

# ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ



# ΖΩΗ

Η ΕΠΙΣΗΜΗ & ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ  
ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ  
ΤΩΝ ΕΔΚ & ΕΕΚ



# Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΕΙΝΑΙ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ



Μην  
το 'χεις  
βάρος

VHP HADJIPANAYIS



novo nordisk®

Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφτείτε την ιστοσελίδα [www.mintoxeisvaros.gr](http://www.mintoxeisvaros.gr).

1. Bray GA, et al. World Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews* 2017 Jul;18(7):715-23.
2. EASO: 2015 Milan Declaration: A Call to Action on Obesity. Available at: <https://cdn.easo.org/wp-content/uploads/2018/12/16195534/EASO-Milan-Declaration-FINAL.pdf> (Last Access: Nov 2020)
3. Garvey TW et al. (2016). American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocrine Practice*. 22 (3), p.1-203.
4. Jensen MD, Ryan DH, Arovian CM, et al; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; Obesity Society. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology-/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *J Am Coll Cardiol*.2014;63(25 pt B):2985-3023.
5. Wharton S, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ* 2020;192(31):E875-E891

Μια πρωτοβουλία της Novo Nordisk Ελλάς Ε.Π.Ε.

Αυτές οι πληροφορίες προορίζονται για γενική πληροφόρηση και ενημέρωση του κοινού και σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τη συμβουλή ιατρού ή άλλου αρμοδίου επαγγελματία υγείας.

# Καμία μάσκα δεν μπορεί να κρύψει το χαμόγελό μας

Αγαπητοί αναγνώστες,

**Τ**ο πρώτο τεύχος του περιοδικού «Ισορροπία και Ζωή» των δύο μεγάλων επιστημονικών εταιρειών, της Εταιρείας Διαβητολογίας Κύπρου και της Ενδοκρινολογικής Εταιρείας Κύπρου, σας καλωσορίζει στις σελίδες του και γίνεται από αυτή την άνοιξη συνοδοιπόρος στην πορεία σας για καλύτερη υγεία και ευζωία.

Καρπός πολύτιμων συνεργασιών και σκληρής δουλειάς, το τεύχος που κρατάτε στα χέρια σας είναι η αρχή του ταξιδιού που σχεδιάστηκε με περίσσιο ενθουσιασμό σε δημιουργικές και σημαντικές συναντήσεις λίγο πριν πατήσει pause στη ζωή μας ο SARS-COV 2.

Σε αυτά τα αλλεπάλληλα ταξίδια στην Κύπρο, γεννήθηκε πριν ακόμη κι από το περιοδικό η «μαγική σχέση» με τη Μεγαλόνησο, με τους φιλόξενους ανθρώπους της. Σε κάθε μας αναχώρηση αφήναμε πίσω ένα κομμάτι της καρδιάς μας. Και αυτή η σχέση άναψε τη σπιθα, και η «μηχανή» πήρε μπρος, σε πείσμα των καιρών.

Έναν χρόνο μετά, η «ομάδα» της Κύπρου ξανασυναντήθηκε με ακατάβλητο κέφι και θέληση να στήσουμε το περιοδικό που είχαμε οραματιστεί. Κι έτσι, από τη σκιά της πανδημίας βγήκαμε στο φως και ενώσαμε τις δυνάμεις μας, έγκριτοι επιστήμονες και επιχειρηματίες του εκδοτικού χώρου, για να δώσουμε σάρκα και οστά στην ιδέα του πρώτου παγκύριου περιοδικού, που θα σταθεί αρωγός στη ζωή των ατόμων με διαβήτη.

Με το αίσθημα της ευθύνης να μας καθοδηγεί και τη χαρά της δημιουργίας να μας δίνει φτερά, σας παρουσιάζουμε το πρώτο τεύχος του περιοδικού, για το οποίο επιστρατεύτηκαν εξαιρετικοί επιστήμονες υγείας, αλλά και έμπειρα στελέχη των ειδικών εκδόσεων.

Είμαι ιδιαίτερα συγκινημένη, καθώς γιατροί και δημοσιογράφοι, διοικητικοί και τεχνικοί, με την καθοδήγηση του προσωπικού φίλου και χρόνια συνεργάτη εκδότη μας, Νίκου Παπαβασιλείου –χωρίς αυτόν δεν θα πετυχαίναμε–, όλοι εμείς που δώσαμε πνοή σε μια ιδέα, κινήσαμε γη και ουρανό μέσα στη βασιανιστική ακινησία της πανδημίας και σας παραδίδουμε με χαρά το περιοδικό «Ισορροπία και Ζωή».

Δύο φορές ετησίως θα βρίσκετε στις σελίδες του την πιο εξελιγμένη επιστημονική και τεχνολογική γνώση. Επίσης, θα ενημερώνεστε με ασφάλεια για θέματα διατροφής, ψυχολογίας και ευζωίας.

Αγαπητοί φίλοι αναγνώστες. Οι περιστάσεις δεν μας πτοούν. Μένουμε δημιουργικοί και περιμένουμε να επιστρέψουμε στην κανονική μας ζωή με δύναμη και αισιοδοξία, βλέποντας το φως, που η επιστήμη ανάβει, στην άκρη του τούνελ.

Από τη μεριά μας, δεσμευόμαστε να επικοινωνούμε πιστά την επιστήμη και να σας μεταλαμπαδεύουμε κάθε χρήσιμη γνώση για τη διαχείριση του διαβήτη και την καλύτερη διατήρηση της ποιότητας της ζωής.

Μείνετε μαζί μας, μείνετε ενημερωμένοι.

Και, για να δανειστώ τα λόγια του αγαπημένου μας ποιητή Γιώργου Σεφέρη, από την ομιλία του κατά την απονομή του Νόμπελ:

**«Σ' αυτόν τον κόσμο που ολοένα στενεύει, ο καθένας μας χρειάζεται όλους τους άλλους».**



Καλή ανάγνωση,  
Ευαγγελία Ματθαίου,  
Διευθύντρια έκδοσης και Εμπορική Διευθύντρια  
τον περιοδικού

**ΑΝΟΙΞΗ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2021  
ΤΕΥΧΟΣ Νο 01**

**ΣΕΛ. 12 Συνεχής Επιμόρφωση.  
5<sup>ο</sup> Παγκύπριο Διαβητολογικό Συνέδριο**

**21** Σακχαρώδης Διαβήτης και COVID-19. Μια ασύμβατη σχέση

**ΣΕΛ. 26 Σακχαρώδης Διαβήτης.  
Ένας «γλυκός», σιωπηλός κίνδυνος**

**28** Σακχαρώδης Διαβήτης και παθήσεις ματιών. «Τον νου σου και τα μάτια σου»

**ΣΕΛ. 34 Σακχαρώδης Διαβήτης  
κύησης. Ένα «παράθυρο»  
μελλοντικής υγείας**

**38** Παιδί και Διαβήτης.  
Γλυκός «κύκλος» ζωής

**ΣΕΛ. 42 Διαβητικό πόδι και πρόληψη.  
Προτεραιότητα στα πόδια**

**48** Ορθοπαιδικές παθήσεις  
και Σακχαρώδης Διαβήτης.  
Μια «ορθή» προσέγγιση

**ΣΕΛ. 52 Υπνική Άπνοια  
και Σακχαρώδης Διαβήτης.  
Το άλλο «πρόσωπο» του Μορφέα**

**56** Η άσκηση και η σημασία της στα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη.  
Ένας ισχυρός σύμμαχος

**ΣΕΛ. 62 Διατροφή και Σακχαρώδης  
Διαβήτης. Οι αρετές της Μεσογείου**

**ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ...**



**ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΑΣ  
ΚΥΠΡΟΥ**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
**Πρόεδρος:**  
Πολύκαρπος Ευριπίδου  
**Αντιπρόεδρος:**  
Μιχάλης Ζουβάνης  
**Γραμματέας:** Μάριος Μιχαήλ  
**Ταμίας:** Δημήτρης Δημητρίου  
**Μέλη:**  
Χρίστος Χρίστου  
Γιώργος Παπαέτης  
Άγγελος Κυριάκου

ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΥΠΡΟΥ  
CYPRUS SOCIETY FOR THE  
STUDY OF DIABETES  
Πεκίνου 3, 3021 Λεμεσός,  
τηλ. +357 99629942 –  
+357 99514910,  
fax +357 25342348 –  
+357 25251920,  
www.etdcy.com,  
Email: etdiavkyprou@gmail.com

**ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ  
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΥΠΡΟΥ**

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
**Πρόεδρος:**  
Στέλεια Ιωαννίδου-Καδή  
**Αντιπρόεδρος:**  
Μαρινέλλα Κυριάκου-Χειμώνα  
**Γραμματέας:** Ζήνωνας Ξυδάς  
**Ταμίας:** Δώρος Πολυδώρου  
**Μέλη:**  
Μερόπη Τούμπα, Κώστας  
Όξινος, Γιώργος Ζαβρός

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ  
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΥΠΡΟΥ  
CYPRUS ENDOCRINE SOCIETY  
Ανδρέα Αβρααμίδη 55-57,  
2024 Στρόβολος, Λευκωσία,  
τηλ. +357 22200418,  
fax +357 22200686,  
Email: stelia.kadis@aretaeio.com

Το περιοδικό εκδίδεται με τη συνεργασία  
Επιστημονικής Συντακτικής Επιτροπής

**Συνεργάτες τεύχους:**

Μαρία Γεωργίου-Μπούνου, Πολύκαρπος Ευριπίδου,  
Σάββας Ιωάννου, Άγγελος Κυριάκου, Αλέξης Κυριάκου,  
Μάριος Μιχαήλ, Μαρία Μουσικού, Χρυσταλλένη Μυλωνά,  
Ζήνωνας Ξυδάς, Γιώργος Παπαέτης, Ερμιογένης Παύλου,  
Νίκος Σκορδής, Λουκιάννα Τσιτερκέζου

**Παραγωγή – Έκδοση:**

The Media Workshop Μ.Ε.Π.Ε  
Λεωφόρος Κηφισίας 294 & Ναυαρίνου 27, 15232 Χαλάνδρι  
Τηλ.: 216 100 5190,

Email: info.tmworkshop@gmail.com

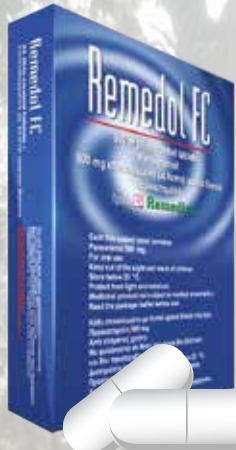
**Managing Partner:** Νικόλαος Παπαβασιλείου  
**Δημιουργικός Σχεδιασμός – Επιμέλεια Έκδοσης**  
The Workshop Custom Magazines Laboratory

**Διευθύντρια Έκδοσης:** Ευαγγελία Ματθαίου  
**Creative Art Director:** Θεοδωρή Λαλάγκα  
**Art Director:** Σωτήρης Κωτσόπουλος  
**Διόρθωση Κειμένων:** Σοφία Κροκίδη  
**Συντακτική Ομάδα:** Λένα Παμφίλη, Νίκος Σεφέρης  
**Φωτογραφίες:** shutterstock  
**Εμπορική Διεύθυνση:** Ευαγγελία Ματθαίου

Δεν επιτρέπεται η αναδημοσίευση, η αναπαραγωγή ή η μετάδοση όλου ή μέρους του περιοδικού χωρίς την έγγραφη άδεια του εκδότη. Ο εκδότης δεν φέρει ευθύνη για τις απόψεις των συντακτών του περιοδικού όπως αυτές διατυπώνονται στα κείμενα του περιοδικού, καθώς οι γνώμες που εκφράζονται στα θέματα δεν αντιπροσωπεύουν αναγκαστικά τις απόψεις του εκδότη. Το περιοδικό διατίθεται δωρεάν.

# REMEDOL FC

## Παρακεταμόλη



**Άμεση αναλγητική και αντιπυρετική δράση ανακουφίζοντας από τον πόνο και τον πυρετό!**

- Συμβουλευτείτε τον γιατρό ή τον φαρμακοποιό σας.
- Δεν είναι απαραίτητη η συνταγή γιατρού.
- Για περισσότερες πληροφορίες, παρακαλώ ανατρέξτε στο φύλλο Οδηγιών Χρήσης του προϊόντος.



**Remedica**



**Remedica Ltd**

Ταχυδρομική Διεύθυνση: Τ.Κ. 51706, 3508 Λεμεσός, Κύπρος Τηλ.: +357 25553000, Φαξ: +357 25390192  
Email: [info@remedica.com.cy](mailto:info@remedica.com.cy) ή [DrugSafety@remedica.com.cy](mailto:DrugSafety@remedica.com.cy)

LF/0149/2 01.21 (GR)



ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ  
Ιδιωτικό Νοσοκομείο  
ΥΓΙΑ POLYCLINIC  
Private Hospital

Υγεία: Πολύτιμη όσο και η Ζωή

Αξιοπιστία και Σιγουριά, κάθε στιγμή



**Υγεία. Το πιο σημαντικό αγαθό, πολύτιμο όσο και η Ζωή. Για την προστασία και τη φροντίδα του χρειάζεται το καλύτερο. Σε υποδομές και σε ανθρώπους. Σε γνώση, εμπειρία, εξειδίκευση, τεχνολογία.**

**Για το σκοπό αυτό υπάρχει η «Πολυκλινική ΥΓΕΙΑ». Για να προσφέρει όλα εκείνα που δίνουν αξία στην Υγεία:**

- Κορυφαίο ιατρικό δυναμικό, με διεθνώς διακεκριμένους επιστήμονες ιατρούς που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων
- Άρτια εκπαιδευμένο νοσηλευτικό και υποστηρικτικό προσωπικό, με προσήλωση στις αρχές του επαγγελματισμού και της ανθρωπίνης ευαισθησίας
- Υπερσύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός, υψηλής τεχνολογίας, που διαρκώς ανανεώνεται
- Κτιριακές εγκαταστάσεις που παρέχουν άνεση και ασφάλεια στους ασθενείς, σύμφωνα με τα πιο αυστηρά πρότυπα υγιεινής
- Παροχή ολοκληρωμένων και καθετοποιημένων υπηρεσιών, με επίκεντρο την πλήρη υποστήριξη του ασθενούς
- Πιστοποιημένη ποιότητα και ασφάλεια υπηρεσιών παγκόσμιας κλάσης
- Διεθνείς συνεργασίες μεταφοράς τεχνογνωσίας, όπως με την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου St George του Λονδίνου

**Η «Πολυκλινική ΥΓΕΙΑ», το μεγαλύτερο Ιδιωτικό Νοσηλευτήριο στην Κύπρο, υλοποιεί το στρατηγικό αναπτυξιακό της σχεδιασμό με συνεχείς επενδύσεις στην αιχμή της τεχνολογίας. Με κορυφαίου επιπέδου ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, όλα έχουν στόχο το καλύτερο για την Υγεία σας. Για να έχετε αξιοπιστία και σιγουριά κάθε στιγμή.**

# Ένα θερμό καλωσόρισμα

Ευελπιστούμε το περιοδικό να συμβάλει στην περαιτέρω επιμόρφωση και ευαισθητοποίηση του κοινού στον Σακχαρώδη Διαβήτη.



08

*Αγαπητοί φίλοι και φίλες,*

**Ε**κ μέρους του Διοικητικού Συμβουλίου της Εταιρείας Διαβητολογίας Κύπρου καλωσορίζω την πρώτη έκδοση του περιοδικού στην Κύπρο. Τα άρθρα θα γράφονται αφιλοκερδώς από γιατρούς-μέλη της Εταιρείας Διαβητολογίας Κύπρου και της Κυπριακής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας, καθώς και από άλλους επιστημονικούς συνεργάτες. Το περιοδικό θα είναι ενημερωτικού χαρακτήρα και θα επικεντρώνεται σε ένα από τα πιο σημαντικά χρόνια νοσήματα που αφορούν την ιατρική, τον Σακχαρώδη Διαβήτη.

Η Εταιρεία Διαβητολογίας Κύπρου, για όσους δεν γνωρίζουν, ιδρύθηκε το 1983 από μία μικρή ομάδα συναδέλφων, παθολόγων, διαβητολόγων και ενδοκρινολόγων, οι οποίοι πρόσφεραν τις ιατρικές τους γνώσεις στην αντιμετώπιση του Διαβήτη σε όλες τις επαρχίες της ελεύθερης Κύπρου, και ακόμη τις προσφέρουν. Στη συνέχεια, αυτή η μικρή ομάδα μεγάλωσε, και τώρα έχουμε περίπου 50 εγγεγραμμένα μέλη στην εταιρεία μας.

Τα τελευταία χρόνια, η Εταιρεία Διαβητολογίας Κύπρου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη συνεχή επιμόρφωση των γιατρών της Κύπρου πάνω στα νεότερα δεδομένα που αφορούν τον Σακχαρώδη Διαβήτη, μέσω συνεδρίων και άλλων δραστηριοτήτων.

Στα συνέδρια που διοργανώνουμε λαμβάνουν μέρος εξαιρετικοί συνάδελφοι από την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία και από τη Διαβητολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδας, όπως και ξένοι ομιλητές.

Τα τελευταία χρόνια, τόσο οι φαρμακευτικές όσο και οι τεχνολογικές εξελίξεις στον Διαβήτη βελτίωσαν σημαντικά την ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη.

Λόγω των αδελφικών σχέσεων μεταξύ των Επιστημονικών Εταιρειών, τα μέλη μας συμμετέχουν ενεργά με

ομιλίες, παρουσιάσεις και προεδρία στα Ελλαδικά συνέδρια που αφορούν τον Διαβήτη, τα οποία διοργανώνουν η Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία (ΕΔΕ), η Διαβητολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδας (ΔΕΒΕ) και η Εταιρεία Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού (ΕΜΕΔΠΠ).

Επίσης, η Εταιρεία μας στηρίζει τον Παγκύπριο Διαβητικό Σύλλογο και τον Σύλλογο Ατόμων με Διαβήτη στις διάφορες εκδηλώσεις ενημερωτικού χαρακτήρα που αυτοί διοργανώνουν.

Η ραγδαία αύξηση του Διαβήτη ανά το παγκόσμιο μας καθιστά υπεύθυνους στην ενημέρωση του κόσμου για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου, είτε μέσω διαλέξεων είτε μέσω διαφόρων άρθρων. Τα επιδημιολογικά δεδομένα συνεχώς αλλάζουν και, σύμφωνα με τη Διεθνή Ομοσπονδία Διαβήτη (IDF), το 2019 είχαμε 463 εκατομμύρια άτομα με Διαβήτη, ενώ το 2030 αναμένεται να έχουμε 578 εκατομμύρια και το 2045 700 εκατομμύρια.

Στο συγκεκριμένο περιοδικό θα αρθρογραφούν συνάδελφοι της Διαβητολογικής και της Ενδοκρινολογικής Εταιρείας Κύπρου, όπως και συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων, καταρτισμένοι στο θέμα του Διαβήτη. Στόχος μας είναι να υπάρχει μια ενδιαφέρουσα ποικιλία θεμάτων, ώστε να κεντρίζεται το ενδιαφέρον του αναγνώστη.

Προσωπικά, ευχαριστώ τα Διοικητικά Συμβούλια των δύο Εταιρειών για τη συνεργασία, τον εκδοτικό οίκο, τους συναδέλφους που ανέλαβαν την επιμέλεια του περιοδικού, καθώς και τους διάφορους χορηγούς, που χωρίς αυτούς δεν θα ήταν εφικτή η έκδοσή του.

Ευελπιστούμε ότι η έκδοση του περιοδικού θα συμβάλει στην περαιτέρω επιμόρφωση και ευαισθητοποίηση του κοινού στον Σακχαρώδη Διαβήτη.

Με εκτίμηση,

*Δρ Πολύκαρπος Ευριτίδου,*

*Πρόεδρος της Εταιρείας Διαβητολογίας Κύπρου*





**Act4YourHeart**

Η Boehringer Ingelheim Ελλάς παρουσιάζει την καμπάνια Act4YourHeart, μία εκστρατεία της εταιρείας σε Ελλάδα και Κύπρο, με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού στο θέμα της σύνδεσης ανάμεσα στο Διαβήτη Τύπου 2 και στις Καρδιαγγειακές παθήσεις σε ανθρώπους που ζουν με Διαβήτη Τύπου 2 και τις οικογένειές τους.



Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα [Act4YourHeart.com/gr](http://Act4YourHeart.com/gr) για να μάθετε περισσότερα για το Διαβήτη Τύπου 2 και τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου.



Υπό την αιγίδα των

**Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε.**  
Λεωφ. Ανδρέα Συγγρού 340, 17673, Καλλιθέα, Τηλ.: 210 89 06 300.  
Γραφείο Μακεδονίας - Θράκης: Αντώνη Τρίτση 15-17 & Μαρίας Κάλλας 6,  
Πυλαία, 570 01 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 424 618.  
**Αντιπρόσωπος Κύπρου: CPO Ltd**  
Βασιλέως Παύλου Α' 11, 1096 Λευκωσία, Κύπρος, Τηλ.: +357 22 863100





10

## Η αρχή μιας «γλυκιάς» σχέσης

Το περιοδικό αποτελεί την υλοποίηση του κοινού οράματος των δύο Εταιρειών για τη δημιουργία ενός διαύλου άμεσης επικοινωνίας με τον κόσμο.

*Αγαπητές φίλες και φίλοι,*

**Ε**ίμαι με ιδιαίτερη χαρά και συγκίνηση που σας καλωσορίζω στο πρώτο τεύχος του περιοδικού «Ισορροπία και Ζωή». Το περιοδικό «Ισορροπία και Ζωή» με θέμα τον Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) αποτελεί την υλοποίηση του κοινού οράματος της Ενδοκρινολογικής Εταιρείας Κύπρου και της Εταιρείας Διαβητολογίας Κύπρου για τη δημιουργία ενός διαύλου άμεσης επικοινωνίας με τον κόσμο. Στόχος μας είναι η ευαισθητοποίηση και η σωστή ενημέρωση των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη, των συγγενών τους αλλά και του γενικού πληθυσμού για την ύπουλη αυτή ασθένεια, η οποία επηρεάζει τουλάχιστον 400 εκατομμύρια άτομα ανά το παγκόσμιο, με τα κρούσματα να αυξάνονται καθημερινά. Ευελπιστούμε ότι το περιοδικό μας θα είναι σύμμαχος και συνοδοιπόρος των ατόμων που πάσχουν από την ασθένεια αυτή.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην πρόληψη, στην έγκαιρη διάγνωση και στη σωστή αντιμετώπιση του ΣΔ και των επιπλοκών του, μέσα από εμπειριστατωμένα άρθρα, που έχουν ετοιμάσει ιατροί αλλά και άλλοι επαγ-

γελματίες υγείας, οι οποίοι αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της διεπιστημονικής ομάδας αντιμετώπισης του ΣΔ. Εξίσου σημαντική είναι και η αναφορά άρθρων σε επίκαιρα θέματα, όπως η πανδημία της νόσου του κορωνοϊού (COVID-19), καθώς και σε άλλα κοινωνικά και πρακτικά θέματα που επηρεάζουν τα άτομα με ΣΔ με ιδιαίτερο τρόπο.

Η υλοποίηση του περιοδικού αυτού οφείλεται σε σημαντικό βαθμό και στους στενούς μας συνεργάτες, τις εταιρείες LMPR Marketing and Public Relations in Health και The Media Workshop, οι οποίες με την εμπειρογνωμοσύνη τους στον τομέα των εκδόσεων με θέμα την υγεία αγκάλιασαν την προσπάθειά μας, μας καθοδήγησαν σωστά και μας ενθάρρυναν, ώστε να κρατάτε σήμερα στα χέρια σας το πρώτο τεύχος ενός περιοδικού υψηλών προδιαγραφών. Εύχομαι αυτό να αποτελέσει μόνο την αρχή μιας «γλυκιάς» σχέσης στήριξης, εμπιστοσύνης και αλληλοεκτίμησης μεταξύ των συντελεστών του περιοδικού και των αναγνωστών μας.

Σας ευχαριστώ,  
*Δρ Στέλια Ιωαννίδου-Καδή, Ενδοκρινολόγος,  
 Πρόεδρος της Ενδοκρινολογικής Εταιρείας Κύπρου*

# Μίλα για το Διαβήτη σου

Μπορείς να  
τον ρυθμίσεις

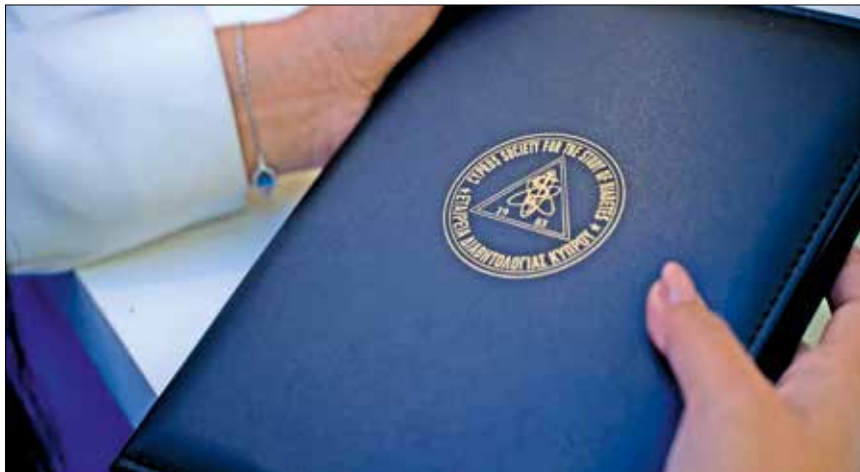
GR21CD00001

Μια πρωτοβουλία της Novo Nordisk Ελλάς Ε.Π.Ε.  
Αυτές οι πληροφορίες προορίζονται για γενική πληροφόρηση και ενημέρωση του κοινού και σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τη συμβουλή ιατρού ή άλλου αρμοδίου επαγγελματία υγείας.

**αηλάζουμε  
το διαβήτη**

**VHP** HADJIPANAYIS

  
novo nordisk®



# 5<sup>ο</sup> Παγκύπριο Διαβητολογικό Συνέδριο

Δυναμικό «παρών» της ΕΔΚ στην ευαισθητοποίηση του ιατρικού κόσμου.

## ΤΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Το Σάββατο 15 και την Κυριακή 16 Φεβρουαρίου 2020, πραγματοποιήθηκε με μεγάλη επιτυχία το 5ο Παγκύπριο Διαβητολογικό Συνέδριο. Σημείο συνάντησης για τους συναδέλφους και καλεσμένους, που τίμησαν με την παρουσία τους την εκδήλωση, ήταν το ξενοδοχείο Atlantica Miramare στη Λεμεσό.

Το Συνέδριο διοργανώθηκε από την Εταιρεία Διαβητολογίας Κύπρου, με τη συμμετοχή της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ΕΔΕ) και της

Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη (ΕΛΕΜΕΔ) και υπό την αιγίδα του Έντιμου Υπουργού Υγείας, του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου, του Ιατρικού Συλλόγου Λεμεσού και της Ενδοκρινολογικής Εταιρείας Κύπρου.

Το Συνέδριο είχε σκοπό την ευαισθητοποίηση του ιατρικού κόσμου σε θέματα που αφορούν τον Σακχαρώδη Διαβήτη και την ενημέρωση των συναδέλφων για τις εξελίξεις στις νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις στον χώρο του Διαβήτη.

Στο Συνέδριο παρευρέθηκαν και απύθνυαν χαιρετισμό η Πρόεδρος της Ενδοκρινολογικής Εταιρείας Κύπρου, Δρ Στέλια Καδά, ο Πρόεδρος της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας, Καθ. Γιώργος Δημητριάδης, ο Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη, Δρ Χρήστος Σαμπάνης, ο Πρόεδρος του Παγκύπριου Διαβητικού Συνδέσμου, κ. Σταύρος Μιχαήλ, η Πρόεδρος του Συνδέσμου Ατόμων με Διαβήτη, κ. Ντίνα Κωνσταντινίδου, ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Λεμεσού, Δρ Μάριος Καραϊσκάκης, ο Πρόεδρος του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου, Δρ Πέτρος Αγαθαγγέλου και ο Έντιμος Υπουργός Υγείας, κ. Κωνσταντίνος Ιωάννου.

