πάντα η ποιότητα στην παραγωγή. Με πάνω από 1.000 εργαζομένους, στα 4 υψηλών προδιαγραφών εργοστάσια του ομίλου παράγουμε – για τον εαυτό μας ή για λογαριασμό τρίτων – φαρμακευτικά προϊόντα σύμφωνα με τις πιο αυστηρές διεθνείς απαιτήσεις. Μέσα από διαρκείς έρευνες και μελέτες του υψηλής εκπαίδευσης προσωπικού μας και των 440 και πλέον επιστημονικών συνεργατών μας καθιερωθήκαμε στην κορυφή των πιο αξιόπιστων φαρμακευτικών εταιριών στην Ελλάδα και διεθνώς.

Με βάση την αδιαπραγμάτευτη ποιότητα των προϊόντων μας καταφέραμε να δημιουργήσουμε μια μόνιμη σχέση εμπιστοσύνης με τον Ιατρικό και Φαρμακευτικό κόσμο, διανέμοντας τα προϊόντα μας και καλύπτοντας το 100% των νοσοκομείων της Ελλάδας, των φαρμακευτικών και των συνεταιρισμών φαρμακοποιών.



Συνέντευξη της Βάνιας Βήασοπούλου

Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

«Πιστεύω ότι οι δυνατότητες που προσδευτικά έχουν εισαχθεί τα τελευταία είκοσι χρόνια δίνουν τη δυνατότητα ρύθμισης με τρόπο που θα φάνταζε προηγουμένως εξωπραγματικός. Έχουν βοηθήσει/διευκολύνει τους θεραπευτές να ενημερώνουν τα άτομα με ΣΔτ1 πώς να ρυθμίσουν το σάκχαρό τους καλύτερα. Όμως κύριο ρόλο έχει η εκπαίδευση του ατόμου αναφορικά με τη νόσο του, μια προσπάθεια γνώσης για την αυτοδιαχείριση. π.χ. για να αποδώσει μέγιστα οφέλη η χρήση του συνδυασμού αντλίας και αισθητήρα γλυκόζης κεντρικό ρόλο έχει η εκπαίδευση που πρέπει να περιλαμβάνει σαφείς οδηγίες για την ευαισθησία στην ινσουλίνη και την αναλογία ινσουλίνης/υδατανθράκων. Η εκπαίδευση του διαβητικού για τη διαχείριση της πάθησής του είναι ανάγκη, δεν είναι πολυτέλεια.»

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

Μου άρεσε η Ενδοκρινολογία και μετά το αγροτικό αποφάσισα ότι θα έκανα αυτή την ειδικότητα. Μετά την Παθολογία διορίστηκα για την ειδικότητα της Ενδοκρινολογίας στο νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός», όπου διευθυντής ήταν ο Διονύσιος Ίκκος. Ένας θρύλος της Ενδοκρινολογίας, ΑΡΙΣΤΟΣ κλινικός, ερευνητής & δάσκαλος. Χωρίς την «από καθέδρας» ρητορική & αυθεντία ήθελε την αξιοποίηση των γνώσεων και της σκέψης μας. Δυστυχώς τον έχω λίγο.

Μετά την μετεκπαίδευσή μου στο Λονδίνο, επειδή μου άρεσε η νοσοκομειακή ιατρική διορίστηκα ως Επιμελήτρια Β στο Τμήμα Ενδοκρινολογίας του ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», όπου εργάζομαι μέχρι σήμερα. Εκείνη την εποχή ήταν διευθυντής ο Ν. Θαλασσινός. Ήταν αυτός που έδωσε ώθηση και μεγάλη ανάπτυξη στον Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ), κομμάτι κι αυτό της Ενδοκρινολογίας, στο Τμήμα μας. Από τότε όσοι υπηρετούμε σ' αυτό το Τμήμα γνωρίζουμε και αντιμετωπίζουμε χρόνια τώρα άτομα





με ΣΔ, τόσο σε επείγουσα όσο και σε χρόνια κατάσταση. Ο Θαλασσινός μας έστειλε στο Πανεπιστήμιο της Γενεύης, στην έδρα εκπαίδευσης χρόνιων νοσημάτων με διευθυντή τον καθηγητή Jean-Philippe Assal. Ήταν μεγάλη εμπειρία η συμμετοχή στα σεμινάρια του καθηγητή J-P Assal, που γίνονταν σε ένα χωριό κοντά στη Γενεύη, στη Grimentz. Εγώ πήγα 2 φορές, ο Χάρης Βασιλόπουλος κάθε χρόνο και το 2006 πήρε από το Πανεπιστήμιο της Γενεύης τον επίσημο τίτλο του εκπαιδευτή θεραπειών.

Στην Ελλάδα, οι ομάδες εκπαίδευσης ξεκίνησαν με τον αείμνηστο Χάρη Βασιλόπουλο. Ποιες υπηρεσίες προσφέρει το Διαβητολογικό Κέντρο στο νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός» σήμερα σε σχέση με παλαιότερα, και πόσα παιδιά βλέπετε στην κλινική σας;

Οι εκπαιδευτικές ομάδες ατόμων με ΣΔ1 ξεκίνησαν στα τέλη της δεκαετίας του 1990. Όπως αναφέρατε, πρωτεργάτης και ψυχή αυτού του πρωτοποριακού εγχειρήματος, ακόμη και για τα σημερινά δεδομένα και ίσως μοναδικό στην Ελλάδα, ήταν ο Χάρης Βασιλόπουλος, ο οποίος υπηρέτησε στο Τμήμα μας ως και την συνταξιοδότησή του. Ανήσυχο πνεύμα με μοναδικό οδηγό του την αγάπη του για τον ασθενή και τον άνθρωπο, ο Βασιλόπουλος ερχόμενος σε επαφή με τα πρωτοποριακά συστήματα εκπαίδευσης διαβητικών στην Ελβετία δεν δίστασε να προσπαθήσει να τα εφαρμόσει και στην χώρα μας. Ήξερε ότι δεν γινόταν να γίνει αυτούσια η λειτουργία τους στην Ελλάδα. Ίδρυσε και συντήρησε με μεγάλη προσωπική συμμετοχή και δέσμευση στο Ε.Ι. του Τμήματος τα απογεύματα ομάδες εκπαίδευσης και στήριξης ατόμων με ΣΔ1, ώστε τα άτομα με διαβήτη να αναπτύξουν ικανότητες & δεξιότητες για καλύτερη ρύθμιση της νόσου και να αποκτήσουν συμπεριφορές που θα τους δώσουν τη δυνατότητα να κατευθύνουν οι ίδιοι τη ζωή τους. Οι ομάδες λειτουργούσαν και εξακολουθούν να λειτουργούν σε εθελοντική βάση, χωρίς καμιά θεσμοθέτηση. Εθελοντικά συμμετέχει μια διατροφολόγος του νοσοκομείου καθώς και ψυχολόγοι. Στην ίδια κατεύθυνση, ο Βασιλόπουλος ήταν από τα ιδρυτικά μέλη της Ομάδας Θεραπευτικής Εκπαίδευ-

σης της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας για την εκπαίδευση των θεραπειών για άτομα με ΣΔ.

Ήταν, επίσης, υπεύθυνος του Διαβητολογικού Κέντρου του Ενδοκρινολογικού Τμήματος του «Ευαγγελισμού» από τον 1ο/2007 μέχρι τη συνταξιοδότησή του το 2014. Στο πλαίσιο αυτό, εκτός από την ανάπτυξη του γενικού διαβητολογικού ιατρείου, ανέπτυξε χωριστό εξωτερικό ιατρείο (Ε.Ι.) για τα άτομα με ΣΔτ1 με ιδιαίτερη έμφαση στην εφαρμογή της νέας τεχνολογίας στη θεραπεία του ΣΔ.

Αυτά προσπαθούμε να τα συνεχίζουμε μέχρι σήμερα παρά τις συνταξιοδοτήσεις και άλλες απώλειες. Στο Ε.Ι. του ΣΔτ1 δεν βλέπουμε παιδιά, αλλιά νεαρούς και μεγαλύτερους ενήλικες. Το συγκεκριμένο ιατρείο γίνεται μόνο κάθε Τρίτη από το πρωί μέχρι το απόγευμα. Λόγω της ιδιαιτερότητας της νόσου τα άτομα τηλεφωνούν κατ' ευθείαν στο ιατρείο για να κανονίσουν την επίσκεψη και πάντοτε υπάρχει η δυνατότητα υπεράριθμης επίσκεψης εφόσον υπάρχει λόγος. Έχουμε περίπου 800 επισκέψεις στη διάρκεια ενός χρόνου. Ο χρόνος της κάθε επίσκεψης εξαρτάται και εξατομικεύεται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου. Παράλληλα, γίνεται εκπαίδευση και τοποθέτηση αντλιών συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης με διευκόλυνση και ατόμων που παρακολουθούνται στον ιδιωτικό τομέα.

Θα πρέπει να τονίσω ότι στο Διαβητολογικό κέντρο λειτουργεί και ιατρείο διαβητικής νεφροπάθειας, δημιουργήμα του συναδέλφου και φίλου Γιώργου Ιωαννίδη (που αφυπηρέτησε στο τέλος του 2017) σε συνεργασία με τους νεφρολόγους του νοσοκομείου μας, με εμφανή καλή αποτελέσματα όσον αφορά την εξέλιξη της συγκεκριμένης χρόνιας επιπλοκής της νόσου.

Τι πιστεύετε ότι έχει αλλάξει όσον αφορά την αντιμετώπιση του ατόμου με διαβήτη τύπου 1, σε σχέση με παλαιότερα;

Πολλά τεχνολογικά δεδομένα είναι πλέον στην καθημερινότητα του ατόμου με ΣΔτ1. Έχουμε πλέον ανάλογα ινσουλίνες: τα βραδείας δράσης ανάλογα έχουν επίπεδο προφίλ με αποτέλεσμα μείωση των αυξημοώσεων σακχάρου στα ενδιάμεσα των γευμάτων. Τα ταχείας και τελευταία τα υπερταχείας δράσης ανάλογα μιμούνται κατά το δυνατόν τη δράση της ενδογενούς ινσουλίνης στο γεύμα. Οι πένες ινσουλίνες είναι επίσης μια καινοτομία. Αν ρωτήσετε άτομα που έχουν ΣΔ 50 έτη θα σας πουν τη μεγάλη διαφορά τους συγκριτικά με σύριγγες που χρειαζόνταν αποστείρω-



ση (βράσιμο). Οι μετρητές σακχάρου έχουν πλέον μεγαλύτερη αξιοπιστία. Η δυνατότητα συνεχούς καταγραφής του σακχάρου με υποδόριο αισθητήρα επιτρέπει σε ασθενείς, μαζί με τους θεραπευτές τους, να ρυθμίσουν καλύτερα τη νόσο τους.

Οι αντλίες συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης αποτελούν σημαντική πρόοδο στη χορήγηση ινσουλίνης σε άτομα με ΣΔτ1. Κάποιους από τους κύριους λόγους χρήσης της αντλίας είναι τα συχνά-σοβαρά επεισόδια υπογλυκαιμίας ή ανεπίγνωστη υπογλυκαιμία με την απορρύθμιση του σακχάρου που ακολουθεί, έντονο «φαινόμενο αυγής», ασθενής χωρίς καλή γλυκαιμική ρύθμιση σε σχήμα πολλαπλών ενέσεων με >4 μετρήσεις/ημ, επιθυμία για μεγαλύτερη ευελιξία & ελευθερία στην καθημερινότητα (δύσκολα & εναλλασσόμενα ωράρια εργασίας – γευμάτων) και γυναίκες που επιθυμούν εγκυμοσύνη και επομένως άριστη ρύθμιση. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι το άτομο να έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα, κυρίως στον υπολογισμό των υδατανθράκων, και να έχει ρεαλιστικές προσδοκίες. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν ασθενείς που δεν συμβιβάζονται με την ιδέα να είναι συνδεδεμένοι σε μια συσκευή 24 ώρες το 24ωρο. Η ψυχολογία του ασθενούς, αποτελεί ζωτικής σημασίας παράγοντα για την επιλογή του θεραπευτικού σχήματος (αντλία ή σχήμα των πολλαπλών ενέσεων) που θα ακολουθήσει και δεν θα πρέπει να αποτελεί καθαρά και μόνο ιατρική απόφαση.

Υπάρχει και ο συνδυασμός των δυο τεχνολογιών: αντλία και αισθητήρας γλυκόζης. Η χρήση αυτή δίνει μεγαλύτερα οφέλη όσον αφορά τη ρύθμιση του σακχάρου, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής του ατόμου με ΣΔτ1. Τέλος, αναμένουμε την αντλία «hybrid closed-loop» ή «υβριδικό πάγκρεας», μια προηγμένης τεχνολογίας αντλία με την οποία το άτομο θα κάνει μόνο τη γευματική έγχυση ινσουλίνης και τα υπόλοιπα τα αναλαμβάνει η αντλία.

Πιστεύετε ότι τα νέα παιδιά αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη ωριμότητα το διαβήτη τους. Έχουν καλύτερο έλεγχο του πλάνου διαχείρισης της νόσου και άρα καλύτερα αποτελέσματα;

Οι δυνατότητες που προοδευτικά έχουν εισαχθεί τα τελευταία είκοσι χρόνια δίνουν τη δυνατότητα ρύθμισης με τρόπο που θα φάνταζε προηγουμένως εξωπραγματικός. Έχουν βοηθήσει/διευκολύνει τους θεραπευτές να ενημερώνουν τα άτομα με ΣΔτ1 πώς να ρυθμίσουν το σάκχαρό



τους καλύτερα. Όμως κύριο ρόλο έχει η εκπαίδευση του ατόμου αναφορικά με τη νόσο του, μια προσπάθεια γνώσης για την αυτοδιαχείριση. π.χ. για να αποδώσει μέγιστα οφέλη η χρήση του συνδυασμού αντλίας και αισθητήρα γλυκόζης κεντρικό ρόλο έχει η εκπαίδευση που πρέπει να περιλαμβάνει σαφείς οδηγίες για την ευαισθησία στην ινσουλίνη και την αναλογία ινσουλίνης/υδατανθράκων. Η εκπαίδευση του διαβητικού για τη διαχείριση της πάθησής του είναι ανάγκη, δεν είναι πολυτέλεια.

Πρέπει η εκπαίδευση των ατόμων με διαβήτη να επαναλαμβάνεται κάθε 1-2 χρόνια, ώστε να γίνεται επανεκτίμηση των δεξιοτήτων του ασθενούς. Βοηθάει το άτομο με διαβήτη να ακολουθεί τις εξηλίξεις και να αναπτύσσει νέες πρακτικές;

Η επανεκτίμηση των δεξιοτήτων των ατόμων με ΣΔ πρέπει να είναι συνεχής σε κάθε επίσκεψη, ανάλογα με τις ανάγκες του καθενός, ώστε να επιτυγχάνονται οι θεραπευτικοί στόχοι. Αλλά παράλληλα θα πρέπει να εκπαιδεύονται και οι επαγγελματίες υγείας, ώστε να παρακολουθούν τις νέες τεχνολογίες και πρακτικές που εφαρμόζονται διεθνώς.

Πιστεύετε ότι είναι σημαντική η συνεργασία της κλινικής σας με τους συλλόγους διαβητικών;

Νομίζω ότι είναι σκόπιμη αυτή η συνεργασία, όχι μόνο της κλινικής μας, αλλά και όλων των Τμημάτων που ασχο-

λούνται με άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Μαθαίνουμε τα προβλήματά τους, τις ανάγκες τους, τις ελλείψεις στην περίθαλψή τους. Από την άλλη ίσως οι σύλλογοι μπορούν να βοηθήσουν όλους τους επαγγελματίες υγείας στην καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση αυτής της χρόνιας νόσου.

Υπάρχουν πράγματα που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν ώστε να βελτιωθεί η καθημερινότητα σας ως επαγγελματία και να αυξηθεί έτσι ακόμη περισσότερο η αποτελεσματικότητά σας;

Νομίζω ότι χρειάζεται να στελεχωθούν άμεσα οι δημόσιες δομές. Είμαστε επί 10 χρόνια σε περίοδο κρίσης, αλλά τα νοσήματα δεν σταματούν. Δεν μπορούμε οι γιατροί να «παίζουμε τον ρόλο» όλων των θεραπειών υγείας γιατί δεν έχουμε τις γνώσεις, δεν έχουμε ειδική εκπαίδευση. Χρειαζόμαστε νοσηλεύτρια ειδική στον ΣΔ, διαιτολόγο που να είναι μόνιμα στο Τμήμα μας που μαζί με τον γιατρό θα αποτελούν τη θεραπευτική ομάδα. Είναι σημαντικό να υπάρχει και άμεση συνεργασία με ψυχολόγο. Η θεραπευτική ομάδα πρέπει να έχει κοινές τοποθετήσεις & φιλοσοφία και αυτό επιτυγχάνεται με συχνές συναντήσεις για συζήτηση & εκπαίδευση των μελών της. Η λειτουργία ομάδας έχει ως αποτέλεσμα καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση με βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου με ΣΔτ1 και λιγότερες νοσηλείες για υπο- ή υπεργλυκαιμία και απομακρύνει τον κίνδυνο των χρόνιων επιπλοκών. 

