

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ

ΕΠΙΣΗΜΗ & ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛ.Ο.ΔΙ

Ιανουάριος - Μάρτιος 2020 #58



- ▶ Προλαβαίνω τη μόλυνση-προστατεύω τον εαυτό μου:
Οδηγίες για την αντιμετώπιση της επιδημίας του ιού COVID-19
- ▶ Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 και η κοινωνική ζωή των εφήβων
- ▶ Κληρονομικότητα και Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1
- ▶ Κληρονομικότητα και Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2
- ▶ Η φροντίδα των ματιών στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1
- ▶ Νηστεία και Σακχαρώδης Διαβήτης



**“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 φαρμακευπόρων και των συνεταιρισμών φαρμακοποιών.



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

ΕΠΙΣΗΜΗ & ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛ.Ο.ΔΙ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

Ιδιοκτησία

ΕΛΟΔΙ

Ελληνική Ομοσπονδία για τον Διαβήτη
Φερών 8, 104 34 Αθήνα
τηλ: 210 88 38 113, φαξ: 210 88 38 118
e-mail: info@elodi.org
website: www.elodi.org

Έκδοση - Εκτύπωση



Λ. Μεσογείων 380, 153 41 Αγ. Παρασκευή
τηλ.: 210 60 00 643, fax: 210 60 02 295
e-mail: info@technogramma.gr

Καλλιτεχνική Επιμέλεια

Ελένη Τσουκαλά
Ελένη Βραχάτη

Αρχισυνταξία και Συντονισμός ύλης

Γεώργιος Κουκούλης

ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΝΤΥΠΟΥ Γ.Γ.Ε. 018331

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

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Γεώργιος Ν. Κουκούλης, αναπληρωτής καθηγητής Ενδοκρινολογίας

ΜΕΛΗ

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

Ανδρομάχη Βρυωνίδου, ενδοκρινολόγος, συντονίστρια διευθύντρια τμήματος, Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, υπεύθυνη διαβητολογικού κέντρου ΓΝΑ «Κοργιανέειο-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 Α. Κατσιλάμπρος, ομότιμος καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Όλγα Κορδονούρη, καθηγήτρια Παιδιατρικής, υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου Νοσοκομείο Παίδων, Ανόβερο, Γερμανία

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

Ασημίνα Μπτράκου, αναπληρώτρια καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Ζαδάλλα Μούσση, ενδοκρινολόγος, διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Αλεξάνδρα Μπαργιώτα, επίκουρη καθηγήτρια Παθολογίας-Ενδοκρινολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας - διαβητολόγος, καθηγήτρια Παιδιατρικής

Ενδοκρινολογίας - Νεανικού Διαβήτη, Α' παιδιατρική κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Μαριάννα Μπενρουμπή, παθολόγος, συνεργαζόμενη ιατρός με την «Ευρωκλινική Αθηνών»

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

Κωνσταντίνος Ποιλυχνάκος, καθηγητής Παιδιατρικής, διευθυντής του εργαστηρίου ενδοκρινολογικής γενετικής, Πανεπιστήμιο McGill, διευθυντής τμήματος Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Νοσοκομείο Παίδων Μόντρεαλ

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

Στέλιος Τίγκας, επίκουρος καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

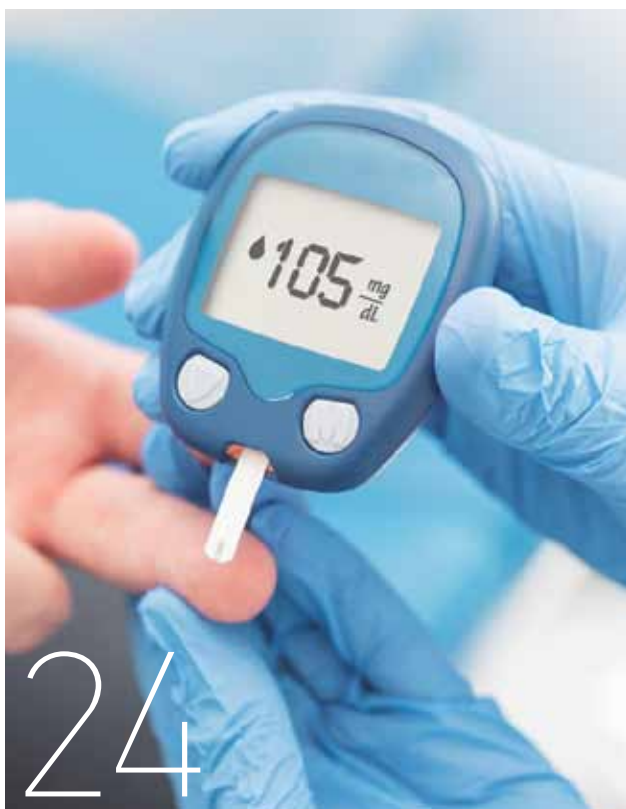
Αγαθοκλής Τσατσούλης, ομότιμος καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Δημήτριος Χιώτης, παιδίατρος - ενδοκρινολόγος

Γεώργιος Χρούσος, ομότιμος καθηγητής Παιδιατρικής και Ενδοκρινολογίας Εθνικού και Καποδιστριακού 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

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



4	EDITORIAL		
6-7	ΟΜΙΛΙΑ ΟΜΙΛΙΑ ΤΗΣ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ ΛΟΥΒΑΡΗ	34	ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ: ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΗΣ ΕΛΟΔΙ ΓΙΑ ΤΟ 2020
8-11	ΧΡΗΣΤΙΚΑ ΠΡΟΛΑΒΑΙΝΩ ΤΗ ΜΟΛΥΝΣΗ- ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΩ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ: ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΑΣ ΤΟΥ ΙΟΥ COVID-19	36	ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΚΟΠΗ ΠΙΤΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΣΥΛΛΟΓΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ Ν. ΣΕΡΡΩΝ
12-13	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ	36	ΚΟΠΗ ΠΙΤΑΣ 2020 MELLITUS CELIAC - ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΕΑΝΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ ΠΡΕΒΕΖΑΣ
14-15	ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1	37	ΚΟΠΗ ΒΑΣΙΛΟΠΙΤΑΣ 2020 ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ Ν.ΗΜΑΘΙΑΣ "ΓΛΥΚΙΑ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ"
16-18	ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2	38	ΚΟΠΗ ΒΑΣΙΛΟΠΙΤΑΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΝΟΜΟΥ ΚΟΖΑΝΗΣ
20-22	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΜΑΤΙΩΝ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1	39	ΚΟΠΗ ΠΙΤΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΩΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
24-26	ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗΣ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2	40	ΚΟΠΗ ΠΙΤΑΣ ΚΑΙ ΕΠΕΤΕΙΑΚΗ ΧΡΟΝΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΥΛΛΟΓΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ Ν. ΕΒΡΟΥ
27-28	ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΝΗΣΤΕΙΑ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	41-42	ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΣΔ1
29-31	ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ	43	ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ ΔΙΑΝΑ
32-33	ΦΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΕΣ Η ΟΙ ΠΛΟΥΣΙΕΣ ΣΕ ΤΡΟΦΙΜΑ ΦΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΔΙΑΙΤΕΣ ΚΑΛΥΤΕΡΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ;	45	ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ, 6-15 ΑΥΓΟΥΣΤΟΥ 2020
		46-47	ΧΡΗΣΤΙΚΑ ΟΔΗΓΟΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ
		48	ΣΗΜΕΙΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

Αγαπητοί Αναγνώστες



Το παρόν μήνυμα μάς βρίσκει σε μια δύσκολη ατομική και κοινωνική συγκυρία. Η πανδημία του κορωνοϊού COVID-19 και η αναγκαστική λήψη από την πολιτεία μέτρων για τον περιορισμό της διασποράς της μόλυνσης έχουν αλλιάξει σημαντικά την καθημερινότητά μας. Παράλληλα, η πληθώρα των πληροφοριών για την καταγίδα των συνεπειών της νόσησης από τον ιό, σε παγκόσμιο επίπεδο, αυξάνει το αίσθημα της ανησυχίας και αβεβαιότητας για το μέλλον. Η ανησυχία είναι μεγαλύτερη για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τα οποία ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου λόγω της αυξημένης ευπάθειας, σε περίπτωση νόσου από τον ιό αυτόν. Αυτή η πραγματικότητα υποχρεώνει στην αυστηρή λήψη μέτρων για την αποφυγή μόλυνσης.

Όλοι γνωρίζουμε ότι κάθε λοίμωξη απορρυθμίζει τον σακχαρώδη διαβήτη γεγονός που επιβάλλει πρωτογενή προστασία. Στην περίπτωση του κορωνοϊού, όπου διακυβεύονται πολλά περισσότερα, είναι αυτονόητο ότι τα μέτρα πρόληψης τόσο των ατόμων με διαβήτη όσο και των ατόμων του περιβάλλοντός τους πρέπει να εφαρμόζονται με θρησκευτική ευλάβεια. Στο πλαίσιο αυτής της προσπάθειας η Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού συνέταξε ένα κείμενο ενημέρωσης και προληπτικών μέτρων το οποίο θα βρείτε στο παρόν τεύχος και παρακαλούμε να εφαρμόσετε πιστά. Αξίζει επίσης να δείτε τις θέσεις της ΕΛΟΔΙ για τον διαβήτη όπως εκφράστηκαν από την Πρόεδρο της Ομοσπονδίας στην πρόσφατη ενημερωτική συνάντηση που έγινε στη Βουλή παρουσία του Πρωθυπουργού και των αρμόδιων Υπουργών. Ακόμα θα βρείτε πληροφορίες για διάφορα ενδιαφέροντα θέματα που ελπίζουμε ότι θα πληυτίσουν τις γνώσεις σας και θα βοηθήσουν να διαχειριστείτε την αυτοαπομόνωση με δημιουργικό τρόπο.

Η αρρώστια και ο θάνατος αποτελούν έννοιες γύρω από τις οποίες συγκεντρώνεται με ένταση το μυαλό μας. Τίποτα δεν ενεργοποιεί περισσότερο μια κοινωνία από το ενδεχόμενο διάλυσής της. Είναι ίσως η πρώτη φορά, στα τελευταία 70 χρόνια της ευημερίας και ευμάρειας, που η πανδημία μάς αναγκάζει να επαναξιολογήσουμε τη σημαντικότητά μας στον φυσικό χώρο και τις προτεραιότητές μας. Απέναντι στον άγνωστο κίνδυνο, κανένας μας δε μένει ανεπηρέαστος και όπως κάπου γράφτηκε, «όλοι είμαστε στην ίδια βάρκα» ανεξάρτητα από τις συνθήκες που μας κάνουν περισσότερο ή λιγότερο ευάλωτους. Ωστόσο, το πρόβλημα που αντιμετωπίζουμε βγάζει στην επιφάνεια την υποχρέωση να σκεφτούμε την ανάγκη της κοινωνικής μας συμμετοχής στην προσπάθεια η βάρκα μας να πιάσει ασφαλές αγκυροβόλιο. Κανένα ατομικό μέτρο προστασίας δεν μπορεί να μας εξασφαλίσει εάν δεν κάνει το ίδιο και ο διπλανός μας. Έχουμε την ηθική ευθύνη να προστατεύσουμε τον διπλανό μας εάν θέλουμε να προστατεύσουμε τον εαυτό μας. Πολύ περισσότερο όταν ο διπλανός μας ανήκει στις ευπαθείς ομάδες όπου ανήκουν τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Με τη βεβαιότητα ότι ενωμένοι στον κοινό στόχο και εφαρμόζοντας τις οδηγίες των ειδικών θα ξεπεράσουμε την πανδημία, με τις λιγότερες δυνατές συνέπειες, Σας χαιρετώ.

Γεώργιος Ν. Κουκούλης

Αναπληρωτής Καθηγητής Ενδοκρινολογίας
Διευθυντής Σύνταξης

Ανακαλύψτε μια πιο
εύκολη διαχείριση του διαβήτη.*
Νέος μετρητής CONTOUR[®]NEXT.
Εμπιστευτείτε το φως.

Νέος

Εμπιστευτείτε την:

- **Υψηλή του ακρίβεια²** σε συνδυασμό με τις ταινίες μέτρησης CONTOUR[®]NEXT
- **Λειτουργία smartLIGHT[®]** για ευκολότερη κατανόηση των επιπέδων γλυκόζης αίματός¹
- **Λειτουργία Second-Chance[®] sampling 60 δευτερολέπτων**, που μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή επιπλέον τρυπημάτων και στην εξοικονόμηση ταινιών μέτρησης³
- **Δωρεάν εφαρμογή CONTOUR[®]DIABETES** που σχετίζεται με βελτιωμένο γλυκαιμικό έλεγχο^{4,5}



www.diabetes.ascensia.gr

*Η λειτουργία smartLIGHT[®] προσφέρει ευκολότερη κατανόηση των αποτελεσμάτων γλυκόζης αίματος.¹ Η εφαρμογή διευκολύνει μια πιο ενεργή συμμετοχή στην αυτο-διαχείριση του διαβήτη.^{4,5} Η αντίστροφη μέτρηση 60 δευτερολέπτων (για την προέγερση περισσότερου αίματος) καθιστά ευκολότερο να γνωρίζει ο χρήστης πότε η ταινία δεν έχει αρκετό αίμα.²

Αναφορές: **1.** Smartson online survey, Sweden 2017, 352 respondents: People with type 1 and type 2 diabetes, over 18 years old, who tested at least 4-7 times a day. Participants received free meter and tests strips. Survey funded by Ascensia Diabetes Care. **2.** Data on File. N=326. Ascensia Diabetes Care. CNext/CTV3 Study, Protocol no. GCA-PRO-2018-006-01. **3.** Market Research. Ascensia Diabetes Care, Hall & Partners online market research, conducted April/May 2015. **4.** Stuhr A and Pardo S. Impact of Real-World Use of the CONTOUR[®]DIABETES App on Glycemic Control and Testing Frequency. Poster presented at the Diabetes Technology Meeting (DTM), November 8-10 2018, North Bethesda, Maryland, USA. **5.** Pardo S et al. Changes in Blood Glucose Excursions After at Least 180 Days Real-world Use of a New Smartphone Application for Blood Glucose Monitoring. Poster presented at the 12th International Conference on Advanced Technologies & Treatments For Diabetes (ATTD); February 20-23, 2019; Berlin, Germany.

© 2019 Ascensia Diabetes Care. Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Το Ascensia, το λογότυπο Ascensia Diabetes Care, το Contour, το Smartlight και το Second-Chance είναι εμπορικά σήματα και/ή εμπορικά σήματα κατατεθέντα της Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

Apple and the Apple logo are trademarks of Apple Inc., registered in the U.S. and other countries. App Store is a service mark of Apple Inc. Google Play and the Google Play logo are trademarks of Google LLC. All other trademarks are properties of their respective owners and are used solely for informative purposes. No relationship or endorsement should be inferred or implied. Ημερομηνία προετοιμασίας: Νοέμβριος 2019. Κωδικός: G.GR.11.2019.PP-CN-Mtr-GBL-0016

Ομιλία της Βασιλικής Λούβαρη

Πρόεδρος της Ελληνικής Ομοσπονδίας για τον Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ)



Κύριε Πρόεδρε της Διαρκούς Επιτροπής
Κοινωνικών Υποθέσεων,
Κύριοι Βουλευτές,
Κυρίες και Κύριοι

Ακούμε συχνά τον όρο «διαβητικοί». Ο όρος αυτός αναπαράχθηκε και σήμερα αρκετές φορές. Στέκομαι σε αυτή τη λέξη, ναι, σε μία μόνο λέξη, που όμως για όσους έχουν γνωρίσει τον διαβήτη έχει ξεχωριστή βαρύτητα. Ως άτομο που ζω με τον διαβήτη τα τελευταία 14 χρόνια, ομολογώ πως ο όρος αυτός νχί περίεργα σ' αυτά μου. Σαν πλή-

ρες κι ενεργό μέλος της Διεθνούς Ομοσπονδίας Διαβήτη, έχουμε υιοθετήσει στην ΕΛΟΔΙ τον όρο που προτάσσει η διεθνής κοινότητα, «άτομα με διαβήτη». Είμαστε άτομα με προσωπικότητες, δικαιώματα και υποχρεώσεις.

Η ΕΛΟΔΙ δημιουργήθηκε το 1997 από την ένωση τεσσάρων σωματείων εκπροσώπησης ατόμων με διαβήτη. Σήμερα, 23 χρόνια αργότερα, αποτελεί δευτεροβάθμια ένωση δώδεκα συλλόγων απ' όλη τη χώρα και μία εκ των αντιπροσώπων για περίπου 1.000.000 ανθρώπους που πάσχουν από όλους τους τύπους διαβήτη στην Ελλάδα. Είμαστε μέλος της Διεθνούς Ομοσπονδίας Διαβήτη από το 2000 και συμμετέχουμε κάθε δύο έτη σε συνέδρια παγκόσμια κλίμακας, καθώς και σε διεθνή νεανικά προγράμματα, μέσω αντιπροσώπων. Κάθε δύο χρόνια, επίσης, διοργανώνουμε το Πανελλήνιο Συνεδριό μας, που προσφέρει επιστημονική ενημέρωση και αλληλεπίδραση σε όσους ζουν με την πάθηση ή κοντά σε αυτή. Μάλιστα, στο τελευταίο συνέδριό μας, που πραγματοποιήθηκε στην Καλαμπάκα, είχαμε την τιμή να χαιρετήσει τις εργασίες του, ο Πρωθυπουργός, Κυριάκος Μητσοτάκης, μέσω του βουλευτή Τρικάλων Αθανάσιου Λιούτα.

Από το 2008 εκδίδουμε το αναγνωρισμένο από το Υπουργείο Υγείας περιοδικό «Σακχαρώδης Διαβήτης: Φροντίδα για Όλους», ένα έντυπο που φιλοξενεί χρηστικά άρθρα, ενδιαφέρουσες μελέτες, βιώματα, νέα για τον διαβήτη και διανέμεται 4 φορές τον χρόνο, σε περισσότερα από 5.000 αντίτυπα ανά τεύχος, σε διαβητολογικά ιατρεία, συλλόγους και ιδιώτες.

Αναδεικνύουμε τη ζωή με τον διαβήτη στις πραγματικές της διαστάσεις, ενημερώνοντας τον γενικό πληθυσμό και καταρρίπτοντας μύθους.

Έχουμε δημιουργήσει και προβάλλει μέσα από τους τηλεοπτικούς δέκτες ένα εμπνευσμένο σποτάκι για την αποδοχή του διαβήτη τύπου 1 στις σχολικές αίθουσες, με πρωταγωνίστρια τη γνωστή ηθοποιό Ελισάβετ Κωσταντινίδου.

Επίσης, στηρίξαμε τη δημιουργική πρωτοβουλία φαρμακευτικής εταιρείας, η οποία ανέθεσε στον διάσημο συγγραφέα παραμυθιών Φίλιππο Μανδηλαρά, τη δημιουργία παραμυθιού για ένα νεαρό μαθητή με διαβήτη τύπου 1, τον τρόπο που τον βιώνει και τελικά τον αποδέχεται. Το έργο εγκεκριμένο από την επιστημονική επιτροπή της Ομοσπονδίας μας, έλαβε την αιγίδα της και μαζί με τη θεατρική του διασκευή εγκρίθηκε από το Υπουργείο Παιδείας και ταξίδεψε σε 4.500 δημοτικά σχολεία της επικράτειας.

Ο διαβήτης τύπου 1 εξαπλώνεται στη χώρα μας με ταχύτα-

τους ρυθμούς και έχει πολλές ιδιαιτερότητες, καθώς απαιτεί προσαρμογές, θυσίες και συνεχή εγρήγορση. Όπλο απέναντι στον διαβήτη τύπου 1 είναι η επαρκής εκπαίδευση όσων ζουν με αυτόν ή κοντά σε αυτόν. Η γνώση οδηγεί σε ασφαλείς αποφάσεις για τη ρύθμιση του διαβήτη, διαλύει τον φόβο, τις προκαταλήψεις, ρίχνει φως στο σκοτάδι. Η επαρκής ρύθμιση είναι και η καλύτερη αντιμετώπιση, καθώς μειώνει τον κίνδυνο επιπλοκών και το κόστος υγειονομικής περίθαλψης ανά ασθενή.

Ο διαβήτης τύπου 1 μάς αφορά όλους. Και αφορά φυσικά και την Πολιτεία, στον βαθμό που μπορεί να δημιουργήσει τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την απρόσκοπτη πρόσβαση των ατόμων με διαβήτη σε ποιοτική περίθαλψη και υπηρεσίες υγείας. Έτσι, το Κράτος καλείται να διαφυλάσσει την ομοιόμορφη εφαρμογή της νομοθεσίας που αφορά στην τεκμηρίωση του διαβήτη στα ΚΕΠΑ και να εξακολουθήσει να διασφαλίζει τη δωρεάν πρόσβαση όλων στην ινσουλίνη και σε ποιοτικά αναλγώσιμα διαβήτη, καταστέλλοντας οποιαδήποτε απόπειρα μετακύλισης του κόστους στον ασθενή. Επίσης, να μεριμνά για την ταχεία αποζημίωση νέων, καινοτόμων τεχνολογιών που κάνουν την καθημερινότητά μας ολισθέα και πιο εύκολη, ενισχύοντας προοδευτικά τα σχετικά κονδύλια δαπανών. Χρειάζεται να δημιουργήσει το έδαφος για επενδύσεις και βιωσιμότητα στον χώρο του φαρμάκου και των αναλώσιμων, αναθεωρώντας πολιτικές που διατηρούν υψηλά τα ποσοστά clawback και απλοποιώντας τη γραφειοκρατία που μπορεί να καθυστερήσει μήνες έως και έτη την εισαγωγή νέων τεχνολογικών επιτευγμάτων.