## Ο ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Ο Πρόεδρος της Εταιρείας Διαβητολογίας Κύπρου, Δρ Ευριπίδου Πολύκαρπος, στον χαιρετισμό του είπε, μεταξύ άλλων:

«Αγαπητές και αγαπτοί συνάδελφοι, φίλες και φίλοι,

Με ιδιαίτερη τιμή και χαρά η Εταιρεία Διαβητολογίας Κύπρου σας υποδέχεται στο 5ο Παγκύπριο Διαβητολογικό Συνέδριο.

Το Συνέδριο αυτό έχει σκοπό την ευαισθητοποίηση του ιατρικού κόσμου σε θέματα που αφορούν τον Σακχαρώδη Διαβήτη, ένα νόσημα που λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας, αφού, σύμφωνα με τη Διεθνή Ομοσπονδία Διαβήτη (IDF), το 2017 είχαμε 425 εκατομμύρια άτομα με Διαβήτη, ενώ το 2045 αναμένεται αύξηση στα 629 εκατομμύρια.

Με αυτό το συνέδριο προσδοκούμε να σας ενημερώσουμε για τις νεότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις στον χώρο του Διαβήτη, έτσι



## THE VENUE

**ΤΟ 5<sup>ο</sup> ΠΑΓΚΥΠΡΙΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ** φιλοξενήθηκε υποδειγματικά από το ξενοδοχείο Atlantica Miramare στη Λεμεσό, το Σάββατο 15 και την Κυριακή 16 Φεβρουαρίου 2020. Στην καρδιά της τουριστικής ζώνης της Λεμεσού, με τα γαλάζια νερά της Μεσογείου να «χαϊδεύουν» την παραλία του, λειτούργησε ως ο ιδανικός χώρος συνάντησης των ανθρώπων που παρευρέθηκαν στο συνέδριο.



**1)** Ο Πρόεδρος της Εταιρείας Διαβητολογίας Κύπρου, Δρ Πολύκαρπος Ευριπίδου, χαιρετίζει το Συνέδριο. **2)** Ο Δρ Ιωάννης Ιωαννίδης κατά τη διάρκεια της παρουσιάσής του. **3)** Ο Καθηγητής Κωνσταντίνος Κανταρτζής, από το University of Tübingen της Γερμανίας, στο βήμα. **4)** Άποψη των Συνέδρων, με την Πρόεδρο της Ενδοκρινολογικής Εταιρείας Κύπρου, Δρ Στέλια Καδή, και τον Πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη, Δρ Χρήστο Σαμπάνη. **5)** Ο Δημήτρης Δημητρίου επί της θερμής υποδοχής των Συνέδρων. **6)** Ο Καθηγητής Solomon Tesfaye, από το University of Sheffield, στο βήμα. **7)** Ο Δρ. Ανδρέας Μελιδώνης στο βήμα του Συνεδρίου. **8)** Ο Καθηγητής Νικόλαος Παπάνος ανακηρύσσεται επίτιμο μέλος της ΕΔΚ. **9)** Άποψη της επιβλητικής αίθουσας διαλέξεων του Συνεδρίου. **10)** Η Οργανωτική Επιτροπή επί το έργο, μπροστά στην επιβλητική αψίδα της αίθουσας των χορηγών. **11)** Ο Καθηγητής Τριαντάφυλλος Διδάγγελος στο βήμα του Συνεδρίου. **12)** Ο Πρόεδρος της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας, Καθηγητής Γιώργος Δημητριάδης, ανακηρύσσεται επίτιμο μέλος της ΕΔΚ.

ώστε να υπάρξει ορθολογική αντιμετώπιση του νοσήματος αυτού και των επιπλοκών του, με άμεσο όφελος την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των Διαβητικών ατόμων, αλλά και τη μείωση των κρατικών δαπανών στον τομέα της υγείας.

Έχουμε τη χαρά να φιλοξενούμε την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία (ΕΔΕ), όπως και την Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη (ΕΛΕΜΕΔ).

Στο συνέδριό μας, εκτός από τη συμμετοχή διακεκριμένων ομιλητών από την Ελλάδα και την Κύπρο, θα έχουμε τη χαρά να φιλοξενήσουμε τον Καθ. Κώστα Κανταρτζή από το University of Tubingen της Γερμανίας, όπως και τον Καθ. Solomon Tesfaye από το University of Sheffield της Αγγλίας.

Η παρουσία αυτών των συναδέλφων είναι πολύ σημαντικά, γιατί θα μοιραστούν μαζί μας τις γνώσεις και την εμπειρία τους στον Διαβήτη από τα μεγάλα κέντρα του εξωτερικού όπου εργάζονται.

Ένα σημαντικό γεγονός που θα λάβει μέρος στο συνέδριο και αποτελεί τιμή για εμάς είναι η ανακήρυξη σε Επίτιμα Μέλη της Εταιρείας μας του Καθ. και Προέδρου της ΕΔΕ Γιώργου Δημητριάδη, του Καθ. Νικόλα Παπάνα – πρώην Προέδρου της ΕΔΕ-, του Δρ. Ιωάννη Ιωαννίδη – πρώην Προέδρου της ΕΔΕ- και του Καθ. Τριαντάφυλλου Διδάγγελου – πρώην Προέδρου της ΔΕΒΕ- για την έμπρακτη υποστήριξη που παρέχουν διαχρονικά στην Εταιρεία Διαβητολογίας Κύπρου.

Επίσης, θα τιμήσουμε και Κύπριους ιατρούς για τη συνεχή προσφορά τους στον τομέα του Διαβήτη στην Κύπρο, μέλη της Εταιρείας Διαβητολογίας Κύπρου, όπως τον Δρ. Γιάννο Ιωάννου, τον Δρ. Γιώργο Ολύμπιο, τον Δρ. Χρίστο Χρίστου και τον Δρ. Νίκο Σκορδί.



Τελειώνοντας, θέλω να ευχαριστήσω το Δ.Σ. της Εταιρείας Διαβητολογίας Κύπρου για τη σκληρή δουλειά που έχει επιτελέσει, προκειμένου να διοργανωθεί το συνέδριο.

Εκ μέρους του Δ.Σ., ευχαριστώ την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, την Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη, όπως και όλους τους συναδέλφους που συμμετέχουν.

Ευχαριστούμε το Υπουργείο Υγείας, τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο, τον Ιατρικό Σύλλογο Λεμεσού και την Ενδοκρινολογική Εταιρεία, που έθεσαν υπό την αιγίδα τους το 5ο Παγκύπριο Διαβητολογικό Συνέδριο.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στους χορηγούς και συνεργάτες μας, στις φαρμακευτικές εταιρείες, που μας εμπιστεύονται και διαχρονικά μας στηρίζουν.

Αγαπητοί συνάδελφοι, η δική σας παρουσία είναι αυτή που θα επισφραγίσει την επιτυχία του συνεδρίου μας, για αυτό αναμένουμε τη συμμετοχή σας».



«... η δική σας παρουσία και συμμετοχή είναι η επιτυχία του Συνεδρίου μας»

## 5 Πράγματα που αξίζει να ξεχωρίσουμε

### HIGHLIGHTS

**1 ΣΤΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ** έδωσαν το «παρών» πάνω από 150 συνάδελφοι, οι οποίοι παρακολούθησαν, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον, τις παρουσιάσεις των διακεκριμένων ξένων και Κυπρίων ομιλητών.

**2 ΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ** των συνέδρων τράβηξαν οι «διεθνείς μας παρουσίες», με πρώτη αυτή του Καθηγητή Κώστα Κανταρτζή, από το University of Tubingen της Γερμανίας, ο οποίος μας παρουσίασε τη «Διαγνωστική και Θεραπευτική Προσέγγιση για το Λιπώδες Ήπαρ».

**3 ΠΑΡΟΜΟΙΑ**, μεγάλο ενδιαφέρον εκδηλώθηκε και για την ομιλία του Καθηγητή Solomon Tesfaye, από το University of Sheffield της Αγγλίας, με θέμα τη «Διαβητική Περιφερική Νευροπάθεια».

**4 ΑΠΟΚΡΥΦΩΜΑ** του Συνεδρίου ήταν η ανακήρυξη συναδέλφων σε επίτιμα μέλη της ΕΔΚ, που πραγματοποιήθηκε, στο πλαίσιο του Συνεδρίου, ενώ συγκινητικές ήταν οι στιγμές κατά τη διάρκεια των τιμητικών βραβείων των Κυπρίων συναδέλφων για την τεράστια προσφορά τους στον χώρο του Διαβήτη.

**5 ΤΟ ΒΑΡΟΣ** της επιτυχούς διοργάνωσης είχε αναλάβει το Δ.Σ. της Εταιρείας Διαβητολογίας Κύπρου: Πολύκαρπος Ευριπίδου, Πρόεδρος, Μιχάλης Ζουβάνης, Αντιπρόεδρος, Μάριος Μιχαήλ, Γραμματέας, Δημήτρης Δημητρίου, Ταμίας, Χρίστος Χρίστου, Γιώργος Παπαέτης, Άγγελος Κυριάκου, τα μέλη που συγκρότησαν την Οργανωτική Επιτροπή.



 **Pfizer** Καινοτομούμε για να αλλάξουμε τις ζωές των ασθενών®

**Επενδύοντας 8 δισ. δολάρια παγκοσμίως** το 2019 στον τομέα της Έρευνας & Ανάπτυξης καινοτόμων θεραπειών και εμβολίων. //

**«Αγγίζοντας»** με τα φαρμακευτικά σκεύασματά και τα εμβόλιά μας τις ζωές περισσότερων από **μισό δισεκατομμύριο ανθρώπων** παγκοσμίως το 2019. //

**Προάγοντας** την υγεία των ανθρώπων στην Κύπρο με πάνω από **100** διαφορετικά φαρμακευτικά προϊόντα και εμβόλια. //

**Προσφέροντας ένα βραβευμένο εργασιακό περιβάλλον** για τους εργαζομένους μας.\*

Pfizer Hellas (Cyprus Branch), Λ. Αθαλάσσης 26, Λευκωσία 2018, Κύπρος,  
Τηλ. Επικοινωνίας: +357-22817690

\* Η βράβευση αφορά τη Pfizer Hellas, η οποία δραστηριοποιείται σε Ελλάδα, Κύπρο και Μάλτα.

# Μια διαχρονική σχέση συνεργασίας & αδελφότητας

Οι επιστημονικές μας Εταιρείες μοιράζονται κοινούς στόχους, πορεύονται ενωμένες με συνέχεια και συνέπεια, είναι συνοδοιπόροι στον επιστημονικό στίβο.

16

*Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι και φίλοι,*

**Ο**ι επιστημονικοί δεσμοί Ελλάδας-Κύπρου αποτελούν θεσμό ο οποίος μας ταξιδεύει πολύ πίσω στον χρόνο. Θυμόμαστε με συγκίνηση την παραδοσιακή-διαχρονική συνεργασία της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ΕΔΕ) και της Εταιρείας Διαβητολογίας Κύπρου στα Πανελλήνια/Παγκύπρια Συνέδρια και στις Εκπαιδευτικές Ημερίδες σε Ελλάδα και Κύπρο. Τα τελευταία χρόνια, μάλιστα, η ελληνοκυπριακή συνεργασία απέκτησε έναν πιο επίσημο χαρακτήρα, με την υπογραφή Πρωτοκόλλου Συμφωνίας-Αδελφότητας μεταξύ της Εταιρείας Διαβητολογίας Κύπρου και της ΕΔΕ (15/03/2017, επί προεδρίας Π. Ευριπίδου και Ν. Παπάνα, αντίστοιχα).

Οι επιστημονικές μας Εταιρείες είχαν και συνεχίζουν να έχουν άριστη συνεργασία, με κοινούς στόχους, γόνιμη ανταλλαγή γνώσεων και αμφίδρομη προβολή αποτελεσμάτων από επιστημονικές εξελίξεις στον Σακχαρώδη Διαβήτη, με άωτερο σκοπό την ενημέρωση και την εκπαίδευση του επιστημονικού δυναμικού και του κοινωνικού συνόλου στις χώρες στις οποίες δραστηριοποιούνται. Όλα αυτά τα χρόνια πορεύομαστε ενωμένοι με συνέχεια και συνέπεια, σε έναν κοινό αγώνα απέναντι στις ανάγκες ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας και των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη.

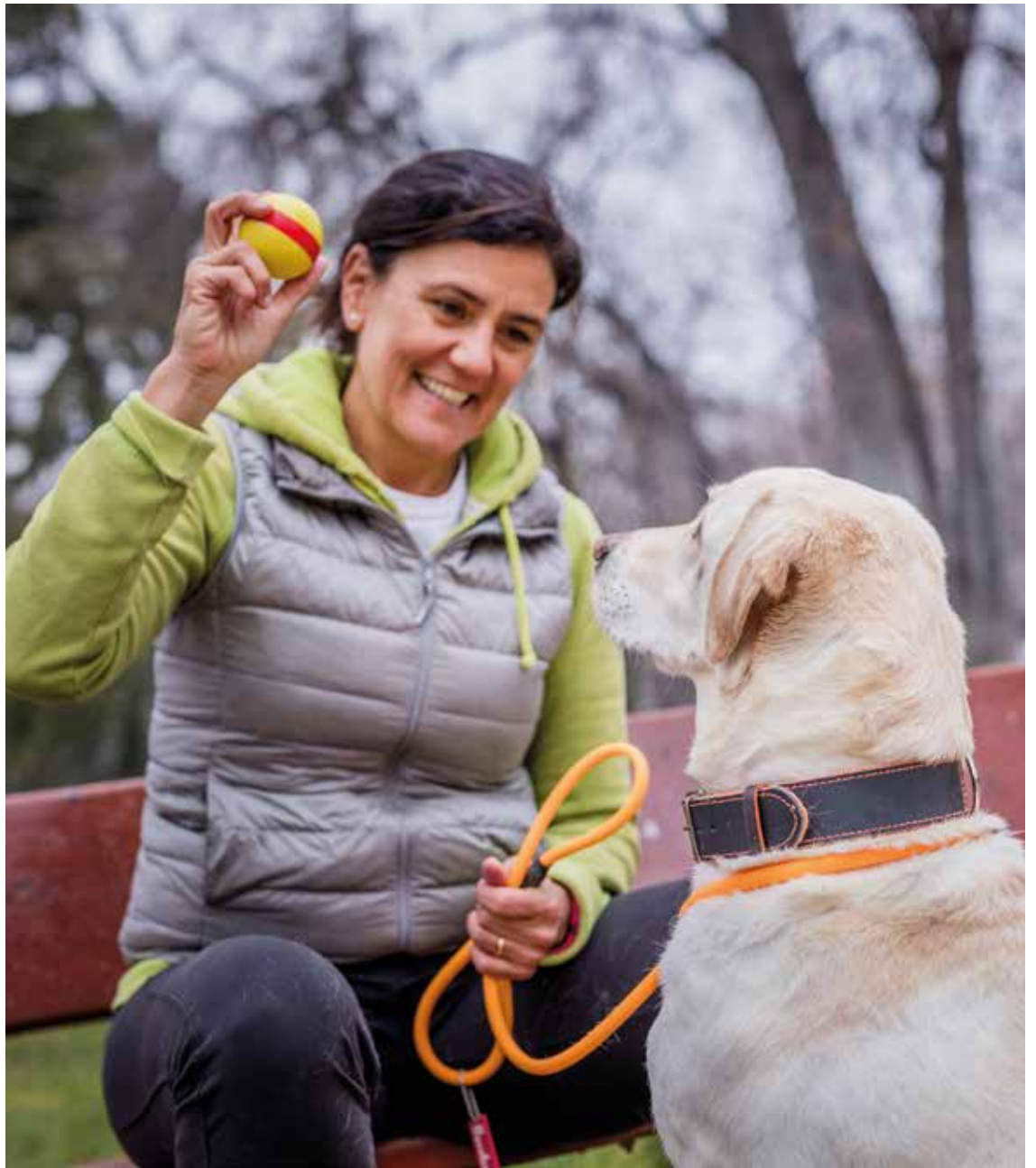
Η επιστημονική/εκπαιδευτική συνεργασία ΕΔΕ-Εταιρείας Διαβητολογίας Κύπρου, ειδικά τα τελευταία χρόνια, στην Αθήνα, επί προεδρίας Γ. Δημητριάδη (Πανελλήνια Διαβητολογικά Συνέδρια: 15ο [15-18/3/2017], 16ο [14-17/3/2018], 17ο [13-16/3/2019], 18ο [16-19/9/2020]), και στη Λεμεσό, επί προεδρίας Π. Ευριπίδου και Δ.

Δημητρίου (Επιστημονική Εκδήλωση «Σακχαρώδης Διαβήτης: σύγχρονες προσεγγίσεις» [21/01/2017], Ημερίδα Σακχαρώδη Διαβήτη [28/9/2019] και Παγκύπρια Διαβητολογικά Συνέδρια: 3ο [3-4/2/2018] και 5ο [15-16/2/2020]), αποδεικνύει τη διάθεση των Εταιρειών μας για δυναμική συνεργασία, διαβούλευση, επιστημονική πολυφωνία και συλλογική προσπάθεια. Αφουγκραζόμαστε τις ανάγκες της εποχής και δημιουργούμε μαζί τις προϋποθέσεις, που δεν μας καθιστούν μοναχικούς παρατηρητές της εξέλιξης, αλλά συνοδοιπόρους στον επιστημονικό στίβο. Στο τελευταίο (5ο) Παγκύπριο Διαβητολογικό Συνέδριο (Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής Π. Ευριπίδου), η ΕΔΕ εκπροσωπήθηκε από τα μέλη του ΔΣ Γ. Δημητριάδη, Σ. Παππά, Α. Μελιδώνη, Α. Παπαζαφειροπούλου, Α. Μαυρογιαννάκη και Σ. Λιάτη, οι οποίοι έδωσαν διαλέξεις. Στο ίδιο συνέδριο, ο νυν και οι πρώην Πρόεδροι της ΕΔΕ Γ. Δημητριάδης, Ν. Παπάνα και Ι. Ιωαννίδης ανακηρύχθηκαν επίτιμα μέλη της Εταιρείας Διαβητολογίας Κύπρου.

Η κοινή προσπάθεια Διαβητολογικής/Ενδοκρινολογικής Εταιρείας Κύπρου για την έκδοση του Ιου Παγκύπριου διαβητολογικού περιοδικού εγγυάται την τεκμηριωμένη και επίκαιρη διασπορά επιστημονικών γνώσεων οι οποίες θα καλύπτουν τις κλινικές ανάγκες ενημέρωσης τόσο των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη, όσο και των επαγγελματιών υγείας. Η ΕΔΕ συχαίρει τα Δ.Σ. των Εταιρειών σας για την εξαιρετική προσπάθεια, συμπαρατάσσεται μαζί σας στον αγώνα της επιστημονικής ενημέρωσης και θα συμβάλει με χαρά σε ό,τι της ζητηθεί.

Με θερμούς, αγωνιστικούς χαιρετισμούς,  
*Ο Πρόεδρος της ΕΔΕ,  
Γιώργος Δημητριάδης*





Είμαστε περήφανοι που είμαστε μέρος της ερευνητικής κοινότητας που έχει δεσμευτεί να παρουσιάσει επιστημονική αριστεία και καινοτομία για να βοηθήσει τα άτομα με Διαβήτη Τύπου 2.

# Η μέθοδος Eurodiet αξιοποιεί τα νεότερα δεδομένα της ιατρικής έρευνας και βιβλιογραφίας.

Αποτελεί μια αποτελεσματική και ασφαλή μέθοδο διατροφικής παρέμβασης κατάλληλη για την αντιμετώπιση της νόσου της παχυσαρκίας και των συνοδών νοσημάτων.

## Στήριξε

### το όραμα του ασθενή σου στη θεραπεία

Τα διατροφικά πρωτόκολλα της Eurodiet αποτελούν μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους ρύθμισης του σωματικού βάρους. Έχουν διαμορφωθεί σύμφωνα με τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα στην επιστήμη της ιατρικής και της κλινικής διαιτολογίας και εφαρμόζονται κάτω από ιατρική επίβλεψη.

Οι 4 ειδικά σχεδιασμένες φάσεις έχουν στόχο τη σταδιακή επίτευξη ενός υγιούς σωματικού βάρους, ενώ παράλληλα εκπαιδεύουν διατροφικά για τη μακροπρόθεσμη διατήρησή του.

Η κάθε φάση της μεθόδου περιλαμβάνει εξατομικευμένο δομημένο διαιτολόγιο με βάση τα πλεονεκτήματα που μπορεί να προσφέρει και αποτελεί μέρος ενός ολοκληρωμένου προγράμματος απώλειας βάρους.

# eurodiet



ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ



ΦΑΣΕΩΝ

**ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ-ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ**

## **\*ΥΠΟΣΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ**

**ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ!**

\*ADA STATEMENTS, *Diabetes Care* Vol. 32,  
Number 11, November 2009

Μάθε περισσότερα  
[www.eurodiet.com.cy](http://www.eurodiet.com.cy)  
Τηλέφωνο 25314006  
[info@eurodiet.com.cy](mailto:info@eurodiet.com.cy)





# ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

21

ΤΟΥ ΔΡ. ΣΑΒΒΑ ΙΩΑΝΝΟΥ,  
MD, PHD, FEFIM, ΕΙΔΙΚΟΥ  
ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ - ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΟΥ

# COVID-19

## ΜΙΑ ΑΣΥΜΒΑΤΗ ΣΧΕΣΗ

Οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη συνιστούν μία τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού και θα πρέπει να λαμβάνουν επιπλέον μέτρα προστασίας έναντι του κορωνοϊού SARS-CoV-2. Η πιστή εφαρμογή των οδηγιών του θεράποντος ιατρού θεωρείται επιβεβλημένη.

## Μια αναδρομή

**Η** τρέχουσα πανδημία της νόσου του κορωνοϊού 2019 (COVID-19) προκλήθηκε από τον κορωνοϊό SARS-CoV-2 και αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά στην πόλη Ουχάν, πρωτεύουσα της επαρχίας Χουπέι της Κίνας, τον Δεκέμβριο του 2019. Έως και τις 31 Ιανουαρίου 2021 είχαν επιβεβαιωθεί πάνω από 103 εκατομμύρια κρούσματα σε 215 χώρες και περιοχές, είχαν σημειωθεί περισσότεροι από 2 εκατομμύρια θάνατοι που οφείλονται στη νόσο και είχαν αναρρώσει περισσότεροι από 57 εκατομμύρια άνθρωποι.

Ο ιός μεταδίδεται κυρίως μέσω των σταγονιδίων που παράγονται όταν οι άνθρωποι φτερνίζονται ή βήχουν. Ο χρόνος μεταξύ της έκθεσης και της εμφάνισης συμπτωμάτων είναι συνήθως από 2 έως 14 ημέρες. Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν: πυρετό, βήχα, απώλεια γεύσης και όσφρησης καθώς και δυσχέρεια στην αναπνοή.

Σοβαρή νόσος, που εκδηλώνεται ως ανάγκη για νοσηλεία και διασωλήνωση, με σοβαρές πιθανότητες θανάτου, μπορεί να εμφανιστεί σε υγιή άτομα οποιασδήποτε ηλικίας, αλλά ο κίνδυνος σοβαρής νόσου είναι πιο έντονος σε ενήλικες με προχωρημένη ηλικία ή υποκείμενες ιατρικές συννοσηρότητες, συμπεριλαμβανομένου του διαβήτη. Οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη συγκαταλέγονται μεταξύ όσων ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού που θα πρέπει να λαμβάνουν επιπλέον μέτρα προστασίας έναντι του κορωνοϊού SARS-CoV-2, αφού είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν σοβαρές επιπλοκές και να βρεθούν αντιμέτωποι με περισσότερες νοσηλείες σε μονάδες εντατικής θεραπείας, μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας και ενδεχομένως και με τον θάνατο από COVID-19.

### ΔΙΑΒΗΤΗΣ & ΠΑΝΔΗΜΙΑ

Από σακχαρώδη διαβήτη πάσχουν περίπου 92.000 άτομα στην Κύπρο, σύμφωνα με δεδομένα από την Παγκόσμια Ομοσπονδία Διαβήτη (International Diabetes Federation, IDF) για το έτος 2020, που αποτελούν το 9% του πληθυσμού της χώρας. Τα άτομα με διαβήτη διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο πολλών σοβαρών λοιμώξεων, ιδιαίτερα εάν ο γλυκαιμικός έλεγχος είναι κακός. Είναι μάλιστα καλά γνωστοί οι μηχανισμοί που είναι υπεύθυνοι για την αυξημένη σοβαρότητα των λοιμώξεων σε αυτά τα άτομα, όπως είναι η ανοσολογική δυσλειτουργία και η σύνδεση με συννοσηρότητες –αρτηριακή υπέρταση και παχυσαρκία– ή με επιπλοκές όπως καρδιαγγειακά νοσήματα ή νεφροπάθεια. Η υπεργλυκαιμία επηρεάζει την άμυνα του ξενιστή, συμπεριλαμβανομένης της λειτουργίας των κοκκιοκυττάρων και των μακροφάγων, κυττάρων που συμμετέχουν στη φυσική ανοσία του οργανισμού. Ωστόσο, τα σημαντικότερα κλινικά ερωτήματα που τίθενται επί του προκειμένου είναι: Ποιος είναι ο ρόλος της επίτευξης της ευγλυκαιμίας στην COVID-19 λοίμωξη και της σοβαρότητας της; Δηλαδή, η βελτίωση του ελέγχου της γλυκόζης (χρονίως σε περιβάλλον εξωτερικών ασθενών ή οξείως σε ενδοκοινοκομειακό περιβάλλον) έχει ως αποτέλεσμα την πρωτογενή πρόληψη της λοίμωξης COVID-19 ή τη μείωση των επιπλοκών και την αποφυγή του θανάτου; Η οξεία υπεργλυκαιμία τόσο στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1) όσο και στον τύπου 2 (ΣΔ2) είναι πραγματικά ένας ανεξάρτητος αιτιολογικός παράγοντας ή απλώς ένας δείκτης για αυξημένη σοβαρότητα και θνησιμότητα από COVID-19;

### Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Αρκετές μελέτες από την Κίνα, την Ιταλία και τις Ηνω-

μένες Πολιτείες Αμερικής καταδεικνύουν σαφώς ότι ο διαβήτης αυξάνει τον κίνδυνο για σοβαρές επιπλοκές και θνησιμότητα από COVID-19. Στην Κίνα, το ποσοστό θνησιμότητας των περιπτώσεων ήταν 7,3% μεταξύ των ασθενών με ΣΔ2, ενώ το συνολικό ποσοστό θνησιμότητας ήταν 2,3%. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη μάλιστα είχαν το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας, μεταξύ εκείνων με συννοσηρότητες, μετά από αυτούς με καρδιαγγειακή νόσο (10,5%). Σε μια αναδρομική μελέτη από τις ΗΠΑ, το ποσοστό θνησιμότητας ήταν 14,8% μεταξύ των ασθενών με διαβήτη και 28,8% σε ασθενείς με διαβήτη ή μη ελεγχόμενη υπεργλυκαιμία, σε σύγκριση με το 6,2% σε ασθενείς χωρίς κανένα από τα δύο. Επιπρόσθετα, σε μια προκαταρκτική έκθεση μιας μελέτης πληθυσμιακής κοόρτης από το Ηνωμένο Βασίλειο, το ακαθάριστο ποσοστό θνησιμότητας για ασθενείς με ΣΔ2 ήταν 260,6 ανά 100.000 άτομα σε σύγκριση με 38,8 ανά 100.000 άτομα στον συνολικό πληθυσμό.