Medtronic DIABETES.SHOP

ΝΕΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ

Όλη η σύγχρονη τεχνολογία για το διαβήτη σε έναν νέο, ειδικευμένο χώρο, μοναδικό στον κόσμο.

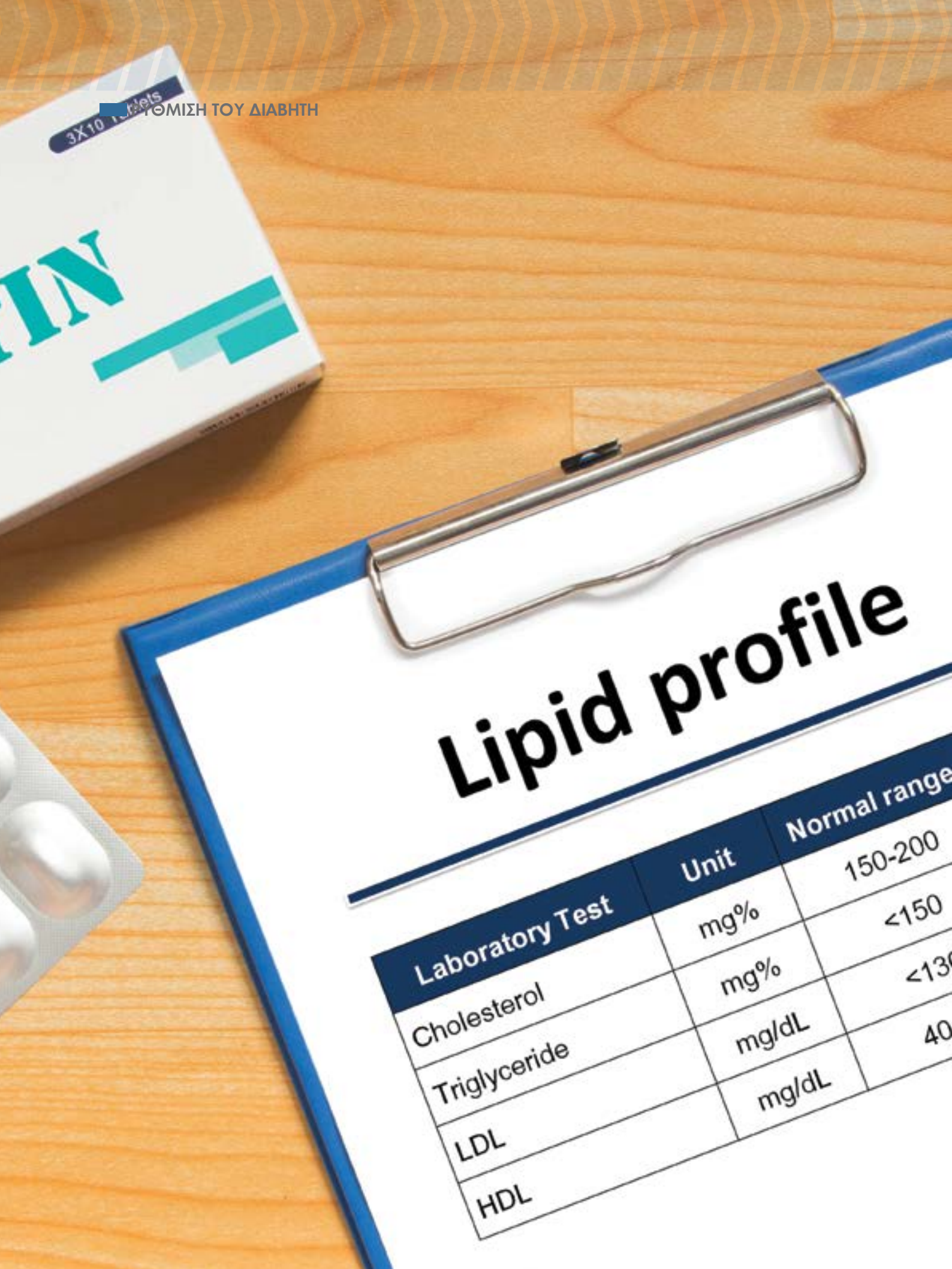
J. WALTER THOMPSON



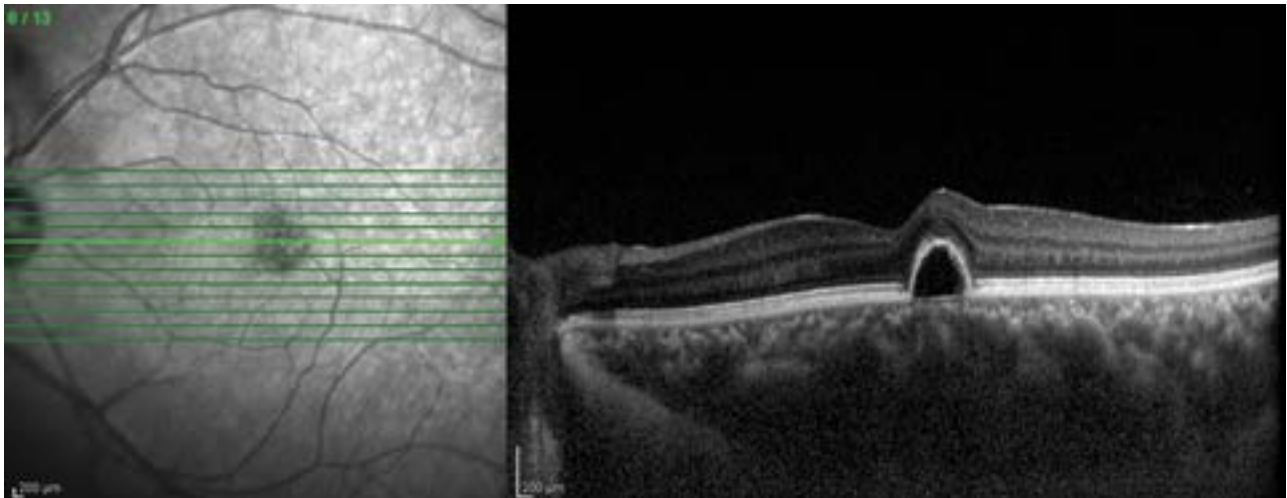
**ΚΕΝΤΡΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗ**

Πύργος Αθηνών, Αμπελόκηποι
Λ. Μεσογείων 2-4 Ισόγειο, Κτίριο Β
Τηλ. 210 01 01 200

Medtronic



ΝΙΚΗ ΚΑΤΣΙΚΗ
Ακαδημαϊκή Υπότροφος, Τμήμα Ενδοκρινολογίας - Διαβήτη, Α΄ Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΚΩΤΣΑ
Επίκουρη Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας - Διαβητολογίας, Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη



Η δυσλιπιδαιμία στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ
Οι ασθενείς με σακχαρώδη τύπου 2 (ΣΔ2) παρουσιάζουν αρκετά συχνά δυσλιπιδαιμία, η οποία χαρακτηρίζεται τόσο από ποσοτικές, όσο και ποιοτικές διαταραχές των λιπιδίων. Χαρακτηριστικά της διαβητικής δυσλιπιδαιμίας είναι τα αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων στο πλάσμα (> 150 mg/dl, συνήθως >200 mg/dl), τα χαμηλά επίπεδα «καλής χοληστερόλης» (high-density lipoprotein cholesterol, HDL-C) (<40 mg/dl για άνδρες και <50 mg/dl για γυναίκες) και ο αυξημένος αριθμός μικρών - πυκνών σωματιδίων «κακής χοληστερόλης» (small-dense low-density lipoprotein

cholesterol, SD-LDL-C). Τα επίπεδα της LDL-C στο πλάσμα μπορεί να είναι αυξημένα (λιγότερο ή περισσότερο) ή ακόμα και φυσιολογικά. Τα σωματίδια SD-LDL-C όμως σχετίζονται περισσότερο με την αθηρογένεση συγκριτικά με τα μεγαλύτερου μεγέθους LDL σωματίδια. Ένα άλλο χαρακτηριστικό της διαβητικής δυσλιπιδαιμίας αποτελεί η μεταγευματική υπερτριγλυκεριδαιμία, δηλαδή η υπερβολική αύξηση των επιπέδων των τριγλυκεριδίων στο πλάσμα μετά από λιπαρό γεύμα σε σχέση με μη διαβητικά άτομα.
ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ
Οι διαταραχές αυτές των λιπιδίων στο ΣΔ2 έχουν συσχετι-



στεί με αυξημένο κίνδυνο αθηροσκλήρωσης και καρδιαγγειακών συμβαμάτων (όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και περιφερική αρτηριακή νόσο), αλλά και καρδιαγγειακής θνητότητας. Η διαβητική δυσλιπιδαιμία έχει επίσης συσχετιστεί με την εμφάνιση μικροαγγειακών διαβητικών επιπλοκών (όπως νεφροπάθειας και αμφιβληστροειδοπάθειας), αλλά και παχυσαρκίας, μεταβολικού συνδρόμου και μη αλκοολικής λιπώδους διήθησης του ήπατος. Τόσο οι ελληνικές, όσο και οι διεθνείς

κατευθυντήριες οδηγίες, χαρακτηρίζουν τους ασθενείς με ΣΔ2 ως ασθενείς πολύ υψηλού κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα, ειδικά σε παρουσία ενός ακόμη καρδιαγγειακού παράγοντα κινδύνου (όπως δυσλιπιδαιμία, υπέρταση, κάπνισμα ή πρωτεϊνουρία). Για το λόγο αυτό, οι κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν την παρακολούθηση των επιπέδων των λιπιδίων σε ασθενείς με ΣΔ2, με στόχο την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία της διαβητικής δυσλιπιδαιμίας.



ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ

Πρωταρχικό θεραπευτικό στόχο αποτελεί η ελάττωση των επιπέδων της LDL-C του πλάσματος σε < 70 mg/dl, ενώ δευτερεύον στόχος είναι η μείωση της non-HDL-C («μη καλής χοληστερόλης») σε < 100 mg/dl. Η non-HDL-C υπολογίζεται από τον τύπο: ολική χοληστερόλη – «καλή χοληστερόλη», και αντιπροσωπεύει το σύνολο των αθηρογόνων λιποπρωτεϊνών, συμπεριλαμβανομένων της LDL-C και των τριγλυκεριδίων. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες θεωρούν την non-HDL-C πιο ειδικό δείκτη καρδιαγγειακού κινδύνου, συγκριτικά με την LDL-C, για τους ασθενείς με διαβητική δυσλιπιδαιμία, τονίζοντας έμμεσα την σημασία της μείωσης των επιπέδων των τριγλυκεριδίων στο πλάσμα. Βέβαια, όταν τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων στο πλάσμα είναι > 500 mg/dl, απαιτείται άμεση

υγιεινοδιατροφική και φαρμακευτική παρέμβαση για την δραστική μείωση τους, λόγω του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης οξείας παγκρεατίτιδας, που δυνητικά μπορεί να αποβεί και θανατηφόρος. Κυρίαρχο ρόλο στη θεραπεία της διαβητικής δυσλιπιδαιμίας διαδραματίζει η υγιεινή διατροφή, αλλά και η άσκηση. Απαιτείται εφαρμογή υπολιπιδαιμικής δίαιτας, πτωχής σε κεκορεσμένα (trans) λιπαρά οξέα και ζωικά λίπη, και πλούσιας σε φρούτα, λαχανικά και φυτικές ίνες, με στόχο την απώλεια βάρους ($> 80\%$ των ασθενών με ΣΔ2 είναι υπέρβαροι - παχύσαρκοι) και τη διατήρηση φυσιολογικού βάρους σώματος. Αναφορικά με τη φυσική δραστηριότητα, συνιστάται αερόβια άσκηση (για παράδειγμα, περπάτημα, τρέξιμο, ποδηλασία, κολύμβηση και άλλα αθλήματα), διάρκειας 30 - 60 λεπτών/ημέρα, τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας. Η διακοπή του καπνίσματος είναι επίσης υψίστης σημασίας για την ελάττωση του



καρδιαγγειακού κινδύνου των ασθενών. Όσον αφορά την φαρμακευτική θεραπεία της διαβητικής δυσλιπιδαιμίας, οι στατίνες αποτελούν το φάρμακο πρώτης εκλογής, με στόχο την επίτευξη επιπέδων LDL-C στο πλάσμα < 70 mg/dl. Η επιλογή του τύπου και της κατάλληλης δόσης της στατίνης εξατομικεύονται με βάση το ποσοστό ελάττωσης της LDL-C που πρέπει να επιτευχθεί και τη νεφρική λειτουργία του κάθε ασθενή, καθώς η δραστηριότητα και νεφρική απέκκριση των στατινών διαφέρουν. Για παράδειγμα, η ατορβαστατίνη και η πιταβαστατίνη απεκκρίνονται ελάχιστα από τους νεφρούς και επομένως μπορούν να χορηγηθούν σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια χωρίς μεταβολή της δόσης τους. Με βάση τις

σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες, οι στατίνες επιτρέπεται να χορηγούνται σε ασθενείς με επίπεδα ηπατικών ενζύμων (τρανσαμινασών) χαμηλότερα από το τριπλάσιο των φυσιολογικών τιμών και κρεατινοφωσφοκινάσης μικρότερα από το πενταπλάσιο των φυσιολογικών τιμών. Πολλή σπάνια, ασθενείς που λαμβάνουν στατίνες μπορεί να παρουσιάσουν αύξηση των επιπέδων των τρανσαμινασών, ή της κρεατινοφωσφοκινάσης, μεγαλύτερη των ανωτέρω ορίων, οπότε διακόπτεται προσωρινά η χορήγηση των στατινών, διερευνάται και αντιμετωπίζεται (αν διαπιστωθεί) η υποκείμενη αιτία των μεταβολικών αυτών διαταραχών. Μετά την διόρθωση της παθολογικής διαταραχής, χορηγείται άλλη στατίνη σε μικρότερη δόση, με προοδευτική

ΖΩΓΡΑΦΟΣ

• ΝΕΑ ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ •

Slim Line

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



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

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

ΠΑΣΤΑ ΦΛΩΡΑ

ΥΛΙΚΑ (για 10 μερίδες)

Για τη ζύμη:

- 300 γραμ. αλεύρι για όλες τις χρήσεις
- 15 γραμ. Slim Line Green Crystal ή 7,5 γραμ. Slim Line Green
- 1/2 κουτ. του γλυκού μπέικιν πάουντερ
- 2 βανίλιες

- Λίγο αλάτι
 - 150 γραμ. βούτυρο σε θερμοκρασία δωματίου
 - 1 αυγό, ελαφρά χτυπημένο
 - 2 κουτ. της σούπας κονιάκ
- Για τη γέμιση**
- 2 βαζάκια μαρμελάδα Light ΖΩΓΡΑΦΟΣ βερνίκιο ή φράουλα

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ:

Για τη ζύμη βάζετε σε ένα μπολ το αλεύρι, το γλυκαντικό, το μπέικιν πάουντερ, τις βανίλιες, το αλάτι και ανακατεύετε. Χτυπάτε το βούτυρο μέχρι να γίνει κρέμα, προσθέτετε το αυγό και το κονιάκ και συνεχίζετε το χτύπημα για 5 λεπτά ακόμα. Προσθέτετε τα στερεά υλικά κοσκινισμένα και ανακατεύετε πολύ καλά με μια πλαστική κουτάλα μέχρι να γίνει μια μαλακή ζύμη. Τυλίγετε τη ζύμη με μεμβράνη και τη φυλάτε στο ψυγείο για 30 λεπτά. Αδειάζετε τα 3/4 της ζύμης σε μια βουτυρωμένη και αλευρωμένη φόρμα τάρτας με διάμετρο 26 εκατοστά. Κρατάτε το 1/4 της ζύμης για την επιφάνεια. Καλύπτετε με τη ζύμη όλη την επιφάνεια της φόρμας και τα τοιχώματα. Επάνω από τη ζύμη απλώνετε τη μαρμελάδα. Πλάθετε το 1/4 της ζύμης που έχετε κρατήσει, σε μπαਸτούνακια τα οποία τοποθετείτε επάνω από τη μαρμελάδα, το ένα πλάι στο άλλο σε απόσταση 5 εκατοστών. Τοποθετείτε επίσης μπαਸτούνακια πλάγια, έτσι ώστε να σχηματίζονται ρόμβοι. Ψήνετε σε προθερμασμένο φούρνο στους 180°C για 35-40 λεπτά, μέχρι να ροδίσει. Βγάψτε την πιάσα φλώρα από τον φούρνο και την αφήνετε να κρυώσει για 30-40 λεπτά. Κόβετε και σερβίρετε.