Οφείλουμε να αναγνωρίσουμε και να χειροκροτήσουμε το ότι επιτέλους στην Ελλάδα υπάρχει ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή. Πρέπει όμως να προασπίσουμε την ασφάλεια των παιδιών με διαβήτη τοποθετώντας σχολικούς νοσηλευτές σε όλες τις μονάδες που υπάρχει ανάγκη υποστήριξης. Σας ευχαριστούμε που σήμερα αποφασίσατε να επενδύσετε σε αυτή τη σχέση, τη σχέση Πολιτείας – ασθενών, ανοίγοντας έναν εποικοδομητικό διάλογο που μόνο θετικά έχει να προσφέρει. Καταλαβαίνετε ότι ο διαβήτης είναι πολλή περισσότερο από μια «καλή» ρύθμιση. Για τον λόγο αυτόν, θεωρούμε αναγκαία μια συνάντηση με τις ηγεσίες των αρμόδιων υπουργείων στο άμεσο μέλλον ώστε να αναλύσουμε εκτενέστερα τις πτυχές του διαβήτη.

Σας ευχαριστούμε θερμά. 

Προλαβαίνω τη μόλυνση- προστατεύω τον εαυτό μου: Οδηγίες για την αντιμετώπιση της επιδημίας του ιού COVID-19



ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΥΚΟΥΛΗΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Ενδοκρινολογίας
Διευθυντής Συντακτικής Επιτροπής

Όλοι βιώνουμε την απειλητική παρουσία ενός νέου κορωνοϊού ο οποίος πρωτοεμφανίσθηκε στην Κίνα στο τέλος του 2019 και από εκεί μεταφέρθηκε σε ολόκληρο τον πλανήτη μεταδιδόμενος από άνθρωπο σε άνθρωπο. Πρόκειται για σοβαρό λοιμογόνο παράγοντα ο οποίος προκαλεί κυρίως πνευμονία. Η προσπάθεια κατανόησης της συμπεριφοράς του είναι παγκόσμια και ελπίζουμε σύντομα η επιστήμη να είναι σε θέση να ελέγξει την ταχύτητα εξάπλωση και τις συνέπειές του. Έως τότε η μάχη επαφίεται

στις υγειονομικές δομές της χώρας αλλά και την υπεύθυνη προσωπική συνδρομή καθενός από εμάς όσον αφορά στην πιστή εφαρμογή των μέτρων που πρέπει να λαμβάνονται.

Διαβήτης και κορωνοϊός COVID-19

Καθημερινά τα άτομα με διαβήτη ακούν ότι ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) είναι ένας παράγοντας κινδύνου που σε περίπτωση λοίμωξης από τον ιό αυξάνεται ο κίνδυνος θανάτου. Είναι λογικό τέτοια μηνύματα να τρομάζουν και το ερώτημα

είναι το τι γνωρίζουμε σήμερα σχετικά με τις επιπτώσεις αυτής της λοίμωξης σε άτομα με διαβήτη. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι από αυτούς που νοσηλεύτηκαν για σοβαρή νόσο, το 22,2-26,9% ανέφερε ότι πάσχει από διαβήτη. Σε μελέτη που δημοσιεύθηκε πρόσφατα στο ιατρικό περιοδικό JAMA, διαπιστώθηκε ότι από 44.672 άτομα που νόσησαν από τον ιό COVID-19 στην Κίνα, απεβίωσε το 2,3%. Το γεγονός ότι ο ΣΔ ήταν δεύτερος σε συχνότητα, μετά τα καρδιαγγειακά, στα άτομα που απεβίωσαν ενισχύει την ένταξη των ατόμων με διαβήτη στην κατηγορία των ευπαθών ομάδων. Ωστόσο, είναι λογικό να δεχθούμε ότι σε άτομα με διαβήτη, με ικανοποιητική ρύθμιση του σακχάρου και χωρίς επιπλοκές της πάθησής τους ο κίνδυνος από τον κορωνοϊό δεν πρέπει να είναι σημαντικά υψηλότερος απ' ό,τι σε συνομηλίκους τους χωρίς διαβήτη. Ανεξάρτητα από τη διαβάθμιση του κινδύνου, τα υπάρχοντα στοιχεία επιβάλλουν τα άτομα με ΣΔ να είναι δύο φορές προσεκτικά κυρίως στη λήψη μέτρων πρόληψης. Για να αμβλυνθεί η εύλογη ανησυχία των ατόμων με ΣΔ και για την καλύτερη εφαρμογή μέτρων πρόληψης η Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού διαμόρφωσε το παρόν κείμενο με βάση τις θέσεις της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας. Στόχος του κειμένου αυτού είναι να απαντήσει με σαφήνεια σε απλά καθημερινά ερωτήματα των αναγνωστών σχετικά με τον αόρατο παράγοντα που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε. Η κατανόηση και εκλογίκευση των διαφορών πλευρών του προβλήματος πιστεύουμε ότι θα μειώσουν την ανησυχία τόσο των ατόμων με διαβήτη όσο και των λοιπών συμπολιτών μας και θα συμβάλουν στην αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπισή του, αν παρ' ελπίδα αυτό συμβεί.

Πώς μεταδίδεται ο ιός;

Ο ιός COVID-19 εκτιμάται ότι μεταδόθηκε από κάποιο ζώο στον άνθρωπο και από εκεί η μετάδοσή του συνήθως γίνεται από άνθρωπο σε άνθρωπο όπως στις γνωστές σε όλους μας λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού. Δηλαδή με σταγονίδια σάλιου τα οποία εκσφενδονίζονται από κάποιον που φέρει τον ιό όταν αυτός βήχει, φταρνίζεται ή ακόμα και όταν μιλάει και είμαστε πολύ κοντά του. Ο ιός μπορεί να επιβιώσει στο περιβάλλον από λίγες ώρες έως λίγες ημέρες, ανάλογα με την επιφάνεια την οποία μόλυνει και τις συνθήκες του περιβάλλοντος. Πιάνοντας με τα χέρια μας τις μολυσμένες επιφάνειες και στη συνέχεια φέρνοντάς τα σε επαφή με τη μύτη ή το στόμα επιτρέπουμε την είσοδο του ιού στον οργανισμό μας. Ευτυχώς ο ιός σκοτώνεται από

αντισηπτικά διαλύματα που περιέχουν οινόπνευμα.

Πόσο σοβαρή μπορεί να είναι η νόσηση από τον ιό;

Τα καλά νέα είναι ότι ο ιός προκαλεί συνήθως ήπια νόσο και σε περίπου 98 από τους 100 ανθρώπους που θα νοσήσουν δεν θα υπάρξουν σοβαρές συνέπειες. Ειδικότερα, στην πλειοψηφία των περιστατικών (80%) τα συμπτώματα είναι ήπια (μοιάζουν με αυτά του κοινού κρυολογήματος). Περίπου στο 15% των περιπτώσεων είναι σοβαρότερα και σε ποσοστό 4-5% προκαλούν κρίσιμες διαταραχές της υγείας όπως σοβαρή πνευμονία. Δυστυχώς άγνωστο ποσοστό αυτών που θα μολυνθούν δεν εμφανίζει συμπτώματα νόσου, γεγονός ιδιαίτερης σημασίας λόγω του ότι μπορεί να μεταδίδουν ανεπίγνωστα τον ιό σε άλλους ανθρώπους. Τα στοιχεία δείχνουν ότι στα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα αυξάνει η πιθανότητα εμφάνισης σοβαρών διαταραχών της υγείας, ιδιαίτερα όταν τα άτομα αυτά ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες.

Ποια είναι τα πιθανά συμπτώματα από τη νόσο;

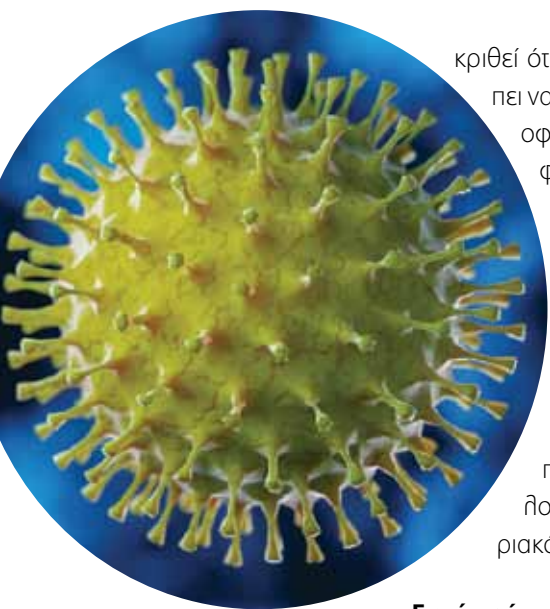
Τα άτομα που νοσούν από τον ιό COVID-19 μπορεί να εκδηλώσουν πυρετό, βήχα, δυσκολία στην αναπνοή (δύσπνοια), αίσθημα κόπωσης και πόνους στους μυς (μυαλγίες). Η δύσπνοια εμφανίζεται όταν ο ιός προσβάλλει τους πνεύμονες και προκαλεί πνευμονία. Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν λίγες ημέρες μετά τη μόλυνση (περίπου 3-7 ημέρες) αλληλά σε μερικές περιπτώσεις μπορούν να εκδηλωθούν και έως 14 ημέρες μετά τη μόλυνση.

Πώς διαπιστώνεται ότι έχω μολυνθεί;

Η επιβεβαίωση ή ο αποκλεισμός της μόλυνσης γίνεται με την αναζήτηση του ιού, με ειδική δοκιμασία (τεστ), από εξειδικευμένο προσωπικό σε δείγμα υγρού που λαμβάνεται από τη μύτη ή τον φάρυγγα.

Τι πρέπει να κάνω στην περίπτωση που έχω μολυνθεί;

Εάν κάποιος εμφανίσει πυρετό, βήχα, δυσκολία στην αναπνοή και εκτιμά ότι ίσως έχει εκτεθεί στον ιό, το πρώτο που πρέπει να κάνει είναι να μιλήσει με τον γιατρό του και να συζητήσει μαζί του το πρόβλημά του. *Δεν είναι φρόνιμο να βιαστεί να πάει στο νοσοκομείο πριν γίνει κάποια διευθέτηση με τις αντίστοιχες υπηρεσίες, αν αυτό χρειαστεί, γιατί υπάρχει μεγάλος κίνδυνος μετάδοσης του ιού σε άλλα άτομα που περιμένουν στην αίθουσα αναμονής του νοσοκομείου.* Εάν τελικά



κριθεί ότι το άτομο αυτό πρέπει να πάει στο νοσοκομείο, οφείλει υποχρεωτικά να φορά μάσκα και να παραμένει σε απόσταση από άλλα άτομα. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, σε συνθήκες λήψης όλων των προστατευτικών μέτρων, θα προβεί στον κατάλληλο κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο.

Γιατί πρέπει να μείνω σπίτι δύο εβδομάδες αφού έχω ελαφρά συμπτώματα;

Γιατί με το μέτρο αυτό μειώνεται ο κίνδυνος να μεταδοθεί ο ιός σε άλλα άτομα. Η απόφαση αυτή στηρίχθηκε σε παρατηρήσεις που δείχνουν ότι: α) ορισμένα άτομα μπορεί να εμφανίσουν τη νόσο και μέχρι 14 ημέρες μετά τη μόλυνσή τους, β) οι επιστήμονες δεν είναι απόλυτα σίγουροι για το πόσες ημέρες μετά τη μόλυνση ή την εκδήλωση των συμπτωμάτων ο πάσχων μεταδίδει τον ιό.

Πώς μπορώ να προφυλαχθώ από τον ιό;

Τα μέτρα που πρέπει να πάρεις για την προφύλαξή σου από τον ιό είναι απλά, και αφορούν στις καθημερινές σου συνήθειες. Ειδικότερα,

- ▶ Πλύνε συχνά τα χέρια με κοινό σαπούνι ή τα απολυμαίνεις με κάποιο αντισηπτικό διάλυμα (συνήθως είναι διαλύματα με βάση το οινόπνευμα) με περιεκτικότητα οινόπνευματος τουλάχιστον 60%. Το πλύσιμο των χεριών πρέπει να γίνεται πριν από τη λήψη τροφής ή ποτού, μετά τη χρήση της τουαλέτας, το φύσημα της μύτης, τον βήχα ή το φτάρνισμα και μετά την έξοδό σου από το σπίτι.
- ▶ Απόφυγε να αγγίζεις τα μάτια, το στόμα ή τη μύτη σου όσο είναι δυνατόν.
- ▶ Απόφυγε τις μη ουσιαστικές μετακινήσεις. Όταν βγαίνεις έξω, απόφυγε χώρους συγχρωτισμού.
- ▶ Μείνε σε απόσταση από άλλα άτομα και ειδικότερα από εκείνα που ασθενούν. Απομακρύνσου με διακριτικότητα, από κάποιον που βήχει, φταρνίζεται ή είναι φανερό ότι

πάσχει.

- ▶ Μην μοιράζεσαι με άλλους τροφή, σκεύη εστίασης, πετσέτες ή άλλα αντικείμενα.
- ▶ Μείνε στο σπίτι εάν συμβεί να παρουσιάσεις συμπτώματα από το ανώτερο αναπνευστικό ή/και πυρετό και ενημέρωσε τα μέλη της οικογένειάς σου, τον εργοδότη σου και τον θεράποντα γιατρό για το γεγονός.
- ▶ Κάλυψε με το μανίκι ή με χαρτομάντηλο το στόμα και τη μύτη όταν βήχεις ή φταρνίζεσαι και απόρριψε το χαρτομάντηλο σε κατάλληλο δοχείο συλλογής για την αποφυγή μόλυνσης του περιβάλλοντος και άλλων ατόμων.
- ▶ Απόφυγε την επαφή με ζώα που ζουν ελεύθερα χωρίς τη λήψη προστατευτικών μέτρων.
- ▶ Χρησιμοποίησε προστατευτική ιατρική μάσκα μόνο όταν εμφανίζεις συμπτώματα από το ανώτερο αναπνευστικό. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δεν προτείνει τη χρήση μάσκας από άτομα που δεν εμφανίζουν συμπτώματα από το ανώτερο αναπνευστικό ακόμα και εάν ο COVID-19 είναι παρόν στην περιοχή. Σημείωσε ότι η εφαρμογή μάσκας δεν μειώνει τη σημασία των γενικών προστατευτικών μέτρων πρόληψης που προαναφέρθηκαν.

Τι πρέπει να κάνω εάν μολυνθώ για τη ρύθμιση του σακχάρου;

Με βάση τη μέχρι τώρα εμπειρία σχετικά με την εξέλιξη της επιδημίας θεωρείται απαραίτητο όσοι έχουν διαβήτη να προετοιμαστούν και να σχεδιάσουν το τι πρέπει να κάνουν εάν ατυχώς μολυνθούν. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να φροντίσεις να έχεις ανοικτή γραμμή επικοινωνίας με τον θεράποντά σου και παράλληλα να έχεις στο σπίτι επαρκείς ποσότητες φαρμάκων και αναλώσιμων υλικών για τον έλεγχο του σακχάρου (τουλάχιστον για 1 μήνα), ώστε να μη χρειαστεί να βγεις από το σπίτι εάν νοσήσεις. Εάν η επίσκεψη στο φαρμακείο δεν αποτελεί επιλογή, εξέτασε το ενδεχόμενο παράδοσης των φαρμάκων μέσω ταχυδρομείου.

Επειδή η λήψη μετά τη μόλυνση από τον ιό θα απορρυθμίσει το σάκχαρό σου θυμήσου και εφάρμοσε τους γενικούς κανόνες που ισχύουν για κάθε λήψη και παρατίθενται στη συνέχεια.

- ▶ Καλή ενυδάτωση
- ▶ Συχνή μέτρηση του σακχάρου αίματος
- ▶ Έλεγχος της θερμοκρασίας του σώματος
- ▶ Έλεγχος για παρουσία οξόνης στην περίπτωση θεραπείας με ινσουλίνη και επίπεδα σακχάρου πάνω από 250 mg/dl

► Ικανοποιητική ανάπαυση

► Εφαρμογή των οδηγιών του θεράποντος

Εάν αυτό δεν αποδειχθεί αποτελεσματικό για τη ρύθμιση του σακχάρου σου, επικοινωνήσε με τον γιατρό σου.

Τι πρέπει να κάνω αν μολυνθώ για να προστατευθούν τα άλλα μέλη της οικογένειάς μου;

Πρέπει να γνωρίζεις ότι εάν ένα ή περισσότερα μέλη μιας οικογένειας έχουν μολυνθεί και υποχρεώνονται να μείνουν στο σπίτι οφείλουν να εφαρμόσουν μέτρα για τον έλεγχο της νόσου και την πρόληψη της μετάδοσης του ιού. Εάν εσύ πάσχεις

- Παραμένεις σε ένα, αποκλειστικά δικό σου, δωμάτιο με καλό αερισμό, απομονωμένος από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς σου τα οποία μένουν σε διαφορετικό (ούς) χώρο(ους) του σπιτιού.
- Εφαρμόζεις όλα τα προστατευτικά μέτρα που προαναφέρθηκαν. Για το στέγνωμα των χεριών, μετά το πλύσιμο, υποχρεωτικά χρησιμοποιούνται χαρτοπετσέτες οι οποίες στη συνέχεια απορρίπτονται με ασφάλεια.
- Φοράς προστατευτική ιατρική μάσκα εάν έχεις εκκρίσεις από το ανώτερο αναπνευστικό και αποφεύγεις να έρχεσαι σε επαφή με τους χώρους εκτός του δωματίου σου.
- Χρησιμοποιείς τουαλέτα αποκλειστικά για σένα. Σε περίπτωση αδυναμίας εφαρμογής αυτού του μέτρου γίνεται μετά από χρήση συστηματική απολύμανση του χώρου της τουαλέτας.
- Χρησιμοποιείς αποκλειστικής χρήσης είδη εστίασης, σκεύη, ρούχα, κλιννοσκεπάσματα κ.λπ. τα οποία πλένονται και απολυμαίνονται χωριστά, μετά τη χρήση.
- Σε φροντίζει αποκλειστικά ένα άτομο της οικογένειας που επιλέγεται με κριτήριο ότι διατρέχει τον μικρότερο δυνατό κίνδυνο από τον ιό (υγιές, νεότερο).
- Το άτομο της οικογένειας που σε φροντίζει οφείλει, επίσης, να παίρνει όλα τα προστατευτικά μέτρα σε κάθε περίπτωση επαφής μαζί σου ή τα αντικείμενα του χώρου σου. Η απολύμανση των χεριών, όσες φορές χρειαστεί, είναι υποχρεωτική. Για το στέγνωμα των χεριών, μετά το πλύσιμο, υποχρεωτικά και εδώ χρησιμοποιούνται χαρτοπετσέτες οι οποίες στη συνέχεια απορρίπτονται με ασφάλεια.
- Η εφαρμογή προστατευτικής μάσκας είναι υποχρεωτική σε περίπτωση που επιβάλλεται είσοδός του στον χώρο σου. Στην περίπτωση αυτή σκόπιμη είναι η κάλυψη του

Η εμπειρία που αποκτήθηκε, στην προσπάθεια να κατανοηθεί και να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά η πανδημία που προκάλεσε ο κορωνοϊός COVID-19, έδειξε ότι το μόνο αποτελεσματικό μέτρο που διαθέτουμε σήμερα για να περιορίσουμε τις οδυνηρές συνέπειες είναι ο περιορισμός της διασποράς του. Στη μάχη αυτή είναι προσωπικό μας χρέος να εφαρμόζουμε συνειδητά και υπεύθυνα τα μέτρα που προτείνουν οι ειδικοί και ανακοινώνει η συντεταγμένη πολιτεία.

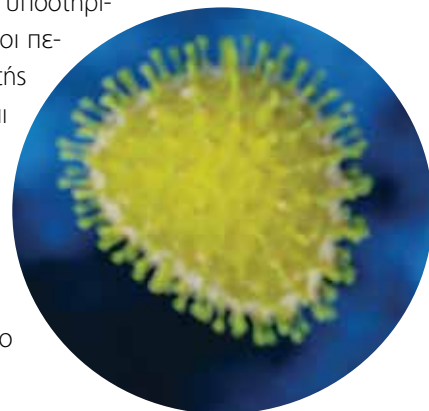
σώματος με ένα μακρύ ένδυμα το οποίο στη συνέχεια αφαιρείται και αποστειρώνεται με πλύσιμο.

Εάν νοσήσω από τον ιό δεν είναι υποχρεωτικό να πάω σε νοσοκομείο;

Όχι δεν είναι υποχρεωτικό. Η ανάγκη νοσηλείας σε νοσοκομείο εξαρτάται από τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα είναι ήπια και η νόσος από τον κορωνοϊό δε διαφέρει από τη συνήθη ελαφρά γρίπη.