Όσον αφορά ασθενείς με ΣΔ1, υπάρχουν λίγα στοιχεία που αξιολογούν τον κίνδυνο σοβαρής νόσου και θανάτου. Στη μελέτη κοόρτης πληθυσμού από το Ηνωμένο Βασίλειο, οι ασθενείς με ΣΔ1 είχαν επίσης αυξημένο κίνδυνο ενδοκοινοκομειακής θνησιμότητας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (ακαθάριστο ποσοστό 138,3% έναντι 38,8% ανά 100.000 άτομα). Η μελέτη αυτή ωστόσο αφορούσε μικρό σχετικά μέγεθος δείγματος με περιορισμένα δεδομένα. Όμως, όπως φαίνεται και σε άλλες λοιμώξεις, εάν άτομα με ΣΔ1 μολυνθούν με COVID-19, είναι πιθανό να έχουν πιο παρατεταμένη πορεία από όμοια υγιή άτομα χωρίς ΣΔ1.

### ΤΙ ΓΝΩΡΙΖΟΥΜΕ

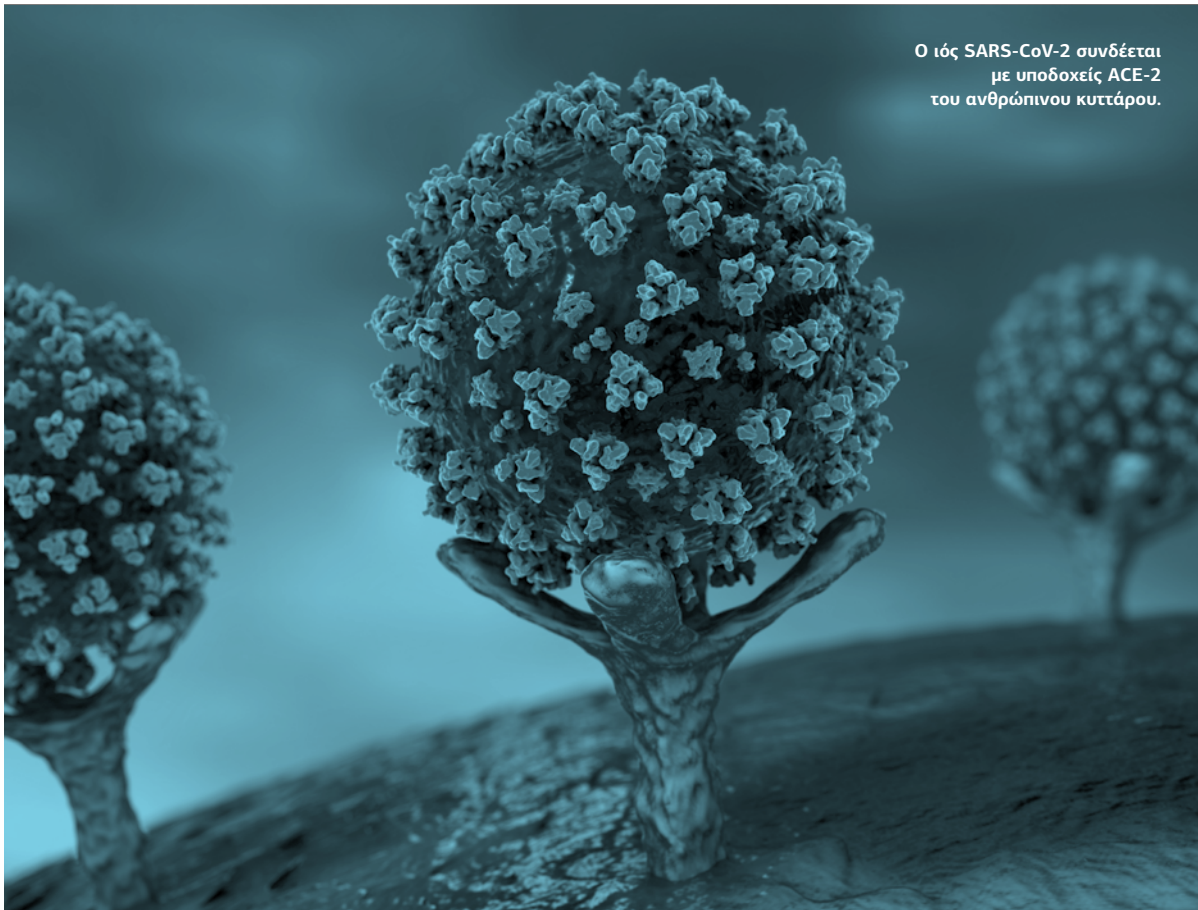
Μια πρόσφατη ανάλυση δεδομένων για ασθενείς που

νοσπλεύονταν με COVID-19 κατέδειξε πολύ υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας και αυξημένη διάρκεια παραμονής μεταξύ εκείνων που εμφάνισαν υπεργλυκαιμία κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, αλλά δεν είχαν γνωστό ιστορικό διαβήτη από πριν. Συγκεκριμένα, γλυκόζη νηστείας στο αίμα κατά την εισαγωγή ίση ή μεγαλύτερη από 126 mg/dL ήταν ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης θνησιμότητας 28 ημερών. Ομοίως, προηγούμενη δημοσίευση είχε βρει μια ανεξάρτητη σχέση μεταξύ της γλυκόζης νηστείας κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο και της σοβαρότητας του ιού της γρίπης H1N1.

Για την αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα από COVID-19 σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ενοχοποιήθηκε, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η αποδιοργάνωση του ανοσοποιητικού συστήματος (λειτουργική και ποσοτική όσον αφορά την έκφραση και έκκριση T-λεμφοκυττάρων) που δημιουργεί η υπεργλυκαιμία στους ασθενείς αυτούς, η παρουσία χρόνιων επιπλοκών και συννοσηροτήτων που επιβαρύνουν τη γενικότερη κλινική εικόνα, καθώς και η καταγίδα των κυτταροκινών (αυξημένη φλεγμονή), που είναι χαρακτηριστική στους νοσπλευόμενους με COVID-19 διαβητικούς ασθενείς.

Υπάρχει παράλληλα μια ανεξάρτητη σχέση μεταξύ της θνησιμότητας που σχετίζεται με τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) και της λοίμωξης COVID-19 σε άτομα με αμφοτέρους τους τύπους διαβήτη. Σε άτομα με ΣΔ2, η σχετιζόμενη με COVID-19 θνησιμότητα ήταν υψηλότερη, με επίπεδα HbA1c ίσης ή άνω από 7,6% ή πιο αυξημένη από ό,τι σε άτομα με επίπεδα HbA1c 6,5-7%. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι ο κίνδυνος θνησιμότητας σχετίζεται σημαντικά και ανεξάρτητα από το προηγούμενο επίπεδο υπεργλυκαιμίας σε άτομα με ΣΔ1 και ΣΔ2. Ο κακός γλυκαιμικός έλεγχος έχει συσχετιστεί με σοβαρές λοιμώξεις και εισαγωγή στο νοσοκομείο, ενώ έχει υποθεθεί ότι ενισχύει την υπερανοσοαπόκριση που σχετίζεται με σοβαρή COVID-19 λοίμωξη.

Αρκετές δημοσιεύσεις και ανακοινώσεις καταδεικνύουν επίσης αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ΣΔ1 σε νοσπλευόμενους ασθενείς με COVID-19. Δημοσίευση από το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρει διπλασιασμό των νεοδιαγνωσθέντων παιδιών με ΣΔ1 κατά την αιχμή της πανδημίας (Μάρτιος έως Μάιος 2020), συγκριτικά με το αντίστοιχο χρονικό διάστημα του 2019. Η ανάλυση των ερευνητών τεκμηρίωσε ότι η πλειοψηφία των νέων παιδιών με ΣΔ1 είχαν ενεργό νόσο COVID-19 ή



Ο ιός SARS-CoV-2 συνδέεται με υποδοχείς ACE-2 του ανθρώπινου κυττάρου.

είχαν εκτεθεί στον ιό στο προηγούμενο διάστημα. Συγκεκριμένα, από 30 νεοδιαγνωσθέντα παιδιά με ΣΔ1 σε νοσοκομεία του Λονδίνου, τα 21 είχαν αντι σώματα θετικά για τον ιό ή είχαν νοσηλευθεί για COVID-19. Παρόμοια δεδομένα αυξημένης εμφάνισης ΣΔ1 σε παιδιά νοσηλευόμενα για COVID-19 είχαμε και από παρατηρήσεις ή δημοσιεύσεις από τις ΗΠΑ (αθροιστικά δεδομένα από 49 κλινικές), όπου το 16% των νοσηλευθέντων με ΣΔ1 και COVID-19 ήταν νεοδιαγνωσθέντα κατά τη νοσηλεία τους. Υπάρχουν επίσης και αναφορές από τη Γερμανία και την Κίνα για παρόμοια περιστατικά ΣΔ1 κατά τη νοσηλεία για COVID-19 ασθενών που δεν είχαν γνωστό διαβήτη από πριν ούτε αυξημένη HbA1c.

Τα προαναφερθέντα περιστατικά με εμφάνιση ΣΔ1 κατά τη νοσηλεία για COVID-19 οδηγούν τους ερευνητές να υποθέσουν άμεση τοξική δράση του SARS-COV-2 στα β-κύτταρα του παγκρέατος που παράγουν την ινσουλίνη, με αποτέλεσμα την προσωρινή ή μόνιμη μείωση ή και ακύρωση της λειτουργίας τους. Είναι φυσικά γνωστό ότι η λοίμωξη με συγκεκριμένους ιούς, μεταξύ των οποίων οι εντεροϊοί, οι ροταϊοί, ο ιός της παρωτίτιδας και ο κυτταρομεγαλοϊός, έχει συνδεθεί στο παρελθόν με εμφάνιση ΣΔ1. Προκλινικά μοντέλα και έρευνες in vitro έχουν δείξει επίσης ότι σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμα και η οίος της γρίπης μπορεί να προκαλέσει ΣΔ1.

κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ1 στους νοσηλευόμενους για COVID-19 ασθενείς.

### **ΠΡΟΛΗΨΗ & ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Όσο αυξάνονται ο γενικότερος προβληματισμός και το ενδιαφέρον της παγκόσμιας επιστημονικής κοινότητας για τη σχέση σακχαρώδους διαβήτη και COVID-19, και όσο τα ερωτήματα περιμένουν ισχυρά απαντητικά στοιχεία, τα άτομα με διαβήτη πρέπει να προφυλάσσονται, ώστε να αποφύγουν την έκθεση στον ιό, στον βαθμό που αυτό είναι δυνατόν. Οι συστάσεις που εκδίδονται ευρέως για το ευρύ κοινό είναι διπλά σημαντικές για τα άτομα που ζουν με διαβήτη, αλλά και για όσους βρίσκονται σε στενή επαφή με άτομα που ζουν με διαβήτη.

Εάν ωστόσο άτομα και των δύο τύπων διαβήτη προσβληθούν από SARS-COV-2, απαιτείται να παρακολουθούν τακτικά τα επίπεδα σακχάρου τους (τουλάχιστον 2 φορές ημερησίως) καθώς και τη θερμοκρασία και τον κορεσμό οξυγόνου τους με παλμικό οξύμετρο. Πρέπει να είναι επαρκώς ενυδατωμένα (250 ml ύδατος κάθε 1-2 ώρες) και να ακολουθούν σωστή διατροφή με συγκεκριμένα γεύματα χωρίς συνεχές τοιμολόγημα. Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών θεωρείται επιβεβλημένη, όπως επίσης και το καθημερινό ζύγισμα για να παρακολουθείται η πορεία

## Αρκετές μελέτες από την Κίνα, την Ιταλία και τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής καταδεικνύουν σαφώς ότι ο διαβήτης αυξάνει τον κίνδυνο για σοβαρές επιπλοκές και θνησιμότητα από COVID-19.

Σύμφωνα με τους ερευνητές, φαίνεται ότι υπάρχει αυξημένη έκφραση της πρωτεΐνης ACE2 στα β-κύτταρα του παγκρέατος. Η πρωτεΐνη αυτή συνδέεται με την ακίδα (spike)-πρωτεΐνη του SARS-COV-2 και καθιστά δυνατή την είσοδο του κορωνοϊού στα κύτταρα, ώστε να επιτελέσει την καταστροφική δράση του στην κυτταρική λειτουργία. Η σημασία της πρωτεΐνης ACE2 είναι επομένως κομβική για την είσοδο του ιού στα κύτταρα και τη συνεπαγόμενη τοξική του δράση. Η πρωτεΐνη ACE2 έχει υψηλή έκφραση στα κύτταρα των πνευμόνων, της καρδιάς, των νεφρών, του λεπτού εντέρου και, πιθανόν, και στα παγκρεατικά κύτταρα. Επομένως η άμεση και τοξική δράση του SARS-COV-2 στα ινσουλινοπαραγωγά κύτταρα ίσως μπορεί να ερμηνεύσει την εικόνα της βαριάς απορρυθμίσεως των νοσηλευόμενων διαβητικών ασθενών (λόγω της ελλειμματικής έκκρισης ινσουλίνης) και τον αυξημένο

του βάρους σώματος. Όταν οι ασθενείς με ΣΔ1 ή ινσουλινοθεραπευόμενο ΣΔ2 αρρωσταίνουν, ενδέχεται να χρειαστούν υψηλότερη δόση ινσουλίνης καθώς τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα μπορεί να αυξηθούν παρά την μειωμένη πρόσληψη τροφής και υγρών.

Για την κίνηση και τη σωματική δραστηριότητα, καθώς δεν υπάρχουν περιθώρια για πολλή κίνηση εκτός σπιτιού, συστήνονται ασκήσεις με βάρακια ή αντικείμενα που υπάρχουν στο σπίτι (π.χ. μπουκαλάκια με νερό). Χρησιμοποιούνται επίσης στατικό ποδήλατο και διάδρομο. Μικροί και ελεγχόμενοι περίπατοι γύρω από το σπίτι ή πρόγραμμα άθλησης 30-45 λεπτών ημερησίως, με επιτόπιες αναπνήσεις και ασκήσεις κάμψης, έκτασης και διάτασης, κρίνονται ως αναγκαία μέτρα σε αυτές τις περιπτώσεις. Τέλος, η πιστή τήρηση και εφαρμογή των οδηγιών του θεράποντος ιατρού θεωρείται επιβεβλημένη για την καλύτερη έκβαση της λοίμωξης.



Άτομα και των δύο τύπων  
διαβήτη απαιτείται να  
παρακολουθούν τα επίπεδα  
σακχάρου τους, καθώς και  
τη θερμοκρασία και τον  
κορεσμό οξυγόνου τους.



# Σακχαρώδης Διαβήτης

## Ένας «γλυκός», σιωπηλός κίνδυνος

26

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένας ύπουλος εχθρός, ο οποίος, ειδικά σε ασθενείς που δεν ακολουθούν τη σωστή αγωγή ή δεν λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές. Ο ΣΔ, εκτός από τη συχνή ιατρική παρακολούθηση, απαιτεί σωστή διατροφή και άσκηση. Γιατί η αντιμετώπιση του διαβήτη δεν είναι μια απλή φαρμακευτική αγωγή, η καλή ρύθμιση του διαβήτη είναι τρόπος ζωής!

**ΤΗΣ ΔΡ. ΧΡΥΣΤΑΛΛΕΝΗΣ ΜΥΛΩΝΑ,  
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΥ**

### ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΤΟΥ

Ο σακχαρώδης διαβήτης χωρίζεται στις εξής κατηγορίες:

**α) Διαβήτης τύπου 1:** Παρουσιάζεται λόγω της καταστροφής των β-κυττάρων του παγκρέατος και οδηγεί στην παντελή έλλειψη ινσουλίνης.

**β) Διαβήτης τύπου 2:** Παρουσιάζεται λόγω της εξελικτικής μείωσης της έκκρισης της ινσουλίνης, έχοντας ως υπόβαθρο την αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη (π.χ. λόγω παχυσαρκίας).

**γ) Διαβήτης της Κύψωσης:** Διαγιγνώσκεται στο δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο της κύψωσης.

### δ) Ιδιαίτερες μορφές Διαβήτη:

Συνήθως οφείλονται σε:

- ▶ συγκεκριμένες γονιδιακές μεταλλάξεις, όπως ο διαβήτης τύπου MODY,
- ▶ σε άλλες ασθένειες,
- ▶ σε χρήση φαρμάκων.

## ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Στην ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση διαβήτη τύπου 2 ανήκουν **οι υπέρβαροι ενήλικες που έχουν δείκτη μάζας σώματος άνω των 25 (BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>)** και οι οποίοι συνήθως συνδυάζουν και έναν από τους παρακάτω παράγοντες:

- α)** Έχουν αυξημένη τιμή σακχάρου, 100 mg/dl-125 mg/dl, σε εξέταση αίματος που έγινε το πρωί κατόπιν νηστείας.
- β)** Δεν ασκούνται και έχουν καθιστική ζωή.
- γ)** Είναι γυναίκες που είχαν αναπτύξει διαβήτη κύησης ή είχαν γεννήσει παιδί που ζύγιζε περισσότερο από 4 κιλά.
- δ)** Έχουν υψηλή αρτηριακή πίεση (ψηλότερη από 140/90 mm Hg).
- ε)** Έχουν ψηλά τριγλυκερίδια, άνω των 250 ή/και χαμηλή «καλή» χοληστερίνη (HDL).
- στ)** Είναι γυναίκες με γνωστό σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών.
- ζ)** Έχουν συγγενή πρώτου βαθμού με διαβήτη.

### Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ

Η διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη στηρίζεται στην τριάδα των συμπτωμάτων –πολυουρία, πολυδιψία και πολυφαγία–, αλλά και στην ανεύρεση:

- α)** Γλυκόζης πλάσματος νηστείας ίσης ή μεγαλύτερης από **126 mg/dl** επιβεβαιωμένης και σε 2η μέτρηση ή
- β)** Τυχαίου δείγματος γλυκόζης πλάσματος ίσου ή μεγαλύτερου από **200 mg/dl** επιβεβαιωμένου και σε 2η μέτρηση ή
- γ)** Σακχάρου ίσου ή μεγαλύτερου από **200 mg/dl** κατά τη διενέργεια **καμπύλης σακχάρου** μετά από χορήγηση **75 γραμ. γλυκόζης**.
- δ)** Μετά την αρχική τεκμηρίωση του σακχαρώδους διαβήτη μετράται η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (**HbA1c**), που αντανάκλα τη μέση πυκνότητα γλυκόζης αίματος κατά τις προηγούμενες **8-10 εβδομάδες**. Κάθε αύξηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης κατά **1%** αντιστοιχεί σε μεταβολή της μέσης πυκνότητας γλυκόζης κατά **30-35 mg/dl**.
- ε)** Ο **σακχαρώδης διαβήτης της κύησης** τίθεται με διαφορετικά κριτήρια, κατόπιν διενέργειας καμπύλης γλυκόζης στην **24η με 28η εβδομάδα** κύησης.

### ΣΔ: Ο «ΓΛΥΚΟΣ», ΣΙΩΠΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης, ειδικά σε ασθενείς που δεν λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία για να ρυθμίσουν επαρκώς τα επίπεδα του ζαχάρου στο αίμα, μπορεί να προκαλέσει:

- α)** Προβλήματα όρασης μέχρι και τύφλωση.
- β)** Βλάβη στη λειτουργία των νεφρών, που μπορεί να φτάσει μέχρι και την ολική καταστροφή τους.
- γ)** Αυξημένο κίνδυνο για **στεφανιαία νόσο** (έμφραγμα μυοκαρδίου).
- δ)** Αυξημένο κίνδυνο για **εγκεφαλικά επεισόδια**.
- ε)** **Υπέρταση** (αυξημένη αρτηριακή πίεση).
- στ)** **Στυτική δυσλειτουργία** στους άντρες.
- ζ)** **Δυσκολία στη βάδιση**: Παρουσιάζονται πόνοι και κράμπες στα πόδια κατά το περπάτημα.
- η)** **Τραύματα και πληγές** στα πόδια που δύσκολα επουλώνονται.
- θ)** Αυξημένο κίνδυνο για **άνοια**.

### ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

- ▶ Πολυουρία (πολλά ούρα) ▶ Πολυδιψία
- ▶ Πολυφαγία ▶ Αυξημένο αίσθημα κόπωσης ▶ Μυϊκές κράμπες ▶ Ξηροστομία
- ▶ Υπνηλία ▶ Αδυναμία συγκέντρωσης
- ▶ Επαναλαμβανόμενες μυκητιάσεις (ιδίως της γεννητικής περιοχής)
- ▶ Πληγές που δεν επουλώνονται

είναι μερικά από τα συμπτώματα που πρέπει να σας οδηγήσουν στον γιατρό σας για εξέταση.

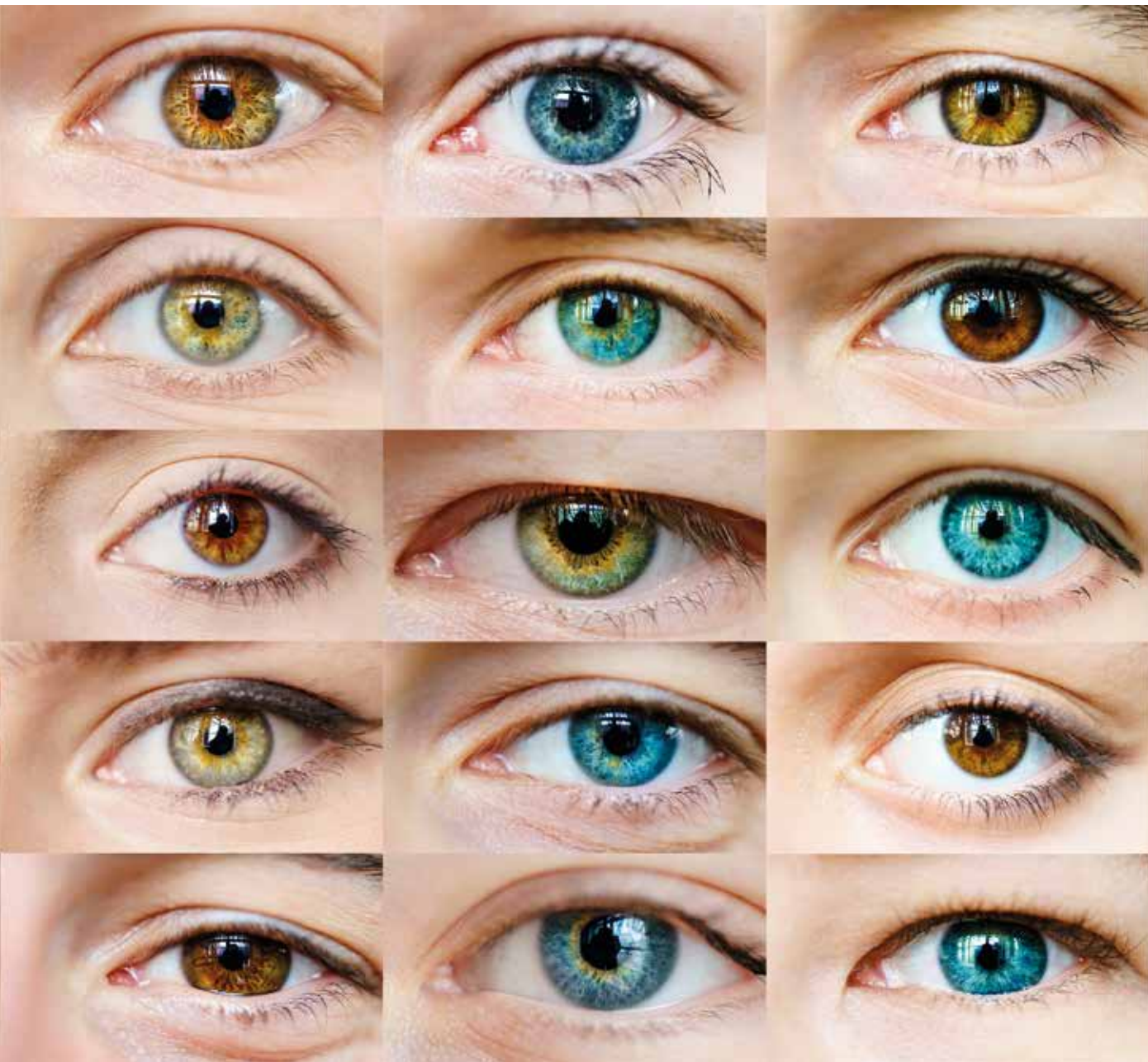
### Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- α)** Σωστή διαίτα και διατροφή
- β)** Άσκηση
- γ)** Αυτοέλεγχος του ζαχάρου στο αίμα
- δ)** Φαρμακευτική αγωγή
- ε)** Συχνή ιατρική παρακολούθηση.

Η αντιμετώπιση του διαβήτη δεν είναι μόνο φαρμακευτική υπόθεση! **Η καλή ρύθμιση του διαβήτη είναι τρόπος ζωής!**



« ΤΟΝ ΝΟΥ ΣΟΥ  
ΚΑΙ ΤΑ  
ΜΑΤΙΑ ΣΟΥ »



## ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ + ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΤΙΩΝ

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι μια ύπουλη νόσος που μπορεί να μη δώσει συμπτώματα ακόμη και σε προχωρημένο στάδιο. Πρώτη γραμμή άμυνας παραμένει η πρόληψη, καθώς η έγκαιρη οφθαλμολογική εξέταση, από εξειδικευμένο οφθαλμίατρο, για έγκαιρη διάγνωση και άμεση αντιμετώπιση, επηρεάζει τον χαρακτήρα της εξέλιξής της.

**ΤΗΣ ΔΡ. ΛΟΥΚΙΑΝΑΣ ΤΣΙΕΡΚΕΖΟΥ, ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΥ**

**Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Η διαβητική αμφιβλπστροειδοπάθεια είναι πάθηση του οφθαλμού που μπορεί να επηρεάσει τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Οφείλεται στην προσβολή των μικρών αγγείων του αμφιβλπστροειδούς και αποτελεί την πιο συχνή αιτία απώλειας της όρασης σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ). Στα 20 χρόνια, σχεδόν όλοι οι ασθενείς με ΣΔ τύπου I θα εκδηλώσουν κάποιον βαθμό διαβητικής αμφιβλπστροειδοπάθειας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ασθενείς με ΣΔ τύπου II κυμαίνεται στο 60%.

Η διαβητική αμφιβλπστροειδοπάθεια είναι η πιο συχνή αιτία τύφλωσης των ενήλικων ασθενών, ηλικίας 20 έως 74 ετών.

**Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΔ ΚΑΙ Ο ΕΛΕΓΧΟΣ**

Ο πρώτος οφθαλμολογικός έλεγχος μετά τη διάγνωση του ΣΔ I πρέπει να γίνεται εντός του διαστήματος 3-5 χρόνων από τη διάγνωση και όταν ο ασθενής είναι μεγαλύτερος των 15 ετών.

Σε ασθενείς με ΣΔ II ο πρώτος οφθαλμολογικός έλεγχος γίνεται με τη διάγνωση. Σε εγκύους ασθενείς με ΣΔ η εξέταση συνιστάται να γίνεται εντός του πρώτου τριμήνου.

Η συχνότητα της οφθαλμολογικής εξέτασης εξαρτάται από τον βαθμό της διαβητικής αμφιβλπστροειδοπάθειας, αλλά και από τη ρύθμιση του διαβήτη.

Σε κάθε ασθενή πρέπει να γίνεται πλήρης οφθαλμολογικός έλεγχος, ο οποίος να περιλαμβάνει τη μέτρηση της οπτικής οξύτητας, τη μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης, την εξέταση του προσθίου ημιμορίου του οφθαλμού, για τυχόν παρουσία νεοαγγείων στην ίριδα, και τον έλεγχο του βυθού (του πίσω μέρους του οφθαλμού) με τη χρήση σταγόνων που προκαλούν διαστολή της κόρης του οφθαλμού.

Ανάλογα με τα ευρήματα, μπορεί να χρειαστούν διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες θα βοηθήσουν στην παρακολούθηση, στην εκτίμηση του βαθμού της διαβητικής αμφιβλπστροειδοπάθειας, αλλά και στην επιλογή θεραπείας. Τέτοιες εξετάσεις είναι η

απλή έγχρωμη φωτογράφιση του αμφιβλπστροειδούς, η ειδική φωτογράφιση με χρωστική που γίνεται με ένεση στο χέρι, η λεγομένη φλουροαγγειογραφία, και μια μη επεμβατική απεικονιστική μέθοδος, η οπτική τομογραφία συνοχής, που επιτρέπει την τομογραφική απεικόνιση της ωχράς κηλίδας.

**ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

**1) Γενετικοί παράγοντες,** το φύλο και η διάρκεια του σακχαρώδους διαβήτη.

**2) Τα επίπεδα γλυκόζης του αίματος,** η αρτηριακή πίεση και τα επίπεδα χοληστερόλης.

**3) Επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου:** η νόσος των καρωτίδων, η εγκυμοσύνη, η πάθηση των νεφρών και το κάπνισμα.

Μελέτες έχουν καταδείξει ότι ο κίνδυνος προσβολής των μικρών αγγείων σχετίζεται με τα αυξημένα επίπεδα γλυκόζης. Κατά αυτό τον τρόπο, αν, για παράδειγμα, η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη μειωθεί από το 8% στο 7%, τότε μειώνεται και ο κίνδυνος μικροαγγειοπάθειας κατά 35%. Επιπρόσθετα, η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και η μείωση της χοληστερόλης συμβάλλουν στη μείωση του ρίσκου ανάπτυξης αμφιβλπστροειδοπάθειας.

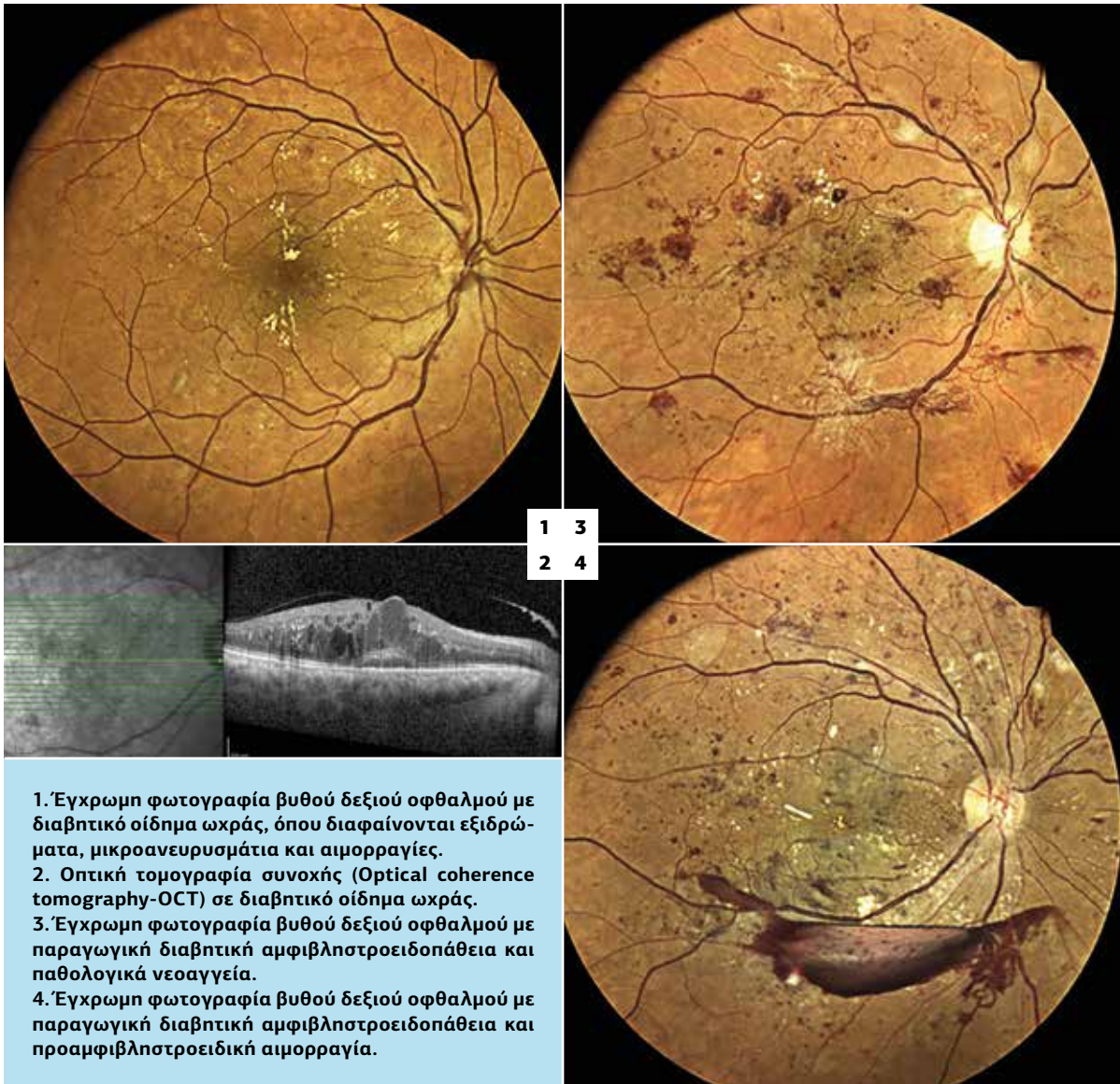
**ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ Η ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ**

Η διαβητική αμφιβλπστροειδοπάθεια είναι αποτέλεσμα της απόφραξης των μικρών αγγείων του αμφιβλπστροειδούς, η οποία οδηγεί σε ισχαιμία και αυξημένη διαπερατότητα των τριχοειδών. Ως συνέπεια, σημειώνεται έξοδος υγρού και λιπιδίων, δημιουργείται οίδημα στην ωχρά κηλίδα, ενώ προκαλούνται αιμορραγίες και εξιδρώματα στον αμφιβλπστροειδή.

Ανάλογα με τη βαρύτητα των αλλοιώσεων, διακρίνεται σε δύο μορφές: τη μη παραγωγική διαβητική αμφιβλπστροειδοπάθεια και την παραγωγική διαβητική αμφιβλπστροειδοπάθεια.

Οι πρώτες, εμφανείς κλινικά, αλλοιώσεις στη μη παραγωγική διαβητική αμφιβλπστροειδοπάθεια είναι τα

<b>ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΔ I</b>	<b>Συχνότητα διαβητικής αμφιβλπστροειδοπάθειας</b>	<b>Συχνότητα παραγωγικής διαβητικής αμφιβλπστροειδοπάθειας</b>
3 χρόνια	8%	0%
5 χρόνια	25%	
10 χρόνια	60%	
15 χρόνια	80%	25%
30 χρόνια	100%	



1 3  
2 4

1. Έγχρωμη φωτογραφία βυθού δεξιού οφθαλμού με διαβητικό οίδημα ωχράς, όπου διαφαίνονται εξιδρώματα, μικροανευρυσμάτια και αιμορραγίες.
2. Οπτική τομογραφία συνοχής (Optical coherence tomography-OCT) σε διαβητικό οίδημα ωχράς.
3. Έγχρωμη φωτογραφία βυθού δεξιού οφθαλμού με παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και παθολογικά νεοαγγεία.
4. Έγχρωμη φωτογραφία βυθού δεξιού οφθαλμού με παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και προαμφιβληστροειδική αιμορραγία.

μικροανευρυσμάτια. Τα μικροανευρυσμάτια αποτελούν σακοειδείς διευρύνσεις των τριχοειδών λόγω εξασθένισης του τοιχώματος των μικρών αγγείων. Συχνά εμφανίζεται διαρροή υγρού και έχουμε τα εξιδρώματα. Επίσης, μπορεί να προκληθούν αιμορραγίες. Η κύρια αιτία μείωσης της όρασης είναι το οίδημα της ωχράς κλίδας.

Σε πιο σοβαρές μορφές προκαλείται ισχαιμία καθώς και ενδοαμφιβληστροειδικές αιμορραγίες, οι λεγόμενες IRMAs (Intraretinal Microvascular Abnormalities).

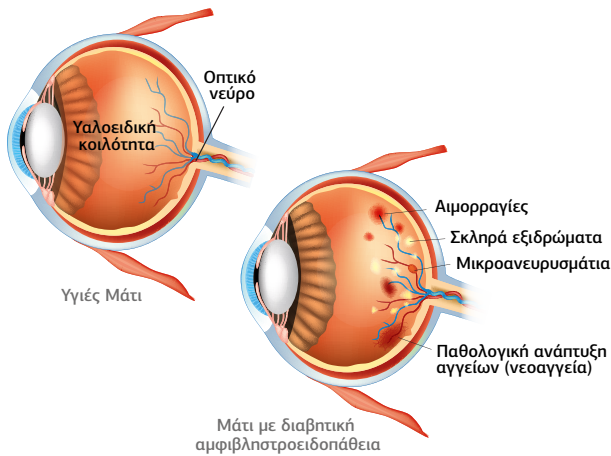
Η παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια θεωρείται η βαρύτερη μορφή και χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη παθολογικών νεοαγγείων στον βυθό του οφθαλμού. Η δημιουργία των νεοαγγείων οφείλεται στην παραγωγή αγγειακού ενδοθηλιακού παράγοντα (Vascular Endothelial Growth Factor), λόγω της παρατεταμένης

ισχαιμίας. Τα νεοαγγεία έχουν εύθραυστο τοίχωμα και η ρήξη αυτών προκαλεί αιμορραγία στο υαλοειδές (το ζελέ που γεμίζει την κοιλότητα του οφθαλμού).

### ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Ο ασθενής με αλλαγές διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας μπορεί να μην έχει καθόλου συμπτώματα, ακόμη και σε προχωρημένη φάση. Θα παραπονεθεί για μείωση της όρασής του όταν παρουσιαστεί οίδημα ωχράς ή όταν προκληθεί αιμορραγία λόγω σοβαρής παραγωγικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Σε περίπτωση αιμορραγίας, ο ασθενής μπορεί να παραπονεθεί για μαύρα στίγματα (μυοψίες). Για αυτό είναι μεγάλης σημασίας η πρόληψη και ο οφθαλμολογικός έλεγχος (screening).

Πόνος μπορεί να παρουσιάσει ένας ασθενής όταν,



εξαιτίας παθολογικών νεοαγγείων στην ίριδα του οφθαλμού, σπμειωθεί μεγάλη, οξεία αύξηση της πίεσης του οφθαλμού και εμφανιστεί νεοαγγειακό γλαύκωμα. Το νεοαγγειακό γλαύκωμα αποτελεί μία από τις σοβαρότερες επιπλοκές της παραγωγικής διαβητικής αμφιβλπστροειδοπάθειας, όπως και η ελκτική αποκόλληση του αμφιβλπστροειδούς, ως αποτέλεσμα μεμβρανών που δημιουργούνται και οδηγούν στην απώλεια της όρασης.

**Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Όπως προαναφέρθηκε, είναι πολύ σημαντικό η ρύθμιση του σακχάρου, της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερόλης να διατηρείται σε ικανοποιητικά επίπεδα. Είναι, επίσης, πολύ σημαντική η διακοπή του καπνίσματος.

Η αντιμετώπιση του οιδήματος ωχράς κηλίδας συνήθως γίνεται με τη χρήση Αντιαγγειογενετικών παραγόντων (Anti-VEGF, Anti Vascular Endothelial Growth Factors). Οι αντί VEGF μειώνουν τη διαπερατότητα των αγγείων και την έξοδο υγρού, με αποτέλεσμα τη μείωση του οιδήματος. Επίσης, μειώνουν τα επίπεδα VEGF, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η παραγωγή των παθολογικών νεοαγγείων. Η χορήγηση γίνεται με ένεση μέσα στο ζελέ του οφθαλμού και συνήθως χρειάζονται επαναλαμβανόμενες ενέσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα. Είναι ανώδυνη διαδικασία, που γίνεται υπό άσπιτες συνθήκες, για μείωση κινδύνου μόλυνσης. Το laser συνήθως χρησιμοποιείται για εστιακό οίδημα ωχράς και στα μικροαγγευσμάτια, με αποτέλεσμα τη μείωση του υγρού. Σε περίπτωση νεοαγγείων (παραγωγικής διαβητικής αμφιβλπστροειδοπάθειας), εφαρμόζεται παναμφιβλπστροειδική φωτοπηξία. Δηλαδή το laser εφαρμόζεται στα περιφερικά τμήματα του αμφιβλπστροειδούς, με σκοπό τη μείωση των μεταβολικών αναγκών του αμφιβλπστροειδούς, την υποστρόφη των νεοαγγείων και τη διατήρηση της όρασης.

Σε προχωρημένο στάδιο, όταν έχουμε ενδοϋαλοειδική αιμορραγία ή αποκόλληση του αμφιβλπστροειδούς, τότε γίνεται ειδική χειρουργική επέμβαση (υαλοειδεκτομή).

Σε περίπτωση ανθηκτικού οιδήματος ωχράς ή όταν η χρήση των αντί VEGF δεν ενδείκνυται, τότε μπορούν να χρησιμοποιηθούν κορτικοστεροειδή.

Η χορήγησή τους μπορεί να γίνει είτε με ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις, κατά τακτά χρονικά διαστήματα (π.χ. κάθε 6 εβδομάδες), είτε με την τοποθέτηση ενός μικροσκοπικού εμφυτεύματος ενδοϋαλοειδικά, το οποίο αποδίδει το φάρμακο σταδιακά για μεγάλο χρονικό διάστημα. Υπάρχουν δύο τέτοια εμφυτεύματα, το Ozurdex, που διαρκεί 6 μήνες, και το Iluvien, που διαρκεί 3 χρόνια. Αν και είναι αποτελεσματικά φάρμακα, δημιουργούν καταρράκτη νωρίτερα και επιπλέον υπάρχει κίνδυνος αύξησης της ενδοφθάλμιας πίεσης.

**Η ΠΡΟΛΗΨΗ**

Όπως έχει προαναφερθεί, η διαβητική αμφιβλπστροειδοπάθεια είναι μια ύπουλη νόσος που μπορεί να μη δώσει συμπτώματα, ακόμη και σε προχωρημένο στάδιο. Γι' αυτό είναι πολύ σημαντικές η πρόληψη και η έγκαιρη οφθαλμολογική εξέταση από εξειδικευμένο οφθαλμίατρο, προκειμένου να υπάρξουν έγκαιρη διάγνωση και άμεση αντιμετώπιση.

Σκοπός της θεραπείας είναι να σταματήσει η βλάβη και να βελτιωθεί η όραση, όποτε αυτό είναι εφικτό. Σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι απαραίτητη η θεραπεία, αλλά απαιτείται συχνή οφθαλμολογική εξέταση. Η παρακολούθηση εξαρτάται από τα ευρήματα και το στάδιο της διαβητικής αμφιβλπστροειδοπάθειας.

Επιπρόσθετα, η σωστή ρύθμιση σακχάρου, αρτηριακής πίεσης και χοληστερόλης συμβάλλει στη μείωση του ρίσκου εμφάνισης ή και εξέλιξης της διαβητικής αμφιβλπστροειδοπάθειας.



Έγχρωμη φωτογραφία βυθού αριστερού οφθαλμού, μετά από θεραπεία του οιδήματος ωχράς με laser και της παραγωγικής διαβητικής αμφιβλπστροειδοπάθειας με παναμφιβλπστροειδική φωτοπηξία.



Στις πιο σημαντικές μας στιγμές  
η γλυκόζη καταγράφεται  
συνεχώς.  
Real time, ανά λεπτό.



Real time καταγραφή γλυκόζης ανά λεπτό  
Alarms  
Χωρίς σάρωση  
Οπουδήποτε, οποιαδήποτε στιγμή

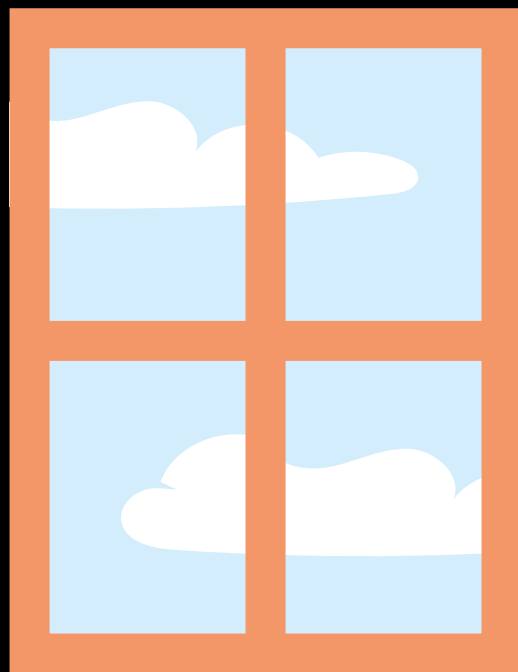
**GlucoMen<sup>®</sup>**  
**Day CGM**

REAL TIME ΣΥΝΕΧΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

**A.MENARINI**  
**diagnostics**  
Living your life.

[www.menarinidiabetes.gr](http://www.menarinidiabetes.gr)  
[www.glucomen.gr](http://www.glucomen.gr)





# ΕΝΑ «ΠΑΡΑΘΥΡΟ» ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

## ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η κύηση έχει περιγραφεί ως «ένα παράθυρο στη μελλοντική υγεία μιας γυναίκας». Ο ΣΔΚ αποτελεί λοιπόν ένα... καμπανάκι για αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔ και καρδιαγγειακής νόσου. Ο έλεγχος από την πρώτη επίσκεψη στον γυναικολόγο και η τήρηση της σωστής στρατηγικής για την έγκαιρη διάγνωση επιβάλλονται. Η παραπομπή σε ειδικό ιατρό για την αντιμετώπιση του ΣΔΚ είναι ακρογωνιαίος σημασίας.

**ΤΩΝ ΓΕΩΡΓΙΟΥ Σ. ΠΑΠΑΕΤΗ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ - ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΟΥ,  
ΚΑΙ ΠΟΥΛΚΑΡΠΟΥ Σ. ΕΥΡΙΠΙΔΟΥ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ - ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΟΥ**



## Τι είναι ο ΣΔΚ;

**Ο** Σακχαρώδης Διαβήτης της Κύησης (ΣΔΚ) αποτελεί μια ξεχωριστή κατηγορία σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ), η οποία ορίζεται ως η διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, που διαγιγνώσκεται για πρώτη φορά στο 2ο ή στο 3ο τρίμηνο της κύησης, υπό την προϋπόθεση ότι κατά την έναρξη κύησης δεν είχε διαγνωστεί ούτε προϋπήρχε ΣΔ (τύπου 1 ή 2). Ο ορισμός αυτός στοχεύει στον διαχωρισμό του ΣΔΚ από τον αδιάνγνωστο ή προϋπάρχοντα ΣΔ στην αρχή της κύησης. Η συχνότητα του ΣΔΚ υπολογίζεται, με βάση πρόσφατα δεδομένα, από 5% έως 18% (ανάλογα με τον πληθυσμό που μελετάται). Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται σημαντική αύξηση των επιπτώσεων του ΣΔΚ, κυρίως λόγω της επιδημικής αύξησης της παχυσαρκίας.

Οι γυναίκες που θα αναπτύξουν ΣΔΚ αποτελούν μια ετερογενή ομάδα. Η συντριπτική πλειοψηφία θα αναπτύξουν μια ήπια διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης στο δεύτερο ήμισυ της εγκυμοσύνης τους, όταν δηλαδή θα εμφανιστεί η φυσιολογική ινσουλινοαντίσταση της κύησης, η οποία θα παρέλθει με τον τοκετό. Η αύξηση τόσο των πλακουντιακών όσο και των μητρικών ορμονών αποτελεί την κυριότερη αιτία για τη φυσιολογική ινσουλινοαντίσταση. Συμπληρωματικό ρόλο διαδραματίζουν η αύξηση του σωματικού βάρους και η μειωμένη δραστηριότητα κατά το διάστημα αυτό. Οι γυναίκες αυτές αδυνατούν να ανταποκριθούν στην αυξημένη αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης με την απαραίτητη αντιροποιστική έκκριση ινσουλίνης. Με άλλα λόγια, ο ΣΔΚ μπορεί να θεωρηθεί το αποτέλεσμα της εκκριτικής «αποτυχίας» του παγκρεατικού β-κυττάρου να ανταποκριθεί στο μεταβολικό stress και στις αυξημένες ανάγκες που φυσιολογικά εμφανίζονται κατά την κύηση.

## ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ ΚΑΙ ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

Η ανάπτυξη και η ωρίμανση του εμβρύου συνδέονται άρρηκτα με τη σωστή προμήθεια των απαραίτητων συστατικών, και ιδιαίτερα της γλυκόζης, από τη μητέρα. Η προϋπόθεση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική κατά το τρίτο τρίμηνο. Η αυξημένη γλυκόζη της μητέρας περνά από την κυκλοφορία, μέσω του πλακούντα, στο έμβρυο. Το έμβρυο, με τη σειρά του, εκκρίνει αυξημένες ποσότητες ινσουλίνης (εμβρυϊκή υπερινσουλιναίμια), που αυξάνουν το μέγεθος και την εναπόθεση λίπους στο σώμα του και οι οποίες είναι η αιτία αυξημένης νεογνικής νοσηρότητας. Η αύξηση του μεγέθους του εμβρύου αφορά κυρίως την αυξημένη εναπόθεση λίπους στον κορμό, την αυξημένη σκελετική ωρίμανση και την οργανομεγαλία (ήπατος, σπληνός, καρδιάς, επινεφριδίων, παγκρεατικών νησιδίων). Υπάρχει δυσανάλογη αύξηση στον κορμό και στους ώμους σε σχέση με την κεφαλή, γεγονός που οδηγεί σε δυστοκία των ώμων. Επομένως το βασικό πρόβλημα για το έμβρυο είναι η μακροσωμία και, παράλληλα, η εμφάνιση αυξημένης ποσότητας αμνιακού υγρού.

Μακροσωμία ορίζεται το σωματικό βάρος μεγαλύτερο από 4 κιλά κατά τη γέννηση ή το σωματικό βάρος μεγαλύτερο από αυτό που αντιστοιχεί στην ηλικία της κύησης. Η μακροσωμία επιπλέκει περίπου το 20% των κύσεων με ΣΔΚ και είναι ένα από τα βασικότερα προβλήματα για το έμβρυο. Αυξάνει τον κίνδυνο των περιγεννητικών ανεπιθύμητων συμβαμάτων, όπως οι τραυματισμοί, οι μαιευτικές παραλύσεις έως και ο εμβρυϊκός θάνατος. Υπολογίζεται ότι σε περίπου 15-20% των τοκετών παιδιών με σωματικό βάρος μεγαλύτερο από 4.500 g, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος τραυματισμού του βραχιονίου πλέγματος, ασφυξίας καθώς και καταγμάτων της κλείδας. Το 80-90% αυτών των περιπτώσεων αποκαθίσταται σε ένα έτος, ενώ σε ένα μικρό ποσοστό οι βλάβες είναι μη αναστρέψιμες και μόνιμες. Αν συνυπάρχουν μάλιστα παχυσαρκία και ΣΔΚ, ο κίνδυνος για μακροσωμία είναι περίπου πενταπλάσιος. Απώτεροι μεταβολικοί κίνδυνοι για το παιδί είναι η εμφάνιση παχυσαρκίας, μεταβολικού συνδρόμου και ΣΔ τύπου 2.

## ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΔΚ ΕΙΝΑΙ:

1. Η παχυσαρκία. Σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας έχει σχεδόν τριπλασιαστεί τα τελευταία 30 χρόνια. Οι παχύσαρκες γυναίκες έχουν τετραπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔΚ, ενώ ο κίνδυνος σε αυτές με Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) > 40 kg/m<sup>2</sup> είναι εννεαπλάσιος. Αυτό εξηγεί την αύξηση στη διάγνωση του ΣΔΚ την τελευταία δεκαετία (94% αύξηση στις ΗΠΑ από το 1989-90 έως το 2003-2004).
2. Το ιστορικό προηγούμενου ΣΔΚ. Στις γυναίκες αυτές ο κίνδυνος αυξάνεται από 30 έως 80% στην επόμενη κύηση.
3. Το ιστορικό κύησης με νεογνό άνω των 4 κιλών.
4. Το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών.
5. Το οικογενειακό ιστορικό ΣΔ τύπου 2 σε συγγενή 1ου βαθμού.
6. Το ιστορικό προ-διαβήτη/ αντίστασης στην ινσουλίνη.



Για τη μητέρα με ΣΔΚ, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης αρτηριακής υπέρτασης, προεκλαμψίας και ανάγκης για καισαρική τομή. Επίσης, υπάρχει αυξημένος μελλοντικός κίνδυνος εμφάνισης ΣΔ τύπου 2, όπως και αυξημένος καρδιαγγειακός κίνδυνος. Σε μια καλά σχεδιασμένη μελέτη βρέθηκε ότι οι γυναίκες με ΣΔΚ εμφάνισαν ΣΔ τύπου 2 ή παθολογική ανοχή στη γλυκόζη στο 6% μετά από 0-2 έτη, 13% μετά από 3-4 έτη, 15% μετά από 5-6 έτη και 30% μετά από 7-10 έτη. Ο κίνδυνος ήταν υψηλότερος στις γυναίκες που κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους χρειάστηκαν θεραπεία με ινσουλίνη. Είναι λοιπόν αποφασιστικής σημασίας ο έλεγχος του σωματικού βάρους, ο περιορισμός του λίπους και των απλών υδατανθράκων και η τακτική σωματική άσκηση, ώστε να μειωθεί ο μελλοντικός κίνδυνος εμφάνισης ΣΔ τύπου 2 στις γυναίκες με ΣΔΚ.

### Η ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Κατά την αρχική επίσκεψη κάθε εγκύου, πρέπει να γίνεται μέτρηση γλυκόζης νηστείας και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c). Εφόσον δεν διαπιστωθεί επίσημος ΣΔ από την αρχή της εγκυμοσύνης, τότε, αν η γλυκόζη νηστείας είναι μεγαλύτερη –ή ίση– από 92 mg/dl, γίνεται αντιμετώπιση ως επί ΣΔΚ, ενώ, αν η γλυκόζη νηστείας

τίδια, για την αποφυγή της κέτωσης, που φυσιολογικά παρατηρείται στην κύηση κατά την παρατεταμένη νηστεία. Έτσι, λοιπόν, η βέλτιστη διατροφή πρέπει να παρέχει τις απαραίτητες θερμίδες και τις απαραίτητες θρεπτικές ουσίες για την υγεία τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου. Πρέπει να διατηρούνται οι τιμές της γλυκόζης εντός των προτεινόμενων στόχων και να αποτρέπεται η κέτωση. Παράλληλα, προτείνεται σωματική άσκηση (για παράδειγμα, περπάτημα 10 λεπτά μετά τα τρία κύρια γεύματα), εφόσον δεν υπάρχει οποιαδήποτε μαιευτική αντένδειξη. Όταν δεν επιτυγχάνονται οι γλυκαιμικοί στόχοι ή εμφανίζονται σημάδια μακροσωμίας στο υπερηχογράφημα του εμβρύου, τότε στο θεραπευτικό σχήμα προστίθεται και η ινσουλίνη.

### Ο ΤΟΚΕΤΟΣ ΚΑΙ Η ΛΟΧΕΙΑ

Ο καλά θεραπευμένος ΣΔΚ δεν αποτελεί ένδειξη για καισαρική τομή. Σε μητέρες όμως με κακό μεταβολικό έλεγχο και μακροσωμία, ο τοκετός πρέπει να προκαλείται την 38η εβδομάδα ή να γίνεται καισαρική τομή. Ο θηλασμός είναι επιθυμητός στις μητέρες με ΣΔΚ. Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι οι γυναίκες με ΣΔΚ που θήλασαν είχαν σημαντικά μειωμένα ποσοστά εμφάνισης προδιαβήτη και ΣΔ τύπου 2, έναντι αυτών που δεν θήλασαν.

Σκοπός της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η επίτευξη ευγλυκαιμίας σε όλη τη διάρκεια της κύησης και στον τοκετό, προκειμένου να προληφθούν οι δυσμενείς επιπτώσεις στο έμβρυο.