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

[facebook.com/zografos.diet](https://www.facebook.com/zografos.diet)

αύξησή της, εάν χρειάζεται.

Σε περιπτώσεις δυσανεξίας σε 2 ή 3 στατίνες, εφαρμόζονται άλλες θεραπευτικές επιλογές για την μείωση της LDL-C, όπως η εντατικοποίηση των υγιεινοδιαιτητικών μέτρων, η χορήγηση εξετιμίμπης ή αναστολέων της πρωτεΐνης "proprotein convertase subtilisin/kexin type 9" (PCSK9). Η εξετιμίμπη ή/και οι PCSK9 αναστολείς μπορούν και να συγχρησιμοποιούνται με στατίνη, όταν δεν επιτυγχάνεται ο στόχος της LDL-C με τη μέγιστη ανεκτή δόση στατινών. Αξίζει να σημειωθεί ότι η χρήση στατινών, εξετιμίμπης ή/και PCSK9 αναστολέων έχει συσχετισθεί όχι μόνο με ελάττωση των επιπέδων της LDL-C, αλλά και με βελτίωση της non-HDL-C και μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου των ασθενών. Οι στατίνες μπορεί να χορηγούνται σε ηλικιωμένους ασθενείς (ακόμα και >75 ετών), λαμβάνοντας πάντα υπόψη τη νεφρική λειτουργία, την συνύπαρξη άλλων παθήσεων και την πιθανότητα για τυχόν αλληλεπιδράσεις τους με άλλα φάρμακα.

Η φαινοφιμπράτη αποτελεί φάρμακο εκλογής όταν τα επίπεδα τριγλυκεριδίων στο πλάσμα παραμένουν > 500 mg/dl παρά την αποτελεσματική ρύθμιση του ΣΔ2 και την εφαρμογή αυστηρής άλιπης δίαιτας. Επιπρόσθετα, η θεραπεία με φαινοφιμπράτη έχει συσχετισθεί με μείωση της πιθανότητας εμφάνισης και αναστολή της εξέλιξης

διαβητικών μικροαγγειακών επιπλοκών (νεφροπάθειας, αμφιβληστροειδοπάθειας), ελάττωση της επίπτωσης των μη τραυματικών ακρωτηριασμών των κάτω άκρων, αλλά και του κινδύνου καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε ασθενείς με ΣΔ2 και διαβητική δυσλιπιδαιμία (άνδρες με τριγλυκερίδια ≥ 204 mg/dl και HDL-C ≤ 34 mg/dl). Αξίζει να σημειωθεί ότι η φαινοφιμπράτη μπορεί να μειώσει και τον αριθμό των μικρών - πυκνών LDL σωματιδίων, ελαττώνοντας και με αυτόν τον μηχανισμό τον καρδιαγγειακό κίνδυνο των ασθενών. Ο συνδυασμός στατινών με φαινοφιμπράτη μπορεί σπάνια να προδιαθέσει στην εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών.

Τα ω-3 λιπαρά οξέα αποτελούν μια εναλλακτική, ασφαλή θεραπευτική επιλογή για την μείωση των επιπέδων των τριγλυκεριδίων στο πλάσμα, ακόμα και σε ασθενείς με οποιοδήποτε στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου. Συνιστάται η χορήγηση υψηλής καθαρότητας και συγκέντρωσης σκευασμάτων ω-3 λιπαρών οξέων, οπότε χρειάζεται προσοχή στην επιλογή του κατάλληλου σκευάσματος. Συμπερασματικά, σε ασθενείς με ΣΔ2 πρέπει να ελέγχονται τα επίπεδα των λιπιδίων στο πλάσμα και να θεραπεύονται έγκαιρα και αποτελεσματικά οι ποσοτικές και ποιοτικές διαταραχές τους, με στόχο την ελαχιστοποίηση του καρδιαγγειακού κινδύνου. 

Βιβλιογραφία

Katsiki N, Tentolouris N, Mikhailidis DP. Dyslipidaemia in type 2 diabetes mellitus: bad for the heart. Curr Opin Cardiol. 2017;32(4):422-429.
Katsiki N, Purrello F, Tsioufis C, Mikhailidis DP. Cardiovascular disease prevention strategies for type 2 diabetes mellitus. Expert Opin Pharmacother. 2017;18(12):1243-1260.
Cardiovascular disease and risk management. Standards of medical care in diabetes-2018. Diabetes Care 2018;41 (Suppl 1):S86-104.
Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, Hoes AW, Jennings CS, Landmesser U, Pedersen TR, Reiner J, Riccardi G, Taskinen MR, Tokgozoglu L, Verschuren WMM, Vlachopoulos C, Wood DA, Zamorano JL, Cooney MT; ESC Scientific Document Group. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. Eur Heart J. 2016;37(39):2999-3058.
Αναθεωρημένες κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας

Αθηροσκλήρωσης για τη διάγνωση και αντιμετώπιση των δυσλιπιδαιμιών -2014. Ελληνική Επιθεώρηση Αθηροσκλήρωσης 2014;5(3):151-163.
Athyros VG, Alexandrides TK, Bilianou H, Cholongitas E, Doumas M, Ganotakis ES, Goudevenos J, Elisaf MS, Germanidis G, Gioulema O, Karagiannis A, Karvounis C, Katsiki N, Kotsis V, Kountouras J, Liberopoulos E, Pitsavos C, Polyzos S, Rallidis LS, Richter D, Tsapas AG, Tselepis AD, Tsioufis K, Tziomalos K, Tzotzas T, Vasiladias TG, Vlachopoulos C, Mikhailidis DP, Mantzoros C. The use of statins alone, or in combination with pioglitazone and other drugs, for the treatment of non-alcoholic fatty liver disease/non-alcoholic steatohepatitis and related cardiovascular risk. An Expert Panel Statement. Metabolism. 2017;71:17-32.
Katsiki N, Athyros VG, Mikhailidis DP. Non-alcoholic fatty liver disease in patients with type 2 diabetes mellitus: Effects of statins and antidiabetic drugs. J Diabetes Complications. 2017;31(3):521-522.

Ο διαβήτης ρυθμίζεται η ζωή συνεχίζεται ΕΝΗΜΕΡΩΝΟΜΑΙ, ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΟΥΜΑΙ, ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΜΑΙ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΥ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΑΠΟΦΥΓΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

ΒΟΗΘΕΙΑ / ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ

ΗΜΕΡΗΣΙΟΣ ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ / ΦΡΟΝΤΙΔΑ

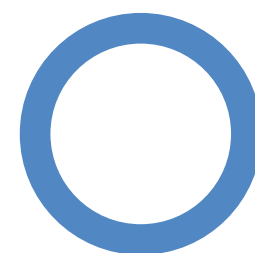
ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΑΣΚΗΣΗ

ΣΤΟΧΟΙ ΡΥΘΜΙΣΗΣ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΕ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ
ΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΣ ΓΡΑΜΜΑ!

ΚΑΤΕΒΑΣΤΕ ΔΩΡΕΑΝ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ



ΚΑΤΑΡΡΟΛΕΜΩ
το διαβήτη



Υπό την αιγίδα



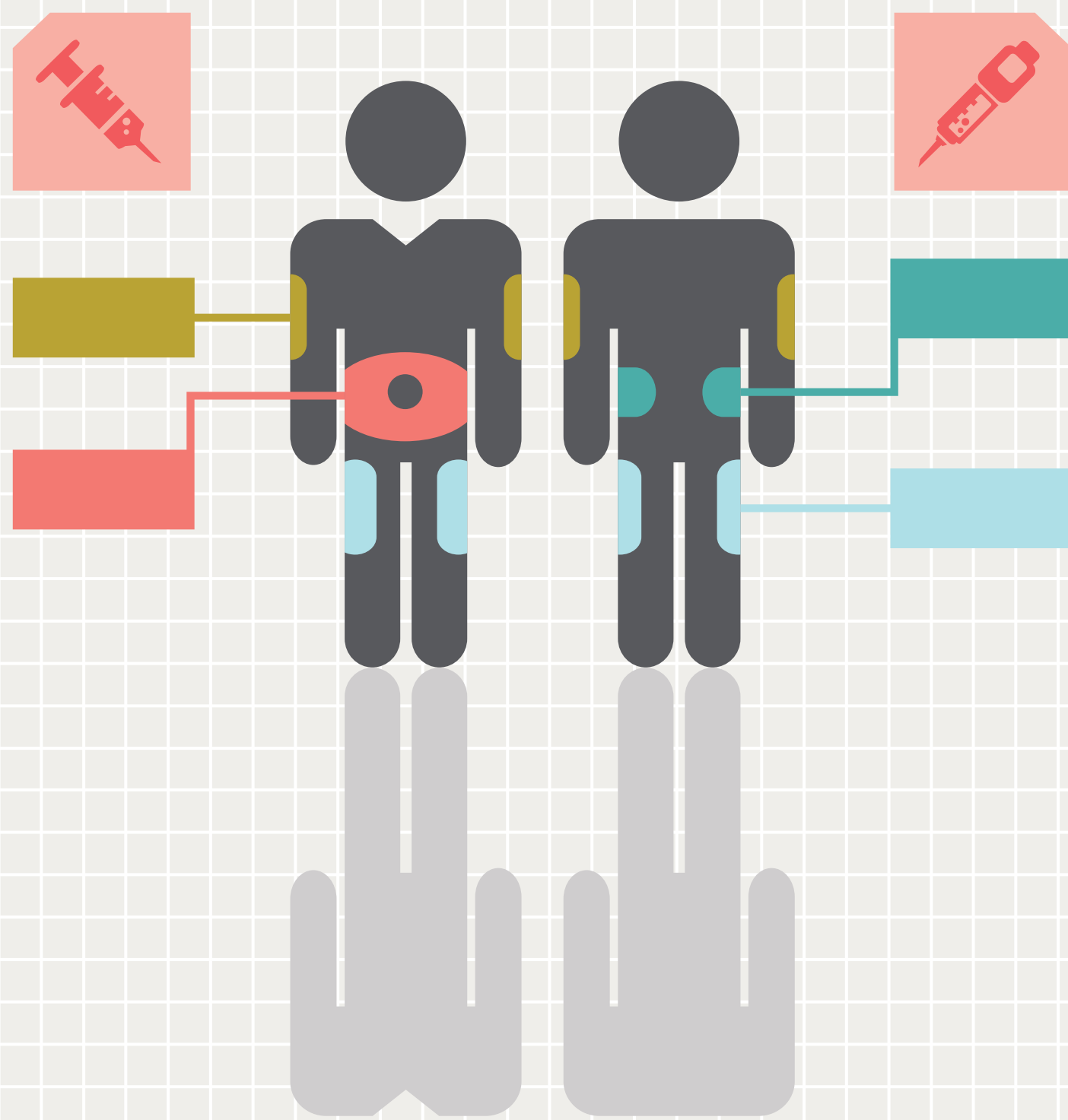
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC DIABETES ASSOCIATION

Με την ευγενική χορηγία



ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

ΘΕΣΕΙΣ ΕΝΕΣΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ



Υποδόρια λιπο- υπερτροφία: Είναι αποτέλεσμα της δράσης της ινσουλίνης ή του τραύματος της ένεσης;

Η καθημερινή εξωγενής χορήγηση ινσουλίνης αποτελεί προς το παρόν την μοναδική θεραπευτική επιλογή για την θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1). Η αγωγή συνίσταται σε επαναλαμβανόμενες υποδόριες χορηγήσεις σε μια περιοχή του σώματος όπου ασκείται σωρευτική δράση της ινσουλίνης και του μικροτραύματος της ένεσης. Συχνά στην περιοχή που ενίεται η ινσουλίνη παρατηρείται τοπική αύξηση των λιποκυττάρων που γίνεται αντιληπτή ως μια υπόσκληρη μικρή περιοχή και χαρακτηρίζεται ως λιπυπερτροφία (ΛΥΠ). Για την εκδήλωση αυτή έχουν ενοχοποιηθεί η τοπική δράση, στα λιποκύτταρα, της χορηγούμενης ινσουλίνης και ο μηχανικός τραυματισμός των ιστών από τη βελόνη με τα υπάρχοντα στοιχεία από μελέτες να συνηγορούν υπέρ της πρώτης άποψης.

Σε πρόσφατη μελέτη, πάνω από 60 στους 100 ασθενείς εμφάνισαν ΛΥΠ. Εύρημα που συμφωνεί και με προηγούμενες μελέτες. Γενικά, με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, η συχνότητα ΛΥΠ κυμαίνεται μεταξύ 29% και 76%. Σε πρόσφατη μετανάλυση 26 μελετών, 38% των ατόμων με ΣΔ1 παρουσίαζε ΛΥΠ. Τα ανωτέρω δεδομένα καθιστούν προφανή την ανάγκη να εκτιμηθούν, στο πλαίσιο της πρόληψης, οι παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση αυτής της διαταραχής. Αυτή η υπερτροφική άθροιση των λιποκυττάρων μπορεί να προκαλέσει αλληλαγές στην απορρόφηση της ινσουλίνης, γεγονός που είναι φυσικό να επηρεάσει τη ρύθμιση του σακχάρου αίματος. Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι τα άτομα με ΛΥΠ παρουσιάζουν περισσότερα επεισόδια ανεξήγητης υπογλυκαιμίας και μεγαλύτερων διακυμάν-



**ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν.
ΚΟΥΚΟΥΛΗΣ**

Αναπληρωτής Καθηγητής
Ενδοκρινολογίας



σεων των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Αυτό αποδίδεται στην διαφορετική απορρόφηση της ινσουλίνης όταν η ένεση γίνεται σε περιοχή του δέρματος με ΛΥΠ. Έτσι εξηγείται η παρατήρηση ότι άτομα με ΛΥΠ παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) και υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης διαβητικής κετοξέωσης. Οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτή την τοπική εκδήλωση αναζητήθηκαν σε μια μελέτη 372 ατόμων με σακχαρώ-

δη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1). Η ανάλυση έδειξε ως πιθανές αιτίες το φύλο, το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), τα επίπεδα της HbA1c, το είδος της συσκευής χορήγησης της ινσουλίνης, την περιοχή ένεσης, το μήκος της βελόνας, το είδος της χρησιμοποιούμενης ινσουλίνης και το ποσό της ημερήσιας δόσης. Περαιτέρω ανάλυση ωστόσο, απέκλεισε πολλούς από τους παραπάνω παράγοντες, και ως σημαντικοί παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση ΛΥΠ παρέμειναν:

- α) η χρησιμοποίηση μικρής περιοχής του σώματος για την χορήγηση της ινσουλίνης,
- β) η μη εφαρμογή της τεχνικής της μετακινούμενης επιλογής της θέσης της ένεσης κυκλικά,
- γ) η χρησιμοποίηση έτοιμων μειγμάτων ινσουλινών,
- δ) το χαμηλό σωματικό βάρος [Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) μικρότερος του 18,5].

Η έκταση της επιφάνειας του σώματος στην οποία γίνεται η ένεση ινσουλίνης αποτελεί, όπως προαναφέρθηκε, σημαντικό παράγοντα υπό την έννοια ότι, όσο πιο μικρή είναι η έκταση της επιφάνειας τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος εμφάνισης ΛΥΠ. Σύμφωνα με μελέτες, όταν η επιφάνεια όπου γίνεται η χορήγηση ινσουλίνης είναι 5x5 εκατοστά η συχνότητα ΛΥΠ φθάνει σε ποσοστό 55% - 89%, ενώ όταν η επιφάνεια είναι 8x12 εκατοστά η συχνότητα ΛΥΠ πέφτει στο 18% - 42%.

Η επιλογή της τεχνικής της κυκλικής μετακίνησης της θέσης της ένεσης ινσουλίνης είναι επίσης σημαντική για τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης ΛΥΠ. Η εφαρμογή της τεχνικής αυτής κατεβάζει, σύμφωνα με στοιχεία μελετών, την συχνότητα ΛΥΠ σε ποσοστό μεταξύ 5% και 10%. Ειδικότερα, στην μελέτη που προαναφέρθηκε, η εφαρμογή της τεχνικής της κυκλικής επιλογής της θέσης ένεσης είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ΛΥΠ σε ποσοστό 27% όταν σε άτομα με μη εφαρμογή αυτής της τεχνικής το ποσοστό ήταν 84%.