Υπάρχει θεραπεία για τον ιό COVID-19;

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει εξειδικευμένο φάρμακο που να καταπολεμά αυτόν τον ιό. Για τα άτομα που θα χρειαστεί να νοσηλευτούν εφαρμόζεται υποστηρικτική θεραπεία. Ευτυχώς, οι περισσότερες περιπτώσεις αυτής της ίωσης είναι ελαφριές και δεν χρειάζονται θεραπεία πέρα από τα συνήθη μέτρα της ελαφράς γρίπης. Το ουσιαστικό στις περιπτώσεις αυτές είναι οι ελαφρά πάσχοντες να μείνουν στο σπίτι για 2 εβδομάδες. Σ



Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 και η κοινωνική ζωή των εφήβων



ΒΑΣΙΑ ΧΙΩΤΗ

Σύμβουλος Ψυχικής Υγείας



Η εφηβεία είναι από μόνη της μια περίοδος στη ζωή ενός ανθρώπου όπου βιολογικές αλλαγές και ψυχοκοινωνικές αλλαγές λαμβάνουν χώρα με μεγάλη ταχύτητα. Η αναζήτηση του εαυτού, των πιστεύω, του ποιος είμαι, τι μουσική μου αρέσει, ποιο θα είναι το ενδυματολογικό στυλ μου, πώς θα συμπεριφερθώ μέσα σε μια παρέα, είναι μερικά από τα θέματα που βομβαρδίζουν, διαχρονικά, τις σκέψεις ενός εφήβου. Επιπλέον, στις ημέρες μας το διαδίκτυο έρχεται να προσθέσει ένα ενισχυμένο αίσθημα του «ανήκειν» σε μια ομάδα, τοποθετώντας τον έφηβο σε μια διαρκή αναζήτηση της εικόνας του.

Στην ήδη, εκ φύσεως, ταραγμένη περίοδο αυτή της εφηβείας όταν έρχεται να προστεθεί ένα χρόνιο νόσημα, κάνει τα πράγματα πιο δύσκολα για τον έφηβο αλλά και για την οικογένειά του. Πιο συγκεκριμένα, με την εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) η ποιότητα ζωής του ατόμου προσβάλλεται. Εκείνος αλλά και η οικογένειά του καλούνται να βρουν τη θέση τους, το πώς θα υποστηρίξουν το νέο δεδομένο στη ζωή τους. Οι έφηβοι δίνουν συνήθως μεγάλη βαρύτητα στο τι θα πουν οι φίλοι τους και στην εικόνα τους προς τα έξω. Ο έφηβος είναι σημαντικό, με βάση αυτό που νιώθει, να χαράξει μια πορεία για το πώς θα διαχειριστεί τον ΣΔ με τον περίγυρό του. Να επιλέξει εάν και σε ποιους θα το πει, πώς θα διαχειριστεί τα βλέμματα του κόσμου όταν θα κάνει ινσουλίνη ή όταν φορά αντλία είτε libre, πώς θα διαχειριστεί το θέμα της διατροφής του παρουσία άλλων ατόμων και πιο σημαντικό πώς θα διαχειριστεί μια υπογλυκαιμία. Το πλέον σημαντικό είναι ο έφηβος να είναι καλά καταρτισμένος ως προς τον διαβήτη. Να ξέρει, όσο το δυνατόν, καλύτερα τη

διαχείριση του διαβήτη, πόσες μονάδες να κάνει, τα ισοδύναμα κ.λπ. ώστε, πρωταρχικά, εκείνος αλλά και οι γονείς να νιώθουν ασφαλείς. Από τις πρώτες ημέρες της διάγνωσης του διαβήτη ολόκληρη η οικογένεια καλείται να κάνει μια συζήτηση για το πώς θα χειριστούν ΜΑΖΙ τον νέο τρόπο ζωής, ακούγοντας τις ανάγκες του παιδιού τους και ρωτώντας τον να καταλάβουν πώς νιώθει.

Για να καταφέρει ο έφηβος να επικοινωνήσει στους άλλους τι του συμβαίνει, πρέπει πρώτα ο ίδιος να έχει **αποδεχθεί τη φύση της πάθησής** του. Συχνά ο έφηβος σκέφτεται πρώτα τι θα πουν οι φίλοι του και η σχέση του, πώς εκείνοι θα δεχθούν ή όχι την κατάστασή του, παραμελώντας έτσι τον ίδιο του τον εαυτό και τα δικά του συναισθήματα ως προς αυτό. Η διαδικασία αποδοχής δεν είναι εύκολη κυρίως σε μια ήδη βιολογικά μεταβαλλόμενη κατάσταση που βιώνει ο έφηβος. Ο έφηβος καλείται να πενήσει τη χαμένη του υγεία αλλά και την ανεμελιά της προηγούμενης κατάστασής του ως παιδί. Η πορεία αυτή περιλαμβάνει διάφορα συναισθήματα, με κυρίαρχα τον θυμό, τη λήθη και το stress.

Η παρουσία του διαβήτη προκαλεί αρνητική συναισθηματική διάθεση στον έφηβο, ο συνδυασμός δε με τον παράγοντα της χρονιότητας και της δυσκολίας που ενέχει η αυτορρύθμιση, δημιουργεί παρατεταμένο stress στη ζωή του. Συχνά, ο έφηβος λόγω του stress και της άρνησης αποδοχής του διαβήτη μεγεθύνει τα προβλήματα της καθημερινότητάς του. Οι σχολικές επιδόσεις του μπορεί να φθίνουν, να βρίσκει δυσκολίες στις σχέσεις του με φίλους αλλά και με πρόσωπα που τον ενδιαφέρουν, ακόμα και τις αλλαγές στο σώμα του λόγω της εφηβείας (π.χ. σπυριά, τριχοφυΐα) να τις χρεώνει

στον διαβήτη. Εάν το stress γίνει τόσο έντονο και επηρεάσει την όρεξη για πράγματα που αλλιώς τον ευχαριστούσαν, τον ύπνο, αλλά και μεταβάλλει το βάρος θα ήταν σκόπιμο ο έφηβος και η οικογένεια να ζητήσουν βοήθεια από ειδικούς της ψυχικής υγείας. Δεν είναι σπάνια τα σημάδια κατάθλιψης στα άτομα με ΣΔ. Στους εφήβους παρουσιάζεται συχνά με έντονη ευερεθιστότητα, με διαρκή παράπονα, με ένα αίσθημα ότι όλα του φταίνε, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στις διαπροσωπικές του σχέσεις, στην οικογένεια αλλά και στο σχολείο. Συχνά ο έφηβος παρουσιάζεται ως μόνιμα κουρασμένος, με χαμηλή αυτοπεποίθηση, με απότομη μείωση των σχολικών επιδόσεών του, στοιχεία τα οποία αποτελούν έκφραση της ψυχοκινητικής του επιβράδυνσης. Συχνά, οι έφηβοι με ΣΔ μοιάζουν αδιάφοροι ως προς την υγεία τους, ξεχνούν να κάνουν ινσουλίνη, τρώνε ποσότητες που δεν υπολογίζουν είτε κρυφά είτε φανερά, δεν καταγράφουν τις τιμές τους και μοιάζει ότι αντιδρούν. Αυτή η συμπεριφορά έχει σαν αποτέλεσμα την ένταση μεταξύ γονιού και εφήβου και συνήθως την εφαρμογή τιμωριών. Ο γονιός συχνά «διαβάζει» μόνο την αδιαφορία παραμελώντας έτσι τα άλλα συμπτώματα και εμμένει στην τιμωρία. Κάτι τέτοιο

μπορεί να σημαίνει τη στέρση εξόδου, περιορισμού χρήσης του κινητού τηλεφώνου/tablet κ.λπ. το οποίο έχει επίπτωση στην κοινωνική ζωή του εφήβου.

Διαβάζοντας κάποιος αυτές τις γραμμές, μπορεί να αναρωτηθεί «ποιες είναι οι καλές πρακτικές για την κοινωνική ζωή ενός εφήβου με διαβήτη;».

Μα, για να είναι κάποιος κοινωνός, δηλαδή άτομο που συμμετέχει σε μια παρέα θα πρέπει να έχει βρει μια ισορροπία μέσα του, με τον εαυτό του. Για να έχει μια κοινωνική ζωή που να τον ικανοποιεί θα είναι καλό να έχει παρατηρήσει τα πιθανά σημάδια που μπορεί να τον έχουν απομακρύνει από το να νιώθει ικανός. Γιατί ένας έφηβος με διαβήτη και θα φλερτάρει και θα κάνει σχέσεις, και θα βγει, και θα κάνει sports και μπορεί να καταφέρει, εξίσου, τα πάντα με τους συνομηλίκους του αρκεί να μην παραμελεί τη φροντίδα του εαυτού του, να κάνει την ινσουλίνη του σωστά ώστε να δίνει καύσιμο για να συνεχίζει.

Ας μην ξεχνάμε ότι 24 ώρες το 24ωρο, 7 ημέρες/εβδομάδα, 365 ημέρες τον χρόνο με τον μόνο άνθρωπο που περνάμε όλες αυτές τις ώρες είναι ο ίδιος μας ο εαυτός... ας τον προσέξουμε! 



Κληρονομικότητα και Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1



ΔΡ. ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ Α. ΠΑΣΧΟΥ, MD, PhD

Ενδοκρινολόγος-Διαβητολόγος, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΔΡ. ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΑΝΑΚΑ-GANTENBEIN, MD, PhD

Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 (ΣΔ1) είναι το αποτέλεσμα της αυτοάνοσης καταστροφής των β κυττάρων του παγκρέατος, που παράγουν ινσουλίνη, παρότι οι ακριβείς παράγοντες που πυροδοτούν την καταστροφή αυτή δεν είναι γνωστοί. Ο ΣΔ1 χαρακτηρίζεται λοιπόν από ινσουλινοπενία και αντιμετωπίζεται με καθημερινή θεραπεία υποκατάστασης με ινσουλίνη, χορηγούμενη με ενέσεις ή με αντλία ινσουλίνης. Για να εξετάσουμε την κληρονομικότητα μιας νόσου, θα πρέπει να εξετάσουμε τη γενετική συνιστώσα της, κατά πόσο δηλαδή η παθογένειά της επηρεάζεται από τα γονίδια. Η αυτοάνοση καταστροφή των β κυττάρων στον ΣΔ1 είναι πολυπαραγοντική. Εμπλέκονται κάποια γονίδια, κυρίως αυτά του μείζονος συμπλέγματος ιστοσυμβατότητας (HLA ή MHC), σημαντικό όμως είναι και άλλοι περιβαλλοντικοί (ιοί, τοξίνες, διατροφικά συστατικά, μικροβίωμα) ή ανοσοολογικοί παράγοντες (κυτταρική ανοσία, χυμική ανοσία και αυτοαντισώματα όπως GADA, IA2A, IAA, ZnT8) για την τελική εκδήλωσή της. Με άλλα λόγια, η γενετική προδιάθεση είναι το υπόστρωμα, ενώ οι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι οι εκλυτικοί παράγοντες. Οι εκλυτικοί παράγοντες δεν αναιρούν την κληρονομική προδιάθεση, αλλά χρειάζεται ο συνδυασμός αυτός για την τελική εκδήλωση της νόσου. Πράγματι, ο ΣΔ1 εκδηλώνεται συνήθως σε άτομα χωρίς σχετικό κληρονομικό ιστορικό. Μόνο 10% (1/10) των ατόμων

που διαγιγνώσκονται έχουν κάποιον συγγενή με ΣΔ1. Από την άλλη πλευρά, 6% (1/17) των παιδιών με πατέρα με ΣΔ1 και 4% (1/25) των παιδιών με μητέρα με ΣΔ1 θα εκδηλώσει τη νόσο. Όταν και οι δύο γονείς έχουν ΣΔ1, η πιθανότητα των παιδιών να εκδηλώσουν τη νόσο αυξάνεται και ανέρχεται στο 25% (1/4). Σχετικά με τα αδέρφια ασθενών με ΣΔ1, 5% (1/20) θα εμφανίσουν τη νόσο. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία εμφάνισης του ΣΔ1, τόσο πιο σημαντικό ρόλο έχουν διαδραματίσει τα γονίδια, άρα και η κληρονομικότητα μπορεί να είναι κάπως πιο αυξημένη. Τεράστιο ενδιαφέρον σχετικά με την κληρονομικότητα έχουν οι μελέτες μονοζυγωτικών διδύμων, διδύμων δηλαδή με πανομοιότυπο γενετικό υλικό. Στην περίπτωση αυτή φάνηκε ότι 50% (1/2) των μονοζυγωτικών διδύμων ασθενών με ΣΔ1 θα εμφανίσουν τη νόσο. Άρα το γενετικό υλικό είναι σημαντικός παράγοντας, όχι όμως καθοριστικός. Τα ανωτέρω ποσοστά θα πρέπει να συγκρίνονται βέβαια με το ποσοστό εμφάνισης ΣΔ1 στον γενικό πληθυσμό, που είναι περίπου 0,5% (1/200) με βάση στοιχεία από τις ΗΠΑ.

Συμπερασματικά λοιπόν, ο ΣΔ1 εκδηλώνεται συνήθως σε άτομα χωρίς σχετικό κληρονομικό ιστορικό. Μικρό ποσοστό των συγγενών ασθενών με ΣΔ1 θα εμφανίσουν τη νόσο, μεγαλύτερο όμως σε σύγκριση με το ποσοστό εμφάνισής της στον γενικό πληθυσμό.

Συμπερασματικά λοιπόν, ο ΣΔ1 εκδηλώνεται συνήθως σε άτομα χωρίς σχετικό κληρονομικό ιστορικό. Μικρό ποσοστό των συγγενών ασθενών με ΣΔ1 θα εμφανίσουν τη νόσο, μεγαλύτερο όμως σε σύγκριση με το ποσοστό εμφάνισής της στον γενικό πληθυσμό.



Βιβλιογραφία

1. Paschou SA, Papadopoulou-Marketou N, Chrousos GP, Kanaka-Gantenbein C. On type 1 diabetes mellitus pathogenesis. *Endocr Connect* 2018; 7:R38-R46.
2. UpToDate. Pathogenesis of type 1 diabetes mellitus. 2016
3. Paschou SA, Petsiou A, Chatzigianni K, Tsatsoulis A, Papadopoulos GK. Type 1 diabetes as an autoimmune disease: the evidence. *Diabetologia* 2014; 57:1500-1501.
4. Leslie RD, Williams R, Pozzilli P. Clinical review: Type 1 diabetes and latent autoimmune diabetes in adults: one end of the rainbow. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91:1654-1659. Σ

Κληρονομικότητα και Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2



ΘΕΟΧΑΡΗΣ Ι. ΚΟΥΦΑΚΗΣ

Παθολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού – Διαβητολογικό Κέντρο, Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο "ΑΧΕΠΑ"

Ο όρος Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) περιλαμβάνει μια ετερογενή ομάδα νοσημάτων, κοινό σημείο των οποίων αποτελεί η διαταραχή στον μεταβολισμό των υδατανθράκων και η ανάπτυξη της υπεργλυκαιμίας. Συγκεκριμένοι τύποι ΣΔ, οι οποίοι ταξινομούνται κάτω από τον όρο μονογονιδιακός διαβήτης, οφείλονται αποκλειστικά σε αλλαγές στο γενετικό υλικό (μεταλλάξεις) και κληρονομούνται από τους γονείς στους απογόνους. Ο μονογονιδιακός διαβήτης είναι σπάνιος, αποτελώντας μόλις το 1-2% των συνολικών περιπτώσεων ΣΔ.

Αντίθετα, ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2) αποτελεί σύνθετο νόσημα (complex disease) και είναι η πιο συχνή μορφή ΣΔ, καταλαμβάνοντας περίπου το 90% των συνολικών περιπτώσεων. Στα σύνθετα νοσήματα, η ανάπτυξη της διαταραχής (στην περίπτωση του ΣΔ2 η υπεργλυκαιμία) δεν προκύπτει αποκλειστικά από αλλαγές στο γενετικό υλικό, αλλά απαιτεί πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις ανάμεσα σε γονιδιακούς, περιβαλλοντικούς και άλλους παράγοντες.

Βασικές υποκείμενες διαταραχές στον ΣΔ2 είναι η αντίσταση στην ινσουλίνη αλλά και στην έκκριση αυτής. Αντίστοιχα, γενετικές μελέτες έχουν αναγνωρίσει πολυμορφισμούς σε γονίδια τα οποία εμπλέκονται τόσο στην έκκριση όσο και στη δράση της ινσουλίνης, να είναι συχνότεροι σε άτομα με ΣΔ2 σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες. Τέτοια γονίδια για παράδειγμα, είναι τα *TCF7L2*, *KCNQ1* και *KCNJ11*. Ωστόσο, οι γενετικές μελέτες συχνά χαρακτηρίζονται από αδυναμία επιβεβαίωσης (replication) των αποτελεσμάτων τους, εξαιτίας μικρού αριθμού συμμετεχόντων, διαφορετικής φυλετικής προέλευσης αυτών αλλά και λόγω της αδυναμίας τους να

εκτιμήσουν πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ γονιδίων και γονιδίων – περιβάλλοντος.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η γονιδιακή συνιστώσα δεν είναι ικανή να προκαλέσει ΣΔ2 από μόνη της και πρέπει να αλληλεπιδράσει με άλλους παράγοντες, περιβαλλοντικούς και μη. Ένας από αυτούς είναι η ηλικία, καθώς ο κίνδυνος ανάπτυξης ΣΔ2 είναι μεγαλύτερος με την πάροδο των ετών, με το 90-95% των περιπτώσεων να διαγιγνώσκεται μετά τα 45 έτη. Περιβαλλοντικοί παράγοντες οι οποίοι έχουν συσχετιστεί με τον ΣΔ2 είναι η διατροφή πλούσια σε κορεσμένα λίπη και πτωχή σε φυτικές ίνες, η μειωμένη φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα και το άγχος, οι οποίοι χαρακτηρίζουν τον τρόπο ζωής του σύγχρονου ανθρώπου. Οι παράγοντες αυτοί συχνά αναφέρονται και ως τροποποιησιμοι, γιατί σε αντίθεση με τα γονίδια ή την ηλικία, μπορούν να μεταβληθούν με την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής.

Η παχυσαρκία αναμφισβήτητα εμφανίζει αιτιολογική συσχέτιση με τον ΣΔ2, καθώς τα τελευταία χρόνια η αύξηση του μέσου σωματικού βάρους στον δυτικό κόσμο συνοδεύεται από αντίστοιχη αύξηση της επίπτωσης του ΣΔ2. Ακόμη μια απόδειξη της παραπάνω στενής σχέσης αποτελεί το γεγονός ότι 85% περίπου των ατόμων με ΣΔ2 είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Από την άλλη πλευρά όμως ένα 15% των ατόμων που εμφανίζουν ΣΔ2 έχουν φυσιολογικό σωματικό βάρος, ενώ μόλις 1 στους 3 υπέρβαρους ανθρώπους πάνω στον πιθανή αναπτύσσουν ΣΔ. Συνεπώς, το αυξημένο σωματικό βάρος δεν μπορεί να προκαλέσει από μόνο του ΣΔ2 και θα πρέπει να αλληλεπιδράσει με κατάλληλο γενετικό υπόβαθρο, καθώς και με άλλους παράγοντες.

Δεδομένου ότι τα γονίδια τα οποία κληρονομήσαμε από τους γονείς μας βρίσκονται εκτός της σφαίρας επιρροής μας, θα ήταν προτιμότερο να εστιάσουμε στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου (διατροφή, άσκηση, stress), προκειμένου να μειώσουμε την πιθανότητα εμφάνισης ΣΔ2. Άλλωστε, σύμφωνα με τον Αμερικανό σκισσογράφο Frank Tyger (1929-2011): «το μέλλον εξαρτάται από πολλά πράγματα, αλλά κυρίως από εμάς»!

Τα άτομα που έχουν συγγενείς πρώτου βαθμού με ΣΔ2 έχουν 2 - 6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Συγκεκριμένα, ο κίνδυνος αυτός είναι 40% μεγαλύτερος εάν πάσχει από ΣΔ2 ο ένας γονέας και 80% εάν πάσχουν και οι δύο γονείς. Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι γονείς και παιδιά –εκτός από κοινά γονίδια– μοιράζονται, κυρίως, τον κοινό τρόπο ζωής. Αυτό σημαίνει πως εάν οι γονείς τρέφονται ανθυγιεινά, είναι υπέρβαροι ή δεν ασκούνται αρκετά, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα και τα παιδιά τους να υιοθετήσουν αυτές τις κακές συνήθειες.