είναι μικρότερη από 92 mg/dl, προγραμματίζεται διενέργεια δοκιμασίας φόρτισης με γλυκόζη μεταξύ της 24ης και της 28ης εβδομάδας κύησης. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η γλυκοζουρία αποτελεί συχνό εύρημα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, λόγω της αυξημένης σπειραματικής διήθησης και της σχετικής μείωσης της νεφρικής ουδού επαναρόφησης της γλυκόζης, γεγονός που την καθιστά αναξιόπιστο διαγνωστικό εργαλείο.

### Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Σκοπός της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η επίτευξη ευγλυκαιμίας σε όλη τη διάρκεια της κύησης και στον τοκετό, προκειμένου να προληφθούν οι δυσμενείς επιπτώσεις στο έμβρυο. Για την επίτευξη των στόχων είναι απαραίτητος ο καθημερινός γλυκαιμικός αυτοέλεγχος. Ο γλυκαιμικός έλεγχος πρέπει να γίνεται τουλάχιστον τέσσερις φορές ημερησίως. Ακρογωνιαίος λίθος θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η διατροφική θεραπεία. Το διαιτολόγιο κατανέμεται σε τρία γεύματα και τρία γευμα-

### ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η παχυσαρκία και η εμφάνιση ΣΔ τύπου 2 έχουν λάβει χαρακτήρα επιδημίας. Ο αριθμός νέων γυναικών με ΣΔΚ, καθώς και γυναικών με ΣΔ τύπου 2 που δεν έχουν διαγνωσθεί πριν από την εγκυμοσύνη, αυξάνεται διαρκώς. Ο έλεγχος της γλυκόζης από την πρώτη επίσκεψη στον γυναικολόγο και η τήρηση της σωστής στρατηγικής για την έγκαιρη διάγνωση του ΣΔΚ επιβάλλονται, ώστε να προληφθούν οι όποιες επιπλοκές στη μητέρα και στο νεογνό.

Η κύηση έχει περιγραφεί ως «ένα παράθυρο στη μελλοντική υγεία μιας γυναίκας». Ο ΣΔΚ αποτελεί λοιπόν ένα... καμπανάκι για αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔ και καρδιαγγειακής νόσου. Είναι απαραίτητος ο διαρκής επανέλεγχος μιας γυναίκας με ΣΔΚ, όχι μόνο αμέσως μετά την κύηση αλλά και σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η περίοδος της εγκυμοσύνης αποτελεί μια μοναδική ευκαιρία για να επέμβουμε συμβουλευτικά και θεραπευτικά, και να προλάβουμε χρόνιες νόσους, που έχουν σοβαρό σωματικό και ψυχικό αντίκτυπο στη ζωή μιας γυναίκας, αλλά και τεράστιες επιπτώσεις στη δημόσια υγεία.



# ΖΩΝ ΚΥΚΛΟΝ ΖΩΝ ΚΥΚΛΟΝ ΖΩΝ ΚΥΚΛΟΝ!

## ΠΑΙΔΙ & ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Στα μαθηματικά με έναν διαβήτη φτιάχνουμε κύκλους, αλλά στην παιδική ηλικία ο κύκλος «σακχαρώδης διαβήτη» είναι διαφορετικός από ένα μαθηματικό πρόβλημα. Στην πραγματικότητα, το πρόβλημα του ΣΔ δεν είναι και τόσο δισεπίλυτο, καθώς με έναν σωστό τρόπο ζωής, αλλά και με την κατάλληλη εκπαίδευση στη ρύθμιση της γλυκόζης, κάθε παιδί με σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να οραματίζεται και να έχει μια φυσιολογική ζωή.

**ΤΩΝ ΜΑΡΙΑ ΜΟΥΣΙΚΟΥ, ΜD, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ, ΠΑΙΔΟΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ, ΜΑΚΑΡΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ, ΚΑΙ ΝΙΚΟΥ ΣΚΟΡΔΗ, ΜD, ΡΗD, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ-ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΥ, ΚΑΘΗΓΗΤΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ**

## ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ Ο ΣΔ

Μπορεί στα μαθηματικά με έναν διαβήτη να φτιάχνουμε κύκλους, αλλά στην παιδική ηλικία ο κύκλος «σακχαρώδης διαβήτης» φαντάζει διαφορετικός από ένα μαθηματικό πρόβλημα. Ας αναλύσουμε μαζί αυτό το ιδιαίτερο πρόβλημα που ακούει στο όνομα Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ).

Αρχικά να αναφέρουμε ότι ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια κοινή, χρόνια μεταβολική διαταραχή, με κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα την υπεργλυκαιμία, δηλαδή την αυξημένη τιμή γλυκόζης (σακχάρου) στο αίμα. Η διαταραχή αυτή οφείλεται στην ανεπαρκή έκκριση ή και στην ελαττωμένη δραστηριότητα της ινσουλίνης, ορμόνης που φυσιολογικά παράγεται από τα β-κύτταρα των νησιδίων του Langerhans στο πάγκρεας και ρυθμίζει τον μεταβολισμό της γλυκόζης.

Η ινσουλίνη επηρεάζει καθοριστικά τη λειτουργία του οργανισμού, καθώς είναι υπεύθυνη για την τροφοδοσία των περισσότερων σωματικών κυττάρων με γλυκόζη, η οποία αποτελεί και την κυριότερη πηγή ενέργειας. Καταλαβαίνουμε λοιπόν τη σημασία της ενέργειας για τη λειτουργία του οργανισμού, πόσο μάλλον όταν πρόκειται για την περίοδο ανάπτυξης, όπως είναι η παιδική ηλικία. Όταν η ινσουλίνη είναι ανεπαρκής, δεν βοηθά τη γλυκόζη, που λαμβάνεται με την τροφή, να φτάσει στον προορισμό της, δηλαδή να εισχωρήσει στα κύτταρα, με αποτέλεσμα αυτή να παραμένει ανεκμετάλλευτη στο αίμα και να δημιουργεί προβλήματα σε διάφορα όργανα του σώματος.

## ΟΙ ΠΕΝΤΕ ΤΥΠΟΙ

Ο σακχαρώδης διαβήτης ταξινομείται σε 5 αιτιολογικές κατηγορίες:

**1) Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 (ΣΔ1)**, που είναι ο συχνότερος τύπος στην παιδική ηλικία και οφείλεται στην καταστροφή των β-κυττάρων. Συνήθως οδηγεί στην πλήρη έλλειψη ινσουλίνης μέσω αυτοάνοσου μηχανισμού, είναι δηλαδή μια χρόνια αυτοάνοση φλεγμονή του παγκρέατος, γενετικά καθορισμένη, η οποία πυροδοτείται από άγνωστους ακόμη περιβαλλοντικούς παράγοντες (διατροφή, λοιμώξεις κτλ.) σε γενετικά ευαίσθητα άτομα. Όταν ο ΣΔ1 διαγνωστεί για πρώτη φορά, περίπου το 80% των β-κυττάρων του παγκρέατος έχουν ήδη καταστραφεί, ενώ στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ανιχνεύονται αντισώματα ICA, GAD65, IA-2, Zn8T, IAA, που υποδηλώνουν την αυτοάνοση φύση της νόσου. Συνήθως ακολουθεί μια περίοδος που χαρακτηρίζεται ως «μίνας του μέλιτος», με μειωμένες ανάγκες ινσουλίνης, μέχρι την πλήρη εξάντληση των αποθεμάτων σε άγνωστη χρονική διάρκεια.

**2) Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2)**, ο επόμενος σε συχνότητα σακχαρώδης διαβήτης, που χαρακτηρίζεται από αντίσταση στην ινσουλίνη και ανεπαρκή αντισταθμιστική αύξηση της έκκρισής της. Η παχυσαρκία διαδραματίζει πρωταγωνιστικό ρόλο στη ραγδαία αύξησή του τα τελευταία χρόνια. Η συνθεότερη περίοδος εμφάνισης ΣΔ2 παραμένει η περίοδος της εφηβείας,

καθώς η αυξημένη έκκριση της αυξητικής ορμόνης την περίοδο αυτή αποτελεί μια επιπρόσθετη αιτία αύξησης της αντίστασης στην ινσουλίνη.

**3) Οι ειδικοί τύποι**, που περιλαμβάνουν γενετικές διαταραχές της λειτουργίας του β-κυττάρου (MODY), νόσους της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος, ενδοκρινοπάθειες, φάρμακα και χημικές ουσίες, λοιμώξεις, σπάνια γεννητικά σύνδρομα με επιρρέπεια στον σακχαρώδη διαβήτη.

**4) Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης**, που παρατηρείται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και απαιτεί άμεση ρύθμιση, για να αποφευχθούν οι συνέπειες τόσο στη μητέρα όσο και στο έμβρυο.

**5) Ο Νεογγικός Σακχαρώδης Διαβήτης**, που εμφανίζεται τις πρώτες 6 εβδομάδες της ζωής και συνήθως είναι παροδικός (υποχωρεί μετά το 1ο έτος ζωής), με μικρή πιθανότητα επανεμφάνισης στην παιδική και στην εφηβική ηλικία.

## ΤΙ ΠΡΟΣΕΧΟΥΜΕ

Ποια όμως είναι τα συμπτώματα που πρέπει να θέσουν την υποψία για την εμφάνιση του σακχαρώδους διαβήτη; Πολυουρία, πολυδιψία, πολυφαγία και απώλεια βάρους είναι οι κλασικές εκδηλώσεις του σακχαρώδους διαβήτη, με τις οποίες συνήθως συνυπάρχουν νυχτερινή ενούρηση (απώλεια ούρων κατά τη διάρκεια του ύπνου), εύκολη κόπωση, ευερεθιστότητα, κακή σχολική επίδοση, κοιλιακό άλγος, εμετοί, υποτροπιάζουσες βακτηριακές λοιμώξεις δέρματος και μυκητιασικά αιδοκολπίτιδα στα κορίτσια εφηβικής ηλικίας. Εργαστηριακά ευρήματα, όπως η υπεργλυκαιμία, η γλυκοζουρία (παρουσία γλυκόζης στα ούρα) και η μεταβολική οξέωση στο αίμα, ενισχύουν την υποψία για την παρουσία του σακχαρώδους διαβήτη.

Στον ΣΔ2 κλινικά ευρήματα που υποδηλώνουν αντί-





σταση στην ινσουλίνη είναι η παχυσαρκία, η μελανίζουσα ακάνθωση (υπέρχρωση και πάχυνση του δέρματος στον τράχηλο, στις μασχάλες, στις μπροβουβωνικές περιοχές) και η αρτηριακή υπέρταση.

### ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Πώς όμως από την υποψία θα φτάσουμε στη διάγνωση του ΣΔ;

Η διάγνωση τίθεται όταν:

▶ Η γλυκόζη αίματος είναι > 200mg/dl, σε συνδυασμό με την παρουσία κλασικών συμπτωμάτων ΣΔ.

▶ Η γλυκόζη αίματος μετά από νηστεία είναι > 126mg/dl, σε συνδυασμό με την παρουσία κλασικών συμπτωμάτων ΣΔ.

Η γλυκόζη αίματος 2 ώρες μετά τη χορήγηση γλυκόζης (δοκιμασία ανοχής γλυκόζης) είναι > 200mg/dl.

▶ Η συγκέντρωση γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) στο αίμα αποτελεί ακόμη μία εξέταση που είναι δυνατόν να βοηθήσει στη διάγνωση του ΣΔ, καθώς μπορεί να προσδιορίσει τις αυξημένες τιμές γλυκόζης κατά τους τελευταίους 2-3 μήνες. Τιμές HbA1c μεγαλύτερες ή ίσες του 6,5% είναι ενδεικτικές σακχαρώδους διαβήτη. Η HbA1c αποτελεί τον καλύτερο δείκτη ρύθμισης σακχαρώδους διαβήτη, ώστε να γίνει η κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση για την αποφυγή επιπλοκών.

Μερικά παιδιά με ΣΔ1 παρουσιάζουν ασυμπτωματική νυκτερινή υπογλυκαιμία και πρωινή υπεργλυκαιμία, λόγω της αύξησης των ορμονών για την αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας (φαινόμενο Somogyi). Από την άλλη, το «φαινόμενο της αυγής» χαρακτηρίζεται από την εκδήλωση πρωινής υπεργλυκαιμίας χωρίς να έχει προηγηθεί υπογλυκαιμία, αλλά ως αποτέλεσμα της αυξημένης έκκρισης κορτιζόλης και της αυξητικής ορμόνης κατά τη διάρκεια της νύχτας. Αυτές είναι δύο καταστάσεις πρωινής υπεργλυκαιμίας που χρήζουν αναγνώρισης και έγκαιρης θεραπευτικής παρέμβασης.

### ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Για την αντιμετώπιση του ΣΔ1 απαιτείται η εξωγενής χορήγηση της ινσουλίνης που υπολείπεται. Υπάρχουν διάφορα είδη ινσουλίνης (ταχείας, βραχείας, ενδιάμεσης και μακράς δράσης) που χορηγείται υποδόρια, με σκοπό τη ρύθμιση της υπεργλυκαιμίας. Το πιο συνηθισμένο σχήμα είναι η χορήγηση μιας ινσουλίνης μακράς δράσης το βράδυ και μιας ινσουλίνης ταχείας δράσης πριν από κάθε γεύμα ή σνακ, σύμφωνα πάντα με την ποσότητα των υδατανθράκων που θα καταναλωθούν και τη διόρθωση της ήδη υπάρχουσας υπεργλυκαιμίας. Πριν από κάθε γεύμα και πριν από τον ύπνο απαιτείται η μέτρηση της γλυκόζης. Βασικές προϋποθέσεις για τη ρύθμιση του

Εργαστηριακά ευρήματα, όπως η υπεργλυκαιμία, η γλυκοζουρία (παρουσία γλυκόζης στα ούρα) και η μεταβολική οξέωση στο αίμα, ενισχύουν την υποψία για την παρουσία του σακχαρώδους διαβήτη.

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια χρόνια πάθηση, την οποία εκπαιδευόμαστε να διαχειριζόμαστε άμεσα και σωστά, προκειμένου να αποφύγουμε τόσο τις οξείες όσο και τις χρόνιες επιπλοκές. Στις οξείες επιπλοκές συγκαταλέγονται:

Η διαβητική κετοξέωση (υπεργλυκαιμία, ταχύπνοια, υπέρπνοια, κοιλιακό άλγος, έμετοι, απόπνοια οξόνης, αφυδάτωση, κόμα), που χρήζει άμεσης μεταφοράς στο νοσοκομείο.

Η υπογλυκαιμία (γλυκόζη < 60mg/dl), που οφείλεται σε ανεπαρκή λήψη τροφής, έντονη μυϊκή άσκηση ή χορήγηση υπερβολικής δόσης ινσουλίνης και εκδηλώνεται με τρόμο, εφίδρωση, ωχρότητα, ταχυκαρδία, υπνηλία, σύγχυση, διπλωπία, σπασμούς και κόμα). Αντιμετωπίζεται με την άμεση χορήγηση σακχαρούχων ποτών (χυμών, γάλατος, μελιού), ενώ σε σοβαρή μορφή (σπασμοί, κόμα) απαιτούνται η ενδομυϊκή χορήγηση γλυκαγόνου και η άμεση μεταφορά στο νοσοκομείο.

σακχαρώδους διαβήτη είναι η σωστή και ισορροπημένη διατροφή και η άσκηση.

Με την εξέλιξη της τεχνολογίας, είναι πλέον δυνατή η καταμέτρηση της γλυκόζης σε πραγματικό χρόνο χωρίς πολλά τοιμπίματα, αλλά και η χορήγηση ινσουλίνης με υποδόριο καθετήρα-αντλία, μιμούμενη τη φυσιολογική λειτουργία του παγκρέατος, με συνεχή χορήγηση ινσουλίνης ταχείας δράσης όλο το 24ωρο και πρόσθετη χορήγηση κατά τα γεύματα. Το επόμενο τεχνολογικό επίτευγμα θα είναι το τεχνητό πάγκρεας, που θα είναι η απόλυτη θεραπεία.

Εν κατακλείδι, το πρόβλημα του σακχαρώδους διαβήτη δεν είναι και τόσο δισεπίλυτο, καθώς με έναν σωστό τρόπο ζωής, αλλά και με την κατάλληλη εκπαίδευση στη ρύθμιση της γλυκόζης, κάθε παιδί με σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να οραματίζεται και να έχει μια φυσιολογική ζωή, χωρίς καμιά συνέπεια τόσο στο άμεσο όσο και στο απώτερο μέλλον.

## Διαβητικό Πόδι και Πρόληψη

# Προτε- ραιότητα στα πόδια

Το Διαβητικό Πόδι θεωρείται μία από τις συχνότερες, σοβαρότερες και πιο δαπανηρές επιπλοκές του Σακχαρώδους Διαβήτη. Το σημαντικότερο όπλο που έχουμε στη διάθεσή μας παραμένει πάντα η πρόληψη. Τα άτομα με ΣΔ πρέπει να είναι σε θέση να «διαβάσουν» τα σημάδια και να δείχνουν τα πόδια τους, μία με δύο φορές τον χρόνο, στον διαβητολόγο που τους παρακολουθεί.

**ΤΟΥ ΔΡ. ΜΑΡΙΟΥ ΜΙΧΑΗΛ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ - ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΟΥ**



# Ο ΣΔ ως επιδημία

## Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ)

θεωρείται πλέον επιδημία, που σχετίζεται στενά με τον **σύγχρονο τρόπο ζωής** και, ιδιαίτερα, με την **παχυσαρκία**. Οι προβλέψεις για το μέλλον είναι μάλλον **δυσοίωνες**, αφού ο ΠΟΥ υπολογίζει ότι μέχρι το 2030 **540 εκατομμύρια** άνθρωποι θα πάσχουν από ΣΔ. Το νόσημα αυτό έχει τεράστιες **κοινωνικο-οικονομικές προεκτάσεις**, που οφείλονται στις επιπλοκές που προκαλεί. Οι επιπλοκές αφορούν **όργανα-στόχους**, όπως οι οφθαλμοί, οι νεφροί, η καρδιά, ο εγκέφαλος και τα πόδια.

## ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ

Με τον όρο «Διαβητικό Πόδι» αναφερόμαστε στις βλάβες που εμφανίζονται στα πόδια των διαβητικών ασθενών περιφερικότερα της ποδοκνημικής άρθρωσης. Οι βλάβες αυτές περιλαμβάνουν πλειάδα προβλημάτων, από τους απλούς κάλους, τα έλκη, τις λοιμώξεις, τις παραμορφώσεις μέχρι τη γάγγραινα με τους ακρωτηριασμούς.

Το Διαβητικό Πόδι θεωρείται μία από τις συχνότερες, σοβαρότερες και πιο δαπανηρές επιπλοκές του Σακχαρώδους Διαβήτη. Οι ακρωτηριασμοί που προκαλούνται σε διαβητικούς ασθενείς είναι 20 με 30 φορές πιο συχνόι σε σύγκριση με μη διαβητικούς. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ομοσπονδία Διαβήτη, ΙΔΕ, «κάθε 30 δευτερόλεπτα κάπου στον πλανήτη ένα πόδι ακρωτηριάζεται λόγω του διαβήτη».

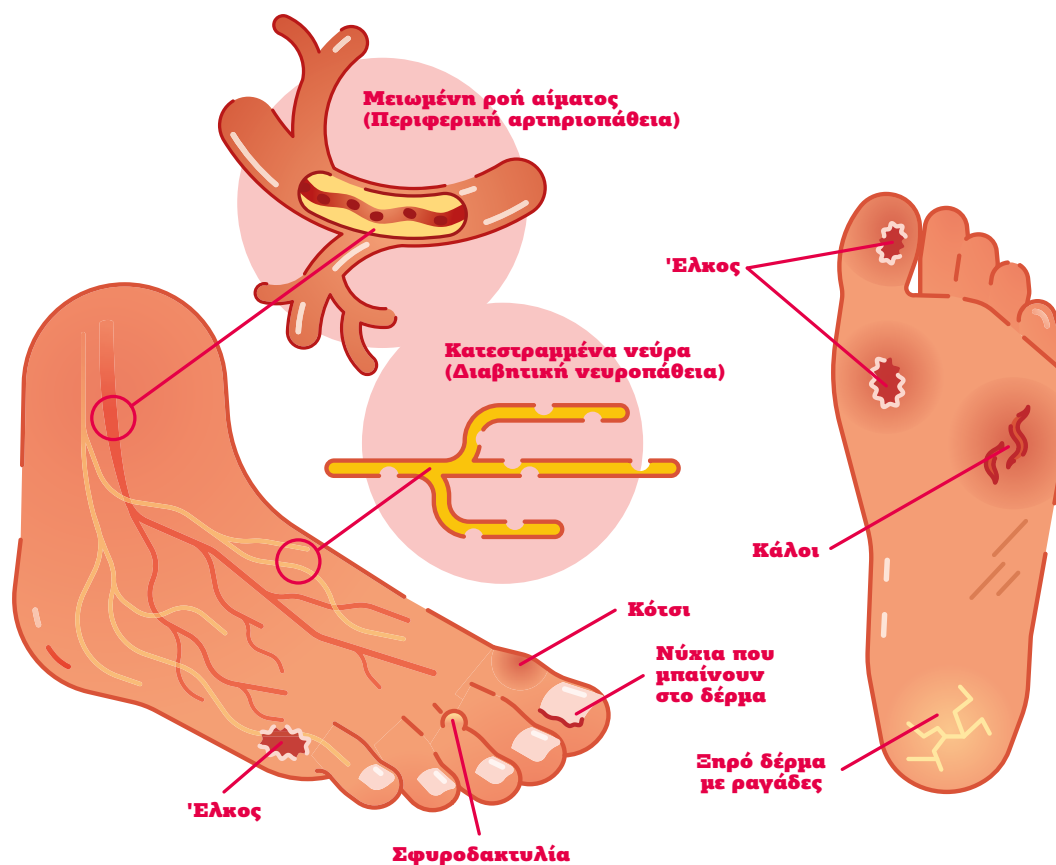
## ΜΙΑ ΣΥΝΤΟΜΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Μέχρι και τις αρχές του 20ού αιώνα, οι βλάβες στα πόδια των διαβητικών αναφέρονταν ως «διαβητική γάγγραινα» και η θεραπευτική προσέγγιση ήταν ο ακρωτηριασμός. Η ανάγκη για προληπτικές στρατηγικές εμφανίστηκε μετά το 1920, με εκπαίδευση τόσο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού όσο και των ασθενών. Μετά τη δεκαετία του 1990 και την κατανόηση της διαβητικής νευροπάθειας ως της κύριας αιτίας των βλαβών του Διαβητικού Ποδιού, η θέση της πρόληψης με γνώμονα την κλινική εξέταση άρχισε να έχει τον πρώτο λόγο. Από το 2005 η Παγκόσμια Ομοσπονδία Διαβήτη, λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία της επιπλοκής αυτής, με τις τεράστιες κοινωνικο-οικονομικές προεκτάσεις, αφιέρωσε εκστρατεία με το σύνθημα: «Put Feet First».

## Η ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

«Εν αρχήν ην το... έλκος». Το σύνδρομο του Διαβητικού Ποδιού συνδέεται με την παρουσία ενός έλκους στο πέλμα του ασθενούς. Για να δημιουργηθεί το έλκος, απαιτείται να υπάρχει κάποιος τραυματισμός, όπως έγκαυμα, κτύπημα, ακατάλληλα υποδήματα, υπερκεράτωση (ξηροδερμία – κάλοι) του δέρματος κ.λπ.

Οι κυριότεροι παράγοντες που οδηγούν σε εξέλκωση, με δεδομένη την παρουσία του τραύματος, είναι η περιφερική νευροπάθεια και η αρτηριοπάθεια. Η νευροπάθεια του διαβήτη θεωρείται η συχνότερη επιπλοκή των διαβητικών ασθενών. Λόγω της νευροπάθειας, οι ασθενείς χάνουν το προειδοποιητικό σήμα –τον πόνο–, το οποίο είναι εκείνο που συνήθως τους οδηγεί στον ιατρό. Τονίζεται ότι η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με διαβήτη έχει νευροπάθεια χωρίς κανένα απολύτως σύμπτωμα. Μεταξύ των ατόμων με ΣΔ που έχουν νευροπάθεια ένα ποσοστό 20% με 40% εμφανίζει συμπτώματα. Τα πιο συνήθη συμπτώματα της περιφερικής νευροπάθειας είναι ο πόνος, τα μουδιασμάτα, τα βελονίσματα, τα μυρμηγκιάσματα και το αίσθημα καψίματος στα δάχτυλα και στις πατούσες και των δύο ποδιών. Τα



«Εν αρχήν ην το... έλκος».  
 Το σύνδρομο του Διαβητικού Ποδιού συνδέεται με την παρουσία ενός έλκους στο πέλμα του ασθενούς.

συμπτώματα επιδεινώνονται κυρίως το βράδυ και εξασθενούν με το περπάτημα.

Η περιφερική αρτηριοπάθεια, που προκαλείται κατεχοχίν από τον διαβήτη και το κάπνισμα, προκαλεί ελάττωση της ροής του αίματος στα αγγεία των ποδιών. Είναι 2 με 3 φορές πιο συχνή σε διαβητικούς ασθενείς και σχετίζεται με σημαντική αύξηση των ακρωτηριασμών. Τα άτομα με περιφερική αρτηριοπάθεια παρουσιάζουν το κλασικό σύμπτωμα του πόνου στις γαστροκνημίες κατά τη βάρδιση (διαλείπουσα χωλότητα).

### Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του Διαβητικού Ποδιού βασίζεται στο ιστορικό και σε απλή κλινική εξέταση από τον γιατρό. Τα

πόδια των ασθενών με περιφερική νευροπάθεια εμφανίζουν συχνά υπερκερατώσεις και έντονη ξηρότητα με ή χωρίς ρωγμές της επιδερμίδας, ενώ μπορούν να συνυπάρχουν παραμορφώσεις των δακτύλων, με οστά που προεξέχουν, και ατροφία των μυών του άκρου ποδός.

Στην κλινική εξέταση οι δοκιμασίες της αίσθησης της αφής, του πόνου, της αντίληψης της θερμοκρασίας και των δονήσεων δύναται να είναι επηρεασμένες ή και καταργημένες.

Στα πόδια με περιφερική αρτηριοπάθεια το δέρμα μπορεί να είναι πολύ λεπτό και εύθραυστο, και τα εξαρτήματά του, όπως οι τρίχες, να απουσιάζουν λόγω κακής αιμάτωσης. Πολύ συχνά παρουσιάζονται και παραμορφώσεις των ονύχων. Στην κλινική εξέταση η ψηλάφηση των σφίξεων είναι δυσχερής ή και απουσιάζει.

## Ο «ΔΩΔΕΚΑΛΟΓΟΣ» ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Το κλειδί της πρόληψης για την αποφυγή της τραγικής κατάληξης που ακούει στο όνομα ακρωτηριασμός είναι η συνεργασία ιατρονοσηλευτικής ομάδας και ασθενούς. Το Διαβητικό Πόδι πρέπει να αντιμετωπίζεται από ομάδα ειδικών στον τομέα αυτόν, οι οποίοι θα εκπαιδεύσουν τον ασθενή, και ο καθένας από τη δική του σκοπιά θα αντιμετωπίσει το δύσκολο αυτό πρόβλημα. Οι ασθενείς πρέπει να ακολουθούν απλούς κανόνες και να ενημερώνουν τον γιατρό ή τον ποδολόγο τους για ό,τι παθολογικό παρατηρήσουν στα πόδια τους.

Η Εταιρεία Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού (Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π.), έχει δημοσιεύσει έναν «Δωδεκάλογο» πρακτικών συμβουλών για την πρόληψη των βλαβών στα πόδια των διαβητικών ατόμων:

**1 ΔΕΝ ΠΕΡΠΑΤΑΜΕ** ποτέ ξυπόλυτοι ή μόνο με τις κάλτσες μας, ακόμη και μέσα στο σπίτι. Στην παραλία ή στη θάλασσα φοράμε παπούτσια θαλάσσης.