Ορισμένα από τα έτοιμα μείγματα ινσουλινών αυξάνουν επίσης την πιθανότητα εμφάνισης ΛΥΠ. Άτομα με ΣΔ1 που ελάμβαναν κρυσταλλική ινσουλίνη σε συνδυασμό με ανάλογα ινσουλίνης μακράς δράσης είχαν τριπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν ΛΥΠ, σε σύγκριση με εκείνα που ελάμβαναν ταχείας δράσης και μακράς δράσης ανάλογα ινσουλίνης. Εκτιμάται ότι τα προγευματικά, ταχείας δράσης, ανάλογα ινσουλίνης, λόγω της ταχύτερης απορρόφησης

τους παραμένουν μικρότερο χρόνο στο σημείο της ένεσης και έτσι μειώνεται η λιπουπερπλαστική δράση τους στα λιποκύτταρα. Αυτό υποστηρίζεται αφενός από μελέτες που δείχνουν μικρότερης διάρκειας έκθεση των λιποκυττάρων στη δράση των ανάλογων ινσουλινών και αφετέρου από κλινικές παρατηρήσεις όπου η χρήση παλαιότερων μειγμάτων ινσουλινών συνοδεύονταν από τετραπλάσια πιθανότητα ΛΥΠ, σε σύγκριση με το συνδυασμό νεότερων μειγμάτων, παρά τον μεγαλύτερο αριθμό ενέσεων κατά τη χρήση των τελευταίων, στοιχείο που αποενοχοποιεί τον μικροτραυματισμό της ένεσης ως αίτιο ΛΥΠ.

Το χαμηλό σωματικό βάρος σε άτομα με ΣΔ1, βρέθηκε ότι αποτελεί, επίσης, ένα πρόσθετο παράγοντα κινδύνου εμφάνισης ΛΥΠ. Αυτό πιθανώς οφείλεται στην ελάττωση του αριθμού ή και/της λειτουργίας των λιποκυττάρων στον υποδόριο ιστό που συνοδεύονται από επιπτώσεις σε παρακείμενος ιστός όπως ο μυϊκός, όπου παρατηρείται μυϊκή δυστροφία. Με τη χρήση υπερήχων διαπιστώθηκε ότι σε παιδιά με ΣΔ1, η αποκατάσταση της μυϊκής δυστροφίας και της δυστροφίας των υπερκείμενων δομών δεν είχαν αποκατασταθεί ακόμα και μετά 6 μήνες αποφυγής ένεσης ινσουλίνης στις περιοχές που μελετήθηκαν. Τα ευρήματα αυτά χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής γιατί, στις 35 από τις 45 περιπτώσεις, αυτό αφορούσε σε παιδιά με σωματικό βά-





ρος κάτω του φυσιολογικού. Αρνητική συσχέτιση μεταξύ του ΔΜΣ και της έντασης των δερματικών αλλογών διαπιστώθηκε επίσης και σε άτομα με ΣΔ1 που χρησιμοποιούσαν αντλία ινσουλίνης.

Όπως προαναφέρθηκε, ο αριθμός των ενέσεων ινσουλίνης δεν επηρεάζει την συχνότητα εμφάνισης ΛΥΠ. Όμως, σε αρκετές περιπτώσεις για λόγους οικονομίας χρησιμοποιείται η ίδια βελόνη ινσουλίνης περισσότερες φορές. Αυτό αυξάνει την πιθανότητα εντονότερου τραυματισμού των ιστών στο σημείο της ένεσης που ενδεχομένως αυξάνει τον κίνδυνο ΛΥΠ. Αρκετές μελέτες δεν βρήκαν σημαντική διαφορά στη συχνότητα ΛΥΠ από την χρήση της βελόνης για περισσότερες από μια φορά. Ωστόσο, αντίθετη θέση

διατυπώθηκε με βάση τα ευρήματα ευρωπαϊκής μελέτης. Συνεπώς, η ωφέλεια από τη σύσταση για την αποφυγή της ΛΥΠ να χρησιμοποιείται μία φορά η βελόνα ινσουλίνης, είναι συζητήσιμη.

Συμπερασματικά, η κυκλική μετακίνηση των ενέσεων ινσουλίνης στη μεγαλύτερη δυνατή έκταση του δέρματος και η χρήση ανάλογων ινσουλίνης ταχείας και μακράς δράσης από άτομα με ΣΔ1, είναι σημαντικές και τροποποιησιμες ενέργειες οι οποίες ελαχιστοποιούν την προκαλούμενη από την ινσουλίνη ΛΥΠ. Ο ημερήσιος αριθμός των ενέσεων δεν φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση της, ενώ η επαναχρησιμοποίηση της βελόνας καλό είναι να αποφεύγεται. 2

Βιβλιογραφία

1. Barola A, et al. Anjanalnsulin-Related Lipohypertrophy: Lipogenic Action or Tissue Trauma? Front Endocrinol, (Lausanne), 2018; 9:638.
2. Barola A, et al. Insulin-mediated lipohypertrophy: an uncommon cause of diabetic ketoacidosis. BMJ Case Reports 2017; doi:10.1136/bcr-2017-220387
3. Deng N, et al. Prevalence of lipohypertrophy in insulin-treated diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. J Diabetes

- Investig. 2018; 9:536.
4. Frid AH et al. Worldwide injection technique questionnaire study: injecting complications and the role of the professional. Mayo Clin Proc. 2016; 91:1224.
5. Perciun R, and Mihu M. The subcutis ultrasound map of type 1 diabetic children improves the diagnosis of local dystrophies and insulin injection technique. Pediatr Res Int J. (2014) 1-11.

Έκρηξη απόλαυσης χωρίς ενοχές!

Επιτραπέζιο γλυκαντικό **Sweet & Balance**.

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

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

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



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

ΧΑΜΗΛΟΣ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ

Η πλούσια διατροφή σε προϊόντα φυτικής προέλευσης προφυλάσσει από την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

ΣΟΦΙΑ ΤΣΙΡΩΝΑ

Ενδοκρινολόγος – Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιστημονικά Υπεύθυνη Ενδοκρινολογικού τμήματος Ευρωκλινικής Αθηνών – Πολυιατρείου, Αθήνα

Η διατροφή, τροποποιήσιμος παράγοντας της καθημερινότητας των ανθρώπων, καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι διατροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια και ξηρούς καρπούς συνοδεύεται από χαμηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης ΣΔ2. Σε αντίθεση, διατροφή πλούσια σε ζωικά λίπη, και παράγωγα γάλακτος συνοδεύεται

από αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη. Παρόλο που πολλές ομάδες τροφίμων μοιάζουν να επηρεάζουν την πιθανότητα εμφάνισης ΣΔ2, οι άνθρωποι γενικά δεν καταναλώνουν συγκεκριμένα τρόφιμα ή ομάδες τροφίμων αλλά διαφορετικά μείγματα. Συνεπώς, η επίδραση της διατροφής στην υγεία εκτιμάται αντικειμενικότερα όταν εκτιμάται συνολικά η διατροφική συμπεριφορά. Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι διατροφή πλούσια σε φυτικής προέλευσης τρόφιμα συνοδεύεται από βελτίωση της γλυκαιμίας σε άτομα με διαβήτη [1] και μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης ΣΔ2 [2]. Ωστόσο, αυτές οι μελέτες



αντλήσαν τα στοιχεία τους χωρίζοντας τα άτομα σε «φυτοφάγους» και «μη φυτοφάγους». Όμως, αυτός ο διαχωρισμός δεν είναι ο πλέον κατάλληλος για την κατανόηση της επίδρασης της φυτικής διατροφής στο δυτικό κόσμο γιατί αυτό δεν ανταποκρίνεται αξιόπιστα στα διαιτητικά πρότυπα ενός μεγάλου ποσοστού του πληθυσμού. Για την συναγωγή αξιόπιστων αποτελεσμάτων και τη σύσταση οδηγιών στο κοινωνικό σύνολο είναι σημαντικότερο να γνωρίζουμε εάν διατροφή που περιέχει περισσότερα φυτικής προέλευσης και λιγότερα ζωικής προέλευσης τρόφιμα επηρεάζει την ινσουλινοαντίσταση και τον κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ2. Σε προηγούμενες μικρές προοπτικές μελέτες επιχειρήθηκε να ερμηνευθεί η ευνοϊκή επίδραση της πλούσιας σε προϊόντα φυτικής προέλευσης διατροφής, στην πρόληψη του ΣΔ2 με αντικρουόμενα αποτελέσματα. Πιθανολογείται ότι ο τρόπος που εκτιμήθηκε η πρόσληψη τροφίμων φυτικής προέλευσης, ευθύνεται για την συγκάλυψη μικρού μεν αλλά σημαντικού βιολογικού αποτελέσματος. Το πρόβλημα αυτό αντιμετώπισαν δύο πρόσφατες προοπτικές μελέ-

τες [3,4] οι οποίες εκτίμησαν την επίδραση διατροφής πλούσιας σε προϊόντα φυτικής προέλευσης στην πρόληψη του ΣΔ2. Η πρώτη έγινε σε πληθυσμό των ΗΠΑ και η δεύτερη σε πληθυσμό της Ολλανδίας. Και στις δύο μελέτες το καθημερινό διαιτολόγιο καταγράφηκε με τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η αμερικάνικη μελέτη, η οποία περιλάμβανε 200.000 άτομα, έδειξε ότι, η εμφάνιση του ΣΔ2 ελαττώνεται όσο αυξάνεται η κατανάλωση τροφίμων φυτικής προέλευσης έναντι εκείνων ζωικής προέλευσης ανεξάρτητα από το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ). [3] Η δεύτερη μελέτη, μελέτη Rotterdam, έγινε σε 15.000 άτομα και αναζήτησε την επίπτωση της πλούσιας φυτικής διατροφής στη συχνότητα προδιαβήτη και ΣΔ2 εκτιμώντας ταυτόχρονα την ινσουλινοαντίσταση. Μετά επταετή παρακολούθηση και καταγραφή των διαιτητικών συνθηκών των συμμετεχόντων διαπιστώθηκε ότι η μεγαλύτερη κατανάλωση φυτικής προέλευσης τροφίμων συνοδεύεται από ελαττωμένη ινσουλινοαντίσταση και μικρότερη συχνότητα προδιαβήτη και ΣΔ2. [1] Η διόρθωση

ως προς το ΔΜΣ ανέτρεψε την ευνοϊκή επίπτωση της φυτικής διατροφής στον κίνδυνο εμφάνισης προδιαβήτη όχι όμως στην ινσουλινοαντίσταση και τον ΣΔ2. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και μια ευρωπαϊκή προοπτική πολυκεντρική μελέτη (η EPIC-InterAct) [5] που περιέλαβε πληθυσμιακές ομάδες από οκτώ χώρες, με διαφορετικές διατροφικές συνήθειες. Στην μετανάλυση των δεδομένων της μελέτης, παρατηρήθηκε ότι η υψηλότερη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών σε σύγκριση με την μικρότερη συνοδεύονταν από 16% μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης ΣΔ2. Αρκετοί μηχανισμοί προτάθηκαν για την εξήγηση της προστατευτικής δράσης της πλούσιας φυτικής διατροφής, στην εμφάνιση ΣΔ2. Τα τρόφιμα φυτικής προέλευσης είναι πλούσια σε φυτικές ίνες, ουσιώδη αμινοξέα, μη κορεσμένα λιπαρά οξέα και αντιοξειδωτικούς παράγοντες, ευεργετικά στοιχεία που μπορούν να επηρεάζουν την εμφάνιση ΣΔ2 μέσω της επίδρασης στην διατήρηση χαμηλότερου σωματικού βάρους και την μείωση της χρόνιας φλεγμονής. Οι φυτικές ίνες είναι γνωστό ότι καθυστερούν την κένωση του στομάχου και συνεπώς ελαττώνουν την μεταγευματική αύξηση του σακχάρου, [6] στοιχείο που έχει ευνοϊκή επίδραση στο σωματικό βάρος [7] και την φλεγμονή του τοιχώματος των αγγείων. [8] Οι πρωτεΐνες των δημητριακών περιέχουν σημαντικά ποσά των αμινοξέων αργινίνη και γλυκίνη που σχετίζονται με ελαττωμένα επίπεδα χοληστερόλης. [9] Επίσης, η αυξημένη πρόσληψη ακόρεστων λιπαρών οξέων έχει συσχετιστεί με χαμηλότερη ενεργότητα χρόνιας φλεγμονής και χαμηλότερο σωματικό βάρος [8,10], ενώ η παρουσία πολυφαινόλων οδηγεί σε ελάττωση της ινσουλινοαντίστασης. [11]

Η παρουσία αντιοξειδωτικών παραγόντων έχει υποτεθεί ότι προφυλάσσει από την εμφάνιση διαβήτη. Ωστόσο, αρκετές μελέτες με χορήγηση βιταμινών, όπως β-καροτένιου και βιταμίνης C, δεν έδειξαν ευνοϊκό αποτέλεσμα. Είναι πιθανό η ευνοϊκή επίδραση της πλούσιας σε προϊόντα φυτικής προέλευσης διατροφής, να οφείλεται στη





λήψη μείγματος διαφόρων αντιοξειδωτικών που περιέχονται σε φρούτα και λαχανικά. Είναι επίσης πιθανό η μείωση του κινδύνου εμφάνισης ΣΔ2 από την χρήση άφθονων φρούτων και λαχανικών να οφείλεται στο χαμηλότερο σωματικό βάρος στα άτομα αυτά. Ενδεχομένως, επίσης, η ευνοϊκή δράση των πράσινων λαχανικών να οφείλεται στην προμήθεια μαγνησίου, που περιέχουν σε σημαντικές ποσότητες, στον οργανισμό. Μελέτες στις οποίες χορηγήθηκε μαγνήσιο έδειξαν ότι βελτιώνεται ο μεταβολισμός της

γλυκόζης και ελαττώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης ΣΔ2. [12] Είναι φανερό ότι χρειάζονται επιπλέον μελέτες για την ερμηνεία της προστατευτικής δράσης της φυτικής διατροφής στην εμφάνιση ΣΔ2.

Συμπερασματικά, η άγνοια των μηχανισμών άσκησης της ευνοϊκής επίδρασης με κανένα τρόπο δεν αναιρεί την εφαρμογή διατροφής πλούσιας σε τρόφιμα φυτικής προέλευσης, λόγω των πολλαπλών ευεργετικών επιδράσεων της στην υγεία. ¹

Βιβλιογραφία

1. Yokoyama Y, et al. Vegetarian diets and glycemic control in diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Cardiovasc Diagn Therapy*. 2014; 4:373.
2. Tonstad S, et al. Vegetarian diets and incidence of diabetes in the Adventist Health Study-2. *Nutr Metab Cardio Dis*. 2013; 23:292–9.
3. Satija A, et al. Plant-based dietary patterns and incidence of type 2 diabetes in US men and women: results from three prospective cohort studies. *PLoS Med*. 2016; 13:e1002039.
4. Chen Z et al. Plant versus animal based diets and insulin resistance, prediabetes and type 2 diabetes: the Rotterdam Study. *European J Epidemiology*. 2018; 33:883–893
5. Cooper AJ et al. (Interact Consortium). Fruit and vegetable intake and type 2 diabetes: EPIC-InterAct prospective study and meta-analysis. *Eur J Clin Nutr*. 2012; 66:1082-92
6. Livesey G and Tagami H. Interventions to lower the glycemic response to carbohydrate foods with a low-viscosity fiber (resistant maltodextrin): meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr*. 2009; 89:114–25.
7. Papatheanasopoulos A and Camilleri M. Dietary fiber supplements: effects in obesity and metabolic syndrome and relationship to gastrointestinal functions. *Gastroenterology*. 2010; 138:65–72e2.
8. Eichelmann F, et al. Effect of plant-based diets on obesity-related inflammatory profiles: a systematic review and meta-analysis of intervention trials. *Obes Rev*. 2016; 17:1067–79.
9. Sanchez A and Hubbard RVV. Plasma amino acids and the insulin/glucagon ratio as an explanation for the dietary protein modulation of atherosclerosis. *Med Hypotheses*. 1991;36:27–32.
10. Bray GA, et al. The influence of different fats and fatty acids on obesity, insulin resistance and inflammation. *J Nutr*. 2002; 132:2488–91.
11. Shearer J, et al. Quinides of roasted coffee enhance insulin action in conscious rats. *J Nutr*. 2003; 133:3529–32.
12. Schulze MB et al. Fiber and magnesium intake and incidence of type 2 diabetes: a prospective study and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2007; 167:956–65.



ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΣΟΥΒΑΤΖΟΓΛΟΥ

Ενδοκρινολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Aachen, Γερμανία

Η σημασία του CGMS στον ΣΔ

Η πρόοδος στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1) τα τελευταία χρόνια στηρίζεται σε δύο βασικούς πυλώνες: την εκπαίδευση (ατόμων με διαβήτη και θεραπευτών) και την τεχνολογία. Η παροχή δεδομένων και πληροφοριών σχετικά με τις τιμές γλυκόζης αποτελεί αναμφίβοτα μια βασική συμβολή της τεχνολογίας (όπως π.χ. και οι νεότερες ινσουλίνες ή οι αντλίες).