Επί του παρόντος, δεν υπάρχει κάποια ένδειξη για γενετικό έλεγχο απογόνων ατόμων με ΣΔ2 και κάτι τέτοιο δε συστήνεται από καμιά επιστημονική εταιρεία. Ακόμη και εάν κάτι τέτοιο ήταν εφικτό να γίνει σε ευρεία κλίμακα, στερείται πρακτικής αξίας, δεδομένου ότι η ανίχνευση κάποιου γενετικού πολυμορφισμού που έχει συσχετιστεί με τον ΣΔ2, δε σημαίνει υποχρεωτικά και την ανάπτυξη νόσου. Εξάλλου, σε άτομα που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ2 (π.χ. άτομα άνω των 45 ετών, υπέρβαροι, γυναίκες με ιστορικό διαβήτη κύησης, άτομα με θετικό οικογενειακό ιστορικό), υπάρχουν απλούστερες μέθοδοι για την ανίχνευση του προδιαβήτη (τιμές γλυκόζης πάνω από τα φυσιολογικά όρια αλλά κάτω από τα διαγνωστικά κριτήρια του ΣΔ), όπως η καμπύλη σακχάρου, η γλυκόζη νηστείας και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη. Σε αυτά τα άτομα, η αλλαγή του τρόπου ζωής, συμπεριλαμβανομένων της απώλειας 7% του σωματικού βάρους και της αύξησης της φυσικής δραστηριότητας, έχει καταδειχθεί ότι μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο εξέλιξης του προδιαβήτη σε διαβήτη. Το φινλανδικό score εκτίμησης

του κινδύνου ανάπτυξης ΣΔ (Finnish Diabetes Risk Score, FINDRISC) αποτελείται από 8 απλές ερωτήσεις και μπορεί να ανιχνεύσει άτομα σε αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν από ΣΔ2, προκειμένου να υιοθετήσουν εγκαίρως τις κατάλληλες αλλαγές. Από τις ερωτήσεις του FINDRISC, μόλις μία αφορά στο οικογενειακό ιστορικό ΣΔ, ενώ η πλειοψηφία αυτών εκτιμά τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου (Δείκτης Μάζας Σώματος, περίμετρος μέσης, συχνότητα άσκησης και κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών), καταδεικνύοντας ότι τα γονίδια αποτελούν μόλις ένα από τα πολλά κομμάτια του παζλ που συνθέτουν την αιτιοπαθογένεια του ΣΔ2.

Συμπερασματικά, ο κίνδυνος που εμφανίζει ένα άτομο να αναπτύξει ΣΔ2 είναι πολυπαραγοντικός και εδράζεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικών, περιβαλλοντικών και άλλων παραγόντων. Δεδομένου ότι τα γονίδια τα οποία κληρονομήσαμε από τους γονείς μας βρίσκονται εκτός της σφαίρας επιρροής μας, θα ήταν προτιμότερο να εστιάσουμε στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου (διατροφή, άσκηση, stress), προκειμένου να μειώσουμε την πιθανότητα εμφάνισης ΣΔ2. Άλλωστε, σύμφωνα με τον Αμερικανό σκισσογράφο Frank Tyger (1929-2011): «το μέλλον εξαρτάται από πολλά πράγματα, αλλά κυρίως από εμάς»!

Βιβλιογραφία

1. Koufakis T, Sertedaki A, Tatsi EB, Trakatelli CM, Karras SN, Manthou E et al. First report of diabetes phenotype due to a loss-of-function ABCC8 mutation previously known to cause congenital hyperinsulinism. Case Rep Genet 2019; 2019:3654618.
2. Koufakis T, Karras SN, Zebekakis P, Kotsa K. Results of the First Genome-Wide Association Study of Latent Autoimmune Diabetes in Adults further highlight the need for a novel diabetes classification system. Ann Transl Med 2018; 6(Suppl 2):S102.
3. Koufakis T, Ioannidis I, Zebekakis P, Kotsa K. The beta-cell death in long-term type 2 diabetes mellitus: Never say never again. Minerva Endocrinol 2019; 44(1):103-104. 





Ένα αξιόπιστο βιβλίο γραμμένο από Ειδικούς Γιατρούς και Διαιτολόγους του Παν/μιακού Ποσοκομείου Ιωαννίνων συστήνεται σήμερα σε κέντρα εκπαίδευσης διαβητικών σε μεγάλα Ποσοκομεία.



400 εικονογραφημένες πολυτελείς σελίδες
240 λαχταριστές καθημερινές Ελληνικές συνταγές φαγητών και γλυκών
100 διαιτολόγια των 1000 έως και 2400 θερμίδων για κάθε τύπο διαβήτη με ανάλυση θρεπτικών συστατικών και ισοδύναμων και αλγόριθμους ινσουλίνης για πένες ή αντλίες.

☎ Τηλ. παραγγελιών: 6936116116 και 6944605463 ή από την ειδική φόρμα παραγγελίας στο <http://diavitologos-ioannina.gr/forma> ή μέσα από την επαγγελματική σελίδα στο facebook Συνταγές και Διαιτολόγια για Άτομα με Διαβήτη ή από τα μεγάλα βιβλιοπωλεία σε όλη τη χώρα.

Τιμή 32,00€

Η φροντίδα των ματιών στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1



ΕΥΤΕΡΠΗ ΧΑΤΖΗΣΠΑΣΟΥ

Διευθύντρια Οφθαλμολογικού Τμήματος
ΓΝΑ "Κοργιαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ"

Εισαγωγή

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) είναι ένα ιατρικό θέμα που απασχολεί μια μεγάλη μερίδα του πληθυσμού όλου του ηλικιακού φάσματος. Εκτιμάται ότι προσβάλλει 246 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως και το 2030 ο αριθμός των ασθενών θα υπερβεί τα 552 εκατομμύρια. Γι' αυτό ενοχοποιούνται η αύξηση του πληθυσμού, η γήρανση, η αστικοποίηση, η αύξηση της παχυσαρκίας και η καθιστική ζωή.

Ο ΣΔ αποτελεί μια συστηματική πάθηση που προσβάλλει τα μικρά και τα μεγάλα αγγεία του σώματος. Διακρίνεται σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ινσουλινοεξαρτώμενο) και τύπου 2 (μη ινσουλινοεξαρτώμενο).

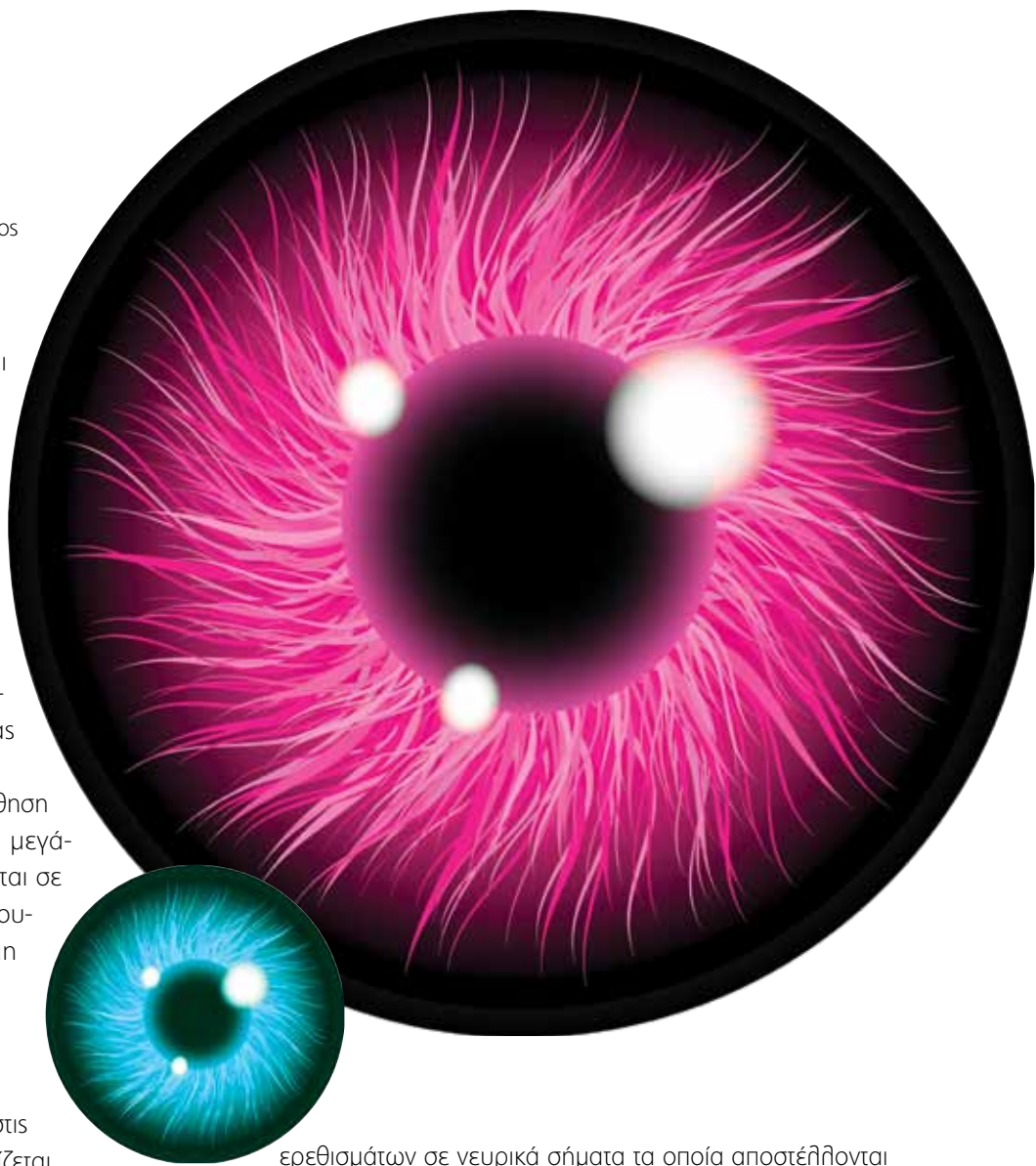
Επιπτώσεις του ΣΔ στους οφθαλμούς

Στο παρόν άρθρο θα εστιάσουμε στις οφθαλμικές επιπλοκές αυτού. Τονίζεται ότι είναι η πιο συχνή αιτία μείωσης της όρασης και τύφλωσης στον εργαζόμενο πληθυσμό και ο λόγος είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

Τι είναι ο αμφιβληστροειδής

Ο αμφιβληστροειδής είναι ο νεύρινος χιτώνας στο εσωτερικό του οφθαλμού που εξυπηρετεί τη μετατροπή των φωτεινών

ερεθισμάτων σε νευρικά σήματα τα οποία αποστέλλονται στον εγκέφαλο. Καθώς ο ΣΔ προκαλεί γενικευμένη μικροαγγειοπάθεια, τα αμφιβληστροειδικά αγγεία μπορεί και αυτά να πάσχουν με αποτέλεσμα τη δομική και λειτουργική αμφιβληστροειδική διαταραχή, είτε με τη μορφή της διαβητικής ωχροπάθειας, που είναι και η κύρια αιτία σοβαρής απώλειας όρασης, είτε με τη μορφή της παραγωγικής αμφιβληστροειδοπάθειας.



Ποιοι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο αμφιβληστροειδοπάθειας

Οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας περιλαμβάνουν τη διάρκεια της πάθησης, το επίπεδο γλυκαιμικού ελέγχου, τη συνύπαρξη υπέρτασης και υπερλιπιδαιμίας, τη νεφροπάθεια, την κύηση και πιθανόν το οφθαλμικό χειρουργείο. Επιπλέον, ο κίνδυνος εμφανίζεται διαφορετικός, ανάλογα με τον τύπο του ΣΔ. Στον ΣΔ τύπου 1, η αμφιβληστροειδοπάθεια είναι σπάνια στη διάγνωση αλλά παρούσα σε ποσοστό πάνω από 90% μετά τα 5 έτη. Στον ΣΔ τύπου 2, είναι παρούσα στο 20% κατά τη διάγνωση και φτάνει στο 60% μετά τα 5 έτη.

Άλλες επιπτώσεις του ΣΔ στους οφθαλμούς

Ο κατάλογος των επιπτώσεων του ΣΔ στον οφθαλμό είναι μακρύς και περιλαμβάνει τον καταρράκτη που μπορεί να εμφανιστεί σε νεότερη ηλικία και να εξελιχθεί ταχύτερα, την ξηροφθαλμία, τις διαταραχές διάθλασης, τη μειωμένη αισθητικότητα του κερατοειδούς χιτώνα με κίνδυνο επαναλαμβανόμενων τραυματισμών αυτού. Στις πιο σοβαρές επιπλοκές συγκαταλέγονται το νεοαγγειακό γλαύκωμα, η αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς, η πρόσθια ισχαιμική οπτικοπάθεια και το σύνδρομο οφθαλμικής ισχαιμίας (ιδιαίτερα στον τύπου 2), η φλεγμονή των κόγχων και οι παραλύσεις κρνιακών νεύρων.

Απαραίτητη η επίσκεψη στον οφθαλμίατρο

Προκύπτει λοιπόν απόλυτα αναγκαία η εκτίμηση και η παρακολούθηση του διαβητικού ασθενούς και από τον οφθαλμίατρο. Αυτονόητη επί υπάρξεως συμπτωμάτων όπως σταδιακή απώλεια όρασης, μυοψίες, απώλεια τμήματος του οπτικού πεδίου, διπλωπία. Πρέπει όμως και οι ασυμπτωματικοί ασθενείς να εξετάζονται γιατί μπορεί να βρίσκονται στα αρχικά στάδια της αμφιβληστροειδοπάθειας.

Ο οφθαλμίατρος ελέγχει την οπτική οξύτητα, εκτιμά την ενδοφθάλμια πίεση και το πρόσθιο ημιμόριο στη σχισμοειδή θύλη και βυθοσκοπεί κατόπιν μυδρίασης, δηλαδή εξετάζει στο εσωτερικό του ματιού τον αμφιβληστροειδή και το οπτικό νεύρο. Επί ενδείξεων συστήνει ειδικές εξετάσεις όπως η

φλουοραγγειογραφία, η οπτική τομογραφία συνοχής (OCT) και η OCT αγγειογραφία.

Πόσο συχνά πρέπει να γίνεται η βυθοσκόπηση;

Η απάντηση είναι ανάλογα με το στάδιο της αμφιβληστροειδοπάθειας. Όταν δεν υπάρχει αμφιβληστροειδοπάθεια ή αυτή είναι ήπια ο έλεγχος είναι ετήσιος. Όταν είναι στο προπαραγωγικό ή στο παραγωγικό στάδιο ή υπάρχει ωχροπάθεια το διάστημα παρακολούθησης προσαρμόζεται πιο συχνά ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης. Επίσης ενδείκνυται η λήψη φωτογραφιών του βυθού για την παρακολούθηση της εξέλιξης της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.

Αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου

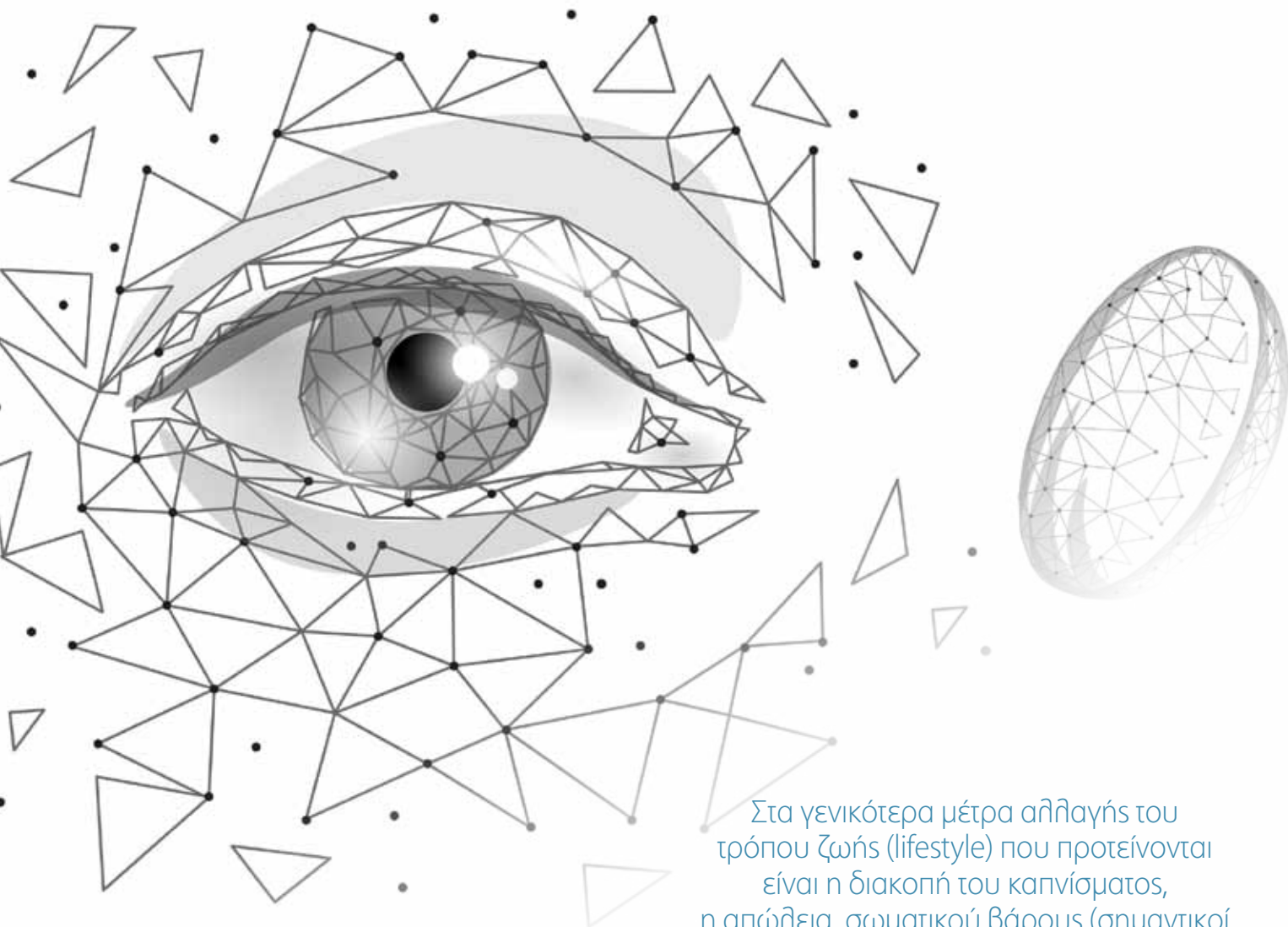
Ο αλγόριθμος της προσέγγισης του διαβητικού οφθαλμού περιλαμβάνει την εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου με ιδιαίτερη έμφαση σε αυτούς που επιδέχονται βελτίωση. Αρχικά συστήνεται καλός γλυκαιμικός έλεγχος με εξατομικευμένο στόχο, συνήθως HbA_{1c} 6,5-7,5%. Επίσης τακτικός έλεγχος της αρτηριακής πίεσης με επιθυμητά επίπεδα κάτω από 140 mmHg/90 mmHg και της χοληστερόλης-λιπιδίων. Στα γενικότερα μέτρα αλλαγής του τρόπου ζωής (lifestyle) που

προτείνονται είναι η διακοπή του καπνίσματος, η απώλεια σωματικού βάρους (σημαντικοί παράγοντες κινδύνου διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας στον ΣΔ τύπου 1) και η άσκηση. Επιπλέον, πρέπει να υποστηρίζεται η επιβαρυμένη νεφρική λειτουργία.

Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια στην κύηση

Η κύηση αποτελεί ένα ξεχωριστό κεφάλαιο. Στον ΣΔ κύησης δεν απαιτείται έλεγχος. Σε προϋπάρχοντα ΣΔ συστήνεται έλεγχος πριν από τη σύλληψη και κατά τη διάρκεια του 1ου τριμήνου της κύησης και ανάλογα με την ύπαρξη και τον βαθμό της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας ανά τρίμηνο ή συχνότερα κατά τη διάρκεια αυτής και για ένα χρόνο μετά. Η εξέλιξη της αμφιβληστροειδοπάθειας είναι σημαντική αλλά σχετικά χαμηλού κινδύνου. Μπορεί να υπάρξει επιδείνωση κατά τη διάρκεια του 2ου τριμήνου ενώ υπάρχει εντυπωσιακή υποστροφή των αλλοιώσεων κατά το τέλος της κύησης ή

Όταν δεν υπάρχει αμφιβληστροειδοπάθεια ή αυτή είναι ήπια ο έλεγχος είναι ετήσιος. Όταν είναι στο προπαραγωγικό ή στο παραγωγικό στάδιο ή υπάρχει ωχροπάθεια το διάστημα παρακολούθησης προσαρμόζεται πιο συχνά ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης.



μετά τον τοκετό. Ο βαθμός επιδείνωσης εξαρτάται από τη βαρύτητα και τον μεταβολικό έλεγχο της νόσου πριν από την έναρξη της κύησης.

Θεραπεία της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας

Τα όπλα στη θεραπευτική φαρέτρα του οφθαλμιάτρου είναι:

- α) Στην περίπτωση της διαβητικής ωχροπάθειας με οίδημα, οι ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις αντιαγγειογενετικών παραγόντων ή κορτιζόνης και η laser φωτοπηξία.

- β) Στην περίπτωση της παραγωγικής αμφιβληστροειδοπάθειας, η επείγουσα παναμφιβληστροειδική φωτοπηξία σε συνδυασμό με αντιαγγειογενετικούς παράγοντες. Εάν προκύψουν επιπλοκές όπως ενδοϋαλοειδική αιμορραγία

Στα γενικότερα μέτρα αλλαγής του τρόπου ζωής (lifestyle) που προτείνονται είναι η διακοπή του καπνίσματος, η απώλεια σωματικού βάρους (σημαντικοί παράγοντες κινδύνου διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας στον ΣΔ τύπου 1) και η άσκηση. Επιπλέον, πρέπει να υποστηρίζεται η επιβαρυμένη νεφρική λειτουργία.