**2 ΦΟΡΑΜΕ ΑΝΕΤΑ** παπούτσια με χοντρό πάτο. Προτιμούμε παπούτσια με βαθύ και ευρύ πέλμα, με αρκετό μήκος και ύψος μπροστά, για να χωρούν τα δάχτυλά μας, και αρκετό πλάτος στην περιοχή των μεταταρσίων (στο «κουτεπιέ»). Το καλύτερο παπούτσι έχει λείες εσωτερικές ραφές και κορδόνια, που το κρατούν σταθερό στο πόδι μας. (Τα παπούτσια χωρίς κορδόνια είναι ακατάλληλα, γιατί, για να κρατούν το παπούτσι σταθερό στο πόδι μας, πρέπει να είναι σφιχτά στα δάχτυλα και στη φτέρνα, περιορίζοντας κατά αυτόν τον τρόπο το πόδι μας.) Προτιμούμε να φοράμε αθλητικά παπούτσια, και όχι παπούτσια με τακούνια.

**3 ΠΡΟΤΙΜΟΥΜΕ** να αγοράζουμε καινούργια παπούτσια στο τέλος της ημέρας και όχι τις πρωινές ώρες (τα πόδια μας το απόγευμα είναι πιο πρησμένα από ό,τι το πρωί). Μπορούμε να σχεδιάσουμε το αποτύπωμα του πέλματός μας σε όρθια θέση σε ένα χαρτόνι και να το τοποθετήσουμε στα καινούργια παπούτσια, για να δούμε αν το αποτύπωμα χωρά άνετα στον πάτο του παπουτσιού. Φοράμε τα καινούργια παπούτσια για 1-2 ώρες την ημέρα στην αρχή.

**4 ΕΛΕΓΧΟΥΜΕ** κάθε βράδυ τα παπούτσια για τυχόν μικροαντικείμενα στο εσωτερικό τους (π.χ. πετραδάκια, κέρματα, καρφιά κ.λπ.) ή για χαλασμένες ραφές και πάτους.

**5 ΔΕΝ ΦΟΡΑΜΕ** σφιχτές κάλτσες. Προτιμούμε κάλτσες χωρίς εσωτερικές ραφές, μάλλινες ή ειδικές κάλτσες που μας προτείνει εξειδικευμένος γιατρός ή νοσηλεύτης.

**6 ΠΛΕΝΟΥΜΕ ΤΑ ΠΟΔΙΑ ΜΑΣ** καθημερινά και τα στεγνώνουμε προσεκτικά. Προσέχουμε και στεγνώνουμε ιδιαίτερα τις περιοχές ανάμεσα στα δάχτυλα, προσπαθώντας να μην τα απομακρύνουμε πολύ μεταξύ τους.

**7 ΕΛΕΓΧΟΥΜΕ ΤΑ ΠΟΔΙΑ** κάθε βράδυ για μικρά τραύματα ιδίως στα πέλματα ή στα διστήματα ανάμεσα στα δάχτυλα. Εάν δεν μπορούμε να φτάσουμε τα πόδια μας οι ίδιοι, χρησιμοποιούμε καθρέφτη για να μπορέσουμε να δούμε τα πέλματα ή ζητάμε τη βοήθεια ενός συγγενούς ή ενός φίλου. Ψάχνουμε για: αλλαγές του συνηθισμένου χρώματος στο δέρμα, ασυνήθιστο πρήξιμο, πληγές, κοψίματα, φουσκάλες, γρατζουνιές, φουσκάλες ή υγρό ή αίμα κάτω από κάλους.

**8 ΑΝ ΑΝΑΚΑΛΥΨΟΥΜΕ** οτιδήποτε που δεν είναι φυσιολογικό στο πόδι μας, δεν προσπαθούμε να το θεραπεύσουμε μόνοι μας. Ενημερώνουμε τον διαβητολόγο μας ή το διαβητολογικό κέντρο που μας παρακολουθεί.

**9 ΔΕΝ ΑΦΑΙΡΟΥΜΕ** τους κάλους με ξυραφάκι ή με αυτοκόλλητα του εμπορίου. Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε ελαφρόπετρα. Προτιμούμε η περιποίηση των κάλων να γίνεται από εξειδικευμένο προσωπικό (ποδολόγος-ποδοθεραπευτής, εξειδικευμένος γιατρός ή νοσηλεύτης).

**10 ΔΕΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕ** πολύ ζεστό νερό για το μπάνιο. Το χλιαρό νερό, θερμοκρασίας 37°C, είναι το καταλληλότερο. Δοκιμάζουμε το νερό της μπανιέρας και του ντους με τον αγκώνα μας, πριν κάνουμε ζεστό μπάνιο. Αποφεύγουμε να τοποθετούμε τα πόδια μας πολύ κοντά σε φωτιά και θερμάστρες, και δεν τα αφήνουμε πολλή ώρα στον ήλιο (υπάρχει κίνδυνος σοβαρών εγκαυμάτων).

**11 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΟΥΜΕ** την ξηρότητα του δέρματος των ποδιών κυρίως με ειδικούς αφρούς ή ενυδατικές κρέμες (περιέχουν ουρία), που συνιστούν εξειδικευμένοι γιατροί ή νοσηλεύτες και ποδολόγοι-ποδοθεραπευτές. Το ξηρό δέρμα μπορεί να σκιστεί και να οδηγήσει στη δημιουργία πληγών. Η βαζελίνη είναι ακατάλληλη.

**12 ΚΟΒΟΥΜΕ ΤΑ ΝΥΧΙΑ** σε ευθεία γραμμή με το δέρμα. Είναι πιο ασφαλές να χρησιμοποιούμε λίμα και να λιμάρουμε τα νύχια μας, παρά να τα κόβουμε οι ίδιοι με νυχοκόπτη ή ψαλιδάκι. Δεν κόβουμε ποτέ νύχια που έχουν μεγαλώσει μέσα στο δέρμα. Προτιμούμε η περιποίηση των νυχιών να γίνεται από εξειδικευμένο προσωπικό (ποδολόγος-ποδοθεραπευτής, εξειδικευμένος νοσηλεύτης).

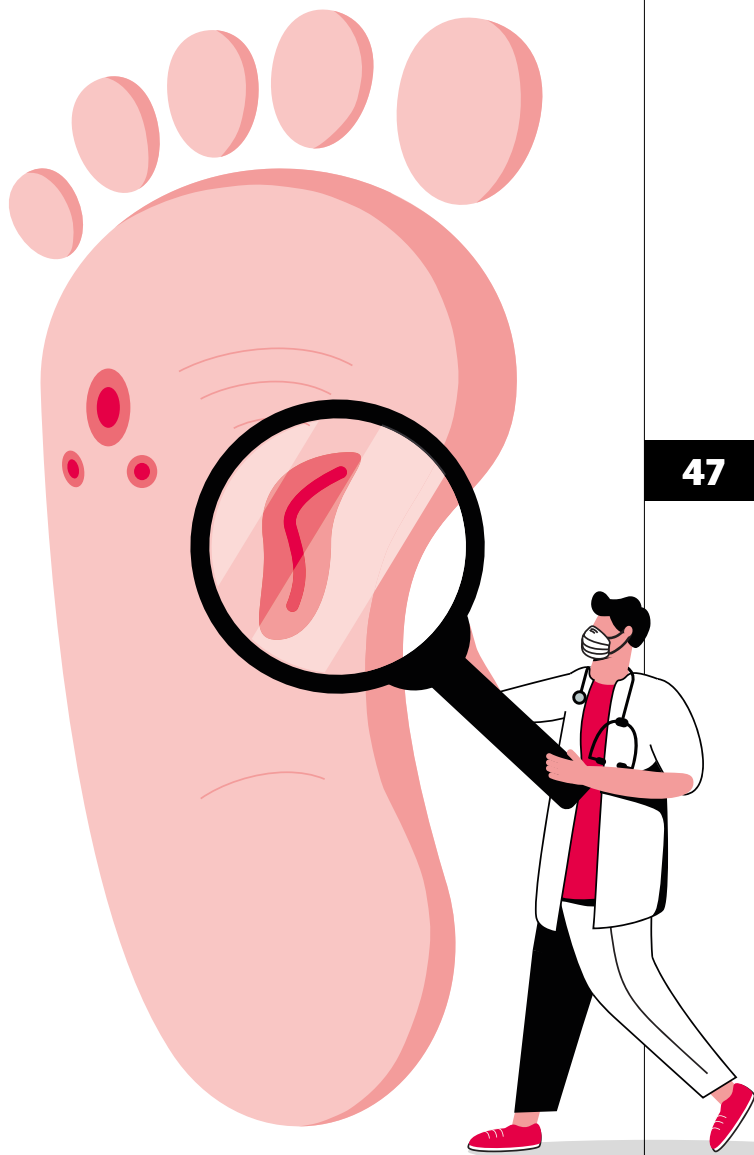
(Πηγή: Εταιρεία Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού (Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π.), [www.emedip.gr](http://www.emedip.gr))

# Τα σημάδια

Τα **σημάδια** που πρέπει να μας οδηγούν στον γιατρό:

- ▶ Πόδι που **πονά**
- ▶ Πόδι που άλλαξε **χρώμα** (κόκκινο ή μελανό)
- ▶ Πόδι που είναι **θερμό** (όλο ή ένα μέρος του)
- ▶ Άσχημη **οσμή** στα πόδια
- ▶ Φουσκάλες ή μικρές **πληγές**.

Στις **βασικές συμβουλές** για την πρόληψη βλαβών στα πόδια, που δίνει επίσης και η Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π. στα άτομα με ΣΔ, είναι η αποφυγή των **μικροτραυματισμών** και του **καπνίσματος** και –το πιο σημαντικό– η ρύθμιση του **σακχάρου** μας, με τη βοήθεια του διαβητολόγου μας.



47

## ΤΟ ΚΥΡΙΟΤΕΡΟ ΟΠΛΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

**Τα άτομα με ΣΔ** πρέπει μία με δύο φορές τον χρόνο να δείχνουν τα πόδια τους στον διαβητολόγο που τους παρακολουθεί. Από την πλευρά του γιατρού, το κυριότερο όπλο για την πρόληψη του Διαβητικού Ποδιού συμπυκνώνεται σε μία φράση: «Παρακαλώ βγάλτε τα παπούτσια σας, να δω τα πόδια σας».

# ΜΙΑ «ΟΡΘΗ» ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

## Ορθοπαιδικές Παθήσεις και Σακχαρώδης Διαβήτης

Η εμφάνιση παθήσεων στο μυοσκελετικό σύστημα αλλά και η πιθανή εμφάνιση επιπλοκών μετά από ορθοπαιδική επέμβαση είναι πολλές φορές μια πραγματικότητα για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Με βάση τις έρευνες, ο συστηματικός έλεγχος και η διατήρηση της γλυκόζης στο αίμα σε φυσιολογικά επίπεδα μειώνουν δραστικά τη συχνότητα εμφάνισης παθολογικών καταστάσεων που σχετίζονται με τον διαβήτη, ενώ η συλλογική αντιμετώπιση των ορθοπαιδικών επεμβάσεων λειτουργεί αποτρεπτικά στην εμφάνιση όσο το δυνατόν περισσότερων επιπλοκών. **ΤΟΥ ΔΡ. ΕΡΜΟΓΕΝΗ ΠΑΥΛΟΥ, ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΥ**





## ΜΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί παράγοντα κινδύνου τόσο για την εμφάνιση παθήσεων στο μυοσκελετικό σύστημα όσο και για την εμφάνιση επιπλοκών μετά από ορθοπαιδική επέμβαση.

Ο μηχανισμός μέσω του οποίου δημιουργούνται αυτές οι παθήσεις ή οι επιπλοκές σχετίζεται με την αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα, που οδηγεί με τη σειρά της στην αύξηση σύνδεσης ινών κολλαγόνου, καθώς και με την αυξημένη μη ενζυματική γλυκοζυλίωση ινών κολλαγόνου, με την αύξηση των AGEs και με άλλους παράγοντες.

Η περιφερική νευροπάθεια και οι μικροαγγειακές επιπλοκές του διαβήτη λειτουργούν σίγουρα αρνητικά και στο μυοσκελετικό σύστημα, προδιαθέτοντας για εμφάνιση συγκεκριμένων παθήσεων και επιπλοκών.

Οι έρευνες δείχνουν ότι ο συστηματικός έλεγχος και η διατήρηση της γλυκόζης στο αίμα σε φυσιολογικά επίπεδα μειώνουν δραστικά τη συχνότητα εμφάνισης παθολογικών καταστάσεων που σχετίζονται με τον διαβήτη.

## ΟΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση μιας σειράς παθήσεων στο μυοσκελετικό σύστημα. Τέτοιες παθήσεις που σχετίζονται με τον ΣΔ είναι:

### Συμφυτική Θυλακίτιδα του ώμου (Παγωμένος Ώμος, Frozen Shoulder, Adhesive Capsulitis)

Στον γενικό πληθυσμό εμφανίζεται περίπου στο 3%, σε αντίθεση με την εμφάνισή της σε άτομα με ΣΔ, όπου η συχνότητα φτάνει μέχρι και το 30%. Είναι ο επώδυνος περιορισμός κινητικότητας του ώμου, συνήθως χωρίς προηγούμενο τραυματισμό ή χειρουργική επέμβαση.

Η πάθηση χαρακτηρίζεται, συνήθως, από 4 στάδια:

#### 1ο Στάδιο: 0-3 μήνες

Πόνος ή ενόχληση, κυρίως τις βραδινές ώρες, στην περιοχή του ώμου με συνοδό περιορισμό στο εύρος κίνησης.

#### 2ο Στάδιο: 3-9 μήνες

Αύξηση του πόνου κατά τη διάρκεια της ημέρας αλλά και το βράδυ. Περαιτέρω περιορισμός στις κινήσεις του ώμου.

#### 3ο Στάδιο: 9-14 μήνες

Μείωση του πόνου, αλλά χωρίς βελτίωση του εύρους κινήσεων.

#### 4ο Στάδιο: 15-24 μήνες

Σημαντική μείωση του πόνου, συνοδευόμενη από σταδιακή αύξηση του εύρους κινήσεων.

**Αντιμετώπιση**

Η φυσιοθεραπεία για διατήρηση του εύρους κινήσεων είναι πρωταρχικής σημασίας.

Αναλγησία με από του στόματος αγωγή.

Ενδοαρθρική έγχυση στεροειδών, όπου το αποτέλεσμα είναι συνήθως αμφιλεγόμενο.

Αρθροσκοπική καψουλοτομή (λύση συμφύσεων) και κινητοποίηση της άρθρωσης.

**Ασβεστοποιός Τενοντίτιδα του Ώμου (Calcifying Tendinitis)**

Είναι η επαφύεστωση σε τένοντα του στροφικού πετάλου του ώμου, συνήθως στον υπερακάνθιο. Συνοδεύεται από έντονο πόνο και αδυναμία στην απαγωγή του ώμου, καθώς και με θετικό σημείο πρόσκρουσης.

Αντιμετωπίζεται με φυσιοθεραπεία για απάλυνση του πόνου και διατήρηση εύρους κινήσεων, καθώς και με χειρουργικό καθαρισμό με αρθροσκόπηση ώμου.

**Σύνδρομο Καρπιαίου Σωλήνα**

Χαρακτηριστικό είναι ο πόνος και τα μουδιάσματα στα τρία πρώτα δάκτυλα του χεριού, λόγω πίεσης του Μέσου Νεύρου στον καρπιαίο σωλήνα του χεριού.

Θα πρέπει να εξετασθεί προσεκτικά ο ασθενής και, μέσω της κλινικής εξέτασης ή και νευροφυσιολογικής εκτίμησης, να αποκλεισθεί η περιφερική νευροπάθεια με παραπλήσια συμπτωματολογία.

Αρχικά μπορεί να αντιμετωπισθεί με ακινητοποίηση του καρπού με ειδικό νάρθηκα.

Επίσης, μπορεί να γίνει έγχυση στεροειδούς στον καρπιαίο σωλήνα, για συνήθως προσωρινή ανακούφιση από τον πόνο.

Αντιμετωπίζεται χειρουργικά με απελευθέρωση

του μέσου νεύρου. Η επέμβαση ως επί το πλείστον διενεργείται με τοπική αναισθησία και έχει άμεσο αποτέλεσμα.

Προϋπόθεση του καλού και άμεσου αποτελέσματος είναι η απελευθέρωση του νεύρου σύντομα μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων, αφού χρόνια πίεση επί του νεύρου προκαλεί μη αντιστρεπτή βλάβη.

**Αρθροπάθεια Charcot**

Είναι η σταδιακή αποδιοργάνωση μιας άρθρωσης. Η συνήθεστερη άρθρωση που επηρεάζεται είναι η Ταρσομετατάρσια άρθρωση του ποδιού (Charcot Foot). Προσβάλλει σε μικρότερη συχνότητα και άλλες αρθρώσεις του σώματος, όπως η υψαστραγαλική, ο ώμος, ο αγκώνας κ.λπ.

Είναι μια πολύπλοκη πάθηση, η οποία χρήζει εξειδικευμένης αντιμετώπισης από έμπειρη ομάδα, αποτελούμενη από ορθοπαιδικό, τεχνικό για νάρθηκες ή ειδικά υποδήματα, διαβητολόγο κ.λπ.

Εμφανίζεται συνήθως σε 3 στάδια:

**1ο Στάδιο:**

Οίδημα, ερυθρότητα, έντονη φλεγμονώδης αντίδραση.

Αποδιοργάνωση της άρθρωσης.

Δεν είναι πάντα επώδυνη, πιθανώς λόγω περιφερικής νευροπάθειας.

**2ο Στάδιο:**

Ηπιότερη φλεγμονώδης αντίδραση.

Απορρόφηση των αποσπασμένων οστικών τεμαχίων από το προηγούμενο στάδιο. Σταδιακή δημιουργία νέου οστού.

**3ο Στάδιο:**

Μονιμοποίηση των αλλαγών και παραμορφώσεων που δημιουργήθηκαν στα προηγούμενα στάδια.

**Αντιμετώπιση**

Σκοπός της θεραπείας είναι η διατήρηση της ανατομίας της επηρεαζόμενης άρθρωσης, κατά την πορεία της πάθησης, καθώς και η μείωση του πόνου, εάν αυτός υπάρχει.

Το άκρο ακινητοποιείται με νάρθηκες ή γύψο.

Συνεχής έλεγχος πρέπει να υπάρχει λόγω της περιφερικής νευροπάθειας και της κακής αγγειακής λειτουργίας, για την αποφυγή επιπλοκών, όπως πληγές στο δέρμα, μολύνσεις, μεγάλες παραμορφώσεις κ.λπ.

**Σύνδρομο διαβητικού χεριού (διαβητική χειροαρθροπάθεια)**

Χαρακτηρίζεται από πάχυνση και ξηρότητα του δέρματος στα χέρια, που οδηγεί σε δυσκολία σύγκλισης των παλαμών. Το πιο χαρακτηριστικό κλινικό σημείο είναι τα χέρια της προσευχής, λόγω της αδυναμίας των φαλαγγίων των δακτύλων να ενωθούν μεταξύ τους, αφήνοντας κενά. Στη θεραπεία σημαντική είναι η συμβολή της φυσιοθεραπείας, καθώς και η χρήση ναρθήκων.

**Νόσος Dupuytren**

Εμφανίζεται συνήθως στο μέσο και στο παράμεσο δάκτυλο και αποτελείται από ρίκνωση της παλαμιαίας απονεύρωσης, με αποτέλεσμα τη σύγκαμψη των προ-

**Αυξημένη συχνότητα καταγμάτων**

Πολλές μελέτες καταδεικνύουν αυξημένη συχνότητα καταγμάτων σε διαβητικά άτομα σε σχέση με τα άτομα χωρίς διαβήτη. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως, για παράδειγμα, στη μειωμένη αισθητικότητα που πιθανόν να συνοδεύει τον Σ.Δ., λόγω περιφερικής νευροπάθειας. Ο πόνος και η αισθητικότητα στο δέρμα λειτουργούν ως αποτρεπτικοί παράγοντες και προφυλάσσουν από τραυματισμούς. Η απουσία αυτών των ερεθισμάτων μπορεί να προδιαθέτει για ευκολότερους τραυματισμούς και κατάγματα. Επίσης, οι απότομες μεταβολές του επιπέδου γλυκόζης στο αίμα είναι πιθανόν να προκαλούν σύγχυση και αστάθεια, με αποτέλεσμα πιο συχνούς τραυματισμούς στο μυοσκελετικό.

**ΟΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

Τα άτομα με Σ.Δ. παρουσιάζουν συχνότερα μετεγχειρητικές επιπλοκές, τόσο όσον αφορά άμεσα τη χειρουργική πληγή όσο και τον ίδιο τον σακχαρώδη διαβήτη. Άμεσες χειρουργικές επιπλοκές αφορούν την αυξημένη συχνότητα μετεγχειρητικών λοιμώξεων, την καθυστέρηση επουλώσης πληγών, την καθυστερημένη πώρωση καταγμάτων, τη χαλάρωση ορθοπαιδικών εμφυτευμάτων κ.λπ.

Τα άτομα με ΣΔ παρουσιάζουν συχνότερα μετεγχειρητικές επιπλοκές, τόσο όσον αφορά άμεσα τη χειρουργική πληγή όσο και τον ίδιο τον σακχαρώδη διαβήτη.

οβαλλόμενων δακτύλων στη βάση τους. Θεραπεύεται με τοπική έγχυση στεροειδών ή με χειρουργική απελευθέρωση.

**Εκτινασσόμενος δάκτυλος (Στενωτική Τενοντοελυτρίτιδα - Trigger Finger)**

Είναι ο περιορισμός στην κάμψη ή στην έκταση των δακτύλων, λόγω πάχυνσης του καμπτήρα τένοντα και περιορισμού της κίνησής του μέσα στο έλυτρο. Μπορεί να είναι επώδυνο. Η θεραπεία είναι συνήθως χειρουργική με τοπικό αναισθητικό, όπου ελευθερώνεται ο καμπτήρας τένοντας μετά από διατομή του Α1 συνδέσμου στη βάση της εγγύς φάλαγγας.

Κάθε χειρουργική επέμβαση υποβάλλει τον οργανισμό σε έντονο στρες, με αποτέλεσμα την απορρύθμιση του διαβήτη και την πιθανή υπεργλυκαιμία, υπογλυκαιμία, διαβητική κετοξέωση κ.λπ. Επίσης, αυξημένες παρουσιάζονται οι μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως καρδιαγγειακή νόσος, νεφροπάθειες, θρομβώσεις κ.λπ.

Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη θα πρέπει να αντιμετωπίζονται συλλογικά όσον αφορά τις ορθοπαιδικές επεμβάσεις από έμπειρο ορθοπαιδικό, καθώς και με την άμεση εμπλοκή διαβητολόγου για την προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς και την ιδανική ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής μετεγχειρητικά, για την αποφυγή όσο το δυνατόν περισσότερων επιπλοκών.

z-z-z

52

# ΤΟ ΑΛΛΟ «ΠΡΟΣΩΠΟ» ΤΟΥ ΜΟΡΦΕΑ

Σημαντικός αριθμός μελετών καταδεικνύει ότι μεγάλο ποσοστό ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 παρουσιάζει ταυτόχρονα και υπνική άπνοια. Η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπευτική αντιμετώπισή της αποκτούν ιδιαίτερη σημασία για τους διαβητικούς ασθενείς, καθώς βελτιώνουν τα επίπεδα της γλυκόζης κατά τη διάρκεια της νύχτας και την ευαισθησία στην ινσουλίνη.

**ΤΗΣ ΔΡ. ΜΑΡΙΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΥ-ΜΠΟΥΝΟΥ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΥ**

# Υπνική Άπνοια & Σακχαρώδης Διαβήτης

## ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Η υπνική άπνοια, ή υποαπνοϊκό σύνδρομο, είναι μια συχνή πάθηση που τη χαρακτηρίζει η πλήρης ή η μερική διακοπή της αναπνοής κατά τον ύπνο. Το σύνδρομο της υπνικής άπνοιας χαρακτηρίζεται από την παρουσία άνω των 5 επεισοδίων απνοιών και υποπνοιών, ανά ώρα ύπνου, συνοδευόμενο από νυκτερινή ή και ημερήσια συμπτωματολογία.

Ως άπνοια ορίζεται η διακοπή της αναπνοής κατά τον ύπνο. Για να θεωρήσουμε αυτή τη διακοπή ως παθολογική, θα πρέπει να υπερβαίνει σε διάρκεια τα 10 δευτερόλεπτα. Τις περισσότερες φορές, η διακοπή της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου οφείλεται στο κλείσιμο του ανώτερου αεραγωγού στο επίπεδο του φάρυγγα (αποφρακτική άπνοια). Πολύ σπανιότερα, το πρόβλημα εντοπίζεται στην κεντρική ρύθμιση της αναπνοής από το κεντρικό νευρικό σύστημα (οπότε μιλάμε για κεντρική άπνοια). Στο υποαπνοϊκό σύνδρομο μπορεί να έχουμε τόσο επεισόδια απνοιών όσο και υποπνοιών. Άπνοια είναι η πλήρης διακοπή της αναπνοής ενώ υπόπνοια ορίζεται η κατά 50% μείωση της αναπνευστικής προσπάθειας, συνοδευόμενη από πτώση της οξυγόνωσης κατά 4% ή από αφύπνιση. Σε ασθενείς με υπνική άπνοια, η διακοπή της αναπνοής μπορεί να γίνει πάρα πολλές φορές κατά τη διάρκεια του ύπνου. Σε σοβαρά υποαπνοϊκά σύνδρομα μπορεί ο ασθενής να παρουσιάζει περισσότερες και από 70 άπνοιες την ώρα.

## Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Πόσο συχνή είναι η υπνική άπνοια στον ύπνο, ποια είναι τα συμπτώματα του ασθενούς και πώς τίθεται η διάγνωση; Η συχνότητα του συνδρόμου υπνικής άπνοιας υπολογίζεται στο 4%. Πρέπει να τονισθεί ότι, σύμφωνα με τελευταίες μελέτες, τα ανωτέρω ποσοστά μάλλον υποεκτιμούν την αληθινή συχνότητα του συνδρόμου, που πιστεύεται ότι είναι πολύ μεγαλύτερη. Το σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες, με διπλάσια συχνότητα από ό,τι στις γυναίκες. Μετά την εμμηνόπαυση, όμως, η συχνότητα στις γυναίκες αυξάνει σημαντικά.

## ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι κύριοι προδιαθεσικοί παράγοντες για να εκδηλώσει κάποιος υπνική άπνοια είναι η παχυσαρκία (σημαντικός παράγοντας είναι η περίμετρος του λαιμού), το ανδρικό φύλο, η ηλικία (πιο συχνά μετά τα 50 έτη), οι κρανιο-

προσωπικές ανωμαλίες, τα ανατομικά αποφρακτικά αίτια στον ανώτερο αεραγωγό (όπως υπερτροφικές αμυγδαλές, μακρογλωσσία κ.λπ.), η μετεμμηνοπαυσιακή περίοδος για τις γυναίκες, η κληρονομική επιβάρυνση κ.λπ. Θα είναι καλό να θυμόμαστε ότι η υπνική άπνοια δεν είναι νόσος μόνον των παχυσάρκων. Μπορεί κάλλιστα να εμφανισθεί και σε λεπτόσωμα άτομα, των οποίων ο ανώτερος αεραγωγός έχει ανατομικά χαρακτηριστικά που προδιαθέτουν για την εμφάνισή της.

## ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου άπνοιας, μειώνεται ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο, με επακόλουθο τη μειωμένη παροχή οξυγόνου στα βασικά όργανα. Τα αναπνευστικά επεισόδια προκαλούν έκλυση επεισοδίων βραδυταχυκαρδίας ή και άλλων αρρυθμιών. Επιπρόσθετα, πολλά αναπνευστικά επεισόδια τελειώνουν με μικροαφυπνίσεις του εγκεφάλου, γεγονότα που προκαλούν κατακρηματισμό της μικροαρχιτεκτονικής του ύπνου και οδηγούν σε ημερήσια συμπτώματα, ακόμη και αν ο ασθενής έχει κοιμηθεί ένα διάστημα ικανοποιητικών ωρών σε διάρκεια.