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ CGMS

(σύστημα συνεχούς παρακολούθησης της γλυκόζης)

Το CGMS είναι ένας φορητός αισθητήρας σώματος που αυτόματα και επανειλημμένα σε τακτικά διαστήματα (κάθε 5 έως 15 λεπτά) μετρά τη γλυκόζη σε ένα καθορισμένο σωματικό υγρό, όπως είναι το διάμεσο υγρό (ISF) (το υγρό στο χώρο ανάμεσα στα κύτταρα του οργανισμού μας). Το CGMS αποτελείται συνήθως από τρία εξαρτήματα:

(α) έναν αισθητήρα που φέρεται από τον ασθενή,
(β) έναν πομπό που στέλνει ασύρματα τα δεδομένα καταγραφής, και
(γ) ένα δέκτη που βρίσκεται κοντά στον πομπό και εμφανίζει τις μετρήσεις στον χρήστη. Τα άτομα με διαβήτη ή οι θεράποντες χρησιμοποιούν τις μετρήσεις και τα ορατά γλυκαιμικά πρότυπα, που προκύπτουν από το σύστημα καταγραφής της γλυκό-

ζης, για να αλληλάξουν συνήθειες της καθημερινότητας τους και/ή την φαρμακευτική αγωγή.

Τα CGMs μετρούν τη γλυκόζη στο διάμεσο υγρό. Εκεί όμως φθάνουν οι αλλαγές στα επίπεδα του σακχάρου στο αίμα με καθυστέρηση που κυμαίνεται από 5 - 15 λεπτά, ειδικά όταν στο αίμα τα επίπεδα γλυκόζης μεταβάλλονται γρήγορα. Η καθυστέρηση αυτή οφείλεται σε τρεις λόγους: (1) τον φυσιολογικό χρόνο καθυστέρησης (επηρεάζεται από τη ροή του αίματος στο δέρμα) (2) το χρόνο αντίδρασης του αισθητήρα (3) το χρόνο επεξεργασίας του σήματος από τον αισθητήρα

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

Το πρώτο σύστημα CGM εγκρίθηκε στις ΗΠΑ από το FDA το 1999. Σημαντική πρόοδος έχει επιτευχθεί έκτοτε, τόσο στον χρόνο λειτουργίας του αισθητήρα και τη συχνότητα βαθμονόμησης, όσο και την ακρίβεια των μετρήσεων. Με την εξέλιξη της τεχνολογίας η επικοινωνία των πομπών επεκτάθηκε σε άλλες συσκευές όπως τα κινητά τηλέφωνα κλπ.

Τον Σεπτέμβριο του 2017, ο FDA ενέκρινε το πρώτο CGM που δεν απαιτούσε βαθμονόμηση, το FreeStyle Libre. Αυτή η συσκευή μπορεί να φορεθεί για έως και 14 ημέρες. Πρέπει να σκανάρει κανείς τον πομπό για τα αναγνώσει την τρέχουσα τιμή σακχάρου αλληλά και τις μετρήσεις 8 παρελθόντων ωρών με άλλη συσκευή (ή με το κινητό του τηλέφωνο) - άρα τυπικά αυτό το σύστημα δεν είναι σύστημα CGMS. Έχει πάντως παρόμοια αποτελεσματικότητα και χρήση στον ΣΔ1.

Τον Ιούνιο του 2018, η FDA ενέκρινε το σύστημα CGM Eversense για χρήση σε άτομα με διαβήτη, ηλικίας 18 ετών και άνω. Αυτό είναι το πρώτο CGM που περιλαμβάνει έναν υποδορίως εμφυτεύσιμο αισθητήρα για την ανίχνευση της γλυκόζης, ο οποίος μπορεί να φορεθεί μέχρι και 90 ημέρες. Το Eversense XL, έκδοση του συστήματος διάρκειας 180 ημερών, εγκρίθηκε στην Ευρώπη τον Οκτώβριο του 2018.

ΒΑΘΜΟΝΟΜΗΣΗ

Τα περισσότερα CGMs απαιτούν βαθμονόμηση, δηλαδή εκτίμηση της αξιοπιστίας τους με μέτρηση του σακχάρου με άλλο μετρητή (τριχοειδική γλυκόζη αίματος), δύο τουλάχιστον φορές την ημέρα. Ο σκοπός της βαθμονόμησης είναι να διασφαλιστεί η ακρίβεια του CGM. Ωστόσο, μπορεί να προκύψει εσφαλμένη εκτίμηση εάν η μέτρηση πραγμα-

τοποιηθεί κατά τη διάρκεια περιόδων ταχείας αλλαγής των τιμών γλυκόζης ($> 2 \text{ mg / dl}$ / λεπτό), π.χ. μετά από γεύματα ή μετά από άσκηση. Υπερβολικά συχνή βαθμονόμηση μπορεί επίσης να προκαλέσει προβλήματα ακρίβειας.

Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ CGMS

Τα βασικά χαρακτηριστικά ενός CGMS είναι:

- η μεγάλη συχνότητα μετρήσεων
- η καταγραφή των τάσεων μεταβολής της γλυκόζης στον χρόνο, στοιχεία που βοηθούν τα άτομα με διαβήτη να προβούν σε αλλαγές στην θεραπεία και στον τρόπο ζωής τους με σκοπό την βελτίωση της γλυκαιμικής ρύθμισης. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η παράλληλη μέτρηση του σακχάρου στο αίμα παραμένει απαραίτητη, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για σημαντικές αποφάσεις για την αντιμετώπιση του διαβήτη (π.χ. χορήγηση μεγάλων δόσεων ινσουλίνης, αντιμετώπιση υπογλυκαιμίας)

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ CGM ΜΕ ΤΟΝ ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΣΤΟ ΑΙΜΑ (SMBG)

Το CGM μετράει αυτόματα τη γλυκόζη κάθε πέντε λεπτά και παράγει 288 μετρήσεις ημερησίως. Το SMBG απαιτεί την συμμετοχή του ασθενούς και σπάνια γίνονται $>4-7$ μετρήσεις την ημέρα. Για το CGM, η μέτρηση της γλυκόζης εκατοντάδες φορές την ημέρα δεν απαιτεί πρόσθετο πόνο, παράγωγα αίματος ή οικονομικό κόστος πέρα από το βασικό κόστος για τη χρήση του CGM. Επιπρόσθετα, το CGM σε πραγματικό χρόνο μπορεί να προειδοποιήσει για χαμηλές και υψηλές τιμές σακχάρου, ή για πτώση ή αύξηση των επιπέδων γλυκόζης (τάσεις). Τέτοιες ειδοποιήσεις είναι ικανές να ενημερώσουν τα άτομα με διαβήτη για σημαντικά γλυκαιμικά συμβάντα όπως κατά τη διάρκεια του ύπνου, ή όταν το άτομο με διαβήτη είναι απασχολημένος με άλλες δραστηριότητες. Τέλος, αν μπορεί να ενσωματωθεί ένα CGM σε μια αντλία ινσουλίνης, τότε μπορεί αυτό να αναστείλει την χορήγηση βασικής ινσουλίνης ανάλογα με τις γλυκαιμικές τάσεις.

Ένα μειονέκτημα του συστήματος CGM σε σύγκριση με το SMBG είναι ότι ο αισθητήρας μπορεί, περιστασιακά, να μη λειτουργεί ή να παράγει ανακριβείς μετρήσεις. Ως εκ τούτου, τα CGMs είχαν προηγουμένως εγκριθεί μόνο για επικουρική χρήση, που σημαίνει ότι οι αποφάσεις θεραπείας



δεν έπρεπε να λαμβάνονται με βάση μόνο τα δεδομένα CGM. Αντί αυτού, τα άτομα με διαβήτη έπρεπε να επαληθεύσουν τις πληροφορίες CGM με μία επιβεβαιωτική μέτρηση της γλυκόζης πριν από οποιαδήποτε τροποποίηση της θεραπείας. Αυτό άλλαξε τον Δεκέμβριο του 2016, όταν εγκρίθηκε από το FDA το σύστημα Dexcom G5 Mobile CGM, ως το πρώτο CGM όπου θα μπορούσαν να ληφθούν αποφάσεις θεραπείας χωρίς επιπρόσθετη μέτρηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ CGMS

Η χρήση του CGMS συντέλεσε σε βελτίωση της HbA1c κατά 0.3% - 0.5%, μείωση των υπογλυκαιμικών επεισοδίων και μείωση της μεταβλητότητας των τιμών σακχάρου, ανεξάρτητα από οποιονδήποτε άλλον παράγοντα θεραπείας. Η αποτελεσματικότητά του συστήματος συνεχούς καταγραφής βελτιώνεται αισθητά όταν:

- χρησιμοποιείται $>70\%$ του χρόνου
- η τιμή HbA1c κατά την έναρξη εφαρμογής είναι πολύ υψηλή
- τηρούνται όλες οι προϋποθέσεις καλής λειτουργίας του (βαθμονόμηση, τοποθέτηση, συντήρηση)

► το άτομο με διαβήτη και ο θεραπευτής είναι εξοικειωμένοι με την τεχνολογία και χρησιμοποιούν λογισμικό για την ανάλυση των στοιχείων που δίνει

► ενισχύει την λειτουργία αντλίας συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης

Επίσης, η εφαρμογή CGMS βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Αναφορικά με την βελτίωση της ποιότητας της ζωής, έχουν αναδειχτεί τρεις κύριοι παράγοντες που συντελούν στην βελτίωσή της:

► η βελτίωση της αντίληψης του γλυκαιμικού ελέγχου

► η ασφάλεια για την αποφυγή υπογλυκαιμίας

► η ενισχυμένη διαπροσωπική υποστήριξη

Οι κύριοι παράγοντες πρόβλεψης του οφέλους στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής είναι η ικανοποίηση με την ακρίβεια και την χρησιμότητα της συσκευής και η μεγαλύτερη ηλικία των χρηστών.

Η αξιολόγηση των δεδομένων που παρέχει το σύστημα καταγραφής αποτελεί βασική παράμετρο στην επίτευξη της βελτίωσης της γλυκαιμικής ρύθμισης. Η κατάλληλη μέθοδος αξιολόγησης τους ακολουθεί 4 βασικά σημεία:



- ▶ τα υπογλυκαιμικά επεισόδια και το διάστημα προ και μετά από αυτά
- ▶ τον έλεγχο της βασικής ινσουλίνης ή του βασικού ρυθμού (κυρίως μέσω των σακχάρων νηστείας)
- ▶ τον έλεγχο της γευματικής ινσουλίνης (μέσω των μεταγευματικών τιμών)
- ▶ την επίδραση του τρόπου ζωής και συγκεκριμένων δραστηριοτήτων (πχ άσκηση)

ΑΝΤΛΙΕΣ ΕΝΙΣΧΥΟΜΕΝΕΣ ΑΠΟ ΑΙΣΘΗΤΗΡΑ ΚΑΙ ΑΝΤΛΙΕΣ ΜΕ ΕΝΣΩΜΑΤΩΜΕΝΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΙΣΘΗΤΗΡΑ

Υπάρχει μόνο ένα διαθέσιμο σύστημα στην Ελλάδα, αυτό της Medtronic, που συνδυάζει αισθητήρα και αντλία. Μάλιστα το CGM μπορεί και να παρέμβει στην λειτουργία της αντλίας, ανάλογα με τις τιμές γλυκόζης, προκαλώντας αναστολή χορήγησης ινσουλίνης σε υπογλυκαιμία, ή εάν ενδέχεται να προκληθεί υπογλυκαιμία. Αν π.χ. ο ρυθμός πτώσης των τιμών γλυκόζης είναι γρήγορος και υπολογίζεται ότι σε 20 λεπτά θα πέσει σε χαμηλότερα επίπεδα από 70mg/dl, τότε μπορεί να ανασταλεί η λειτουργία της αντλίας και να ενημερωθεί ο χρήστης με ηχητικό σήμα. Επίσης, η αντλία αναλαμβάνει και την απεικόνιση των μετρήσεων και μπορεί να ενημερώνει και για απότομη άνοδο των τιμών. Οι περισσότερες λειτουργίες είναι επιλεκτικά διαθέσιμες, άρα ο χρήστης και ο θεραπευτής του αποφασίζουν ποιες θα χρησιμοποιηθούν και με ποιόν τρόπο. Το περιγραφόμενο σύστημα αντλίας-αισθητήρα αποτελεί την πιο ολοκληρωμένη και αλληλοσυμπληρούμενη χρήση των δύο τεχνολογιών και μπορεί να αποδώσει τα μεγαλύτερα οφέλη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το CGM αναπτύχθηκε με στόχο τη βελτίωση της θεραπείας του διαβήτη αλλά και της ποιότητας ζωής. Κριτήρια αποτελεσματικότητας αποτελούν η HbA1c, η υπογλυκαιμία, η μεταβλητότητα των τιμών σακχάρου καθώς και ο βαθμός ικανοποίησης του ατόμου με διαβήτη από την παρεχόμενη υπηρεσία. Ένα άρθρο ανασκόπησης εξέτασε πολυάριθμες μελέτες CGM και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι σε μια τυπική μελέτη υπάρχει κατά 0,5% βελτίωση της A1C και ελαφρά μείωση της συχνότητας εμφάνισης της υπογλυκαιμίας. Υπάρχει μελέτη στην οποία καλά εκπαιδευμένα άτομα με ΣΔ1 χρησιμοποίησαν CGMS χωρίς περαιτέρω οδηγίες για την χρήση του. Επιτεύχθηκε μείωση της τιμής της HbA1c παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς ήταν ήδη καλά ρυθμισμένοι, αναδεικνύοντας τον κρίσιμο ρόλο της εκπαίδευσης.

Η χρήση του αισθητήρα σε χρόνο μεγαλύτερο του 70% καθώς και η κατανόηση των τάσεων που αυτός καταγράφει είναι οι δύο πιο ουσιώδεις προγνωστικοί παράγοντες για την επιτυχία του. Ενδεικτικά, σε μεγάλη μελέτη (STAR3) η αύξηση του χρόνου χρήσης του αισθητήρα από 40% σε 80% διπλασίασε την μείωση της τιμής της HbA1c.

Το σημαντικότερο στοιχείο στην χρήση CGMS παραμένει η εκπαίδευση, με έμφαση στην αυτοδιαχείριση οι οποία πρέπει να περιλαμβάνει σαφείς οδηγίες για την ευαισθησία στην ινσουλίνη και την αναλογία ινσουλίνης υδατανθράκων. Επιπρόσθετα η αξιολόγηση (μέσω των τάσεων) συμβαμάτων πριν ενεργοποιηθεί ο συναγερμός, (δηλαδή να είναι τα άτομα με διαβήτη ενεργητικοί (proactive) αντί να αντιδρούν) μέσω μικρών δόσεων ινσουλίνης (microbolusig) και λήψης μικρών ποσοτήτων υδατανθράκων (microcarbimg) βοηθά πολύ στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων της τεχνολογίας. Με λίγα λόγια, η τεχνολογία θα είναι τόσο υποστηρικτική όσο καλά εκπαιδευμένος και επιμελής θα είναι ο χρήστης της.

Θεραπεία στον ΣΔ1 θα έχουμε όταν το άτομο με διαβήτη θα πάψει να παρεμβαίνει για να ρυθμίσει το σάκχαρό του, π.χ. με την μεταμόσχευση νέων παγκρεατικών νησιδίων. Τέτοια πρόοδος, όσο επιθυμητή και να είναι, φαίνεται να αργεί ακόμη. Παρ' όλα αυτά, οι βελτιώσεις που προοδευτικά έχουν εισαχθεί τα τελευταία είκοσι χρόνια προβάλλουν μια δυνατότητα ρύθμισης με τρόπο που θα φάνταζε προηγουμένως εξωπραγματικός και είναι ευθύνη της θεραπευτικής ομάδας να αντιλήσεται τη μέγιστη ωφέλεια από την πρόοδο αυτή, παρά τις δυσκολίες που ακόμη υπάρχουν, μέχρι την επίτευξη ακόμη καλύτερων θεραπειών. **Σ**



ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ

Ένας κόσμος γεύσης και φροντίδας



✓ Χωρίς Ζάχαρη

**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 Αλάτιου και Ζάχαρης** σε δύο τύπους: Σταρένιες και με Σίκαλη. Βάλτε στη διατροφή σας την **Πράσινη σειρά Παπαδοπούλου** και κερδίστε όλη την απόλαυση χωρίς τη ζάχαρη!