ή αποκόλληση αμφιβληστροειδούς γίνεται υαλοειδεκτομή επί ενδείξεων.

Συμπερασματικά, οι επιπτώσεις του ΣΔ στον οφθαλμό είναι δυνητικά πολύ σοβαρές, απειλούσες την όραση. Η ενημέρωση, η έγκαιρη διάγνωση και η παρακολούθηση από τους ειδικούς ιατρούς καθώς και η συμμόρφωση με τις οδηγίες και τις θεραπευτικές στρατηγικές τους αποτελούν το κλειδί για την πρόληψη και την αντιμετώπιση αυτών. 

Insupren330

EXTR3.ME

Η πιο λεπτή βελόνα για πένα!



MADE IN ITALY



Insupren_330_JK_May 2018

PiC Solution.
Ειδικοί στην αυτοφροντίδα.

Προδιαβήτης και πρόληψη του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2



ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ Κ. ΤΙΓΚΑΣ

Επ. Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Διευθυντής Ενδοκρινολογικής Κλινικής και Διαβητολογικού Κέντρου ΠΓΝΙ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2) είναι μια σύνθετη, ετερογενής νόσος στην παθογένεια της οποίας διαδραματίζουν ρόλο τόσο περιβαλλοντικοί όσο και γενετικοί παράγοντες. Η γενετική καθορίζει την προδιάθεση κάθε ατόμου να αναπτύξει ανεπάρκεια των β-κυττάρων του παγκρέατος (που παράγουν την ινσουλίνη) με την πάροδο της ηλικίας. Από τους επίκτητους παράγοντες, καθοριστικός είναι ο ρόλος της παχυσαρκίας, καθώς η αύξηση του σωματικού βάρους οδηγεί σε αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης, μεταβολικό σύνδρομο (δυσλιπιδαιμία, υπέρταση), προοδευτική δυσλειτουργία των β-κυττάρων, σχετική ανεπάρκεια ινσουλίνης και ανάπτυξη υπεργλυκαιμίας και διαβήτη. Εκτός των παραπάνω, έχει αποδειχθεί ότι η ενδομήτρια έκθεση σε αυξημένα επίπεδα σακχάρου (όταν η μητέρα έχει διαβήτη κύησης), όπως επίσης το χαμηλό αλληά και το αυξημένο βάρος κατά τη γέννηση, οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης ΣΔ2 στην ενήλικη ζωή.

Τόσο στο μεταβολικό σύνδρομο όσο και στον ΣΔ2 υπάρχει αυξημένος κίνδυνος των λεγόμενων μακροαγγειακών επιπλοκών δηλαδή αθηροσκλήρωσης, αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, στεφανιαίας νόσου και περιφερικής αρτηριοπάθειας. Τα αυξημένα επίπεδα σακχάρου στον ΣΔ2 οδηγούν επίσης σε μικροαγγειακές επιπλοκές (αγγειοπάθεια που προσβάλλει τα μικρότερα αγγεία) με αποτέλεσμα επιπλοκές από τους οφθαλμούς (διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια), τους νεφρούς (διαβητική νεφροπάθεια) και το νευρικό σύστημα (διαβητική νευροπάθεια).

Επειδή η εξέλιξη είναι σταδιακή και συνήθως δεν υπάρχουν συμπτώματα, συχνά μεσολαμβάνουν αρκετά χρόνια από την

έναρξη της νόσου μέχρι τη διάγνωση του διαβήτη. Γενικά, οι στόχοι της πρόληψης του ΣΔ2 είναι:

- α. Η πρόληψη ή η καθυστέρηση εκδήλωσης της νόσου,
- β. Η πρόληψη των χρόνιων αγγειακών επιπλοκών και τελικά γ. Η μείωση του οικονομικού και κοινωνικού κόστους.

Η έγκαιρη διάγνωση σε πρώιμο στάδιο (προδιαβήτης) έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί στη φάση αυτή η νόσος είναι ακόμη αναστρέψιμη. Ο προδιαβήτης είναι ιδιαίτερα συχνός: υπολογίζεται ότι περίπου 1 στους 3 ενήλικες και σχεδόν οι μισοί άνω των 65 ετών στις ΗΠΑ έχουν προδιαβήτη. Τα άτομα αυτά έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔ2 στο μέλλον (περίπου 1 στους 4 θα εμφανίσει διαβήτη στα επόμενα 3-5 έτη) αλλά και αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Γενικά, προ-συμπτωματικός (προληπτικός) έλεγχος προτείνεται σε όλους μετά την ηλικία των 45 ετών ή και νωρίτερα αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση ΣΔ2 στους ενήλικες

Ηλικία
Κληρονομικότητα (συγγενείς 1 ^{ου} βαθμού με διαβήτη)
Παχυσαρκία
Αυξημένη συγκέντρωση λίπους στην κοιλιά (αύξηση της περιμέτρου μέσης)
Τρόπος ζωής: έλλειψη άσκησης, κάπνισμα
Υπέρταση
Δυσλιπιδαιμία (χαμηλή HDL χοληστερόλη ή/και αυξημένα τριγλυκερίδια)
Ιστορικό διαβήτη κύησης ή σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών



Τόσο στο μεταβολικό σύνδρομο όσο και στον ΣΔ2 υπάρχει αυξημένος κίνδυνος των λεγόμενων μακροαγγειακών επιπλοκών δηλαδή αθηροσκλήρωσης, αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, στεφανιαίας νόσου και περιφερικής αρτηριοπάθειας.

Η διάγνωση βασίζεται στον προσδιορισμό των επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα και μπορεί να γίνει με τρεις διαφορετικούς τρόπους: μέτρηση γλυκόζης νηστείας, δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη και μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (πίνακας 2). Αν τα αποτελέσματα

είναι φυσιολογικά, ο έλεγχος πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά τριετία ή συχνότερα αν χρειασθεί. Άτομα με προδιαβήτη πρέπει να ελέγχονται σε ετήσια βάση ενώ οι γυναίκες με ιστορικό διαβήτη κύησης ανά τριετία.



Πίνακας 2. Προσυμπτωματικός έλεγχος/ διαγνωστικά κριτήρια Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ)

Μέτρηση γλυκόζης νηστείας

Φυσιολογικό	70 – 99 mg/dl
Προδιαβήτης (διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας)	100 – 125 mg/dl
Διαβήτης	≥ 126 mg/dl σε τουλάχιστον δύο μετρήσεις

Δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη

Φυσιολογικό	<140 mg/dl
Προδιαβήτης (διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη)	140 – 199 mg/dl
Διαβήτης	≥ 200 mg/dl σε τουλάχιστον δύο μετρήσεις

Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA_{1c})

Φυσιολογικό	<5,7%
Προδιαβήτης	5,7 - 6,4%
Διαβήτης	≥ 6,5% σε τουλάχιστον δύο μετρήσεις

- Γλυκόζη νηστείας: Η μέτρηση γίνεται σε πρωινό δείγμα αίματος, μετά από νηστεία (εκτός από νερό) τουλάχιστον 8 ωρών.
- Δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη: Προηγείται νηστεία τουλάχιστον 8 ωρών. Στη συνέχεια, μετράται η γλυκόζη στο αίμα (α) πριν και (β) δύο ώρες μετά την από του στόματος χορήγηση 75 g γλυκόζης διαλυμένης σε νερό.
- Μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA_{1c} ή A_{1c}): Γίνεται με εξέταση αίματος χωρίς να απαιτείται νηστεία και δείχνει ποιο είναι το μέσο επίπεδο σακχάρου στο αίμα τους προηγούμενους 2 - 3 μήνες. Στη χώρα μας δεν έχει γενικευθεί η χρήση της HbA_{1c} για τη διάγνωση του διαβήτη καθώς προϋπόθεση είναι να χρησιμοποιείται προτυποποιημένη μέθοδος από πιστοποιημένο εργαστήριο.

Ο ΣΔ τύπου 2 μπορεί να προληφθεί με (α) έλεγχο του σωματικού βάρους (σε υπέρβαρα/παχύσαρκα άτομα) και υγιεινή διατροφή (β) άσκηση και (γ) φαρμακευτική αγωγή. Συγκεκριμένα, τα παρακάτω μέτρα φαίνεται ότι μειώνουν την πιθανότητα ανάπτυξης διαβήτη σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο ή προδιαβήτη:

- Μείωση του σωματικού βάρους κατά 5-10% (αν είναι αυξημένο).
- Υγιεινή διατροφή: π.χ. διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες (λαχανικά, φρούτα), γαλακτοκομικά με χαμηλά λιπαρά, μείωση της κατανάλωσης κρεατικών (και ιδιαίτερα κεκορεσμένου λίπους και trans λιπαρών), γλυκών, επεξεργασμένων δημητριακών και σακχαρούχων αεριούχων αναψυκτικών/χυμών.
- Αύξηση της φυσικής δραστηριότητας: τακτική μέτριας έντασης άσκηση 30 λεπτών σε καθημερινή βάση, τουλάχιστον 5 φορές την εβδομάδα (π.χ. περπάτημα, κηπουρική, κολλύμπι ή χορός – δεν είναι απαραίτητο η άσκηση να είναι σε γυμναστήριο).
- Διακοπή του καπνίσματος: κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι η διακοπή του καπνίσματος ίσως σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔ2 (επιπλέον των άλλων επιβεβαιωμένων δράσεων ως προς τη μείωση του κινδύνου αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, στεφανιαίας καρδιοπάθειας και καρκίνου του πνεύμονα).
- Φάρμακα: παρόλο που αρκετά φάρμακα έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη, η αποτελεσματικότητά τους είναι σημαντικά μικρότερη από

αυτή της αλλαγής τρόπου ζωής, ενώ μπορεί να έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες και η δράση τους δεν διατηρείται μετά τη διακοπή τους. Μπορεί ωστόσο σε επιλεγμένες περιπτώσεις να χρησιμοποιηθεί η μετφορμίνη (ένα αντιδιαβητικό φάρμακο σε μορφή δισκίων) όπως π.χ. σε παχύσαρκα άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών με προδιαβήτη και πολυληπτούς παράγοντες κινδύνου, όταν έχουν αποτύχει τα υγιεινοδιατροφικά μέτρα.

Τέλος, σε άτομα στα οποία έχει εκδηλωθεί ΣΔ2 έχει αποδειχθεί ότι οι χρόνιες επιπλοκές της νόσου μπορεί να προληφθούν με την κατάλληλη υγιεινοδιατροφική και φαρμακευτική αγωγή. Μάλιστα, ορισμένα από τα νεότερα αντιδιαβητικά φάρμακα (αναστολείς SGLT2 και αγωνιστές GLP1 υποδοχέων) φαίνεται πως είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Σε κάθε περίπτωση, στόχος πρέπει να είναι όχι μόνο ο καλός έλεγχος του σακχάρου αλλά όλων των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου (διακοπή καπνίσματος, υγιεινός τρόπος ζωής, έλεγχος της υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας).

Συμπερασματικά, ο ΣΔ2 μπορεί να προληφθεί αποτελεσματικά στα άτομα αυξημένου κινδύνου ή/και προδιαβήτη με κατάλληλο προσυμπτωματικό έλεγχο και στοχευμένη υγιεινοδιατροφική παρέμβαση. Η αντιμετώπιση ωστόσο της πανδημίας του ΣΔ2 είναι σύνθετη καθώς απαιτεί τη λήψη μέτρων και εφαρμογή πολιτικών για τον αποτελεσματικό έλεγχο των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου ανάπτυξης διαβήτη σε επίπεδο πληθυσμού. 



Νηστεία και Σακχαρώδης Διαβήτης



ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΠΑΠΑΜΙΚΟΣ

Νοσοκομειακός Διαιτολόγος ΓΝΑ "Κοργιαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ"
M.Med.Sci Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, Πανεπιστημίου
Γλασκώβης MSc Healthcare Manager, Πανεπιστημίου Αθηνών

Η περίοδος της νηστείας είναι μια αφορμή για επιστροφή στο παραδοσιακό μεσογειακό πρότυπο διατροφής, ένα «διαμάντι» για την υγεία – άλλωστε έχουν διενεργηθεί εκατοντάδες μελέτες που αναδεικνύουν τα οφέλη του σε κάθε πτυχή της λειτουργίας του οργανισμού. Υπάρχουν όμως συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων που καλό είναι να απέχουν από την αυστηρή νηστεία ακριβώς επειδή, είτε λόγω κατάστασης υγείας είτε λόγω ευαίσθητης ηλικίας, δεν πρέπει να εκθέσουν τον οργανισμό τους στις διατροφικές «πιέσεις» της: Πρόκειται για τα μικρά παιδιά, που βρίσκονται στην ανάπτυξη ή αθλούνται τακτικά, τις εγκυμονούσες γυναίκες, ιδίως αν βρίσκονται στο τρίτο τρίμηνο της κύησης, τις γυναίκες σε γαλουχία, τα άτομα με σιδηροπενική αναιμία και τους ηλικιωμένους που πάσχουν από χρόνιες νόσους όπως ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ), ο καρκίνος, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ή τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Ιδιαίτερα, οι ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε αντιπηκτική αγωγή δε θα ήταν καλό να ακολουθούν τις επιταγές της νηστείας καθότι οι απότομες αλλαγές διατροφικού προτύπου δύνανται να προκαλέσουν ανεπιθύμητες καταστάσεις όπως απόφραξη των βαλβίδων της καρδιάς. Ας εξετάσουμε όμως αρχικά τα οφέλη μιας ισορροπημένης νηστείας για τους διαβητικούς ασθενείς.

Ιδιαίτερα για τους ασθενείς με ΣΔ τύπου 2, μέσω της αποχής από το κρέας την περίοδο αυτή δίνεται η ευκαιρία στον οργανισμό να προσλάβει επαρκείς ποσότητες αντιοξειδωτικών και φυλλικού οξέος μέσα από την αφθονία της κατανάλωσης φυτικών τροφίμων που αυτή υπαγορεύει. Τα τρόφιμα αυτά (λαδερά φαγητά, όσπρια, λαχανικά, φρούτα) περιέχουν επίσης ένα διατροφικό θησαυρό για την καλύτερη λειτουργία του εντέρου: τις φυτικές ίνες, των οποίων η κατανάλωση σχεδόν διπλασιάζεται την περίοδο αυτή επικουρώντας ταυτόχρονα και την καλύτερη ρύθμιση των επιπέδων του σακχάρου του αίματος. Επιπρόσθετα, υψηλή είναι η περιεκτικότητα των προαναφερόμενων τροφίμων σε κάλιο, έναν πολύτιμο σύμμαχο για την καλύτερη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, ιδιαίτερα σε εκείνους που παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα. Αντίθετα, μέσα από τη νηστεία, μειώνεται αισθητά η κατανάλωση χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων, trans και κορεσμένων λιπαρών αλφά και ζωικής πρωτεΐνης, μέσω

Η ουσιαστική έννοια της νηστείας δεν είναι μόνο ποιοτική αλλήλ και ποσοτική. Δεν αρκεί μόνο η κατανάλωση των νηστίσιμων τροφίμων και η αποχή από τα πρωτεϊνούχα αλλήλ και επιπλέον η επίδειξη εγκράτειας στην καταναλισκόμενη ποσότητα τροφής στα αμυλούχα τρόφιμα και στα λιπαρά φαγητά.

της αποχής από τα τρόφιμα της ομάδας του κρέατος και της ομάδας των γαλακτοκομικών. Υπενθυμίζεται στο σημείο αυτό πως ταυτόχρονα αποφεύγονται και όλα τα τρόφιμα που περιέχουν γάλα ή παράγωγά του όπως κρεμοσιδή γλυκά, σοκολάτες που περιέχουν γάλα ή τυροκομικά προϊόντα. Η διατροφική αυτή «ανακωχή» δίνει μια ανεκτίμητη ευκαιρία για βελτίωση του λιπιδαιμικού προφίλ του οργανισμού τις 40 ημέρες της νηστείας γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό για τους ασθενείς με ΣΔ οι οποίοι παρουσιάζουν επιβαρυνμένο λιπιδαιμικό προφίλ.

Το άλλο μεγάλο «ναι μεν, αλλήλ» της νηστείας στους ασθενείς με ΣΔ2 είναι η προκαλούμενη έλλειψη των απαραίτητων στον οργανισμό θρεπτικών συστατικών που περιέχονται κυρίως στο κρέας και τα γαλακτοκομικά προϊόντα. Αυτά είναι η πρωτεΐνη (με δομικά συστατικά της τα αμινοξέα και ιδιαίτερα τα 9 βασικά αμινοξέα τα οποία ο άνθρωπος δεν μπορεί να συνθέσει και πρέπει να τα προσλάβει μέσω της διατροφής), ο σίδηρος, το ασβέστιο και η βιταμίνη B12, τα οποία οφείλουν να ενταχθούν μέσω εναλλακτικών πηγών (καλαμαράκια, καραβίδες, χταπόδι, γαρίδες, σουπιές, σαλιγκάρια, φακόρυζο, ρεβυθόρυζο, σπανακόρυζο, αρακάς, φασόλια γίγαντες, μανιτάρια, αποξηραμένα φρούτα, τόφου, και ταχίνι) στη διατροφή. Για την ακόμα καλύτερη απορρόφηση του διατροφικού σιδήρου που προέρχεται αναγκαστικά από φυτικά τρόφιμα (μη αιμικός σίδηρος) συστήνεται η ταυτόχρονη κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε βιταμίνη C όπως τα ακτινίδια, τα πορτοκάλια, οι πράσινες πιπεριές, το μπρόκολο και τα λαχανάκια Βρυξελλών.

Όσον αφορά στην κάλυψη του ασβεστίου, εναλλακτικοί διατροφικοί σύμμαχοι θα μπορούσαν να είναι τα μύδια, τα στρείδια, το μπρόκολο, τα καρύδια, το ταχίνι, το σπανάκι, τα αμύγδαλα, το σουσάμι ή ακόμα και το δημητριακό κινά που αποτελεί μια τελευταία διατροφική τάση. Για ακόμα



καλύτερη απορρόφηση του ασβεστίου συστήνεται η ταυτόχρονη αποφυγή τροφίμων που είναι πλούσια σε οξαλικό οξύ (όπως τα παντζάρια, το τσάι και το κακάο), και σε φυτικά οξέα (καφές, κρόκος αβγού και ξηροί καρποί).

Τέλος, υπάρχει και η μεγάλη παγίδα της υπερβολής: αφενός η έλλειψη αισθήματος κορεσμού (καθώς αυτό δημιουργείται πιο εύκολα με την πρωτεΐνη, από την οποία απέχουμε αυτό το διάστημα) ωθεί σε επιλογές όπως τα ζυμαρικά και το ψωμί προκειμένου να προκληθεί αίσθημα κορεσμού, προσφέροντας όμως έτσι άφθονες θερμίδες, δημιουργία περίσσειας τριγλυκεριδίων στον οργανισμό ακόμα και διαταραχή των επιπέδων του σακχάρου. Αφετέρου η πολυήμερη αποχή από τους «πειρασμούς» οδηγεί πολύ συχνά σε φαινόμενα υπερφαγίας καθ' όλη τη διάρκεια της νηστείας αλλήλ και ειδικότερα π.χ. το βράδυ της Μεγάλης Παρασκευής μετά τα μεσάνυχτα είθισται παρέες να συνευρίσκονται για θαλασσινούς μεζέδες και ουζοκατάλυξη ή η «διατροφική απελευθέρωση» στο τραπέζι της Κυριακής του Πάσχα, εκδηλώσεις που μπορεί να οδηγήσουν μέχρι και σε καρδιαγγειακά συμβάματα ή υπεργλυκαιμικές καταστάσεις. Προσοχής επίσης χρήζει και η αυξημένη κατανάλωση χαλβά, ελιών, ταραμοσαλάτας και ταχινιού καθότι τα τρόφιμα αυτά δεν παύουν να παρουσιάζουν αυξημένη θερμιδική πυκνότητα (αυξημένη περιεκτικότητα θερμίδων σε συγκεκριμένο όγκο τροφίμου) η οποία δε βοηθά στη ρύθμιση του σωματικού βάρους και κατ' επέκταση του ΣΔ.

Ακριβώς γι' αυτόν τον λόγο η ουσιαστική έννοια της νηστείας δεν είναι μόνο ποιοτική αλλήλ και ποσοτική. Δεν αρκεί μόνο η κατανάλωση των νηστίσιμων τροφίμων και η αποχή από τα πρωτεϊνούχα αλλήλ και επιπλέον η επίδειξη εγκράτειας στην καταναλισκόμενη ποσότητα τροφής στα αμυλούχα τρόφιμα και στα λιπαρά φαγητά. Έτσι μόνο πραγματικά δοκιμάζεται η αντίσταση στον πειρασμό και επέρχεται η αντιπαράθεση με τον ύστατο αντίπαλο: τον ίδιο τον εαυτό. Ακριβώς γι' αυτό η περίοδος της νηστείας αποτελεί μια θαυμάσια ευκαιρία εξισορρόπησης του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα αλλήλ και μια δοκιμασία περίσκεψης και αυτογνωσίας ταυτόχρονα, που δεν πρέπει κάποιος να την προσπερνά σαν μια ακόμα εθιμοτυπική διαδικασία. Σ

Αντιμετώπιση αρτηριακής υπέρτασης σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη



ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Π. ΜΑΚΑΡΙΤΣΗΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας
Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

και η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος συνυπάρχουν συχνά με ΣΔ τύπου 2 και αυξάνουν περαιτέρω τον κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακών συμβαμάτων, ενώ σημαντική συμβολή έχει και η προσβολή ή μη των οργάνων-στόχος συμπεριλαμβανομένων της διαβητικής νεφροπάθειας, της αμφιβληστροειδοπάθειας και της νευροπάθειας. Πρέπει πάντως να σημειωθεί, ότι οι ασθενείς με ΣΔ που αναπτύσσουν στεφανιαία νόσο παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένη θνητότητα, παρά την εφαρμογή σύγχρονων θεραπευτικών μέτρων.