Οι κλινικές εκδηλώσεις (τα συμπτώματα) του συνδρόμου της άπνοιας είναι:

- ▶ Έντονο ροχαλιτό και ανήσυχος ύπνος
- ▶ Ροχαλιτό με διακοπή της αναπνοής που γίνεται αντιληπτό από τον/τη σύντροφο
- ▶ Μικροαφυπνίσεις ή αφύπνιση με αίσθημα πνιγμού
- ▶ Πρωινόι νοκοκέφαλοι
- ▶ Ημερήσια κόπωση και υπνηλία
- ▶ Διαταραχή της μνήμης και της ικανότητας συγκέντρωσης
- ▶ Ευερεθιστότητα και γενικά αλλαγή του χαρακτήρα
- ▶ Σεξουαλική δυσλειτουργία – ανικανότητα
- ▶ Νυκτερινή συχνουρία

Χαρακτηριστικό του συνδρόμου της άπνοιας στον ύπνο είναι ότι οι κλινικές εκδηλώσεις ποικίλλουν, ανάλογα με τη χρονιότητα, τον αριθμό και τη βαρύτητα των απνοιών. Στην αρχή, όταν ο αριθμός των απνοιών είναι μικρός (π.χ. 20 ανά ώρα), τα συμπτώματα είναι ήπια ή απουσιάζουν τελείως. Για παράδειγμα, η υπνηλία εμφανίζεται μόνο όταν οι πάσχοντες παρακολουθούν τηλεόραση ή χαλαρώνουν. Με την πάροδο του χρόνου και την αύξηση του αριθμού των απνοιών, τα συμπτώματα γίνονται περισσότερα και είναι μεγαλύτερης βαρύτητας.

## Ο ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Η διάγνωση της υπνικής άπνοιας τίθεται εφόσον ο ασθενής υποβληθεί σε πολυκαταγραφική μελέτη ύπνου, μέσω φορητής συσκευής, στο σπίτι του ή σε ειδικό εργαστήριο ύπνου. Ανάλογα με τον αριθμό απνοιών-υποπνοιών, που παρουσιάζει ο ασθενής κατά τη διάρκεια του ύπνου, τίθεται η διάγνωση υπνικής άπνοιας και η βαρύτητα του συνδρόμου σε:

- ▶ Ήπιο υποαπνοϊκό σύνδρομο: 5-15 απνοϊκά επεισόδια/ώρα
- ▶ Μέτριο υποαπνοϊκό σύνδρομο: 15-29 απνοϊκά επεισόδια/ώρα
- ▶ Σοβαρό υποαπνοϊκό σύνδρομο: >30 απνοϊκά επεισόδια/ώρα.

### **Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Η θεραπεία της υπνικής άπνοιας περιλαμβάνει συντηρητικά μέτρα, όπως απώλεια βάρους, αποφυγή ύπτιας θέσης ύπνου, αποφυγή αλκοόλ και κατασταλτικών του ΚΝΣ, αποφυγή βαρέων γευμάτων πριν από την κατάκλιση, αποφυγή καπνίσματος και υγιεινή ύπνου (σταθερό ωράριο, πρόγραμμα-ρουτίνα ύπνου κ.ά.). Στις περιπτώσεις με ήπιο υποαπνοϊκό σύνδρομο, τα πιο πάνω μέτρα μπορεί να διορθώσουν το πρόβλημα.

Σε κάποιες περιπτώσεις (όπως μικρογναθία, μακρογλωσσία), μπορεί να βοηθήσουν ενδοστοματικές συσκευές (ενδοστοματικοί νάρθηκες ή μασελάκια), οι οποίες προωθούν την κάτω γνάθο και τη γλώσσα σε πιο πρόσθια θέση κατά τη διάρκεια του ύπνου, έτσι ώστε ο αεραγωγός να παραμένει ανοικτός. Είναι συσκευές εξατομικευμένες, ανάλογα με την ανατομία του στόματος.

Συνήθως, όμως, η θεραπεία της αποφρακτικής άπνοιας αντιμετωπίζεται με ειδικό μηχανήμα, μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού, συνεχούς θετικής πίεσε-

### **ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ ΚΑΙ ΣΔ**

Ολοένα και περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι μεγάλο ποσοστό ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 παρουσιάζουν ταυτόχρονα και υπνική άπνοια. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων άπνοιας, δημιουργούνται δυσμενείς συνθήκες για τον οργανισμό, όπως χαμηλή οξυγόνωση, διαταραχή καρδιακής συχνότητας, διαταραχές μεταβολισμού, μείωση της έκκρισης της ινσουλίνης και τελικά αυξημένη αντίσταση σε αυτήν. Ως αποτέλεσμα, σε περιπτώσεις που η υπνική άπνοια παραμένει αδιάγνωστη, ο ασθενής συνήθως παρουσιάζει αλλαγές στον μεταβολισμό της γλυκόζης και έχει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Η αποφρακτική άπνοια ύπνου, λοιπόν, μεταβάλλει τον μεταβολισμό της γλυκόζης, προάγει την αντίσταση στην ινσουλίνη και σχετίζεται με την ανάπτυξη διαβήτη τύπου 2. Η παχυσαρκία, επίσης, είναι βασικός προδιαθεσικός παράγοντας κινδύνου τόσο για την υπνική άπνοια όσο και για τον διαβήτη τύπου 2.

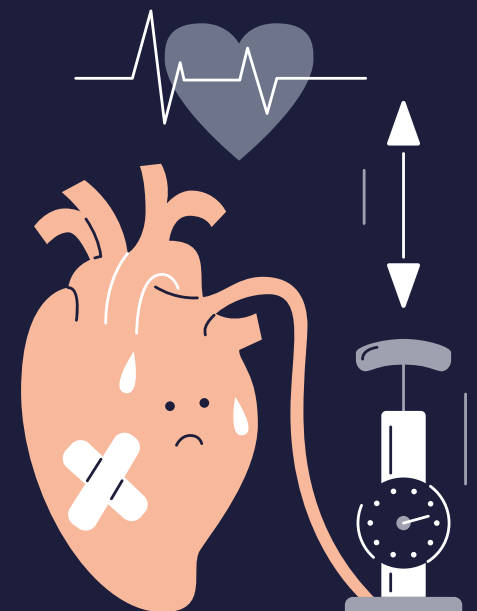
Η υπνική άπνοια φαίνεται ότι επηρεάζει τη ρύθμιση των επιπέδων της γλυκόζης, συμπεριλαμβανομένων των επιπέδων γλυκόζης σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2. Η έγκαιρη αναγνώριση και η θεραπεία της υπνικής άπνοιας βελτιώνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη και τον έλεγχο της υπεργλυκαιμίας σε πολλούς ασθενείς.

Η υπνική άπνοια μεταβάλλει τη ρύθμιση των επιπέδων της γλυκόζης, συμπεριλαμβανομένων των επιπέδων γλυκόζης σε ασθενείς με ΣΔ2. Η έγκαιρη αναγνώριση και η θεραπεία της βελτιώνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη και τον έλεγχο της υπεργλυκαιμίας σε πολλούς ασθενείς.

ως (CPAP), το οποίο χρησιμοποιείται κατά τον νυχτερινό ύπνο. Είναι μικρών διαστάσεων, αθόρυβο, διαθέτει ρινική ή ρινοστοματική μάσκα, που εφαρμόζεται στον ασθενή και ωθεί τον αέρα με πίεση, έτσι ώστε ο αεραγωγός να παραμένει ανοικτός, καταργώντας τα επεισόδια άπνοιας.

Το σύνδρομο της αποφρακτικής υπνικής άπνοιας, αν δεν αντιμετωπιστεί, συνοδεύεται από αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Η νοσηρότητα και η θνητότητα προέρχονται κυρίως από καρδιαγγειακά συμβλήματα και ατυχήματα, λόγω της υπνηλίας, κυρίως τροχαία. Πράγματι, έχει βρεθεί τουλάχιστον πολλαπλάσια μεγαλύτερη επίπτωση τροχαίων ατυχημάτων σε αυτούς τους ασθενείς σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Η διάγνωση της υπνικής άπνοιας και η θεραπευτική αντιμετώπισή της έχουν ιδιαίτερη σημασία για τους διαβητικούς ασθενείς, καθώς βελτιώνουν τα επίπεδα της γλυκόζης κατά τη διάρκεια της νύχτας και την ευαισθησία στην ινσουλίνη. Το πλέον ενδιαφέρον είναι ότι ιατρικές μελέτες έδειξαν πως η χρήση συσκευής μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού (CPAP), που είναι η κύρια θεραπεία της υπνικής άπνοιας, σε ασθενείς με προδιαβήτη και διαβήτη, βελτίωσε τον έλεγχο του σακχάρου των ασθενών που τη χρησιμοποιούσαν. Παρατηρήθηκε άμεση μείωση των επιπέδων σακχάρου του αίματος. Παράλληλα, η απώλεια βάρους σε παχύσαρκα άτομα έχει μεγάλη σημασία για τη ρύθμιση και των δύο νοσημάτων, και του διαβήτη και της υπνικής άπνοιας.



Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων άπνοιας, δημιουργούνται δυσμενείς συνθήκες για τον οργανισμό, όπως χαμηλή οξυγόνωση, διαταραχή καρδιακής συχνότητας, διαταραχές μεταβολισμού, μείωση της έκκρισης της ινσουλίνης και, τελικά, αυξημένη αντίσταση σε αυτήν.

Η παχυσαρκία, επίσης, είναι βασικός προδιαθεσικός παράγοντας κινδύνου τόσο για την υπνική άπνοια όσο και για τον διαβήτη τύπου 2.



# ΕΝΑΣ

56




Η ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ  
ΤΗΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΔ



# ΙΣΧΥΡΟΣ ΣΥΜΜΑΧΟΣ

57



Για τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη –αλλά και σχεδόν από οποιαδήποτε άλλη ασθένεια– τα οφέλη της άσκησης δεν μπορούν να υπερεκτιμηθούν.

Πολλές μελέτες καταδεικνύουν και πιστοποιούν τα τεράστια οφέλη της άσκησης σε αρκετές πτυχές του σακχαρώδους διαβήτη. Στην ερώτηση εάν κάποιες μορφές άσκησης βοηθούν περισσότερο, η απάντηση είναι ότι η προσπάθειά μας πρέπει να επικεντρώνεται στο να κάνουμε όσο περισσότερη άσκηση γίνεται, και όχι στον τύπο άσκησης. **ΤΟΥ ΔΡ. ΖΗΝΩΝΟΣ ΞΥΔΑ, ΜD, ΕΙΔΙΚΟΥ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΥ - ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΟΥ**

# Η σημασία της άσκησης όταν έχετε διαβήτη

**Σ**κεδόν σε κάθε συνάντηση με τους ασθενείς μου με Σακχαρώδη Διαβήτη –ανεξαρτήτως ηλικίας– θέτω την ίδια, σταθερή ερώτηση: «Πόσες φορές κάνετε άσκηση την εβδομάδα;». Πιστεύω ότι συμβαίνει το ίδιο και με όλους τους υπόλοιπους συναδέλφους μου. Γιατί όμως η ιατρική κοινότητα και αυτοί που ασχολούνται με την προληπτική ιατρική επιδεικνύουν τόσο επιμονή στο θέμα της άσκησης; Υπάρχουν όντως επιστημονικά στοιχεία που αποδεικνύουν τις ευεργετικές ιδιότητες της άσκησης; Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη διατρέχουν κίνδυνο υπογλυκαιμίας (χαμηλού ζαχάρου) και ποιος είναι ο σωστός τρόπος αποτροπής της; Αυτά τα ερωτήματα θα προσπαθήσω να εξετάσω και να απαντήσω σε αυτό το άρθρο.

Για τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη –αλλά και σχεδόν από οποιαδήποτε άλλη ασθένεια– τα οφέλη της άσκησης δεν μπορούν να υπερεκτιμηθούν, όπως εξηγώ παρακάτω:

## Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΜΕΙΩΣΟΥΝ ΑΙΣΘΗΤΑ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΤΙΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ:

Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 κατά **40%**

Καρδιαγγειακή νόσο κατά **35%**

Κατάθλιψη, πτώσεις κτλ. κατά **30%**

Πόνους στις αρθρώσεις και στην πλάτη κατά **25%**

Καρκίνο (όπως στο έντερο και στο στήθος) κατά **20%**

## ΑΛΛΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Καλύτερος έλεγχος του **βάρους**

Μείωση της αρτηριακής **πίεσης**

Μείωση της επιβλαβούς χοληστερόλης **LDL** και των **τριγλυκεριδίων**

Αύξηση της υγιούς χοληστερόλης **HDL**

Ενίσχυση των **μυών** και των **οστών**, και συνεπώς...

Μείωση των **πτώσεων** και των **καταγμάτων**

Μείωση του **άγχους** (είναι γνωστό ότι με την άσκηση **αυξάνεται** η παραγωγή **ενδορφίνης** από την υπόφυση, ορμόνης που **αυξάνει** το αίσθημα **ευεξίας** και **ευφορίας**)

## ΤΥΠΟΙ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

Συχνά οι ασθενείς μου με ρωτούν για τις διάφορες μορφές άσκησης και εάν κάποιες βοηθούν περισσότερο. Το μήνυμα που προσπαθώ να περάσω είναι το εξής: *η προσπάθειά μας πρέπει να επικεντρώνεται στο να κάνουμε όσο περισσότερη άσκηση γίνεται, και όχι στον τύπο άσκησης.*

▶ Η αερόβια άσκηση περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενη και συνεχή κίνηση μεγάλων μυϊκών ομάδων. Δραστηριότητες όπως το περπάτημα, η ποδηλασία, το τρέξιμο και η κολύμβηση βασίζονται κυρίως σε αερόβια συστήματα παραγωγής ενέργειας, δηλαδή άσκηση η οποία χρειάζεται οξυγόνο για την καύση.

▶ Η προπόνηση αντοχής (αναερόβια άσκηση) περιλαμβάνει ασκήσεις με βάρη, μηχανήματα βάρους, ελαστικές ζώνες αντίστασης κτλ. Οι ασκήσεις ευελιξίας βελτιώνουν το εύρος κίνησης γύρω από τις αρθρώσεις.

▶ Οι ασκήσεις ισορροπίας ωφελούν το βάδισμα και αποτρέπουν τις πτώσεις. Δραστηριότητες όπως το tai chi και η yoga συνδυάζουν ασκήσεις ευελιξίας, ισορροπίας και αντίστασης.

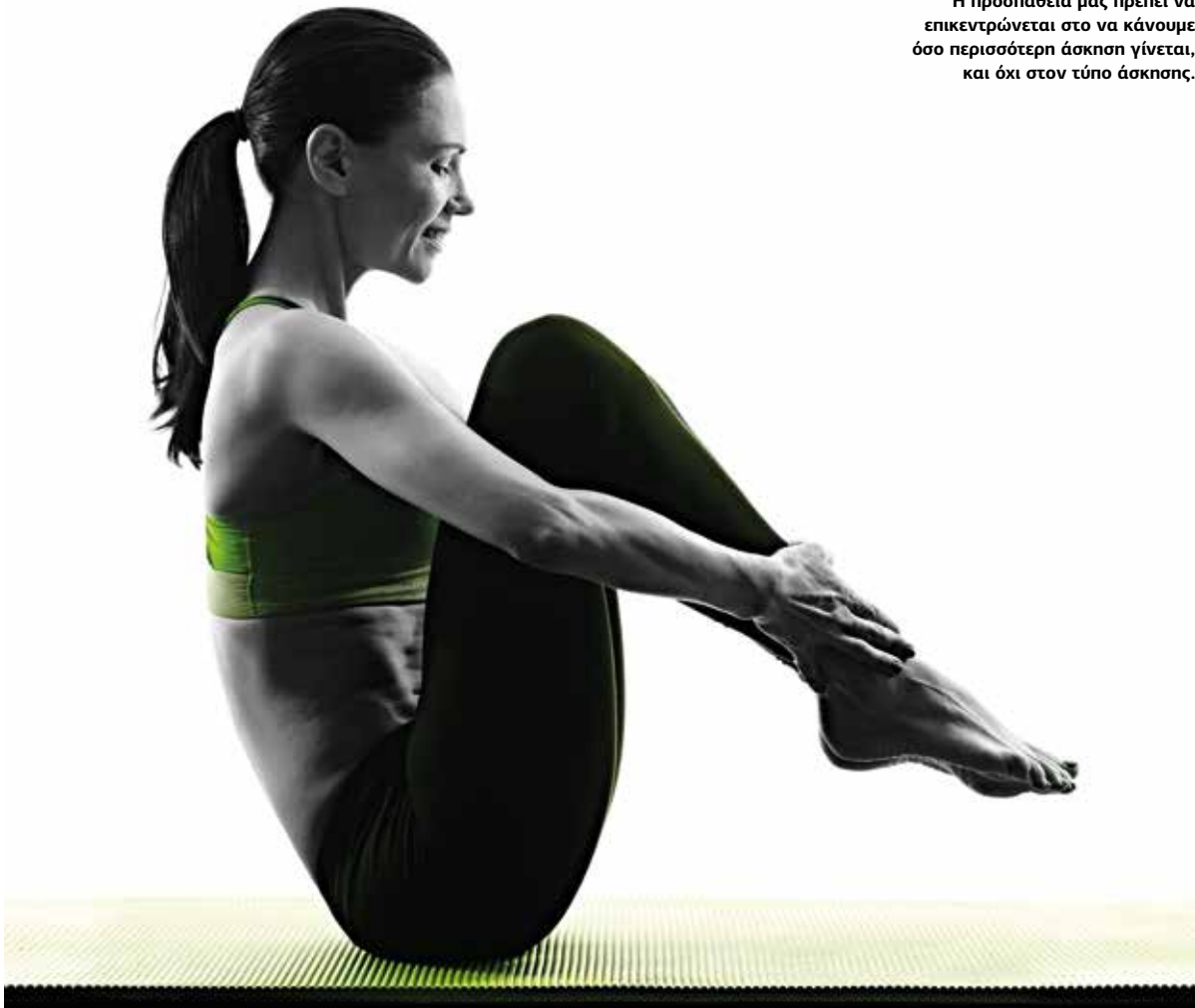
## ΣΥΓΓΕΚΡΙΜΕΝΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Πολλές μελέτες καταδεικνύουν και πιστοποιούν τα τεράστια οφέλη της άσκησης σε αρκετές πτυχές του σακχαρώδους διαβήτη. Ακολουθούν ορισμένα από τα κυριότερα σημεία αυτών των μελετών:

▶ Η άσκηση μειώνει τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα, αφού προκαλεί καύση των υδατανθράκων (ζάχαρης) που είναι αποθηκευμένοι στους μυς, και έτσι η γλυκόζη μετακινείται από το αίμα προς τους μυς. Η μείωση αυτή της γλυκόζης αίματος δεν παρατηρείται μόνο κατά τη διάρκεια της άσκησης αλλά και κατά τις επόμενες 4-6 ώρες.

▶ Ενισχύει την ευαισθησία του σώματος στην ινσου-

Η προσπάθειά μας πρέπει να επικεντρώνεται στο να κάνουμε όσο περισσότερη άσκηση γίνεται, και όχι στον τύπο άσκησης.



λίην, εξουδετερώνοντας την αντίσταση σε αυτήν. Αυτό παρατηρείται στην αερόβια άσκηση, αλλά και στην άσκηση αντοχής και αντίστασης (δηλαδή βάρη) με παρόμοιο τρόπο.

▶ Μειώνει τις τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) κατά 0,7%. Αυτή η βελτίωση σημειώνεται, ακόμη και αν δεν υπάρχει απώλεια βάρους.

▶ Όλες οι μορφές άσκησης –αερόβια, αντίσταση ή και συνδυασμός των δύο– είναι εξίσου αποτελεσματικές στη μείωση των τιμών HbA1c σε άτομα με διαβήτη.

▶ Ο συνδυασμός και των δύο τύπων άσκησης αποδείχθηκε πιο ευεργετικός από την εκτέλεση του ενός μόνο τύπου.

▶ Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη που περπατούν τουλάχιστον 2 ώρες την εβδομάδα έχουν λιγότερες πιθανότητες να πεθάνουν από καρδιαγγειακές παθήσεις, σε σχέση με άτομα που κάνουν καθιστική ζωή, ενώ τα άτομα τα οποία ασκούνται για περισσότερες από 3-4 ώρες την εβδομάδα μειώνουν τον κίνδυνο ακόμη περισσότερο.

▶ Μεγάλη μελέτη κατέδειξε ότι γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη που έκαναν τουλάχιστον 4 ώρες την εβδομάδα μέτρια άσκηση (όπως περπάτημα) είχαν έως και 40% χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιακών παθήσεων από αντίστοιχες γυναίκες με διαβήτη που δεν ασκούσαν.

Οι πιο πάνω παρατηρήσεις διαπιστώνονται καθολικά σε όλες τις μελέτες που ερευνούν την επίδραση άσκησης σε άτομα με διαβήτη.

### **ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ**

Ίσως ο μεγαλύτερος ανασταλτικός παράγοντας που εμποδίζει τους διαβητικούς ασθενείς, και ειδικά αυτούς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1, να γίνουν πιο σωματικά ενεργοί είναι ο φόβος της υπογλυκαιμίας. Ομοίως, αυτό είναι το κύριο άγχος που έχουν οι γονείς για τα διαβητικά παιδιά τους. Πολλές μελέτες κατα-

δεικνύουν ότι, εκτός από το αίσθημα φόβου και άγχους, υπάρχει και το αίσθημα της αμηχανίας και της ματαιότητας. Στην παρακάτω ενότητα δίνω κάποιες συμβουλές όσον αφορά την υπογλυκαιμία σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη.

Άτομα που λαμβάνουν ινσουλίνη ή διαβητική φαρμακευτική αγωγή διά του στόματος, που προκαλούν υπερδιέγερση στο πάγκρεας (όπως σουλφονουλourία), διατρέχουν κίνδυνο υπογλυκαιμίας είτε κατά τη διάρκεια της άσκησης είτε μέχρι και 6-8 ώρες μετά το τέλος της άσκησης, εάν δεν γίνει σωστή προσαρμογή της θεραπείας για την άσκηση που προτίθενται να κάνουν. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι πιθανότητες να εκδηλώσουν υπογλυκαιμία έχουν μόνο τα άτομα που λαμβάνουν θεραπεία με ινσουλίνη ή/και σουλφονουλourία, και όχι τα άτομα που λαμβάνουν όλες τις υπόλοιπες θεραπείες ή απλώς ελέγχουν τον διαβήτη τους με διατροφή.

Σε γενικές γραμμές, τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 που λαμβάνουν ινσουλίνη ή/και σουλφονουλourία έχουν πολύ μικρές πιθανότητες εμφάνισης υπογλυκαιμίας κατά την άσκηση, ειδικά όταν η θεραπεία είναι ισοζυγισμένη. Παρά ταύτα, είναι σημαντικό οι ασθενείς να ελέγχουν το σάκχαρό τους πριν από την άσκηση. Εάν τα επίπεδα σακχάρου πριν από την άσκηση είναι κάτω των 100 mg/dL, συνιστάται η κατανάλωση ενός κομματιού φρούτου ή η λήψη ενός μικρού σνακ υδατάνθρακα (π.χ. ένα μικρό μπισκότο), τα οποία θα βοηθήσουν στην αποφυγή της υπογλυκαιμίας κατά τη διάρκεια άσκησης.

Μπορείτε να συζητήσετε με τον γιατρό ή/και τον διαιτολόγο σας σχετικά με την ισάξια αντιστοιχία κατανάλωσης υδατάνθρακα για τις διάφορες δραστηριότητες σας. Όσον αφορά την αντιστοιχία ποσότητας υδατάνθρακα για συγκεκριμένες τροφές, υπάρχουν αρκετά διαδικτυακά εργαλεία για να σας καθοδηγήσουν. Προτεινόμενες τέτοιες ιστοσελίδες είναι το [www.visualfoodplanner.com](http://www.visualfoodplanner.com) (η οποία περιέχει κυπριακά και ξένα φαγητά) ή το [www.carbsandcals.com](http://www.carbsandcals.com), στις οποίες υπάρχει πληθώρα φωτογραφικού υλικού τροφών με την αντιστοιχία υδατανθράκων / θερμίδων για τις συγκεκριμένες τροφές.

Είναι επίσης καλή ιδέα να ελέγχετε το σάκχαρο στο αίμα σας μετά από οποιαδήποτε ιδιαίτερα εξαντλητική προπόνηση ή δραστηριότητα. Εάν λαμβάνετε ινσουλίνη, ο κίνδυνος εμφάνισης υπογλυκαιμίας μπορεί να είναι υψηλότερος 6 έως 12 ώρες μετά την άσκηση.

Γενικά, με τη σωστή προσαρμογή του σχήματος ινσουλίνης ή της διατροφής, οι πιθανότητες υπογλυκαιμίας ελαχιστοποιούνται. Εάν παρατηρήσετε υπογλυκαιμία μετά την άσκηση ή εάν αυτό σας απασχολεί, θα πρέπει να το συζητήσετε με τον επαγγελματία υγείας σας.

### **ΞΑΝ ΣΥΝΟΨΗ...**

Τα οφέλη της άσκησης, όπως είδαμε, δεν μπορούν να υπερεκτιμηθούν. Γενικά, ο καλύτερος χρόνος για άσκηση είναι μία έως τρεις ώρες μετά το φαγητό, όταν τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα σας είναι πιθανό να είναι

## Σε γενικές γραμμές, τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 που λαμβάνουν ινσουλίνη ή/και σουλφονουλourία έχουν πολύ μικρές πιθανότητες εμφάνισης υπογλυκαιμίας κατά την άσκηση.

Τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 τα οποία λαμβάνουν πολλαπλές ενέσεις ινσουλίνης ή χρησιμοποιούν αντλία ινσουλίνης θα πρέπει είτε να μειώσουν την ινσουλίνη στο γεύμα πριν από την άσκηση ή να καταναλώσουν ισάξια γραμμάρια υδατάνθρακα για την άσκηση την οποία προτίθενται να κάνουν. Για παράδειγμα, ένα άτομο με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 θα καταναλώσει ενέργεια ισάξια με 25 γραμμάρια υδατάνθρακα περίπου για 60 λεπτά αργής ποδηλασίας. Εάν αυτό το άτομο χρησιμοποιεί ινσουλίνη σε αναλογία 1 μονάδα ινσουλίνης ανά 10 γρ. υδατάνθρακα, τότε θα πρέπει να χρησιμοποιήσει 2-3 λιγότερες μονάδες ινσουλίνης στο γεύμα πριν από την ποδηλασία ή να καταναλώσει 25 γρ. υδατάνθρακα πριν από την ποδηλασία (π.χ. μία μέτρια μπανάνα).

υψηλότερα. Εάν λαμβάνετε ινσουλίνη, είναι σημαντικό να ελέγξετε το σάκχαρό σας πριν από την άσκηση. Εάν τα επίπεδα σακχάρου πριν από την άσκηση είναι κάτω των 100 mg/dL, η κατανάλωση ενός κομματιού φρούτων ή η λήψη ενός μικρού σνακ θα τα ενισχύσει και θα σας βοηθήσει να αποφύγετε την υπογλυκαιμία. Εάν χρησιμοποιείτε γευματική ινσουλίνη (δηλαδή γρήγορη ινσουλίνη πριν από το γεύμα), τότε μπορείτε να κάνετε ισάξια μείωση ινσουλίνης, βάσει της άσκησης που θα κάνετε. Τα οφέλη της άσκησης είναι πάρα πολλά, όσον αφορά τον έλεγχο σακχάρου στο αίμα, αλλά και τη βελτίωση των μεταβολικών παραγόντων που συνδέονται με τον διαβήτη, όπως τα λιπίδια, το βάρος, η αρτηριακή πίεση, καθώς επίσης και πολλών ασθενειών, όπως η καρδιαγγειακή νόσος, η νεφρική δυσλειτουργία κτλ.

# ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

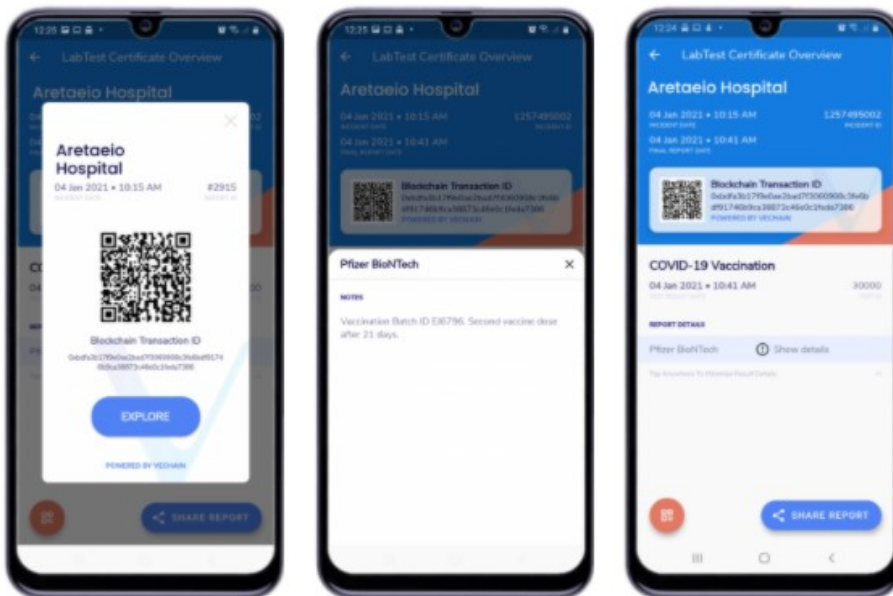


Το Αρεταίειο συνεχίζει την πορεία του προς την Αριστεία, επενδύει στην καινοτομία και πρωτοπορεί στον ψηφιακό μετασχηματισμό της Κύπρου.



Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του Αρεταίειου Νοσοκομείου, επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη συστημάτων διαχείρισης ποιότητας με άμεσο όφελος για όλους τους ασθενείς του, με τις επενδύσεις σε πρωτοποριακό εξοπλισμό και τεχνολογία, με τη στελέχωσή του με άριστα εκπαιδευμένο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, καθώς επίσης και με την ομαδική εργασία καθιστώντας το ως ένα από τα πλέον σύγχρονα και αξιόπιστα ιατρικά κέντρα της Κύπρου. Σήμερα το Αρεταίειο Νοσοκομείο συμμετέχει στην εποχή της ψηφιοποίησης και της τεχνολογίας blockchain προσφέροντας το application E-HCert στους ασθενείς / επισκέπτες του. Σε συνεργασία με τις εταιρείες VeChain και i-Dante εδώ και 2 μήνες έχουν αναπτύξει μια πλατφόρμα που επιτρέπει στους ασθενείς να λαμβάνουν σε κινητές συσκευές τα αποτελέσματα των κλινικών εργαστηριακών εξετάσεων τους σε μορφή ψηφιακού πιστοποιητικού. Το E-HCert αντιπροσωπεύει μια νέα κατηγορία συστήματος αρχείων υγειονομικής περίθαλψης που συνδυάζει διαλειτουργικότητα, αμετάβλητοτητα, ιχνηλασιμότητα και συμμόρφωση με τις υπάρχουσες νομοθεσίες.

Στο Αρεταίειο Νοσοκομείο, αφού ο ασθενής λάβει εργαστηριακό έλεγχο, τα αποτελέσματα θα φορτωθούν αυτόματα στην εφαρμογή E-HCert και στο δημόσιο blockchain του VeChainThor. Χτισμένο στο VeChainToolChain™, το πορτοφόλι E-HCert είναι προσβάσιμο με ασφάλεια χρησιμοποιώντας ιδιωτικά διαπιστευτήρια που δίνονται στον ασθενή μετά από μια διαδικασία εγγραφής στο Νοσοκομείο. Μόλις ολοκληρωθούν, τα δεδομένα είναι εύκολα προσπελάσιμα από τον κάτοχό του, διαθέσιμα για χρήση για να αποδείξουν την καταστροφή της υγείας τους όπως απαιτείται. Η πλατφόρμα διατηρεί τη συμμόρφωση του GDPR διασφαλίζοντας ότι τα προσωπικά δεδομένα παραμένουν υπό τον πλήρη έλεγχο του κατόχου, παρέχοντας πρόσβαση σε κυβερνητικές αρχές, εργοδότες ή άλλα μέρη κατά την αποκλειστική διακριτική ευχέρεια του ιδιοκτήτη, μειώνοντας παράλληλα τον κίνδυνο τυχαίας έκθεσης τρίτων. Από τον Ιανουάριο του 2021, η εφαρμογή E-HCert χρησιμοποιείται από το Αρεταίειο Νοσοκομείο για όλες τις εργαστηριακές εξετάσεις, από το COVID-19 έως τη ρουτίνα της αιματολογικής εργασίας, με προβλέψιμη εξυπηρέτηση περισσότερων από 100.000 ατόμων ετησίως. Μαζί με την I-Dante και την VeChain θα είναι ηγετική δύναμη στον μετασχηματισμό του ευρωπαϊκού τομέα υγειονομικής περίθαλψης.



«Η τεχνολογία Blockchain αντιπροσωπεύει την καλύτερη ευκαιρία να αναμορφώσουμε ριζικά το τρέχον παράδειγμα και να αλλάξουμε την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, αποτελεσμάτων δοκιμών, θεραπευτικών, διαγνωστικών, καθώς και να προωθήσουμε τη διαδικασία και την ασφάλεια της ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των μερών.»

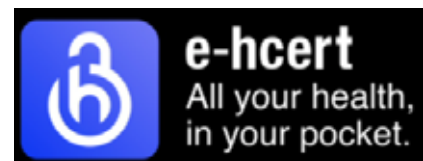
Στέλιος Γιάλλουρος  
Διευθυντής Πληροφορικής  
Αρεταίειο Νοσοκομείο

## ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ανδρέα Αβρααμίδη 55-57, 2024 Στρόβολος Λευκωσία, Κύπρος

Website: [www.aretaiio.com](http://www.aretaiio.com) E-mail: [info@aretaiio.com](mailto:info@aretaiio.com)

Ακολουθήστε μας στο facebook: <https://www.facebook.com/aretaiiohospital>



# Οι αρετές της Μεσογείου

Η επιστημονική έρευνα δεν αφήνει καμία αμφιβολία: η μεσογειακή διατροφή αποτελεί πολύτιμο σύμμαχο για την υγεία μας.

62



**ΤΩΝ ΔΡ. ΑΛΕΞΗ ΚΥΡΙΑΚΟΥ, RD(UK), BSC, MSC, PHD, ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ, ΚΑΙ ΔΡ. ΑΓΓΕΛΟΥ ΚΥΡΙΑΚΟΥ, MBCHB, CCT, FRCR (UK), MA (CLIN ED), ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΥ**

**Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ**

Μεσογειακή διατροφή ονομάζουμε τη διατροφή των λαών της Μεσογείου, της περιόδου από τα τέλη της δεκαετίας του 1950 μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1960. Παρ' όλες τις τοπικές διαφορές που είχαν οι δίαιτες των λαών της Μεσογείου, είχαν και κάποια σημαντικά κοινά χαρακτηριστικά που ορίζουν σήμερα την παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή. Ποια είναι όμως αυτά;

Το κύριο γενικό χαρακτηριστικό της μεσογειακής διατροφής ήταν ότι βασιζόταν κυρίως στις μη ζωικές τροφές, δηλαδή, κατά γενικό κανόνα, οι ζωικές τροφές καταναλώνονταν σε μικρές ποσότητες. Πιο συγκεκριμένα, τα γεύματα βασιζόνταν στα τρόφιμα από δημητριακά (τοπικής παραγωγής), όπως το ολικής αλέσεως ψωμί, τα καστανά μακαρόνια, το ρύζι και το πλιγούρι, αλλά και τα όσπρια. Τα γεύματα αυτά συνοδεύονταν πάντοτε με μπόλικα και ποικίλα λαχανικά ή και σαλάτες. Το ελαιόλαδο ήταν το κύριο συνοδευτικό λάδι του φαγητού και, σε γενικές γραμμές, η σημαντικότερη πηγή λιπαρών στη διατροφή. Τα φρούτα και οι ξηροί καρποί καταναλώνονταν καθημερινά κυρίως ως επιδόρπιο.

Το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα αποτελούσαν μέρος της καθημερινότητας, αλλά σε μικρές προς μέτριες ποσότητες. Τα πουλερικά και τα ψάρια καταναλώνονταν επί εβδομαδιαίας βάσης, με έμφαση στα ψάρια. Η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή ήταν χαμηλή σε κόκκινο κρέας, φαγητά πλούσια σε ζάχα-

για την ανθρώπινη υγεία. Στα θετικά αποτελέσματα της μεσογειακής διαίτας περιλαμβάνονται η μείωση των κρουσμάτων εμφάνισης διαβήτη τύπου 2, υπέρτασης, υπερλιπιδαιμίας, καρδιοπαθειών, αλλά και κάποιων τύπων καρκίνου. Ο κοινός παρονομαστής, για αρκετές από αυτές τις ασθένειες, είναι η παχυσαρκία, στην οποία η μεσογειακή διαίτα και, γενικότερα, ο παραδοσιακός μεσογειακός τρόπος ζωής φαίνεται να έχουν θετική επίδραση. Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις πως η εν λόγω διατροφή μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης νευροεκφυλιστικών παθήσεων, όπως οι νόσοι Αλτςχάιμερ και Πάρκινσον, και παράλληλα αυξάνει το προσδόκιμο ζωής.

Τα θετικά ευρήματα είναι τόσο πολλά και τόσο ισχυρά, ώστε να προωθείται η μεσογειακή διαίτα σε διάφορους πληθυσμούς ανά την υφήλιο, συμπεριλαμβανομένων και λαών που παραδοσιακά έχουν πολύ διαφορετικές διατροφικές συνήθειες από τους μεσογειακούς λαούς.

**Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ  
ΜΕ ΤΗ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ**

Υπάρχει μια αβεβαιότητα κατά πόσον στη σύγχρονη εποχή η τήρηση της μεσογειακής διατροφής έχει μειωθεί ή διατηρείται στα ίδια επίπεδα με το παρελθόν. Αυτή την ερώτηση προσπαθήσαμε να απαντήσουμε με μια έρευνα, στο πλαίσιο της οποίας συγκεντρώσαμε συστηματικά όλες τις μελέτες που υπάρχουν στο θέμα της συχνότητας τήρησης της μεσογειακής διαίτας. Με

Στα θετικά αποτελέσματα της μεσογειακής διαίτας περιλαμβάνονται η μείωση των κρουσμάτων εμφάνισης Διαβήτη τύπου 2, υπέρτασης, υπερλιπιδαιμίας, καρδιοπαθειών, αλλά και κάποιων τύπων καρκίνου.

ρη και σε επεξεργασμένα φαγητά, ενώ απουσίαζαν παντελώς τα έτοιμα φαγητά τύπου "fast food". Τέλος, τα γεύματα, κυρίως το μεσημεριανό γεύμα, συνοδεύονταν από 1-2 μέτρια ποτήρια κόκκινου κρασιού.

Παράλληλα, αυτές οι διατροφικές συνήθειες συνοδεύονταν και από έναν παραδοσιακό τρόπο ζωής, που χαρακτηριζόταν από αυξημένα επίπεδα άσκησης και δραστηριότητας (όπως, για παράδειγμα, οι εργασίες στο σπίτι και στα χωράφια).

**Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ**

Επιδημιολογικές και άλλες επιστημονικές έρευνες απέδειξαν, πέραν κάθε αμφιβολίας, ότι η τήρηση της μεσογειακής διαίτας συνεπάγεται σημαντικά οφέλη

αυτόν τον τρόπο φέραμε τα δεδομένα των διαφόρων ερευνών μαζί, με σκοπό να δημιουργήσουμε μια μεγάλη βάση δεδομένων η οποία να μας επιτρέψει να ερευνήσουμε μεγάλο αριθμό ασθενών και για μεγάλη χρονική περίοδο. Η έρευνα διεξήχθη σε συνεργασία με το Νοσοκομείο του Salford (Μάντσεστερ, Αγγλία) και το Πανεπιστήμιο του Stirling (Σκωτία). Στην ανάλυσή μας συμπεριλήφθηκαν 18 έρευνες με 35.964 συμμετέχοντες από Κύπρο και Ελλάδα. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας έδειξαν μια μέτρια προσκόλληση στη μεσογειακή διαίτα από το 2000 μέχρι σήμερα, ενώ συνολικά παρατηρήσαμε μια σημαντική πτώση στην τήρηση της μεσογειακής διαίτας, της τάξης του 50%, σε σύγκριση με τις δεκαετίες του 1950 και του 1960. Το φαινόμενο αυτό ήταν εντονότερο στις πιο νεαρές ομά-



δες πληθυσμού. Επιπλέον, δεν παρατηρήσαμε ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας συμφωνούν με μια προηγούμενη έρευνα που έδειξε πτώση, στην πρόσληψη στη μεσογειακή διαίτα, για την Ελλάδα από την 1η στη 10η θέση και για την Κύπρο από την 20ή στην 27η θέση από το 1961-65 μέχρι το 2000-03. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει μια άλλη έρευνα στο πλαίσιο της οποίας έγινε σύγκριση των διατροφικών συνθηκών φοιτητών από Ελλάδα και Ολλανδία, η οποία, παραδόξως, έδειξε πως οι Ολλανδοί φοιτητές ήταν πιο πιθανό να ακολουθούν τη μεσογειακή διατροφή απ' ό,τι οι Έλληνες!

Η πιο πιθανή ερμηνεία των ευρημάτων των προαναφερθεισών ερευνών είναι ότι με την πάροδο του χρόνου και με την υιοθέτηση του ξενόφερτου, δυτικού τρόπου ζωής, η μεσογειακή διαίτα έχει περιοριστεί. Η τάση αυτή δημιουργεί αρνητικό αντίκτυπο τόσο στην υγεία, με φαινόμενα όπως αύξηση των ποσοστών εμφάνισης διαβήτη, παχυσαρκίας και καρδιοπαθειών, όσο και στην οικονομία, με άμεσο κόστος, λόγω των αυξημένων αναγκών ιατρικής περίθαλψης, και με έμμεσο κόστος, λόγω των χαμένων ωρών εργασίας και της πρόωρης θνησιμότητας. Συνεπώς, απαιτείται μια συντονισμένη προσπάθεια προώθησης της μεσογεια-

κής διατροφής από τους αρμόδιους φορείς και τα οργανωμένα σύνολα της κοινωνίας. Κατά την προσωπική μας γνώμη, η εκπαίδευση των νέων στα σχολεία, ώστε να μαθαίνουν πώς να μαγειρεύουν παραδοσιακά γεύματα, η καθολική πληροφόρηση του πληθυσμού για τα πλεονεκτήματα μιας ισορροπημένης και υγιούς διατροφής και ενός διαφορετικού τρόπου ζωής (συμπεριλαμβανομένων της μεσογειακής διαίτας, της άσκησης και της διακοπής του καπνίσματος), η απαγόρευση των διαφημίσεων σε ανθυγιεινές τροφές και, πιθανόν, η αύξηση των τελών σε κακής ποιότητας (και υψηλά σε περιεκτικότητα θερμίδων) φαγητά (π.χ. σακχαρώδη ροφήματα και τροφές υψηλές σε λιπαρά) θα αποτελούσαν βήματα προς τη σωστή κατεύθυνση.

### ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Σήμερα διαθέτουμε καλά δεδομένα που δείχνουν ότι η μεσογειακή διατροφή μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου 2 κατά το ένα τρίτο, δηλαδή ένα άτομο λιγότερο στους τρεις ανθρώπους θα εμφανίσει ΣΔ τύπου 2, αν ακολουθείται η μεσογειακή διατροφή. Τα οφέλη αυτά αυξάνονται (δηλαδή μειώνεται περαιτέρω ο κίνδυνος εμφάνισης διαβήτη τύπου 2), αν υιοθετηθεί ο μεσογειακός ή, γενικότερα, ένας υγιής τρόπος ζωής, που περιλαμβάνει την άσκηση και τη διακοπή του καπνίσματος για τα άτομα που είναι καπνιστές. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το όφελος λειτουργεί προσθετικά στα πλεονεκτήματα που έχουν ήδη αναφερθεί.

Ειδικά όσον αφορά τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με διαβήτη τύπου 2, τα οφέλη της μεσογειακής διατροφής φαίνεται ότι λειτουργούν πολλαπλασιαστικά. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται να προκαλεί μικρή, αλλά σημαντική, μείωση στη γλυκόζη («σάκχαρο») νηστείας και στη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη. Ένα ακόμα πιο σημαντικό γεγονός είναι ότι, μεταξύ άλλων, φαίνεται να παρέχει μια προστασία έναντι των καρδιοαγγειακών παθήσεων, π.χ. καρδιακών, εγκεφαλικών, και της θνησιμότητας από καρδιοαγγειακές παθήσεις. Είναι τόσο εντυπωσιακά τα αποτελέσματα και το μέγεθος της μείωσης, ώστε πλέον οι πλείστες κατευθυντήριες οδηγίες σε ένα ευρύ φάσμα παθήσεων ανά την υφήλιο συστήνουν τη μεσογειακή διατροφή (έναντι οποιασδήποτε άλλης διατροφής).

### ΤΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

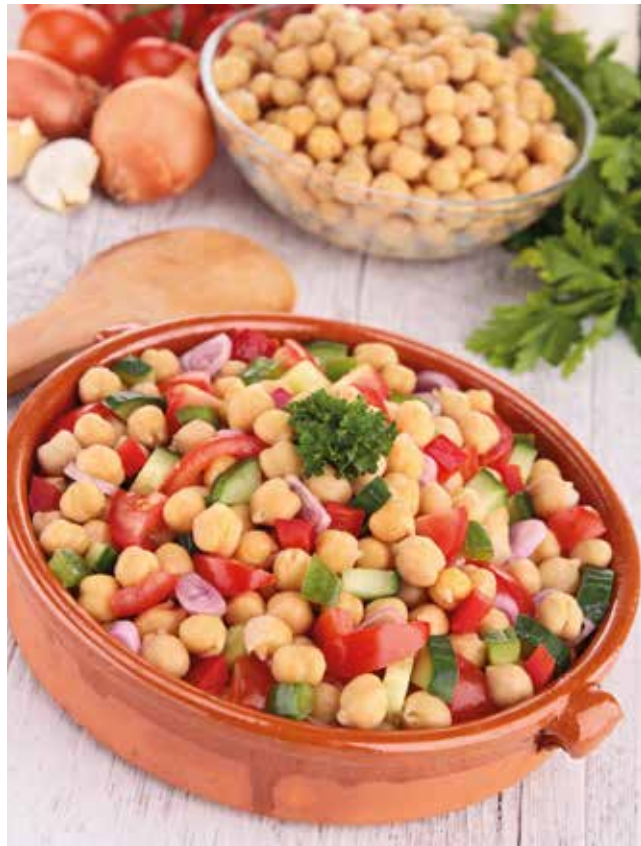
Η μεσογειακή διατροφή έχει σημαντικά και αδιαμφισβήτητα οφέλη στα άτομα με διαβήτη, αλλά και στην πρόληψη αυτού στον υπόλοιπο πληθυσμό. Τα οφέλη αυτά φαίνεται να πολλαπλασιάζονται όταν υιοθετηθεί, παράλληλα, ένας μεσογειακός ή, γενικότερα, ένας υγιής τρόπος ζωής, που συμπεριλαμβάνει την καθημερινή άσκηση, τη διατήρηση υγιούς βάρους και τη διακοπή του καπνίσματος για τους καπνιστές.



## ΤΑ ΚΑΝΑΜΕ... ΡΕΒΙΘΟΣΑΛΑΤΑ

**Η ανοιξιάτικη και υγιεινή σαλάτα γεμίζει το πιάτο χρώματα και τον οργανισμό μας με εξαιρετικά συστατικά.**

Τα ρεβίθια, όπως όλα τα όσπρια, είναι μία από τις καλύτερες πηγές φυτικής πρωτεΐνης υψηλής βιολογικής αξίας, πλούσια σε υδατάνθρακες, φυτικές ίνες, μέταλλα και βιταμίνες. Περιέχουν μαγνήσιο, το οποίο βοηθά στη λειτουργία της καρδιάς, και φυλλικό οξύ, το οποίο μειώνει τα επίπεδα ομοκυστεΐνης στο αίμα, του αμινοξέος που όταν βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα αποτελεί, μεταξύ άλλων, προγνωστικό παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και εγκεφαλικών επεισοδίων. Είναι ιδανική βάση για σαλάτα, καθώς, όταν αναμειγνύονται με λαχανικά ή και ζωικές πρωτεΐνες, αποτελούν ένα πλήρες, χορταστικό και πεντανόστιμο γεύμα.



### Η ΣΥΝΤΑΓΗ ΓΙΑ ΡΕΒΙΘΟΣΑΛΑΤΑ

#### ΥΛΙΚΑ

- ▶ 1/2 κιλό ρεβίθια, κατά προτίμηση βιολογικής καλλιέργειας
- ▶ Τοματίνια cherry ή «βελανίδια» (εναλλακτικά, τομάτα κομμένη σε κύβους)
- ▶ 1 μικρό αγγούρι κομμένο σε ροδέλες
- ▶ 1 φρέσκο κρεμμυδάκι
- ▶ 1/2 ξερό κρεμμύδι
- ▶ Λίγος μαϊντανός
- ▶ 1-2 πιπεριές Φλωρίνης
- ▶ 1-2 κουταλιές λάδι
- ▶ Λεμόνι
- ▶ Αλάτι, πιπέρι

#### Προαιρετικά

1 φέτα χαλούμι ψημένο και κομμένο σε κύβους

#### ΕΚΤΕΛΕΣΗ

Βάζετε αποβραδής τα ρεβίθια στο νερό. Την επόμενη ημέρα τα βράζετε και τα αφήνετε να κρυώσουν και να φτάσουν στη θερμοκρασία περιβάλλοντος. Τα βάζετε σε ένα βαθύ μπολ και προσθέτετε τα υπόλοιπα υλικά: τα τοματίνια κομμένα στη μέση ή, εναλλακτικά, την τομάτα κομμένη σε κύβους, το αγγούρι, το φρέσκο και το ξερό κρεμμύδι και τον μαϊντανό, όλα ψιλοκομμένα, και τις πιπεριές Φλωρίνης, κομμένες σε μικρά κομμάτια. Αλατοπιπερώνετε, προσθέτετε λάδι και λεμόνι, ανακατεύετε καλά, και η σαλάτα σας είναι έτοιμη, και αν θέλετε και... σαρακοσιανή. Αν προσθέσετε χαλούμι, θα πρέπει να το έχετε προηγουμένως τηγανίσει σε αντικολητικό τηγάνι.

*Καλή όρεξη!*

# Ημερολόγιο καταστρώματος

Στο τέλος του ταξιδιού, σταχυολογούμε κάποιες μικρές και χρήσιμες πληροφορίες για τον διαβήτη και το περιοδικό του...

( *περίπου* 120-200 μ.Χ. ) Ο Αρεταίος, ο μεγάλος Έλληνας γιατρός της αρχαιότητας, είναι ο πρώτος που ονομάζει τη νόσο «διαβήτη». Ο Αρεταίος δίνει στη νόσο το όνομα «**διαβήτης**» από το ρήμα *διαβαίνω*.

66

## 463.000.000

ενήλικες (20-79 ετών) στον πλανήτη δίνουν τη καθημερινή τους μάχη με τον διαβήτη, σύμφωνα με τη **Διεθνή Ομοσπονδία Διαβήτη** (IDF – International Diabetes Federation).

## 92.000

άτομα περίπου νοσούν **στην Κύπρο** από σακχαρώδη διαβήτη, με βάση τα στοιχεία της Διεθνούς Ομοσπονδίας Διαβήτη (IDF – International Diabetes Federation) **για το 2020**.

**99** χρόνια πριν, ο **Leonard Thompson** γίνεται ο πρώτος άνθρωπος στον κόσμο που **λαμβάνει ένεση ινσουλίνης**, ως θεραπεία για την αντιμετώπιση του διαβητή τύπου 1, στα **14 του χρόνια**.

Σε χειρόγραφο της αρχαίας Αιγύπτου, που χρονολογείται από το **1500 π.Χ.** και σήμερα είναι γνωστό ως «**Πάπυρος Ebers**», έχουμε την πρώτη περιγραφή του διαβήτη ως «**νόσου φθοράς**».

## Η REMEDICA ΕΙΝΑΙ Ο «ΧΡΥΣΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ» ΓΙΑ ΤΟ 2020



Για **3η συνεχόμενη χρονιά**, η φαρμακευτική βιομηχανία Remedica έλαβε το χρυσό βραβείο «**Χρυσός Προστάτης του Περιβάλλοντος 2020**», στο πλαίσιο των Παγκύπριων Περιβαλλοντικών Βραβείων για Οργανισμούς και Επιχειρήσεις, που διοργανώνει το Κυπριακό Κέντρο Περιβαλλοντικής Έρευνας και Εκπαίδευσης (ΚΥ.Κ.Π.Ε.Ε.). Η διάκριση αυτή είναι ιδιαίτερα τιμητική, καθώς η Remedica επιλέχθηκε ανάμεσα σε δεκάδες εταιρείες και οργανισμούς, επιβεβαιώνοντας ότι η προστασία του περιβάλλοντος αποτελεί σταθερή της δέσμευση. Η διάκριση αυτή επιβραβεύει τη συλλογική προσπάθεια της Remedica και ανήκει σε όλους εκείνους που εργάζονται προς αυτήν την κατεύθυνση.

**Contour**  
Evolving with you

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

Νέος

Εμπιστευτείτε την:

- **Υψηλή του ακρίβεια<sup>2</sup>** σε συνδυασμό με τις ταινίες μέτρησης CONTOUR®NEXT
- **Λειτουργία smartLIGHT®** για ευκολότερη κατανόηση των επιπέδων γλυκόζης αίματος<sup>1</sup>
- **Λειτουργία Second-Chance® sampling 60 δευτερολέπτων**, που μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή επιπλέον τρυπημάτων και στην εξοικονόμηση ταινιών μέτρησης<sup>3</sup>
- **Δωρεάν εφαρμογή CONTOUR®DIABETES** που σχετίζεται με βελτιωμένο γλυκαιμικό έλεγχο<sup>4,5</sup>

[www.diabetes.ascensia.gr](http://www.diabetes.ascensia.gr)



\*Η λειτουργία smartLIGHT® προσφέρει ευκολότερη κατανόηση των αποτελεσμάτων γλυκόζης αίματος.<sup>1</sup> Η εφαρμογή διευκολύνει μια πιο ενεργή συμμετοχή στην αυτο-διαχείριση του διαβήτη.<sup>4,5</sup> Η αντίστροφη μέτρηση 60 δευτερολέπτων (για την προσθήκη περισσότερου αίματος) καθιστά ευκολότερο να γνωρίζεις ο χρήστης πότε η ταινία δεν έχει αρκετό αίμα.<sup>2</sup>

**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: Φεβρουάριος 2021 Κωδικός: G.CY.02.2021.PP-CN-Mtr-GBL-0016

ΔΙΑΝΟΜΕΑ  
**NOVAGEM**

**ASCENSIA**  
Diabetes Care

# DUOMAX

ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗ 500mg ΙΒΟΥΠΡΟΦΑΙΝΗ 150mg

ΝΕΑ  
ΜΟΝΑΔΙΚΗ  
ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ\*



## ΔΙΠΛΗ ΔΡΑΣΗ

## ΜΑΧ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ

Συμβουλευτείτε τον ιατρό ή τον φαρμακοποιό σας. \*Medochemie data on file.



**+32%**  
32% ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ  
ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΙΝΟ\*



**ΤΑΧΥΤΕΡΗ ΔΡΑΣΗ**  
ΑΠΟ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ\*



**ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΟ ΚΑΙ**  
**ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΣ\***

**MLC**  
MEDOCHEMIE