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



Στο Συνέδριο Ασθενών μίλησε ο πρόεδρος της ΕΛΟΔΙ κ. Δημήτρης Συκιώτης

Στο 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ασθενών παρευρέθηκε ως ομιλητής ο πρόεδρος της ΕΛΟΔΙ κ. Δημήτρης Συκιώτης. Σκοπός της ομιλίας του κ. Συκιώτη ήταν να εκφράσει την άποψη της Ελληνικής Ομοσπονδίας για το Διαβήτη όσον αφορά την αξία της συμμετοχής των ατόμων με διαβήτη στις κλινικές έρευνες, και πως μπορεί να λειτουργήσει στην πράξη η έκφραση «η ισχύς εν τη ενώσει» για τα άτομα με διαβήτη, και όχι μόνο. Το πάνελ αποτελούνταν από τους: κ.κ. Δημήτρη Συκιώτη, Πρόεδρο Ελληνικής Ομοσπονδίας για το Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ), Γιώργο Καθαμίτση, Πρόεδρο Συλλόγου Ασθενών Ήπατος Ελλάδος «Προμηθέας» και Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών, Λεωνίδα Φωτιάδη, Δικηγόρο, Πρόεδρο Παν. Συλλόγου Ασθενών με ρευματικά νοσήματα «ΑΚΕΣΩ» και Γ. Γραμματέα Πανελληνίας Ομοσπονδίας Συλλόγων Ασθενών, Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων των παιδιών με ρευματικά νοσήματα «ΡευΜΑ-ζήν», Νίκο Δέδε, Πρόεδρο Συλλόγου Οροθετικών Ελλάδας «Θετική Φωνή» και Πρόεδρο του European AIDS Treatment Group, Γιώργο Τσιακαλάκη, Υπεύθυνο Επικοινωνίας & Προ-άσπισης Δικαιωμάτων Συλλόγου Οροθετικών Ελλάδας «Θετική Φωνή», Δημήτρη Κοντοπίδη, Επίτιμου Προέδρου Πανελληνίου Συλλόγου για την Κυστική Ίνωση "Hellenic Cystic Fibrosis Association", Κατερίνα Νομίδου, Πρόεδρο Πανελλή-
ν

νίας Ομοσπονδίας Συλλόγων Οργανώσεων για την Ψυχική Υγεία (ΠΟΣΟΨΥ), Αντιπρόεδρο Συλλόγου Οικογενειών / Φροντιστών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία, Νόσο Alzheimer και συγγενείς διαταραχές «ΣΟΦΨΥΝ». Σερρών, Γεν. Γραμματέας "Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks – Europe" (GAMIAN-Europe) και "WHO PFPS Patients for Patient Safety Champion for Greece", Μαίρη Χήναρη, Αντιπρόεδρο Συλλόγου Καρκινοπαθών Εθελοντών – Φίλων – Ιατρών Κ.Ε.Φ.Ι. Αθηνών και Βασιλική Μαράκα, Πρόεδρο Συλλόγου Ατόμων με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας Αθήνας. [Σ](#)



Εκδήλωση του συλλόγου «ΓΑΛΗΝΟΣ» για τη γιορτή του διαβήτη

Ο σύλλογος "ΓΑΛΗΝΟΣ" με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη πραγματοποίησε εκδήλωση στο 8ο ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ την Πέμπτη 15 Νοεμβρίου με θέμα: "ΑΣ ΜΑΘΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ", με τη στήριξη της ΕΛΟΔΙ. Σκοπός της παρουσίασης ήταν η ενημέρωση, η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση για το σακχαρώδη διαβήτη. Οι τρεις βασικοί ομιλητές, κα. Ιωάννα Κωστέρια (Παιδίατρος), κα. Βάσια Χιώτη (Πρόεδρος του συλλόγου και Σύμβουλος Ψυχικής Υγείας) και κα. Μαρία Παπουτσή (Γραμματέας του συλλόγου) καθώς και τα υπόλοιπα μέλη του Γαληνού κατάφεραν με επιτυχία να ενημερώσουν τους παρευρισκόμενους (γονείς και δασκάλους) που τίμησαν με
την παρουσία τους την εκδήλωση, για τις εξελίξεις στην αντιμετώπιση αυτού του χρόνιου νοσήματος. [Σ](#)



Το Ηράκλειο στη Κρήτη τίμησε την Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη



Με το μπλε χρώμα για το νεανικό διαβήτη «ντύθηκε» η Περιφέρεια Κρήτης, για να τιμήσει την Παγκόσμια Ημέρα για τον Διαβήτη. (φωτογραφία cretalive.gr)

Γιόρτασαν στη Θήρα την Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη



Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας για τον εορτασμό της Παγκόσμιας Ημέρας κατά του Σακχαρώδη Διαβήτη σε συνεργασία της ΤΟΜΥ και του Κέντρου Υγείας Θήρας. Το πρόγραμμα απευθυνόταν στα ΚΑΠΗ Θήρας και Βαγίων. Ομιλητές της εκδήλωσης ήταν η κα. Παρασκευή Βόντα, η κα. Αθηνά Αρβανίτη, η κα. Σοφία Λαζάρου - Επισκέπτριες Υγείας. Η κα. Χριστίνα Πέππα, Μαία και η κα. Μαργαρίτα Κορογιάννου, Κοινωνική Λειτουργός. Ευχαριστούμε θερμά την ΕΛΟΔΙ για την στήριξη της και το υλικό το οποίο μας παρέιχε. [Σ](#)



Διήμερη εκδήλωση του Συλλόγου Διαβητικών Νομού Έβρου για το διαβήτη στις 8 – 9 Δεκεμβρίου 2018

Ο Σύλλογος Διαβητικών Νομού Έβρου – ΣΥΔΝΕ - και η Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη έκαναν την εκδήλωση «ΦΩΤΕΙΝΟΙ ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ για τον Διαβήτη», το Σάββατο 8 και την Κυριακή 9 Δεκεμβρίου στην Αλεξανδρούπολη. Την εκδήλωση παρακολούθησε πλήθος κόσμου, το οποίο είχαν την ευκαιρία να ενημερωθεί από έγκριτους επιστήμονες για τις εξελίξεις στη διαχείριση του διαβήτη. Το πρόγραμμα περιελάμβανε στην πρώτη συνεδρία με τίτλο "Ο διαβήτης εκσυγχρονίζεται" με προεδρείο τους κ.κ. Δ. Συκιώτη, Α. Μαυρομάτη και Ι. Πετρίδη. Στο βήμα ανέβηκε η κα. Νικόλη Μιτώση, εξειδικευμένη νοσηλεύτρια διαβήτη, η οποία μίλησε για τα smartphones, τα apps και το διαδίκτυο σε συνάρτηση με τη διαχείριση του διαβήτη. Στη συνέχεια η ψυχολόγος κα. Βάσια Χιώτη τόνισε στην ομιλία της γιατί «Δεν είμαστε μόνο ο διαβήτης μας». Η παιδοδιαβητολόγος Δρ. Χριστίνα Τσιώλη μίλησε για τη διαχείριση του διαβήτη στο σχολικό περιβάλλον προκειμένου να βοηθηθούν οι γονείς και τα παιδιά με διαβήτη.

Ο Γ. Γραμματέας του Συλλόγου και διαχειριστής του sweetstoriesGR: The T1D Forum, κ. Δημήτρης Καπερδανάκης, επιχείρησε να απαντήσει στο κατά πόσο τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης μπορούν να υποστηρίξουν τον διαβήτη. Ακολούθησε αναγόρευση ως επίτιμου μέλους της κυρίας Κύρογλου Σουλτάνας, επισκέπτριας υγείας στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, την οποία και ευχαριστού-

με για την επί χρόνια προσφορά της στην τοπική κοινωνία. Ο κλινικός διαβητολόγος - βιολόγος κ. Χάρης Δημοσθενόπουλος μίλησε αναλυτικά για τη σπουδαιότητα του γλυκαιμικού δείκτη και τη διατροφή χωρίς γλυτέν. Έπειτα Καθηγητής Παθολογίας κ. Δημήτρης Παπάζογλου αναφέρθηκε στην ομιλία του στη σύνδεση διαβήτη και θυρεοειδούς. Μία ενδιαφέρουσα παρουσίαση έγινε από τον Καθηγητή Καρδιολογίας κ. Δημήτριο Τζακά, ο οποίος αναφέρθηκε στη σχέση του διαβήτη με την αρτηριακή υπέρταση.

Η κα. Ανδριανή Βαζαίου, Παιδίατρος, Αναπληρώτρια Διευθύντρια και Υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου, Α' Παιδιατρική Κλινική Νοσοκομείου Παιδών Π&Α Κυριακού, ήταν η επόμενη ομιλήτρια της εκδήλωσης και παρουσίασε όλες τις νεότερες εξελίξεις στις αντλίες ινσουλίνης, το τεχνητό πάγκρεας και τα συστήματα καταγραφής γλυκόζης.

Ο κ. Ν. Τεντολούρης, τακτικός καθηγητής Παθολογίας, Υπεύθυνος Διαβητολογικής Μονάδας και του Ερευνητικού Διαβητολογικού Εργαστηρίου, Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Λαϊκό», στην ομιλία του εστίασε στο θέμα: "Κράτος και Ασθενείς: Το παρόν και το μέλλον των παροχών και δικαιωμάτων για τα άτομα με διαβήτη". Και ο καθηγητής κ. Νικόλαος Παπάνας μίλησε για τις νέες ινσουλίνες στη ρύθμιση του διαβήτη.

Είναι σίγουρο ότι όλοι οι παρευρισκόμενοι βγήκαν πιο πλούσιοι σε γνώσεις από την σπουδαία αυτή εκδήλωση. 



Ενημέρωση & δωρεάν εξετάσεις διαβήτη στον Πύργο Τήνου



Με αφορμή τον εορτασμό της Παγκόσμιας Ημέρας για το Διαβήτη, πραγματοποιήθηκαν δωρεάν μετρήσεις στην πόλη της Τήνου και στον Πύργο. Εκτός από την ενημέρωση που είχε η Πόλη της Τήνου για τον διαβήτη ενημερώθηκε και ο Πύργος, όπου μάλιστα, σύμφωνα με ενημέρωση που είχαμε, πραγματοποιήθηκαν συνολικά στο χωριό σαράντα (40) μετρήσεις, αριθμός αρκετά ικανοποιητικός σε αναλογία με το μόνιμο πληθυσμό του χωριού. [Σ](#)

Λήμνος: Δράση ενημέρωσης και πρόληψης για το διαβήτη από το Κέντρο Κοινότητας σε συνεργασία με τον Ιατρικό Σύλλογο Λήμνου και την Ελληνική Ομοσπονδία Διαβήτη

Με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη, στις 14 Νοεμβρίου, ολοκληρώθηκε την Πέμπτη 15 Νοεμβρίου η δράση ενημέρωσης και πρόληψης που υλοποίησε το Κοινωνικό Φαρμακείο και το Κέντρο Κοινότητας Δήμου Λήμνου, σε συνεργασία με τον Ιατρικό Σύλλογο Λήμνου με την ευγενική υποστήριξη της Ελληνική Ομοσπονδίας Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ). Ογδόντα ένα (81) άτομα εξετάστηκαν κατά την διάρκεια της δράσης με δωρεάν μετρήσεις σακχάρου. Επίσης, ενημερώθηκαν από την υπεύθυνη ιατρό της εκδή-

λωσης για την σωστή πρόληψη του διαβήτη και ταυτόχρονα διανεμήθηκε έντυπο ενημερωτικό υλικό. Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις βαθύτατες ευχαριστίες μας στους ανωτέρω φορείς για την πολύτιμη βοήθεια και χορηγία τους για να υλοποιηθεί η δράση μας. Ειδικότερα, ευχαριστούμε την κα. Αγγελική Βουτσά παθολόγο-διαβητολόγο για την εθελοντική της προσφορά να πραγματοποιήσει τις δωρεάν μετρήσεις, καθώς και την Ελληνική Ομοσπονδία Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ) για την χορήγηση αναλώσιμου υγειονομικού υλικού. [Σ](#)



Κεφαλλονιά: πήραν τους ...δρόμους για το διαβήτη



Μια εξαιρετική πρωτοβουλία του ΟΚΑΠ να βγει στους δρόμους σε Αργοστόλι και Ληξούρι και μαζί με γιατρούς να μιλήσουν για τον Διαβήτη, τιμώντας έτσι την Παγκόσμια Ημέρα κατά του Διαβήτη, έκανε εντύπωση στο νησί. Στο Αργοστόλι στην Πλατεία Καμπάνας, συναντήσαμε τον πρόεδρο του ΟΚΑΠ κ. Γεράσιμο Παπαναστασάτο, την γιατρό κα Φαραντάτου, τον γενικό γραμματέα του Συλλόγου Διαβητικών Κεφαλονιάς, νοσηλευτές και άλλα στελέχη του ΟΚΑΠ που ενημέρωναν μοιράζοντας ενημερωτικό υλικό τους περαστικούς αλλά και έκαναν δωρεάν εξέταση σακχάρου σε όσους παραβρέθηκαν. [Σ](#)

Εκδήλωση για το διαβήτη στα Μετέωρα



Ο Δήμος Μετέωρων, εγκαινιάζοντας το σύμφωνο συνεργασίας με την ΕΛ.Ο.ΔΙ. (Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη), πραγματοποίησε στις 14 Νοεμβρίου, Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη, εκδήλωση με θέμα: «Φροντίδα διαβητικού ασθενή - Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2» στο χώρο του ΚΑΠΗ του Δήμου Μετέωρων. Κεντρικός ομιλητής της εκδήλωσης ήταν ο κ. Γιώργος Βαλασμάκης, Ιατρός, Επίκουρος καθηγητής Ενδοκρινολογίας της Πανεπιστημιακής Κλινικής Ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών Νόσων του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Μετά το πέρας της ομιλίας διεξήχθη δωρεάν δειγματοληπτική εξέταση σακχάρου από Νοσηλευτές του «Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Μετέωρων». Διανεμήθηκε ενημερωτικό υλικό σε πολίτες της Καλαμπάκας από τους σπουδαστές μαθητείας Νοσηλευτικής του ΟΑΕΔ. Στόχος της εκδήλωσης ήταν η ευαισθητοποίηση του κόσμου στη πάθηση, η πληροφόρηση, καθώς και η κινητοποίηση όλων μας για προληπτικές εξετάσεις. Η πρόληψη, σε συνδυασμό με τη σωστή διατροφή, την άσκηση, αλλά και τα φάρμακα, μπορούν να βοηθήσουν στη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη. [Σ](#)

Ενημέρωση για το διαβήτη στη Θεσσαλονίκη



Η Ένωση Γονέων Παιδιών και Νέων με Διαβήτη διοργάνωσε και φέτος το 2ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Σχολικών Νοσηλευτών, την Κυριακή 25 Νοεμβρίου 2018 στο Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου. Με τη συνεργασία της Α/θμιας & Β/θμιας Εκπαίδευσης Κεντρικής Μακεδονίας, το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και υπό την Αιγίδα της Ελληνικής Ομοσπονδίας για το Διαβήτη. Στην εκδήλωση είχαν τη δυνατότητα οι σχολικοί νοσηλευτές να ενημερωθούν σχετικά με τη διαχείριση των διαβητικών παιδιών από καταξιωμένους επιστήμονες. [Σ](#)



Θεσσαλονίκη: η ενημέρωση επί ποδός

Στις 14 Νοεμβρίου τα άτομα του Συλλόγου Θεσσαλονίκης πήραν τους δρόμους για να γιορτάσουν την «Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη και η ενημέρωση δεν έχει τέλος.....ακόμη και στο δρόμο!» [Σ](#)

Σακχαρώδης διαβήτης και ορειβασία, τι πρέπει να γνωρίζουμε πριν ξεκινήσουμε την ορειβασία



ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ

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

Τα άτομα με διαβήτη που θέλουν να απολαύσουν τα οφέλη του αθλητισμού και της άσκησης θα πρέπει να μάθουν να διαχειρίζονται το διαβήτη τους ανάλογα με το είδος του αθλήματος που θα επιλέξουν. Η κατανόηση της φυσιολογίας της άσκησης και του αντίκτυπου που έχει στην υγεία, και ειδικότερα τον έλεγχο της κίνησης της υποθηκευμένης στο σώμα ενέργειας αλλά και του μεταβολισμού, δίνει μια ιδέα των προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν στη διαχείριση του διαβήτη κατά τον πρωταθλητισμό ή σε ειδικά αθλήματα που ενίοτε συμπεριλαμβάνουν καταστάσεις οριακές ως προς την αντοχή και τον ψυχισμό.

ΧΕΙΜΕΡΙΝΑ ΑΘΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΡΕΙΒΑΣΙΑ

Οι αναρριχήσεις μπορεί δυστυχώς να αποβούν μοιραίες σε διαβητικά και μη άτομα. Εντούτοις φαίνεται ότι η ορειβασία δεν είναι απλά ένα ακόμα είδος άσκησης αλλά κυρίως μια πρόκληση επιβίωσης σε επικίνδυνες και ιδιαίτερα απαιτητικές συνθήκες. Οι ειδικές προφυλάξεις που οφείλει ένας ορειβάτης με διαβήτη να λαμβάνει αφορούν τους παρακάτω κινδύνους:

ΑΦΥΔΑΤΩΣΗ

Η ταχύπνοια και η υπεριδρωσία που παρατηρείται σε αυξημένο υψόμετρο οδηγεί σε σημαντικές απώλειες υγρών. Οι ελάχιστες ποσότητες αναπλήρωσης είναι η πρόσληψη 2-3 lit νερού ημερησίως. Επειδή οι ειδικές αθλητικές συνθήκες (έντονοι άνεμοι, έλλειψη χρόνου) να μην επιτρέπουν το λιώσιμο του χιονιού θα πρέπει ο ορειβάτης να φροντίζει πριν την έναρξη της αναρρίχησης να έχει μαζί του αρκετή ποσότητα πόσιμου νερού.

ΗΛΙΑΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Η υπεριώδης ακτινοβολία σε μεγάλα υψόμετρα είναι μεγαλύτερης ισχύος και αυξάνεται ακόμα περισσότερο λόγω αντακλάσεων όταν το τοπίο είναι χιονισμένο. Για το λόγο αυτό απαιτείται η χρήση ειδικών γυαλιών και η συχνή εφαρμογή αντιηλιακής κρέμας υψηλής προστασίας.

ΚΡΥΟΠΑΓΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΡΜΙΑ

Ακόμα και ένα ελαφρύ περπάτημα επί δίσωρο προκαλεί την υπεριδρωσία στα κάτω άκρα. Σε περίπτωση που η θερμοκρασία περιβάλλοντος είναι ίση ή μικρότερη του 0oC τότε υπάρχει σοβαρός κίνδυνος η υγρασία που περιβάλλει τα δάκτυλα των ποδιών να οδηγήσει στην ανάπτυξη κρυοπαγήματων. Ανάλογες καταστάσεις μπορεί να συμβούν και στα δάκτυλα των χεριών όταν φοράμε γάντια. Η παρουσία περιφερικής νευροπάθειας ή διαταραχές της αιματικής μικροκυκλοφορίας που μπορεί να υπάρχουν στα πλαίσια του διαβητικού συνδρόμου αυξάνουν τον κίνδυνο.

ΧΙΟΝΟΣΤΙΒΑΔΕΣ

Τα στρώματα χιονιού σε πλαγιές μετά από πρόσφατη χιονόπτωση είναι συνήθως ασταθή. Σε οργανωμένα χειμερι-



νά καταλύματα υπάρχει συνήθως επαρκής πληροφόρηση σχετικά με τον κίνδυνο χιονοστιβάδων και τις επικίνδυνες περιοχές, οπότε κρίνεται απαραίτητη η έγκαιρη ενημέρωσή μας. Γενικότερα συνιστάται η ολοκλήρωση της αναρρίχησης και η επιστροφή στον καταυλισμό νωρίς το απόγευμα γιατί η μακρά έκθεση του χιονιού στην ηλιακή ακτινοβολία μπορεί να προδιαθέσει στην εμφάνιση χιονοστιβάδας.

ΚΕΡΑΥΝΟΒΟΛΗΣΗ

Κατά τους καλοκαιρινούς μήνες ιδιαίτερα τις απογευματινές ώρες, όταν η πιθανότητα καταιγίδας είναι πολύ υψηλή, θα πρέπει να αποφεύγονται οι κορυφές και οι βραχώδεις προεξοχές επειδή έλκουν τους κεραυνούς.

ΝΟΣΟΣ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ) ΜΕΓΑΛΩΝ ΥΨΟΜΕΤΡΩΝ

Όταν κάτοικοι πεδινών εδαφών εκτεθούν απότομα σε με-

γάλο υψόμετρο, συνήθως μεγαλύτερο των 2.500 μέτρων μπορεί να εμφανίσουν κεφαλαλγία, ναυτία έμετο, αϋνία και εύκολη κόπωση. Η ανάπτυξη πνευμονικού οιδήματος είναι σπάνια αλλά μπορεί να αποβεί μοιραία για τη ζωή. Για την πρόληψη του συνδρόμου απαιτείται να υπάρχει αρκετός χρόνος (εβδομάδες) σταδιακού εγκλιματισμού σε προοδευτικά υψηλότερα υψόμετρα. Η χορήγηση νιφεδιπίνης συνιστάται σε περίπτωση ανάπτυξη πνευμονικού οιδήματος.

ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ

Η δραστηριότητα των ινσουλινικών σκευασμάτων τροποποιείται όταν εκτεθούν σε ακραίες θερμοκρασίες ή σε παρατεταμένη έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία. Διατήρηση ινσουλινικού σκευάσματος σε συνθήκες 32-37o C για δι-



άστημα 1 μηνός οδήγησε σε απώλεια έως και 18% της ισχύος του. Συνιστάται τα σκευάσματα ινσουλίνης να προφυλάσσονται από την ηλιακή ακτινοβολία, να τοποθετούνται σε θερμομονωτική συσκευή και τη νύχτα που μπορεί να επικρατήσουν συνθήκες παγετού να τοποθετούνται κοντά στο σώμα μας, μέσα στον υπνόσακο, ώστε να μην παγώσουν και επομένως να αποφευχθεί η απώλεια της ισχύος τους. Τα σκευάσματα ημιβραδείας και βραδείας αποδέσμευσης φαίνεται ότι επηρεάζονται σε σημαντικότερο βαθμό. Τα δημιουργηθέντα λόγω του ψύχους συμπλέγματα δεν είναι πλέον διαλυτά και μπορεί να αποφράξουν τον αυλό της βελόνης ή τον καθετήρα της αντλίας.

ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΑΥΤΟΜΕΤΡΗΣΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ

Για την ακρίβεια των μετρήσεων των επιπέδων γλυκόζης του τριχοειδικού αίματος απαιτείται για τη συντήρηση των συσκευών και των αναλωσίμων τους να λαμβάνεται ιδιαίτερη φροντίδα ως προς τις συνθήκες



θερμοκρασίας, υγρασίας και ατμοσφαιρικής πίεσης. Ιδανικές για τις περισσότερες συσκευές θεωρούνται θερμοκρασίες 10-30°C και 20-80% σχετικής υγρασίας. Σημειώνεται ότι σε μεγάλα υψόμετρα (4.350 m) μερικές συσκευές αποκλίνουν της μέτρησης είτε 45% περισσότερο ή 35% λιγότερο της πραγματικής.

ΟΞΕΙΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ

Η άσκηση σε μεγάλα υψόμετρα προδιαθέτει σε ενεργοποίηση του συμπαθητικού με αποτέλεσμα την ταχυκαρδία και την υπεριδρωσία με συνέπεια να γίνονται δυσδιάκριτα τα όρια της αντίληψης υπογλυκαιμίας. Η συχνά συνυπάρχουσα, λόγω μεγάλου υψόμετρου, ναυτία και ανορεξία μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της πρόσληψης ικανού ποσού θερμίδων και υγρών και να οδηγήσει δυνητικά σε ανάπτυξη υπογλυκαιμίας. Για την άμεση αναγνώριση και αντιμετώπιση της πιθανής υπογλυκαιμίας θεωρείται σκόπιμο και ασφαλές η άσκηση να γίνεται με συνοδεία πάντοτε άλλου συναθλητή.

ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

Έχουν καταγραφεί αυτόματες αιμορραγίες αμφιβληστροειδούς ακόμα και σε μη διαβητικά άτομα στα πλαίσια του συνδρόμου των μεγάλων υψομέτρων και σε περίπτωση προϋπάρχουσας μη θεραπευθείσας οφθαλμικής νόσου η βλάβη είναι συχνότερη. Για το λόγο αυτό απαιτείται βυθοσκόπηση και πιθανά φλουοραγγειογραφία πριν την αναχώρηση για τις ορεινές περιοχές.

ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ

Τα διαβητικά άτομα με περιφερική νευροπάθεια κινδυνεύουν συχνότερα από τραυματισμούς των κάτω άκρων. Ακόμα και οι συνήθεις φουσαλίδες που αναπτύσσονται στα σημεία τριβής και πίεσης των άκρων μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη άτονων ελκών λόγω αισθητικών διαταραχών. Η ύπαρξη αυτόνομης νευροπάθειας μπορεί να δυσχεράνει την απάντηση του καρδιαγγειακού στις απαιτήσεις για αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης είτε λόγω της έντονης άσκησης ή απλά λόγω της χαμηλής μερικής πίεσης οξυγόνου. 



Υπάρχει «κρυμμένη» ζάχαρη στα τρόφιμα;



ΕΛΕΝΗ ΚΟΥΗ

MSc., RD, Παιδοδιατροφολόγος,
Παιδικός Διαβήτης-Παιδική Παχυσαρκία

ΖΑΧΑΡΗ – ΣΑΚΧΑΡΑ - ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

Όσοι ασχολούμαστε με τη διατροφική φροντίδα ή θεραπεία ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 συχνά ξεκινάμε την εκπαίδευση με το να ξεδιαλύνουμε τι ακριβώς συμβαίνει με τους υδατάνθρακες, τις διάφορες μορφές τους και τελικά αν υπάρχει διατροφή χωρίς ζάχαρη! Με απλά λόγια, η μεγάλη οικογένεια των υδατανθράκων

ή αλλιώς σακχάρων αποτελεί ένα από τα βασικά θρεπτικά συστατικά των τροφών που καταναλώνουμε όλοι μας. Ανάλογα με το μέγεθος του μορίου έχουμε τους μονοσακχαρίτες ή απλούς υδατάνθρακες, τους ολιγοσακχαρίτες και τους πολυσακχαρίτες ή αλλιώς σύνθετους υδατάνθρακες. Οι απλοί υδατάνθρακες περιλαμβάνουν την γλυκόζη, φρουκτόζη, γαλακτόζη. Οι ολιγοσακχαρίτες που μπορεί να

αποτελούνται από δυο μόνο απλά σάκχαρα είναι η σακχαρόζη, η μαλτόζη και η λακτόζη. Η σακχαρόζη (γλυκόζη + φρουκτόζη) είναι η γνωστή και πολύ αγαπητή σε όλους μας ζάχαρη. Στους πολυσακχαρίτες ή σύνθετους, έχουμε κυρίως το άμυλο, το γλυκογόνο και τις φυτικές ίνες. Το βασικό που πρέπει να θυμόμαστε είναι ότι όλοι με την διαδικασία της πέψης θα καταλήξουν σε απλή γλυκόζη και τελικά θα επηρεάσουν με αύξηση τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα. Είναι πολύ σημαντικό να ενημερωνόμαστε σωστά για όλα τα συστατικά των τροφίμων που περιέχονται στα γεύματά μας ώστε να μπορούμε αντικειμενικά να υπολογίζουμε τις μονάδες ινσουλίνης που χρειάζεται να κάνουμε για την αποτελεσματική ρύθμιση του σακχάρου. Δεν είναι μόνο η γνωστή ζάχαρη το μόνο συστατικό της τροφής που πρέπει να μας απασχολεί.

ΕΤΙΚΕΤΕΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

Ένας τρόπος για να «διαβάσουμε» σωστά το τρόφιμο που έχουμε μπροστά μας είναι να συμβουλευτούμε τις ετικέτες τροφίμων. Μας δίνουν πάντα πληροφορίες για τη περιεκτικότητα του τροφίμου ανά 100γρ σε σύνολο υδατανθράκων και στα επιμέρους απλά σάκχαρα και άμυλα. Για να αποφασίσουμε σωστά τις μονάδες ινσουλίνης, μας ενδιαφέρει ο αριθμός που δηλώνει το σύνολο των υδατανθράκων.

Επίσης διαβάζοντας τις ετικέτες τροφίμου μαθαίνουμε και άλλες χρήσιμες πληροφορίες για την ποιότητα του όπως για παράδειγμα, αν έχει επιπρόσθετα σάκχαρα με την μορφή σιροπιού γλυκόζης, δεξτρόζης, σουκρόζης, μαλτόζης, φρουκτόζης ή σιροπιού φρουκτόζης, νέκταρ, μελιού. Όλα αυτά θα μετατραπούν σε γλυκόζη και τελικά θα επηρεάσουν το σάκχαρο στο αίμα. Είναι οι λεγόμενες πηγές «κρυμμένη» ζάχαρης που ενδιαφέρουν άμεσα τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.

Επίσης, συχνά τα τρόφιμα περιέχουν πολυόλες (σορβιτόλη, μαλιτόλη, ξυλιτόλη, λακτιτόλη, μαλιτιτόλη, ισομαλιτιτόλη, ερυθριτόλη, ισομαλτουλδόζη, τριαλδόζη) ως γλυκαντικές ουσίες, οι οποίες αποδίδουν ένα μικρό ποσοστό θερμίδων. Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, αν ένα τρόφιμο γράφει «χαμηλή περιεκτικότητα σε σάκχαρα», σημαίνει ότι δεν περιέχει περισσότερα από 5 γραμ. σάκχαρα ανά 100 γραμ. αν είναι στερεό, και 2,5 γραμ. σάκχαρα ανά 100 κυβ. εκατοστά, αν είναι υγρό. «Χωρίς σάκχαρα» σημαίνει ότι δεν περιέχει περισσότερα από 0,5 γραμ. σάκχαρα ή αλλιώς

υδατάνθρακες ανά 100 γραμ. ή 100 κυβ. εκατοστά.

Στα «χωρίς πρόσθετα σάκχαρα» τρόφιμα σημαίνει ότι δεν έχει προστεθεί κάποια επιπλέον γλυκαντική ουσία. Όμως το ίδιο το προϊόν μπορεί από μόνο του να έχει αρκετή φυσική ζάχαρη βλ. φρούτα ή γαλακτοκομικά.



ΤΡΟΦΙΜΑ ΠΟΥ ΘΕΛΟΥΝ ΠΡΟΣΟΧΗ

Συχνά τρόφιμα που παραπλανούν τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και τελικά οδηγούν σε υποτίμηση όσον αφορά την περιεκτικότητά τους σε υδατάνθρακες γενικά ή ειδικότερα σε ζάχαρη, είναι: τα δημητριακά πρωινού, οι μαρμελάδες, οι χυμοί εμπορίου και οι κομπόστες, το σουσαμίνιο κουλούρι, οι συνοδευτικές σάλτσες (ντοματοχυμός, κέτσαπ, μπαλσάμικο), τα επιδόρπια γιαουρτιού και οι μπάρες δημητριακών, που δυστυχώς είναι πολύ δημοφιλή στις μικρότερες ηλικίες. Τέλος, προσοχή χρειάζεται σε οτιδήποτε σε κονσέρβα γιατί είναι πηγή κρυμμένης ζάχαρης.

Η επισήμανση για τους κρυμμένους υδατάνθρακες δεν σκοπεύει στην πρόκληση ανησυχίας στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη ή τη δημιουργία εσφαλμένων εντυπώσεων για απαγορευμένα τρόφιμα, αλλά στην αντικειμενική ενημέρωση, ώστε με την σωστή γνώση και την αρμόζουσα προσοχή να επιτυγχάνεται σωστότερη εκτίμηση της περιεκτικότητας του γεύματος σε υδατάνθρακες και αντίστοιχα η επιλογή της δόσης ινσουλίνης με στόχο την καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου. 1



ΔΗΜΗΤΡΑ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ

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

Η διατροφή τα Χριστούγεννα

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

Η περίοδος των εορτών είναι περίοδος χαράς και ξενοιασιάς και συχνά κάθε δίαιτα παραμερίζεται. Αφήνουμε στην άκρη, προσωρινά, το συνηθισμένο πλάνο διατροφής μας και γλεντάμε σε ένα αδιάκοπο φαγοπότι σαν να ζούμε τόσο καιρό στερημένοι από τις γαστρονομικές απολαύσεις του σύγχρονου πολιτισμού. Τα άτομα με διαβήτη μπορούν να ζήσουν την ιδιαιτερότητα των γιορτινών ημερών χωρίς να την χρησιμοποιήσουν απαραίτητα ως άλλοθι για υπερφαγία, έχοντας στο μυαλό τους πάντα τη φράση «μέτρον άριστον». Δεν χρειάζεται να πούνε όχι στο φαγητό ή στα γλυκίσματα, αλλήλ να προσπαθήσουν να είναι εγκρατείς και να τα προσαρμόσουν με το σωστό τρόπο στο πρόγραμμα διατροφής που ακολου-

θούν μέχρι τώρα. Η υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή είναι πολύ σημαντική για τον έλεγχο του σακχάρου τους. Για το λόγο αυτό προτείνω τρόπους για να το χειριστούν όσο πιο εύκολα γίνεται. Όπως κάθε χρόνο, κυρίαρχη θέση στο γιορτινό τραπέζι μας κατέχουν η γεμιστή γαλοπούλα ή το ψητό κατσίκι, κουραμπιέδες, μελομακάρονα και ποικίλα παραδοσιακά εδέσματα. Ακολουθείστε τις συμβουλές διατροφικής συμπεριφοράς οι οποίες θα σας βοηθήσουν να απολαύσετε το φαγητό και την παρέα των φίλων σας, χωρίς να σημειώσετε παθολογικά υψηλές τιμές σακχάρου. Αλλά ακόμα και αν αυτό συμβεί πρόσκαιρα, δεν θα επηρεάσει μακροπρόθεσμα την ρύθμισή σας.





ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΟΡΤΑΣΤΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ:

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

λοπούλα, ή με άλλο κρέας. Μελέτες δείχνουν ότι η κατανάλωση πρωτεΐνης φαίνεται να αυξάνει την ινσουλινοαπάντηση, χωρίς να αυξάνεται η συγκέντρωση του σακχάρου στο πλάσμα.