Α. Αρτηριακή υπέρταση

Η Αρτηριακή Υπέρταση (ΑΥ) αποτελεί ένα από τα συχνότερα νοσήματα παγκοσμίως. Η γήρανση, η κατανάλωση αλάτος και η παχυσαρκία θεωρούνται τα κύρια αίτια αύξησης της συχνότητας της εμφάνισης ΑΥ, με προβλέψεις που υπολογίζουν τον αριθμό των πασχόντων σε 1,5 δισεκατομμύριο του πληθυσμού παγκοσμίως, κατά το έτος 2025. Το ποσοστό του πληθυσμού που πάσχει από υπέρταση ανέρχεται στο 60% σε άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών, ενώ υπερβαίνει το 80% σε άτομα ηλικίας 80 ετών και άνω. Ως ΑΥ ορίζεται η συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) ίση ή μεγαλύτερη από 140 mmHg και/ή η διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ) ίση ή μεγαλύτερη από 90 mmHg, μετρούμενη στο ιατρείο. Η ΑΥ αυξάνει κατά 2-4 φορές την πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας, στεφανιαίας νόσου και

Εισαγωγή

Ο αριθμός ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) προβλέπεται να αυξηθεί από 415 εκατομμύρια που είναι σήμερα σε περισσότερους από 550 εκατομμύρια μέχρι το 2030. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα παραμένουν η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνητότητας σε ασθενείς με ΣΔ, παρά την ελάττωση της καρδιαγγειακής θνητότητας που παρατηρείται την τελευταία 15ετία. Ο ΣΔ αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου και διπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων, αλλά αυτό εξαρτάται και από τη συνύπαρξη ή μη των υπολοίπων παραγόντων κινδύνου. Η αρτηριακή υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, η κοιλιακή παχυσαρκία



αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ). Η ΑΥ συνοδεύει συχνά τον ΣΔ τύπου 1, ενώ παρατηρείται ακόμη συχνότερα στον ΣΔ τύπου 2, με ποσοστό που υπερβαίνει το 70%. Η ιδιαιτέρως αυξημένη συχνότητα συνύπαρξης ΑΥ με ΣΔ τύπου 2 φαίνεται να οφείλεται σε διάφορες αιτίες, με πιο σημαντική τη συνοδό υπερινσουλιναιμία, που οφείλεται στην αντίσταση των ιστών στην ινσουλίνη, γεγονός που αποτελεί χαρακτηριστικό του ΣΔ τύπου 2. Η αυξημένη ινσουλίνη φαίνεται να οδηγεί σε αυξημένη αρτηριακή πίεση είτε μέσω περιφερικής αγγειοσύσπασης είτε μέσω αυξημένης επαναρρόφησης νατρίου από τον νεφρό.

Η ΑΥ σε ασθενείς με διαβήτη αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης μακροαγγειακών και μικροαγγειακών επιπλοκών διπλασιάζοντας τη θνητότητα. Η συνύπαρξη ΑΥ στον ΣΔ τύπου 2 διπλασιάζει τον κίνδυνο για ΑΕΕ, ενώ τριπλασιάζει τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο και καρδιακή ανεπάρκεια (μακροαγγειακές επιπλοκές). Έχει υπολογιστεί, ότι για κάθε αύξηση της ΣΑΠ ή της ΔΑΠ κατά 5 mmHg, ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων και η θνητότητα αυξάνουν κατά 20-30%. Επιπλέον η συνύπαρξη ΑΥ στον ΣΔ τύπου 2 αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης διαβητικής νεφροπάθειας, αμφιβλητρωειδοπάθειας και νευροπάθειας (μικροαγγειακές επιπλοκές).

Έχει αποδειχθεί από διάφορες έγκυρες μελέτες, ότι η μείωση της αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς με ΣΔ οδηγεί σε συνοδό μείωση της θνητότητας καθώς και των μακροαγγειακών και μικροαγγειακών επιπλοκών (διαβητική νεφροπάθεια, αμφιβλητρωειδοπάθεια και λευκωματινουρία). Ο αυστηρός έλεγχος της αρτηριακής πίεσης φαίνεται να οδηγεί σε πολύ μεγαλύτερη μείωση της εμφάνισης καρδιαγγειακών επιπλοκών συγκριτικά με τον αυστηρό έλεγχο του σακχάρου του αίματος (γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη). Ωστόσο, και οι δύο παρεμβάσεις μειώνουν εξίσου σημαντικά την εμφάνιση των μικροαγγειακών επιπλοκών. Η υπεροχή του ελέγχου της

αρτηριακής πίεσης έναντι του ελέγχου του σακχάρου στη μείωση των καρδιαγγειακών επιπλοκών δεν σημαίνει ότι θα πρέπει να επικεντρώνουμε στη ρύθμιση μόνον της αρτηριακής πίεσης και να παραμελούμε τη μείωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, καθώς ο συνδυασμένος έλεγχος και των δύο ως άνω παραμέτρων οδηγεί σε πολλαπλάσια μείωση των επιπλοκών σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2.

Θεραπεία

Με βάση τις πιο πρόσφατες κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης, έναρξη αντιυπερτασικής θεραπείας πρέπει να γίνεται εφόσον είναι η ΣΑΠ ίση ή μεγαλύτερη από 140 mmHg και/ή η ΔΑΠ ίση ή μεγαλύτερη από 90 mmHg, μετρούμενη στο ιατρείο. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι οι ασθενείς με διαβήτη μπορεί να είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση ορθοστατικής υπότασης, καθώς ο ΣΔ συχνά μπορεί να συνοδεύεται από διαταραχή του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Σε όλους τους ασθενείς θα πρέπει να συνιστάται αλλαγή του τρόπου ζωής, η οποία περιλαμβάνει:

1. Μείωση της κατανάλωσης άλατος σε ποσότητα μικρότερη των 5 g ημερησίως,
2. Μείωση της κατανάλωσης οινοπνεύματος σε 14 μονάδες για τους άνδρες και 8 μονάδες για τις γυναίκες ημερησίως (1 μονάδα οινοπνεύματος αντιστοιχεί σε 10 mL ή 8 g καθαρού οινοπνεύματος – 1 ποτήρι κρασί των 175 mL περιέχει περίπου 2 μονάδες οινοπνεύματος ενώ μια μπίρα των 500 mL, 5% κατ' όγκο, περιέχει περίπου 2,5 μονάδες οινοπνεύματος),
3. Αύξηση της κατανάλωσης λαχανικών, φρούτων, ψαριών, ακόρεστων λιπών (ελαιόλαδου) και γαλακτοκομικών με χαμηλά λιπαρά και αποφυγή κατανάλωσης κρέατος,
4. Μείωση του σωματικού βάρους,
5. Τακτική αερόβια μέτριας έντασης άσκηση τουλάχιστον 30 λεπτά επί 5-7 φορές εβδομαδιαίως και
6. Διακοπή καπνίσματος.

Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης πρέπει να γίνεται σε κάθε επίσκεψη του ασθενούς στο ιατρείο (πρέπει να διενεργούνται τουλάχιστον δύο μετρήσεις με μεσοδιάστημα 1-2 λεπτών). Οι διαβητικοί ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούν τακτικά την αρτηριακή πίεση με μετρήσεις στο σπίτι. Να σημειωθεί ότι τα φυσιολογικά όρια για μετρήσεις στο σπίτι είναι χαμηλότερα από 135/85 mmHg.

Ως προς τους θεραπευτικούς στόχους συνιστάται μείωση της ΣΑΠ κάτω από 130 mmHg εφόσον είναι ανεκτό από

Με βάση τις πιο πρόσφατες κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης, έναρξη αντιυπερτασικής θεραπείας πρέπει να γίνεται εφόσον είναι η ΣΑΠ ίση ή μεγαλύτερη από 140 mmHg και/ή η ΔΑΠ ίση ή μεγαλύτερη από 90 mmHg, μετρούμενη στο ιατρείο.

τον ασθενή, αλλά όχι κάτω από 120 mmHg. Σε ασθενείς άνω των 65 ετών συνιστάται ΣΑΠ μεταξύ 130–139 mmHg. Ως προς τη ΔΑΠ για όλους τους ασθενείς συνιστάται ΔΑΠ μικρότερη από 80 mmHg, αλλά όχι κάτω από 70 mmHg. Σε ό,τι αφορά στους ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια συνιστάται μείωση της ΣΑΠ μεταξύ 130–139 mmHg. Ωστόσο, σε αυτούς τους ασθενείς πρέπει να εξατομικεύεται ο στόχος, καθώς σε ασθενείς με σημαντική λευκωματινουρία (πάνω από 1 g/24ωρο) έχει βρεθεί ότι η μεγαλύτερη ελάττωση της προόδου της νεφρικής βλάβης παρατηρήθηκε σε επίπεδα ΣΑΠ μεταξύ 120–110 mmHg.

Ως προς την επιλογή των αντιυπερτασικών φαρμάκων συνιστάται η έναρξη της θεραπείας με αναστολέα του συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης σε συνδυασμό με έναν ανταγωνιστή των διαύλων ασβεστίου ή ένα θειαζιδικό διουρητικό. Πρέπει να προτιμάται ο αναστολέας του συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης, καθώς έχει αποδειχθεί ότι αυτή η κατηγορία φαρμάκων μειώνει πιο αποτελεσματικά την πρόοδο της νεφρικής βλάβης έναντι των υπολοίπων κατηγοριών αντιυπερτασικών σε ασθενείς με διαβήτη. Η συγχρήγηση αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης με αναστολείς των AT1 υποδοχέων της αγγειοτασίνης II αντενδείκνυται. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η κατηγορία αντιδιαβητικών φαρμάκων που αναστέλλουν την επαναρρόφηση γλυκόζης και νατρίου στον νεφρό μειώνουν την αρτηριακή πίεση και την επίπτωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Ως εκ τούτου, η χρήση τους μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της ΑΥ σε διαβητικούς ασθενείς, στους οποίους η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης αποτελεί συχνά ένα ιδιαίτερα δύσκολο έργο.

Βιβλιογραφία

1. Williams B, Mancia G, Spiering W et al. 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. J Hypertens 2018; 36:1953-2041. 



Είναι οι αποκλειστικές ή οι πλούσιες σε τρόφιμα φυτικής προέλευσης δίαιτες καλύτερες για την πρόληψη και τη θεραπεία του Σακχαρώδη Διαβήτη;



ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΥΚΟΥΛΗΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Ενδοκρινολογίας
Διευθυντής Συντακτικής Επιτροπής

Ο όρος «vegetarian» χρησιμοποιείται ευρέως στη χώρα μας και χαρακτηρίζει το άτομο που διατρέφεται με τρόφιμα φυτικής προέλευσης σε μια ποικιλία σύνθεσης και βαθμό πρόσληψης. Οι διατροφικές συνήθειες κυμαίνονται από αποκλειστικά φυτικής προέλευσης τρόφιμα (χορτοφαγική διατροφή, vegan) και από χορτοφαγική διατροφή σε συνδυασμό με γάλα και αυγά (lacto-ovo-vegetarian), με ψάρι (pesco-vegetarian), με κρέας περιστασιακά (semi-vegetarian). Το σημαντικότερο στοιχείο όλων των παραπάνω τύπων διατροφής είναι η έμφαση που δίνεται σε δημητριακά ολικής άλεσης, φρούτα, λαχανικά, όσπρια και ξηρούς καρπούς και η μείωση των κορεσμένων και trans λιπαρών.

Οι μελέτες δείχνουν ότι δίαιτες πλούσιες σε τρόφιμα φυτικής προέλευσης συνδέονται με χαμηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔ ανεξάρτητα από τη θετική συσχέτιση της κατανάλωσης κρέατος με την ανάπτυξη διαβήτη. Ωστόσο, στην έκταση των προληπτικών και θεραπευτικών επιδράσεων αυτών των διαφόρων τύπων δίαιτας έχουν παρατηρηθεί διαφορές. Πολλοί αναρωτιούνται εάν η διατροφή πλούσια σε τρόφιμα φυτικής προέλευσης ή αποκλειστικά με τρόφιμα φυτικής προέλευσης είναι ιδανική για την πρόληψη ή/και τη θεραπεία του ΣΔ.

Μια γρήγορη επίσκεψη στο διαδίκτυο αποκαλύπτει πληθώρα σχετικών άρθρων τα οποία συνηγορούν υπέρ της διατροφής πλούσιας σε τρόφιμα φυτικής προέλευσης. Μάλιστα, υπάρχουν συγκεκριμένες ιστοσελίδες οι οποίες υποστηρίζουν ότι τέτοιες διατροφικές συνήθειες προλαμβάνουν την εμφάνιση του διαβήτη ή, στην περίπτωση εμφάνισής του, επιτρέπουν στον πάσχοντα να σταματήσει τη θεραπεία. Τέτοιοι ισχυρισμοί είναι απόλυτα λανθασμένοι. Αυτό που είναι περισσότερο προκλητικό αφορά στον ορισμό της διατροφής με φυτικής προέλευσης τρόφιμα ως επιλογή πρώτης γραμμής με την προσδοκία ρύθμισης του ΣΔ και την αποφυγή των επιπλοκών του.

Η αναζήτηση στη διεθνή βιβλιογραφία μελετών σχετικών με το θέμα μας οδηγεί στη διαπίστωση ότι διατροφή πτωχή σε ζωικής προέλευσης τρόφιμα είναι ευνοϊκή για την υγεία. Αντίστοιχα, ευνοϊκή για την υγεία είναι η πλούσια σε προϊόντα φυτικής προέλευσης διατροφή. Οι ανωτέρω διαπιστώσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τα άτομα με ΣΔ λαμβάνοντας υπόψη ότι σε αυτά η πιθανότητα καρδιαγγειακών επιπλοκών είναι 2-4 φορές υψηλότερη.

Σύμφωνα με μια σχετικά πρόσφατη ανασκόπηση¹, διατροφή

πλούσια σε φυτικής προέλευσης τρόφιμα σε σύγκριση με εκείνη με χαμηλή περιεκτικότητα λίπους, συνοδεύεται από μικρότερη συχνότητα διαβήτη σε μακροχρόνιες μελέτες παρατήρησης. Από την άλλη μεριά, σε τυχαίοποιημένες μελέτες η ρύθμιση του ΣΔ μέσω της εκτίμησης των επιπέδων της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης ήταν καλύτερη όταν εφαρμόζονταν διατροφή πλούσια σε φυτικής προέλευσης τρόφιμα. Οι ως άνω διαπιστώσεις είναι σημαντικές αλλήλ πρέπει να αξιολογούνται με προσοχή στο πλαίσιο του ότι τα άτομα της πρώτης κατηγορίας ακολουθούν, κατά μέσο όρο, υγιέστερα πρότυπα διαβίωσης που κάνει πιθανή την επίδραση άλλων παραγόντων στην εμφάνιση του διαβήτη. Για παράδειγμα, σημαντικός παράγοντας που ενέχεται στην εμφάνιση του διαβήτη είναι το σωματικό βάρος το οποίο επηρεάζεται περισσότερο στις μελέτες όπου απαιτείται πιστότερη εφαρμογή κανόνων διαβίωσης εκτός από το είδος της διατροφής. Όσον αφορά στις καλά σχεδιασμένες, τυχαίοποιημένες, μελέτες πρέπει να θυμόμαστε ότι αυτές είναι βραχείας διάρκειας. Με τους παραπάνω περιορισμούς, τα διαθέσιμα στοιχεία των μελετών δείχνουν ότι η εφαρμογή διατροφής πλούσιας σε τρόφιμα φυτικής προέλευσης από νεαρή ηλικία προλαμβάνει την εμφάνιση του ΣΔ και είναι επίσης σημαντική, αλλήλ όχι απόλυτη, η θεραπευτική σημασία της στην καθημερινή προσπάθεια ρύθμισης του σακχάρου. Ένα πρόσθετο ουσιαστικό ερώτημα αφορά στο πώς επηρεάζει η μεσογειακή διατροφή την εμφάνιση ή τη διαχείριση του διαβήτη, συγκρινόμενη με τη χορτοφαγική διατροφή. Στο ερώτημα αυτό δεν υπάρχει ξεκάθαρη απάντηση γιατί εξ όσων είναι γνωστά δεν υπάρχει τυχαίοποιημένη μελέτη που να συγκρίνει τις δύο δίαιτες. Ωστόσο, μια μετα-ανάλυση²

που δημοσιεύτηκε πρόσφατα και περιλαμβάνει 56 μελέτες εκτίμησης της επίδρασης διαφόρων τύπων διατροφής στη ρύθμιση του σακχάρου σε άτομα με ΣΔ τύπου 2 (4.937 συμμετέχοντες), επιτρέπει την έμμεση σύγκριση. Σύμφωνα με αυτή τη μετα-ανάλυση η μεσογειακή διατροφή είναι η πλέον δραστική και αποτελεσματική από τη χορτοφαγική δίαιτα για τη βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου σε άτομα με ΣΔ τύπου 2. Οφείλουμε όμως να σημειώσουμε ότι σημαντικό, αν και ηπιότερο, ευνοϊκό αποτέλεσμα είχαν και οι διάφοροι τύποι διατροφής πλούσιες σε τρόφιμα φυτικής προέλευσης. Σύμφωνα με τα ανωτέρω στοιχεία, στο ερώτημα εάν η χορτοφαγική διατροφή είναι η καλύτερη και μπορεί να συσταθεί ως αποκλειστική επιλογή στα άτομα με διαβήτη, η απάντηση είναι αρνητική. Εάν ένας ασθενής την επιλέξει η επιλογή του είναι σεβαστή. Το ίδιο πρέπει να γίνει και όταν κάποιος επιλέξει διατροφή χαμηλή σε ζωικό λίπος υπό την προϋπόθεση ότι ακολουθούνται διατροφικοί κανόνες. Αντίθετα, σε άτομα με διαβήτη που επιλέγουν τρόφιμα ζωικής προέλευσης οφείλουμε να προτείνουμε αλληλαγή σε μια ισορροπημένη διατροφή όπως είναι η μεσογειακή δίαιτα. Γενικά όμως τα στοιχεία των διαφόρων μελετών υποστηρίζουν ότι η κατανάλωση τροφίμων φυτικής προέλευσης ασκεί ευνοϊκή επίδραση στην υγεία.

Βιβλιογραφία

1. Olfert MD, Wattick RA. Vegetarian diets and the risk of diabetes. *Curr Diab Rep* 2018; 18:101. doi: 10.1007/s11892-018-1070-9.
2. Schwingshackl L, Chaimani A, Hoffmann G, Schwedhelm C, Boeing H. A network meta-analysis on the comparative efficacy of different dietary approaches on glycaemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Eur J Epidemiol* 2018; 33:157-170. 



Γενική Συνέλευση της ΕΛΟΔΙ για το 2020

Την Κυριακή 9 Φεβρουαρίου πραγματοποιήθηκε στα γραφεία της Ελληνικής Ομοσπονδίας για τον Διαβήτη η Τακτική Γενική Συνέλευση για το 2020. Το Διοικητικό Συμβούλιο παρουσίασε στο σώμα της Συνέλευσης, αποτελούμενο από αντιπροσώπους των πρωτοβάθμιων συλλόγων – μελών της ΕΛΟΔΙ, τον διοικητικό και οικονομικό απολογισμό του 2019, καθώς και τον προϋπολογισμό του τρέχοντος έτους. Ακολούθησε εποικοδομητική συζήτηση μεταξύ των εκπροσώπων για τη δράση της Ομοσπονδίας την περασμένη χρονιά, τον απολογισμό του 12ου Πανελληνίου Συνεδρίου στην Καλαμπάκα, την αναβάθμιση της παρουσίας της ΕΛΟΔΙ στα ηλεκτρονικά μέσα και το περιοδικό

“Σακχαρώδης Διαβήτης: Φροντίδα για Όλους”. Παράλληλα, τέθηκαν οι βάσεις της μελλοντικής πορείας της Ομοσπονδίας μας.



Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η κοπή της sugar-free πίτας μας, με το φλουρί να τυχαίνει στην πρόεδρο Βασιλική Λούβαρη. “Καλή χρονιά με υγεία και αγάπη. Εύχομαι από καρδιάς το 2020 να φέρει στη ζωή μας νέες προσδοκίες, να επιτευχθούν όλοι οι στόχοι μας, να βλέπουμε μπροστά και να χαμογελάμε.

Μην ξεχνάτε, είναι τέχνη να ζεις γλυκά!”, δήλωσε στο elodi.org η πρόεδρος της Ομοσπονδίας. Τη συνάντησή μας τίμησαν με την παρουσία τους οι κ.κ. Δ. Χιώτης και Γ. Κουκούλης, καθώς και λοιποί συνεργάτες της ΕΛΟΔΙ. (Σ)





ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ

Ένας κόσμος γεύσης και φροντίδας

Όλη η απόλαυση
χωρίς τη ζάχαρη!



Για εσάς που θέλετε να περιορίσετε την κατανάλωση ζάχαρης στη διατροφή σας, η **Πράσινη σειρά Παπαδοπούλου**, σας προσφέρει πολλές διαφορετικές επιλογές για όλες τις στιγμές της ημέρας. Η σειρά περιλαμβάνει προϊόντα χωρίς ζάχαρη (Cream Crackers, Πολυδημητριακά Μπισκότα Πρωΐνου με κακάο, Digestive & Mini Digestive) και προϊόντα χωρίς προσθήκη ζάχαρης ή άλλων σακχάρων (Digestive Bar με μαύρη σοκολάτα και παξιμαδάκια KRISPIES ολικής άλεσης).

Όλα τα προϊόντα της **Πράσινης σειράς Παπαδοπούλου** είναι πλούσια σε δημητριακά και περιέχουν φυτικές ίνες, για μια καθημερινή ισορροπημένη διατροφή.

Επιπλέον, για εσάς που θέλετε να περιορίσετε και την κατανάλωση αλατιού στη διατροφή σας, δημιουργήσαμε τις **φρυγανιές Παπαδοπούλου «Χωρίς»**. Οι φρυγανιές «Χωρίς» παρασκευάζονται χωρίς προσθήκη αλατιού και ζάχαρης.

Βάλτε στη διατροφή σας την **Πράσινη σειρά Παπαδοπούλου** και κερδίστε όλη την απόλαυση χωρίς τη ζάχαρη!

Ενημερωτική εκδήλωση και κοπή πίτας από τον Σύλλογο Διαβητικών Ν. Σερρών



Στις 26 Ιανουαρίου 2020, ο Σύλλογος Διαβητικών Νομού Σερρών πραγματοποίησε στο ξενοδοχείο Γαλαξίας στις Σέρρες την κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας του. Την εκδήλωση πλαισίωσαν ομιλίες για τον σακχαρώδη διαβήτη από τον κ. Δημητρίκογλου Ιορδάνη (με θέμα «Μύθοι και αλήθειες για τον διαβήτη») και την κ. Δαρνάκα Αργυρώ (με θέμα «Διαβητικό πόδι»), ενώ ακολούθησε ενδιαφέρουσα συζήτηση.

Εκ μέρους του ΔΣ του Συλλόγου, ο πρόεδρος κ. Σοφοκλής Βηλαστόρης ευχαρίστησε όλα τα μέλη για τη συμμετοχή τους στην εκδήλωση. Την ημέριδα τίμησαν με την παρουσία τους ο βουλευτής Σερρών της Νέας Δημοκρατίας κ. Αναστάσιος Χατζηβασιλείου, ο βουλευτής της Ελληνικής Λύσης κ. Κωνσταντίνος Μπούμπας, η πρόεδρος της Κοινωφελούς Επιχείρησης Δήμου Σερρών κ. Χρυσάνθη Παλάζη και ο νέος διοικητής του Νοσοκομείου Σερρών. Στην εκδήλωση παρευρέθηκε και ο κ. Ανέστης Βακιρτζής, αντιδήμαρχος του Δήμου Εμμανουήλ Παππά και μέλος του ΔΣ του Συλλόγου. Ο κ. Βηλαστόρης εκφράζει τις θερμές ευχαριστίες του προς τους ιατρούς κ. Δημητρίκογλου, κ. Δαρνάκα και τη διατροφολόγο κ. Βακιρτζή. Σ



Κοπή πίτας 2020 Mellitus Celiac – Συλλόγου Ατόμων με Νεανικό Διαβήτη και Κοιλιοκάκη Πρέβεζας



Το απόγευμα της Κυριακής 2 Φεβρουαρίου 2020 στον χώρο του Cafe-Bar DIEM ESPRESSO BAR στην παραλία της Πρέβεζας μαζευτήκαμε για να κόψουμε τη βασιλόπιτα του Συλλόγου και να ανταλλάξουμε εμπειρίες και σκέψεις μεταξύ μας παλαιά και νέα μέλη του Συλλόγου μας. Τόσο ο διαβήτης τύπου 1 όσο και η κοιλιοκάκη, αποτελούν δύο χρόνιες αυτοάνοσες νόσους, με όσα συνεπάγεται αυτό για το άτομο που ασθενεί.

Η βραδιά αυτή έφερε κοντά τα νέα μέλη του Συλλόγου. Οι μικροί και οι μεγάλοι σε ηλικία νέοι φίλοι μας γνωρίστηκαν με τους παλαιότερους. Τα χαμόγελα άρχισαν να μοιράζονται και οι ιστορίες ξεκίνησαν να εξιστορούνται μεταξύ τους. Για εμάς, ως σύλλογος, αυτός είναι ο κύριος σκοπός μας. Η ύπαρξη της αλληλεγγύης μεταξύ μας. Προσπάθεια στήριξης των νεότερων από τους παλαιότερους και δημιουργία δεσμών φιλίας, κατανόησης και υποστήριξης. Σύσσωμο το ΔΣ του Συλλόγου μας εύχεται σε όλους μια νέα χρονιά γεμάτη υγεία και κάθε προσωπική και οικογενειακή ευτυχία. Να είμαστε όλοι καλά να ανταμώνουμε. Σ



Κοπή βασιλόπιτας 2020 Συλλόγου Διαβητικών Ν. Ημαθίας «Γλυκιά Ισορροπία»



Την Κυριακή 12 Ιανουαρίου 2020 πραγματοποιήθηκε η τελετή κοπής της βασιλόπιτας της «Γλυκιάς Ισορροπίας» του Συλλόγου Διαβητικών Ν. Ημαθίας στην αίθουσα του Κ.Α.Π.Η. Νάουσας. Ο πρόεδρος του Συλλόγου Κώστας Ιωαννίδης, αναφέρθηκε στις δραστηριότητες αυτού για το νέο έτος με τις ομιλίες που θα διοργανωθούν αθλή και τη συμμετοχή μελών του Συλλόγου στο πλαίσιο διεξαγωγής της ετήσιας πενθήμερης ψυχαγωγικής εκδρομής μας που θα διεξαχθεί στη Λήμνο του Αγίου Πνεύματος από 05/06/2020 (άφιξη) μέχρι 09/06/2020 (αναχώρηση). Επίσης έκανε αναφορά για τις εξελίξεις που τρέχουν ως προς τη φαρμακευτική κάλυψη, καθώς και τις ενέργειες της ομοσπονδίας ΕΛΟΔΙ σε θέματα-δικαιώματα που αφορούν στα άτομα με διαβήτη. Παρόντες στην εκδήλωση η Αντιδήμαρχος πολιτισμού του Δήμου Νάουσας και ιδρυτικό μέλος του Συλλόγου κ. Μπαλιντατζίδου Δώρα λέγοντας για τη σημαντική και αξιόπαινη δράση του Συλλόγου προς όλο τον νομό ο οποίος διοργανώνει ημερίδες και εκδηλώσεις προς ενημέρωση του διαβήτη, εξάλειψη της άγνοιας και ταμπού. Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. Νάουσας κ. Χατζηστυλίου δίνοντας τις θερμότερες ευχές στα μέλη του Συλλόγου καθώς και στη διοίκηση για τη συνέχεια του έργου που πράττει. Τέλος, παρών ήταν και ο αξιγάπητος γιατρός μας κ. Χατζιωαννίδης Λάζαρος που αντάλλαξε ευχές και συμβουλές με τα μέλη.

Τα φλουριά έτυχαν στο Κ.Α.Π.Η. και στην κ. Μπέσιου Μαρία μέλος του Συλλόγου. Υγεία και ευημερία.



Με εκτίμηση

Ο πρόεδρος
Ιωαννίδης Κωνσταντίνος

Η γραμματέας του γραφείου
Ιωάννου Μάγδα



Κοπή βασιλόπιτας Συλλόγου Διαβητικών Νομού Κοζάνης



Με ιδιαίτερη επιτυχία και με την παρουσία πολλών μελών και φίλων πραγματοποιήθηκε η κοπή της βασιλόπιτας του Συλλόγου Διαβητικών Νομού Κοζάνης **«ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ»** την Κυριακή 26/01/2020.

Την εκδήλωση τίμησαν με την παρουσία τους αιρετοί της τοπικής αυτοδιοίκησης του Δήμου Εορδαίας, ο Πρόεδρος της Δ.Κ. Πτολεμαΐδας, ο νέος Διοικητής του Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας (Μποδοσάκειο) κ. Παπασωτηρίου Σταύρος. Επίσης στην εκδήλωση παρευρέθηκαν οι Πρόεδροι των Πολιτιστικών Συλλόγων του Δήμου Εορδαίας, η Πρόεδρος του Συλλόγου Καρκινοπαθών καθώς και οι Πρόεδροι των Συλλόγων Ιεροψαλτών και Καλός Σαμαρείτης.

Ο νέος Διοικητής του Μποδοσάκειου Νοσοκομείου συνεχάρη τον Σύλλογο για το σημαντικό του έργο και ανακοίνωσε την επαναλειτουργία του Διαβητολογικού Ιατρείου του Μποδοσάκειου Νοσοκομείου με την επιστροφή της εξειδικευμένης νοσηλεύτριας σε αυτό. Η σημαντική αυτή ανακοίνωση χειροκροτήθηκε με ενθουσιασμό και ιδιαίτερη χαρά τόσο από τους διαβητικούς όσο και από τους υπόλοιπους παρευρισκόμενους.

Την εκδήλωση πλαισίωσε η χορωδία του **Συλλόγου Μικρασιατών Πτολεμαΐδας «Η Μικρά Ασία»** και με την όμορφη μουσική και τις μελωδικές φωνές των χορωδών δημιούργησε κλίμα χαράς και ευχαρίστησης σε όλους.

Την κοπή της βασιλόπιτας ευλόγησαν ο Αρχιερατικός Επίτροπος Εορδαίας Αρχιμανδρίτης Νικηφόρος, ο πατήρ Ελευθέριος και ο πατήρ Αθανάσιος.

Το 2020 ο Σύλλογος με μεγάλη χαρά συμπληρώνει 20 χρόνια λειτουργίας, δράσεων και ενημέρωσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη σε όλο τον Νομό και με την ίδια δυναμική και όρεξη, ευελπιστεί να συνεχίσει για ακόμα περισσότερα χρόνια να διεκδικεί και να προσφέρει. **Σ**

Κοπή πίτας από την Ένωση Γονέων Παιδιών και Νέων Θεσσαλονίκης

Το Σάββατο 15 Φεβρουαρίου 2020, η Ένωση Γονέων Παιδιών και Νέων με Διαβήτη πραγματοποίησε στο Εκπαιδευτικό Πολιτιστικό Ίδρυμα «Διακονία» στη Θεσσαλονίκη, την κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας και αποκριάτικο πάρτυ για τους μικρούς μας φίλους και τους γονείς τους.

Η πρόεδρος της Ένωσης κ. Θεοφανία Τσαχαλίνα εκ μέρους του ΔΣ, αφού ευχαρίστησε θερμά όλα τα μέλη που παρευρέθηκαν στην εκδήλωση, αναφέρθηκε στα 30 χρόνια ύπαρξής της καθώς ιδρύθηκε το 1990. Επίσης αναφέρθηκε στις δράσεις που πραγματοποίησε η Ένωση τη χρονιά που πέρασε και ευχαρίστησε θερμά τους ιατρούς κ. Γαλήνη, κ. Κώστα και κ. Τσιρουκίδου για την παρουσία τους στην εκδήλωση.

Πολλές εκπλήξεις και δώρα περίμεναν μικρούς και μεγάλους. Η ευχή μας για καλή υγεία, αλληλεγγύη, ευτυχία και καλές μετρήσεις σας συνοδεύει όλους μας το νέο έτος 2020. 



Κοπή πίτας και επετειακή χρονιά για τον Σύλλογο Διαβητικών Ν. Έβρου

Την κοπή της πίτας του για το 2020 πραγματοποίησε ο Σύλλογος Διαβητικών Ν. Έβρου (ΣΥ.Δ.Ν.Ε.), μέλος της ΕΛΟΔΙ, το βράδυ του Σαββάτου 15 Φεβρουαρίου σε παραλιακή ταβέρνα της Αλεξανδρούπολης. Μέλη και φίλοι του Συλλόγου αγάλλισαν τη συνάντηση και υποδέχθηκαν τη νέα χρονιά με θερμές ευχές και θετική διάθεση. Την εκδήλωση τίμησαν με την παρουσία τους ο κ. Σταύρος Θωμαΐδης, Επιμελητής Α΄ της Παιδιατρικής Κλινικής του ΔΠΘ, καθώς και η κ. Σουλιτάνα Κύρογλου, συνταξιούχος επισκέπτρια υγείας, πρώην υπεύθυνη του διαβητολογικού ιατρείου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης, αμφότεροι έμπρακτοι υποστηρικτές του έργου του Συλλόγου.

Η Κατερίνα Μαυρομάτη, πρόεδρος του ΣΥ.Δ.Ν.Ε. ευχήθηκε σε όλα τα μέλη και τις οικογένειές τους υγεία, αισιοδοξία και ενότητα, ενώ προανήγγειλε δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης με αφορμή τη συμπλήρωση 5 χρόνων από την ίδρυση του Συλλόγου (2015-2020). Μετά από κλήρωση, τέσσερις τυχεροί κέρδισαν δώρα που παραχώρησαν ευγενικά τοπικές επιχειρήσεις.. Σ



Η σημασία της κατασκήνωσης για το παιδί με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1



ΜΑΡΙΑ ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ MD, PhD

Παιδίατρος-Παιδοενδοκρινολόγος

Υπεύθυνη του προγράμματος

«Κατασκήνωση παιδιών και εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη» της Γ΄ Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ σε συνεργασία με τη ΧΑΝΘ

Η εκπαίδευση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ). Τα βασικά σημεία της αφορούν στην παθοφυσιολογία της νόσου, στον τρόπο δράσης της ινσουλίνης, στην κατανόηση των σχημάτων χορήγησής της, στον αυτοέλεγχο, στον τρόπο χορήγησης της ινσουλίνης, στην αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας, στη διατροφή, στην άσκηση, στις επιπλοκές και την πρόληψή τους καθώς και στην ενημέρωση για τα νέα δεδομένα σε ό,τι αφορά στην αντιμετώπιση της νόσου. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στους εφήβους σε ό,τι αφορά στις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και της κατανάλωσης οισινοπνεύματος. Βασικοί της στόχοι είναι η εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής ρύθμισης, η αποφυγή επιπλοκών, η φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού και, κυρίως, η βαθμιαία ανάληψη ευθυνών από το παιδί για τη νόσο.

Η κατασκήνωση αποτελεί ένα σημαντικό τρόπο εκπαίδευσης παιδιών και εφήβων με ΣΔ. Η ιστορία των κατασκηνώσεων παιδιών με διαβήτη σε παγκόσμιο επίπεδο, μετρά περίπου έναν αιώνα, με την πρώτη να λειτουργεί το 1925 στο Michigan των ΗΠΑ από τον Dr Leonard F.C Wendt. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ADA), πάνω από 100.000 παιδιά και έφηβοι με ΣΔ είχαν την εμπειρία της κατασκήνωσης στις ΗΠΑ. Στη χώρα μας ανάλογα προγράμματα ξεκίνησαν στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και μέχρι σήμερα εκατοντάδες παιδιά και έφηβοι με ΣΔ έχουν συμμετάσχει σ' αυτά.

Είναι αυτονόητο, ότι το επίπεδο εκπαίδευσης δεν είναι το ίδιο για όλα τα παιδιά. Η εκπαίδευση των παιδιών και των εφήβων με ΣΔ γίνεται τόσο ατομικά, όσο και ομαδικά. Το κατασκηνωτικό πρόγραμμα συνδυάζει την εκπαίδευση και την ψυχαγωγία. Τα παιδιά δημιουργούν νέους φίλους και αυξάνεται η αυτοπεποίθησή τους. Έρχονται πιο κοντά με τους επαγγελματίες υγείας, εκτίθενται σε νέα πράγματα και εκπαιδεύονται στην πράξη.

Γενικά, η εμπειρία των κατασκηνώσεων παιδιών με ΣΔ συσχετίζεται συνήθως με αυξημένη σωματική δραστηριότητα συγκριτικά με αυτή που βιώνεται στο σπίτι και είναι συνήθης η σημαντική μείωση των αναγκών σε ινσουλίνη, λόγω της έντονης φυσικής δραστηριότητας. Το γεγονός αυτό και μόνο αποδεικνύει στο παιδί την ιδιαίτερα ευεργετική επίδραση της άσκησης στον γλυκαιμικό έλεγχο. Οι στόχοι του γλυκαιμικού ελέγχου αφορούν περισσότερο στην αποφυγή ακραίων τιμών γλυκόζης στο αίμα. Το πρωτόκολλο διαχείρισης στοχεύει στην εξισορρόπηση της δοσολογίας ινσουλίνης με το επίπεδο δραστηριότητας και την πρόσληψη τροφής, έτσι ώστε τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα να παραμείνουν εντός ασφαλών ορίων, ιδιαίτερα σε σχέση με την πρόσληψη της υπογλυκαιμίας.

Αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση το κατασκηνωτικό πρόγραμμα να λαμβάνει χώρα σε μια «μικτή κατασκήνωση» στην οποία συμμετέχουν παιδιά και έφηβοι με ή χωρίς ΣΔ και ακολουθούν όλοι το ίδιο πρόγραμμα δραστηριοτήτων αθλητά και

το ίδιο διαιτολόγιο, που στηρίζεται σε κανόνες σωστής και υγιεινής διατροφής.

Η συμμετοχή στην κατασκήνωση παιδιών και εφήβων με ΣΔ ενισχύει την ικανότητά τους να αναγνωρίζουν και να θεραπεύουν την υπεργλυκαιμία και την υπογλυκαιμία, αλλά και να ανανεώνουν τον εαυτό τους και να επωφελούνται από το υποστηρικτικό και εκπαιδευτικό προφίλ της κατασκήνωσης. Αναλυτικότερα, οι ευκαιρίες που δίνονται στην κατασκήνωση, σε ό,τι αφορά στην εκπαίδευση στον διαβήτη υπό ασφαλή ιατρικό περιβάλλον, απεικονίζονται ως εξής:

- ▶ Ανταλλαγή συναισθημάτων, ιδεών και γνώσεων
- ▶ Ανταλλαγή εμπειριών
- ▶ Κοινωνικοποίηση
- ▶ Ανάπτυξη αυτοπεποίθησης
- ▶ Απόκτηση καλύτερων συνηθειών διατροφής και σωματικής άσκησης
- ▶ Βελτίωση της αυτοεξυπηρέτησης
- ▶ Ενδυνάμωση των δεξιοτήτων διαχείρισης του ΣΔ (μετρήσεις γλυκόζης αίματος, καταμέτρηση ποσότητας υδατανθράκων στην τροφή, υπολογισμός δόσης ινσουλίνης, αντιμετώπιση υπογλυκαιμίας και υπεργλυκαιμίας, αναγνώριση της ευεργετικής επίδρασης της σωματικής δραστηριότητας στον γλυκαιμικό έλεγχο).

Για την ορθή, εύρυθμη, ασφαλή και αποτελεσματική λειτουργία της κατασκήνωσης θα πρέπει να υπάρχει ιατρική ομάδα, αποτελούμενη από εξειδικευμένους γιατρούς, διατροφολόγους και κατάλληλο νοσηλευτικό προσωπικό ή εκπαιδευτές διαβήτη.

Είναι αυτονόητο, ότι η ιατρική ομάδα γνωρίζει το πρόγραμμα

άσκησης και διατροφής κατά τη διάρκεια του κατασκηνωτικού προγράμματος, έτσι ώστε να μπορούν να γίνουν κατάλληλες προσαρμογές στη δοσολογία της ινσουλίνης. Σημαντικά είναι επίσης η γνώση του ιστορικού του κάθε παιδιού πριν από τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα (π.χ. σχήμα ινσουλινοθεραπείας, ημερήσιες ανάγκες ινσουλίνης, ευαισθησία ινσουλίνης, πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας, επίπεδο ρύθμισης) καθώς και η καταγραφή τόσο των επιπέδων της γλυκόζης και της δοσολογίας της ινσουλίνης όσο και της πρόσληψης τροφής κατά τη διάρκεια του προγράμματος, ώστε να γίνεται εύκολη αντιληπτό αν απαιτούνται μεταβολές στην ινσουλινοθεραπεία. Τα τελευταία χρόνια η χρήση της τεχνολογίας βοηθά σημαντικά σ' αυτό.

Μετά από 25 χρόνια εμπειρίας από τη συμμετοχή μου στο πρόγραμμα «Κατασκήνωση παιδιών και εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη» της Γ' Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ σε συνεργασία με τη ΧΑΝΘ, είμαι πεπεισμένη ότι η συμμετοχή σε κατασκηνωτικό πρόγραμμα για παιδιά και εφήβους με ΣΔ αποτελεί σημαντικό τρόπο εκπαίδευσης και συμβάλλει στην επίτευξη καλύτερης ρύθμισης. Ο ευεργετικός ρόλος της κατασκήνωσης αποδεικνύεται, πέραν των άλλων, και από το υψηλό ποσοστό συνεχούς συμμετοχής των κατασκηνωτών, πολλοί από τους οποίους έχουν γίνει σύμβουλοι και πρότυπα για τους νεότερους κατασκηνωτές.