- ▶ Καθώς δεν θα μπορέσετε να μην δοκιμάσετε τη γέμιση, η οποία περιέχει υδατάνθρακες, προσπαθήστε να μην ξεπερνά τις 2 κουταλιές της σούπας. Αποφύγετε τις υδατανθρακούχες γαρνιτούρες για να μπορέσετε να καταναλώσετε με σχετική άνεση και το επιδόρπιο, το οποίο δεν είναι απαραίτητο να στερηθείτε.
- ▶ Προτιμήστε απλές σαλάτες και αποφύγετε τις περιέργες σάλτσες και κρέμες με λίπος. Προσθέστε λεμόνι, ή κάποιο αρωματικό ξύδι.
- ▶ Αποφύγετε να παραμένετε δίπλα στον μπουφέ κατά την διάρκεια της βραδιάς. Η εύκολη πρόσβαση σε σνακ και ποτά αποτελεί μεγάλο πειρασμό στον οποίο εύκολα μπορεί να ενδώσετε.
- ▶ Συνοδέψτε το φαγητό σας με αναψυκτικά τύπου light ή σόδα. Αν προτιμάτε το αλκοόλ επιλέξτε το ξηρό κρασί



που αποτελεί πιο υγιεινή επιλογή, αρκεί να αρκεστείτε στα 1 - 2 ποτηράκια για τις γυναίκες και 2 - 3 για τους άνδρες. Επίσης, αν βρίσκεστε σε ινσουλινοθεραπεία, το αλκοόλ είναι πιθανό να μειώσει το σάκχαρό σας, αυξάνοντας την πιθανότητα για υπογλυκαιμία. Για το λόγο αυτό πάντα να καταναλώνετε συγχρόνως με το αλκοόλ, το φαγητό σας ή κάποιο υδατανθρακούχο σνακ.

- ▶ Από τα παραδοσιακά γλυκά προτιμήστε ένα μικρό μελομακάρονο, το οποίο αποτελεί πολύ καλή επιλογή σε σχέση με τον κουραμπιέ ή τα σιροπιαστά γλυκά, γιατί περιέχει ελαιόλαδο, ξηρούς καρπούς, κανέλα, μέλι, σιμιγδάλι, αλεύρι, ή κάποια τάρτα φρούτων. Ότι επιδόρπιο και αν επιλέξετε, βάλτε στο πιάτο σας μικρή ποσότητα, ή μοιραστείτε το. Φροντίστε εφόσον παίρνετε ινσουλίνη να γνωρίζετε εξ αρχής πόσες μονάδες χρειάζεστε για την κατανάλωση του γλυκού.
- ▶ Κατά την διάρκεια του γεύματος μιλήστε με τους γύρω σας. Το γεύμα έχει και αυτό τον σκοπό. Η συζήτηση βο-

ηθάει να καταναλώσετε το γεύμα με αργό ρυθμό και έτσι να αισθάνεστε νωρίτερα το αίσθημα κορεσμού, χωρίς να οδηγηθείτε στην υπερκατανάλωση.

- ▶ Η φυσική δραστηριότητα και τις ημέρες των εορτών κρίνεται αναγκαία, αποτελώντας ένα πολύ σημαντικό παράγοντα της συνολικής φροντίδας του διαβήτη. Αν δεν προλαβαίνετε να ασκηθείτε, θα ήταν ωφέλιμο να περπατήσετε μετά από το γεύμα σας για 15 - 30 λεπτά, ή να χορέψετε κατά τη διάρκεια της γιορτινής βραδιάς. Βγείτε έξω λοιπόν, περπατήστε ή κάνετε μία βόλτα κοιτάζοντας τις βιτρίνες.

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

ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ

Φροντίδα HELENVITA PANTHENOL από την Pharmex



Με τη νέα σειρά **HELENVITA PANTHENOL**, η Pharmex έρχεται να καλύψει την ανάγκη κάθε καταναλωτή για προστασία, ενυδάτωση και αύξηση της ελαστικότητας επιδερμίδας.

Η **HELENVITA Panthenol Balm**, με **5% Πανθενόλη**, είναι κατάλληλη για ξηρό και τραχύ δέρμα με σκασίματα και δερματικούς ερεθισμούς. Ιδανικό balm για ανάπληση, ενυδάτωση και ανακούφιση της ερεθισμένης επιδερμίδας. Κατάλληλο μετά από ήπια εγκαύματα, περιποίηση μετά από τατουάζ.
Η **HELENVITA Panthenol Cream**, με **5 % Πανθενόλη & 5% Ουρία**, είναι κρέμα για το ευαίσθητο σε ερεθισμούς δέρμα. Κατάλληλη για αφυδατωμένη και ξηρή επιδερμίδα, μετά από ηλιακά ή ήπια θερμικά εγκαύματα, για ταλαιπωρημένο δέρμα από ξηροδερμία, ή ερεθισμένο από τη χρήση απορρυπαντικών.

- Απορροφώνται γρήγορα
 - Δεν αφήνουν ίχνη λιπαρότητας
 - Κατάλληλες για πρόσωπο & σώμα
 - Δερματολογικά ελεγχμένες
 - Χωρίς paraben, παραφινέλαιο, συντηρητικά, και χρωστικές
- Pharmex A.E.**, τηλ.: 210-5199200, www.helenvita.gr

Insupen 33G από την Lilly

Ο Όμιλος ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΛΥ, με την πολυετή ειδίκευση και ηγετική θέση στο χώρο του διαβήτη, διαθέτει στην Ελληνική αγορά τη μικρότερη βελόνα για πένα που έχει κατασκευαστεί, την **Insupen 33G!** Η Η πλέον εξελιγμένη μορφή βελόνας για πένα. Η βελόνα **Insupen 33G**, η πλέον εξελιγμένη μορφή βελόνας για πένα, είναι προϊόν έρευνας της PiC και αποτελεί την τελευταία λέξη της τεχνολογίας. Η διάμετρος των μόλις 0,20 χιλιοστών και το μήκος των 4 χιλιοστών επιτρέπουν μια **αποτελεσματική και λιγότερο επώδυνη χορήγηση της ινσουλίνης**. Οι μικρές διαστάσεις, η νέα γεωμετρία Extr3me της αιχμής της βελόνας και η τεχνολογία Λεπού Τοιχώματος Υψηλής Ροής καθιστούν τη βελόνα Insupen 33G ένα πραγματικό κλειδί για **μία άνετη θεραπεία**, κάθε μέρα χωρίς τον φόβο των ενέσεων. Η ολοκληρωμένη σειρά **Insupen Extr3me** αποτελεί την πλέον προηγμένη λύση της PiC για εκείνους που επιθυμούν μια βελόνα με πολύ μικρή διάμετρο χωρίς να αλλάξουν τη συνήθη τεχνική της ένεσής τους. Όλη η σειρά βελόνων PiC Insupen είναι σχεδιασμένη και κατασκευασμένη στο Κόμο της Ιταλίας με όλες τις διεθνείς και ευρωπαϊκές τεχνικές και ποιοτικές πιστοποιήσεις και ελέγχους.

Lilly-Φαρμασέρβ A.E.B.E., τηλ.: 2106294600, www.pharmaserve.gr



Υπέροχες συνταγές από τα Sweet & Balance

Αν μέχρι σήμερα θεωρούσατε ότι όποιος δεν πρέπει να τρώει ζάχαρη δεν μπορεί να απολαύσει ένα γλυκό... μπειτε σήμερα κιόλας στο **www.sweetandbalance.gr** και αλλάξτε γνώμη για πάντα!! Αγαπημένες συνταγές για **γλυκά χωρίς ζάχαρη** που πάντα θέλατε να φτιάξετε αλλά δεν ξέρατε πώς! Στο site των **Sweet & Balance** θα βρείτε όλες τις οδηγίες που χρειάζεστε για τη δημιουργία υπέροχων **σπιτικών γλυκών χωρίς ζάχαρη** αλλά με γλυκαντικό **Sweet & Balance** με εκχύλισμα από το φυτό stevia! Ιδανικά και για διαβητικούς που προσέχουν τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα τους!* Μερικές από τις αγαπημένες μας **συνταγές χωρίς ζάχαρη των Sweet & Balance** είναι: ο λατρεμένος Σιμιγαλίνιος Χαλβάς, το απίστευτα αρωματικό Ρυζόγαλλο με γάλλο Αμυγδάλλο, το αφράτο Κέικ Σοκολάτας, η μοναδική Γαλιτόπιτα που εντυπωσιάζει, τα ιδιαίτερα Κουλουράκια με Lime και Καρύδα, τα λαχταριστά Cookies Σοκολάτας με Φιστίκια και τόσα πολλά άλλα. Γευστικότητες προτάσεις για όσους ζουν χωρίς ζάχαρη αλλά δεν ζουν χωρίς γλυκό! Οι συνταγές συνεχώς ανανεώνονται για να σας δίνουν ακόμα περισσότερες ιδέες και λόγους για να ετοιμάζετε με τα χεράκια σας απολαυστικά γλυκά χωρίς ζάχαρη για εσάς και τους αγαπημένους σας.
***Στα πλαίσια μίας ποικίλης και ισορροπημένης διατροφής και με την κατάλληλη καθοδήγηση και σύμφωνη γνώμη ειδικού γιατρού ή διατροφολόγου.**
ΓΙΩΤΗΣ Α.Ε., τηλ.: 2105704400, www.sweetandbalance.gr



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 & Ζωννή 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»**, Δημητσάνης 7, ΤΚ 11522, Αθήνα, Τ: 210 6434001, 210 6494270 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6445602

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ν. ΒΟΙΩΤΙΑΣ

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

Ν. ΕΥΒΟΙΑΣ

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

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

Ν. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ

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

Ν. ΦΩΚΙΔΟΣ

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

ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ / Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ν. ΚΙΛΚΙΣ

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

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

Ν. ΠΙΕΡΙΑΣ

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

Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ

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

Ν. ΔΡΑΜΑΣ

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

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

Ν. ΣΕΡΡΩΝ

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

Ν. ΗΜΑΘΙΑΣ

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

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

Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ

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

Ν. ΠΕΛΛΗΣ

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

ΝΗΣΙΑ ΑΙΓΑΙΟΥ ΠΕΛΑΓΟΥΣ / Ν. ΛΕΣΒΟΥ

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

Ν. ΣΑΜΟΥ

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

ΗΠΕΙΡΟΣ / Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

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

ΘΕΣΣΑΛΙΑ / Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ

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

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

Ν. ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

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

Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ

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

Ν. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

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

ΘΡΑΚΗ /Ν. ΕΒΡΟΥ

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

Ν. ΞΑΝΘΗΣ

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

Ν. ΡΟΔΟΠΗΣ

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

ΝΗΣΙΑ ΙΟΝΙΟΥ ΠΕΛΑΓΟΥΣ / Ν. ΖΑΚΥΝΘΟΥ

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

Ν. ΛΕΥΚΑΔΑΣ

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

Στείλτε μας τις
ερωτήσεις σας στο
info@elodi.org

Μας ρωτάτε - σας απαντάμε



1 Ο κ. Π.Λ. είναι 62 ετών και έχει διαβήτη τύπου 2 από την ηλικία των 45 ετών. Όπως μας γράφει, δεν ήταν ιδιαίτερα προσεκτικός στη ρύθμιση του σακχάρου και πριν 1,5 μήνα τραυματίστηκε από κάποιο ξύλο στην αριστερή γάμπα αλλά το τραύμα του καθυστέρει να επουλωθεί. Ρωτάει εάν για αυτό φταίει το σάκχαρο.

Αγαπητέ κ Π.Λ., δεν γνωρίζω την ακριβή θέση και φύση του τραύματος αλλά μπορώ να πω ότι είναι πιθανό ο διαβήτης να ευθύνεται, τουλάχιστον κατά ένα μέρος, για την καθυστέρηση της επούλωσης του. Όλοι γνωρίζουν ότι το σάκχαρο όταν δεν ρυθμίζεται καλά επηρεάζει αρκετές από τις λειτουργίες του οργανισμού. Το αρρυθμιστο σάκχαρο, ιδιαίτερα όταν αυτό συμβαίνει για αρκετά χρόνια, προκαλεί συνήθως βλάβες των νεύρων που συνοδεύονται από απώλεια της αίσθησης του πόνου και των αρτηριών που περιορίζουν την ροή του αίματος. Οι διαταραχές αυτές, εάν υπάρχουν στην περιοχή του τραύματος σου, μαζί με την υπεργλυκαιμία εμποδίζουν θεραπευτικές ουσίες και οξυγόνο να μπουν στα κύτταρα και να δώσουν την απαραίτητη ενέργεια, διατηράσουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού και αυξάνουν τη φλεγμονή. Όλα αυτά οδηγούν σε καθυστέρηση της επούλωσης του τραύματος. Σημείωσε ότι οι διαταραχές των αγγείων και νεύρων από το σάκχαρο είναι ιδιαίτερα συχνές στα χέρια και τα πόδια. Για να γιαίνει ταχύτερα η πληγή σου πρέπει να ρυθμίσεις το σάκχαρο σου. Επίσης να συμβουλευτείς το γιατρό σου ο οποίος θα δει το τραύμα σου, θα καθαρίσει την πληγή από νεκρούς ιστούς. Θα φροντίσει για την απολύμανση της περιοχής και ενδεχομένως θα συστήσει κάποιο αντιβιοτικό. Το σημαντικότερο όμως είναι να προλαμβάνονται τέτοιες καταστάσεις με την αποφυγή μηχανικών τραυματισμών και τον τακτικό έλεγχο για την παρουσία τραυμάτων, κυρίως στα πόδια.

2 Η κα Μ.Π. 46 ετών πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 από την ηλικία των 16 ετών. Στις τελευταίες εξετάσεις που έκανε βρέθηκε στα ούρα της αυξημένη παρουσία μικρολευκωματίνης και ο γιατρός της συνέστησε ένα φάρμακο που όπως γράφουν οι οδηγίες του χορηγείται σε όσους έχουν υπέρταση. Θέλει να πληροφορηθεί γιατί της προτάθηκε αυτό το φάρμακο αφού η ίδια έχει κανονική αρτηριακή πίεση.

Αγαπητή κα Μ.Π., η απόφαση του γιατρού σου είναι σωστή. Όπως αναφέρεις βρέθηκε αυξημένη λευκωματίνη στα ούρα σου. Αυτό δεν συμβαίνει φυσιολογικά γιατί τα πολλά μικρά φίλτρα του νεφρού που λέγονται «σπειράματα» και αποτελούνται από πολλά λεπτά αγγεία, τα «τριχοειδή», δεν το επιτρέπουν. Στην περίπτωση όμως του διαβήτη, η πίεση του αίματος στις μικρές αρτηρίες πριν τα τριχοειδή αυξάνει, μεταφέρεται στα «τριχοειδή» και αυτό οδηγεί μόρια λευκωματίνης να περνάνε μέσα από το τοίχωμα τους και να εμφανίζονται στα ούρα. Η παρουσία λοιπόν λευκωματίνης στα ούρα, πάνω από ένα όριο, αποτελεί σημάδι ότι έχει αυξηθεί η πίεση στα «σπειράματα» κάτι που ο γιατρός σου επιθυμεί να διορθώσει. Το φάρμακο που σου έδωσε ανήκει σε μια ειδική κατηγορία και η λήψη του συνοδεύεται από ελάττωση της πίεσης στις μικρές αρτηρίες των νεφρών προστατεύοντας τα «σπειράματα» από καταστροφή. Απόδειξη της ελάττωσης της πίεσης είναι συνήθως η υποχώρηση της λευκωματινουρίας.



Θέλεις ένα light αναψυκτικό, αλλά μπορείς;



Με
χαμηλό
γλυκαιμικό
δείκτη

Ακόμα και στις γιορτές ακολουθείς μια ισορροπημένη διατροφή χωρίς ζάχαρη και τεχνητά γλυκαντικά. Θα ήθελες να συμπεριλάβεις σε αυτήν ένα αναψυκτικό, αλλά αναρρωτιέσαι εάν μπορείς.

Ναι, μπορείς, αρκεί να είναι λουξ plus 'n light!*

Η νέα οικογένεια αναψυκτικών λουξ plus 'n light συνδυάζει την απαράμιλλη 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!

join us  /louxplusnlight www.plusnlight.gr



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

ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΕΛΕΓΧΕΙΣ ΤΗ ΓΛΥΚΟΖΗ ΧΩΡΙΣ ΤΡΥΠΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΔΑΚΤΥΛΑ¹

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

**αυξάνει τη συχνότητα
παρακολούθησης της γλυκόζης**

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

&

**συνδέεται με βελτιωμένο
έλεγχο της γλυκόζης²**

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

ΜΑΘΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ

FreeStyle Libre.gr

ή κλείστε το δικό σας ραντεβού για εκπαίδευση

210 9985220

**FreeStyle
Libre**

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