Η χρήση του ενεργού χώρου κατασκήνωσης ως ευκαιρία διδασκαλίας είναι ένας ανεκτίμητος τρόπος, ώστε τα παιδιά με διαβήτη να αποκτήσουν δεξιότητες για τη διαχείριση της νόσου, γεγονός που συμβάλλει στην επίτευξη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής. ☺

Πρόσκληση για συμμετοχή σε θερινή κατασκήνωση παιδιών και εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη

Πολλές μελέτες έχουν τεκμηριώσει ότι βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη είναι η σωστή εκπαίδευση. Για τα παιδιά και τους εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 η εκπαιδευτική διαδικασία γίνεται αποτελεσματική όταν η θεωρητική γνώση συνδυάζεται με την άμεση εμπειρία σε κοινωνικούς χώρους της πραγματικής καθημερινότητας. Στο πλαίσιο αυτό με ιδιαίτερη χαρά πληροφορηθήκαμε ότι θα οργανωθεί κατασκηνωτική εβδομάδα το καλοκαίρι που μας έρχεται από το Διαβητολογικό Ιατρείο της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Η συνύπαρξη συνομηλίκων με και χωρίς σακχαρώδη διαβήτη σε κοινές δραστηριότητες και η παράλληλη εκπαίδευση των ατόμων με διαβήτη θεωρούμε ότι αποτελεί συνδυασμό που υπηρετεί τη φυσιολογική ανάπτυξη των παιδιών και την υπεύθυνη διαχείριση της μεταβολικής τους διαταραχής.

Ο Διευθυντής Σύνταξης
Γεώργιος Ν. Κουκούλης

Επιστολή πρόσκλησης

Αγαπητοί φίλοι,

Ακολουθώντας το πετυχημένο παράδειγμα της προηγούμενης χρονιάς, είμαστε στην ευχάριστη θέση να σας δηλώσουμε ότι και φέτος θα διοργανώσουμε τη **2η κατασκηνωτική εβδομάδα** για τα παιδιά με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ), διοργανωμένη από το **ΔΙΑΝΑ**, το ΠαιδοΔιαβητολογικό Εξωτερικό Ιατρείο της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ. του «Ιπποκράτειου» Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Και φέτος η κατασκήνωσή μας θα διέπεται από τις ίδιες βασικές αρχές:

- α. Η συμμετοχή των παιδιών με ΣΔ θα είναι ισότιμη με τα άλλα παιδιά. Αποφεύγουμε την περιθωριοποίηση και εντάσσουμε τα παιδιά με ΣΔ μαζί με τα υπόλοιπα παιδιά της κατασκήνωσης, σε ομάδες και σπιτάκια κοινά και ΟΧΙ ξεχωριστά. Για τον λόγο αυτό, σας ενημερώνουμε νωρίς, ώστε να ενημερώσετε και φέτος φίλους και συμμαθητές ότι μπορούν όλοι μαζί να περάσουν τις καλοκαιρινές κατασκηνωτικές τους διακοπές. Το ίδιο φυσικά ισχύει και για τα αδέρφια των παιδιών με ΣΔ.
- β. Κανένα από τα παιδιά με ΣΔ που συμμετέχει στην κατασκήνωση, δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά. Τα τελευταία δε χρόνια, τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία αποζημιώνουν πλήρως τη συμμετοχή των παιδιών στην κατασκήνωση. Όσοι λοιπόν έχετε τη δυνατότητα, φροντίστε να εξασφαλίσετε την ασφαλιστική κάλυψη των παιδιών σας, ώστε να μην επιβαρυνθούμε ιδιαίτερα εμείς. Για τα παιδιά που δεν θα μπορέσουν να εξασφαλίσουν ασφαλιστική κάλυψη, θα φροντίσουμε εμείς και όλοι αυτοί που μας υποστηρίζουν.
- γ. Φιλοδοξούμε στην κατασκήνωση αυτή να λειτουργήσουν προγράμματα εκπαιδευτικά, αθλητικά και εφαρμογών νέων τεχνολογιών, που πραγματικά θα είναι πρότυπο για αντίστοιχες δράσεις όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε διεθνές επίπεδο.

Ας γίνουμε και λίγο πιο πρακτικοί: οι πληροφορίες για την 1η κατασκηνωτική μας εβδομάδα είναι οι ακόλουθες:

Ημερομηνία: 26/7/2020 – 2/8/2020

Χώρος κατασκήνωσης «Μια φορά κι έναν καιρό», Νέα Σκιάνη Χαλκιδικής, www.miaforacamp.gr



Ηλικίες κατασκηνωτών:

6 ετών – 17 ετών.

Θα χαρούμε να έχουμε και μεγαλύτερα παιδιά με ΣΔ σαν ομαδάρχες, οπότε περιμένω και από αυτούς να εκδηλώσουν ενδιαφέρον.

Φίλοι, συμμαθητές και αδέρφια: εκδηλώστε το ενδιαφέρον συμμετοχής με επικοινωνία με την κατασκήνωση.

Για όσους από εσάς ενδιαφέρεστε, συμπληρώστε την επισυναπτόμενη φόρμα εκδήλωσης ενδιαφέροντος και στείλτε τη σκαναρισμένη στο mail:

dianadiabetes@outlook.com.

Περιμένουμε τη συμμετοχή σας!

Για το Διαβητολογικό Ιατρείο

Α΄ Παιδιατρική Νέων Α.Π.Θ.

Αθανάσιος Χριστοφορίδης

Αναπληρωτής Καθηγητής

«Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης





**Φόρμα εκδήλωσης ενδιαφέροντος εγγραφής
στη 2η κατασκηνωτική εβδομάδα παιδιών με Σακχαρώδη Διαβήτη
του ΔΙΑΝΑ (26/7/2020 – 2/8/2020)**

Ονοματεπώνυμο παιδιού: _____

Ημερομηνία γέννησης: __/__/____

Ημερομηνία διάγνωσης: __/__/____

Κέντρο παρακολούθησης / Θεράπων γιατρός: _____

Αριθμός αδελφών, φίλων συμμαθητών που μπορεί να ακολουθήσουν: __

Ασφαλιστική κάλυψη; ΝΑΙ - ΟΧΙ

Εμπειρία από κατασκήνωση: ΝΑΙ - ΟΧΙ

Ημερομηνία: __/__/____

Υπογραφές γονέων: _____

Τηλέφωνα επικοινωνίας: _____, _____

e-mail επικοινωνίας: _____

e-mail: dianadiabetes@outlook.com - Τηλέφωνο: 2310 892491

Κατασκήνωση παιδιών και εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη, 6-15 Αυγούστου 2020



Η Παιδοενδοκρινολογική Μονάδα της Γ' Παιδιατρικής Κλινικής του ΑΠΘ έχει μακρά εμπειρία στην αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) των παιδιών και των εφήβων. Η κατάλληλη εκπαίδευση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην ορθή και αποτελεσματική αντιμετώπιση του ΣΔ. Θεωρώντας, και πάντα σύμφωνα με διεθνώς δοκιμασμένες πρακτικές, ότι η συμμετοχή παιδιών με ΣΔ σε κατασκηνωτικά προγράμματα αποτελεί σημαντικό και αναπόσπαστο κομμάτι της παραπάνω εκπαίδευσης, προχωρήσαμε εδώ και δύο, και πλέον, δεκαετίες στη διοργάνωση κατασκήνωσης για παιδιά και εφήβους με ΣΔ τύπου 1. Ως εκ τούτου, η εμπειρία μας είναι πολυετής και σημαντική.

Η πρώτη κατασκήνωση οργανώθηκε το 1995 με πρωτοβουλία της Αναπληρώτριας Καθηγήτριας Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Μαρίας Παπαδοπούλου σε συνεργασία με τη ΧΑΝΘ. Έκτοτε η κατασκήνωση αυτή λειτουργεί κάθε χρόνο στις εγκαταστάσεις της ΧΑΝΘ στον Άγιο Νικόλαο Χαλκιδικής και φιλοξενεί 45-50 παιδιά και εφήβους με διαβήτη ή και κοιλιόκακη. Αποτελεί την πρώτη μικτή κατασκήνωση για παιδιά και εφήβους, με ή χωρίς διαβήτη.

Πρόκειται για μια διαφορετική κατασκήνωση παιδιών και εφήβων με διαβήτη, όμοια της οποίας δεν υπάρχει, τουλάχιστον στην Ελλάδα, και η συμβολή της στην εκπαίδευση των παιδιών και εφήβων με διαβήτη είναι σημαντική.

Η ιατρική ομάδα αποτελείται από εξειδικευμένους ιατρούς, νοσηλευτές και διαιτολόγους.

Τα παιδιά κατά τη διάρκεια της κατασκήνωσης, βρίσκονται σε εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλίνης (σχήμα πολλοπληθών ενέσεων ή αντλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης). Πραγματοποιούν 7 προγραμματισμένες μετρήσεις σακχάρου αίματος (πριν τα γεύματα, πριν και κατά τη διάρκεια του ύπνου) καθώς

και επιπλέον, αν χρειασθούν (π.χ. σε περίπτωση συμπτωμάτων υπογλυκαιμίας).

Οι μετρήσεις και οι ενέσεις γίνονται παρουσία γιατρού και νοσηλεύτη, ενώ κατά τη διάρκεια της νύχτας το σάκχαρο όλων των παιδιών ελέγχεται από μέλη της ιατρικής ομάδας. Παρουσία μέλους της ιατρικής ομάδας υπάρχει πάντα κατά τη διάρκεια των δραστηριοτήτων των παιδιών, ενώ οι υπεύθυνοι των «σκηνών» είναι εξοικειωμένοι με τον ΣΔ και τα συμπτώματα υπογλυκαιμίας προκειμένου να φανούν χρήσιμοι αν και όταν χρειασθεί.

Στόχοι της κατασκήνωσης είναι να:

Βοηθήσει στην εκπαίδευση των παιδιών και εφήβων με ΣΔ τύπου 1 (υπολογισμός υδατανθράκων και αναλογία ινσουλίνης-υδατανθράκων, διόρθωση υψηλών τιμών, αντιμετώπιση υπογλυκαιμίας, επίδραση της δραστηριότητας στη ρύθμιση κ.λπ.)

Τονώσει την ψυχολογία τους μέσω των συναισθημάτων που αποκομίζουν (συμμετοχή στο ίδιο πολύ εντατικό πρόγραμμα δραστηριότητας, ίδιο υγιεινό διαιτολόγιο και διαμονή στην ίδια σκηνή με τα υπόλοιπα παιδιά που δεν πάσχουν από διαβήτη). Στον παρακάτω σύνδεσμο υπάρχει ένα βίντεο που παρουσιάζει την κατασκήνωση: <https://www.youtube.com/watch?v=HQ8F3mr-11o&t=7s>

Φέτος η κατασκήνωση θα πραγματοποιηθεί από 6-15 Αυγούστου.

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να λάβουν τις σχετικές πληροφορίες από το τμήμα κατασκηνώσεων και εκδρομών της ΧΑΝΘ (τηλ. 2316001000-εσωτ. 851 και 852). Οργανωτική Υπεύθυνη του προγράμματος είναι η Παιδοενδοκρινολόγος κ. Μαρία Παπαγιάννη. Σ

χρηστικά

ΑΘΗΝΑ

- ▶ **Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν»**, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ρίμνι 1, ΤΚ 12462, Χαϊδάρη, Τ: 210 5831000, 2105832013 (εξωτ. ιατρείο) fax: 210 5326454
- ▶ **Γ.Ν. Παίδων 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. Παίδων 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**, Πετράκη 12, ΤΚ 11521, Αθήνα, Τ: 210 7288001, 210 7288111 (εξωτ. ιατρείο) fax: 210 7297958
- ▶ **Γ.Ν. Αθηνών «Πολυκλινική»**, Πειραιώς 3, ΤΚ 10552, Αθήνα, Τ: 210 5276000, 210 5276222 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5202944

ΠΕΙΡΑΙΑΣ

- ▶ **Γ.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»**, Δημ. Μαντούβαλου 3, ΤΚ 18484, Νίκαια, Τ: 213 2077000, 213 2077660 (εξωτ. ιατρείο), fax: 213 2076426
- ▶ **Γ.Ν. Πειραιά «Τζάννειο»**, Αφεντούλη & Ζαννή 1, ΤΚ 18536, Πειραιάς, Τ: 210 4592000, 210 4592174 & 583, (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 4511709

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

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

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

- ▶ **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»**, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Κωνσταντινουπόλεως 49, ΤΚ 54642, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 89200, 2310 892101, 2310 892616, (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 856075
- ▶ **Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκη «Παπαγεωργίου»**, Γ' Παθολογική Κλινική, Περιφ. οδός Θεσσαλονίκης, Ν. Ευκαρπία, ΤΚ 56403, Ν. Ευκαρπία Θεσσαλονίκης, Τ: 2313 323000 (εξωτ. ιατρείο) (εσωτ. 4226 ή 4248), fax: 2310321862

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

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

ΠΑΤΡΑ

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

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ

ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ / ΑΤΤΙΚΗ & ΠΕΙΡΑΙΑΣ

- ▶ **Μαιευτικό Γυναικολογικό κέντρο Αθηνών «Ελένα Ε. Βενιζέλου»**, Πλ. Ε. Βενιζέλου, Τ.Κ. 11521, Αθήνα, Τ: 210 6402000, 210 6402261 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6411156
- ▶ **Π.Γ.Ν. Παίδων 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 Ζαΐμη, 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 «Ελπίς»**, Δημοτσάνης 7, ΤΚ 11522, Αθήνα, Τ: 210 6434001, 210 6494270 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6445602

- ▶ **Γ.Ν. Βούλας «Ασκληπείο»**, Βασ. Παύλου 1, ΤΚ 16673, Βούλα, Τ: 213 2163000, 213 2163142 (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. Παίδων 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**, Τσεβά 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**, Ποθ. 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»**, Ελθένης 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,

οδηγός διαβητολογικών ιατρείων

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

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, Εφοχή, Θεσσαλονίκη, Τ: 2313 307000, 2313 307528 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 357603

► **Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης**, Αιεξ. 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, Ποθύγυρος, 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. ΚΑΒΑΛΑΣ

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

Ν. ΣΕΡΡΩΝ

► **Ν.Γ.Ν. Σερρών**, 3ο κ/μ 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»**, Μαρμαίσειο 1, ΤΚ 50100, Κοζάνη, Τ: 24610 67600, 24613 52647 (εξωτ. ιατρείο), fax: 24613 52630

Ν. ΠΕΛΛΗΣ

► **Ν.Γ.Ν. Γιαννιτσών**, Τέρμα Λάμπρου Καισιώνη, ΤΚ 58100, Γιαννιτσά, 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»**, Κεφαλοπούλου 17, ΤΚ 83100, Σάμος, Τ: 22730 83100 (τηλ. κέντρο), 22730 83499 - 83136 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22730 28968 / Κέντρο Υγείας Καρλοβασιού Τ: 22730 32222

ΗΠΕΙΡΟΣ / Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

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

ΘΕΣΣΑΛΙΑ / Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ

► **Πανεπιστημιακό Γ. Ν. Λάρισας**, Μεζούρη, 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»**, Ποθλυμνή 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**, Δραγάνη, 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**, Σιμανόγλου 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**, Βαθλαρώτου 24, ΤΚ 31100, Λευκάδα, Τ: 26450 38200, 26450 38284 (εξωτ. ιατρείο), fax: 26450 25377

ΚΡΗΤΗ / Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

► **Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλιο»**, Λ. Κνωσσού 363, ΤΚ 71409, Ηράκλειο Κρήτης, Τ: 2810 368000, 2810 368174 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2810 368684

► **Πε..Πα.Γ.Ν. Ηρακλείου**, Διασταύρωση Βουτών- Σταυρακίου, ΤΚ 71110, Βούτες Ηρακλείου, Τ: 2810 392111, 2810 392269 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2810542064

Ν. ΧΑΝΙΩΝ

► **Ν.Γ.Ν. Χανίων «Άγιος Γεώργιος»**, Δημοκρατίας 81, ΤΚ 73134, Χανιά, Τ: 28210 22000, 28210 22594 (εξωτ. ιατρείο), fax: 28210 71112, 28210 22394

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ / Ν. ΑΡΓΟΛΙΔΟΣ

► **Ν.Γ.Ν. Άργους**, Κορίνθου 191, ΤΚ 21200, Άργος, Τ: 27513 60290, 27510 24455, 27510 64128 (εξωτ. ιατρείο), fax: 27510 24644

Ν. ΑΡΚΑΔΙΑΣ

► **Ν.Γ.Ν. Τρίπολης «Ευαγγελίστρια»**, Ερ. Σταυρού (Τέρμα), ΤΚ 22100, Τρίπολη, Τ: 2710 371700, 2710 371809 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2710 338175

Ν. ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ

► **Ν.Γ.Ν. Κορίνθου**, Λ. Αθηνών 53, ΤΚ 20100, Κόρινθος, Τ: 27413 61400, 27413 61549 (εξωτ. ιατρείο), fax: 27410 20529, 27413 61300

σημεία διανομής

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

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

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

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

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (Π.Ε.Δ)
Φερών 8 Τ.Κ. 10434 Αθήνα
Τηλ. 6972155440, 210 8838113

**ΠΑΓΚΡΗΤΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΓΙΑ ΤΟΝ ΝΕΑΝΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ
«ΠΑ.ΣΥ.ΝΕ.Δ.»**
Πανεπιστημίου 118 Τ.Θ. 21170013 Ηράκλειο
Κρήτης Τηλ. 2810312501, 6972623410
www.pasined.gr

**ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΝΟΜΟΥ
ΚΟΖΑΝΗΣ «ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ»**
Εθνικής Αντιστάσεως 11(Στοά) Εμπορικό

Πολύκεντρο Πτολεμαΐδα Τ.Κ. 50200
Πτολεμαΐδα Τηλ. & Φαξ 2463028188
e-mail: info@diavitiki-poria.gr
www.diavitiki-poria.gr

**ΕΝΩΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ
& ΝΕΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ**
Λεωφόρος Νίκης 3 Τ.Κ. 54624 Θεσσαλονίκη
Τηλ. 2310223518, fax: 2310223595 e-mail:
diabetestype1gr@gmail.com,
www.diabetestype1.gr

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

**ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ & ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ ΚΑΙ ΙΘΑΚΗΣ
«ΓΝΩΣΗ ΣΤΑΣΗ ΖΩΗΣ»**
Αργοστόλι Τ.Κ. 28100 Κεφαλονιά
Τηλ. 6972296069
e-mail: diabeteskefalonias@gmail.com

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

**ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ
ΝΟΜΟΥ ΕΒΡΟΥ (ΣΥ.Δ.Ν.Ε)**
Δ. Σολωμού 26 Τ.Κ. 68 132
Αλεξανδρούπολη, Τηλ. 6943124050
e-mail: sydney2015@yahoo.gr
www.sydney2015.weebly.com

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

**ΕΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΑΝΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ
(ΓΛΥΚΙΑ ΚΕΡΚΥΡΑ)**
Γρ. Μαρασλή 31, Τ.Κ. 49100,
Κέρκυρα, Τηλ. 26610 37540
e-mail: glykiakerkyra@gmail.com

2 Σε όλα τα
διαβητολογικά κέντρα
πανελλαδικά
(βλ. σελίδες 46-47)

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

4 ενημερωθείτε στο
www.elodi.org

5 ή αποστείλτε
την παρακάτω
αίτηση συνδρομής



Γίνετε **ΔΩΡΕΑΝ** συνδρομητές στο περιοδικό
Σακχαρώδης Διαβήτης - Φροντίδα για όλους

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

Στοιχεία συνδρομητή

Όνομα - Επώνυμο:

Διεύθυνση:

Περιοχή:

ΤΚ:

Τηλέφωνο:

e-mail:

Υπογραφή:

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

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





ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΟΝΕΙΡΕΥΕΣΑΙ ΧΩΡΙΣ ΤΡΥΠΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΔΑΚΤΥΛΑ*

Με αποζημίωση ΕΟΠΥΥ¹




FreeStyle
Libre

ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΓΛΥΚΟΣΗΣ
ΜΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ FLASH

Γραμμή Υποστήριξης FreeStyle
210 9985220, 800 11 222 688 (χωρίς χρέωση από σταθερό)
MyFreeStyle.FreeStyleLibre.gr


life. to the fullest.™

Abbott

* Η οδόντιση του αισθητήρα δεν αποτελεί τη χρήση σκαριματήριων.

1. Οι αισθητήρες FreeStyle Libre αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ με μονομερή συμμετοχή σε άτομα με διαβήτη τύπου 1, ηλικίας άνω των 4 ετών.

Το FreeStyle Libre και οι σχετικές πληροφορίες αποτελούν εμπορικά σήματα της Abbott Diabetes Care, Inc. σε διάφορες δεκαετίες.

© 2020 Abbott. C-00722_02/2020



Ελληνική Ομοσπονδία
για τον Διαβήτη

www.elodi.org
#diabetesgr