

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΓΙΑ ΤΟ
ΔΙΑΒΗΤΗ
ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ
ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ
ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΓΙΑ ΤΟ **ΔΙΑΒΗΤΗ**
ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ
ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ
ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ

Καλωσορίσατε

στο Ευρωπαϊκό Συνέδριο για το Διαβήτη,
την Παχυσαρκία και τις Ασθένειες
του Μεταβολισμού, 2008

Ο Εκπαιδευτικός Οργανισμός Europeria Hellas, στα πλαίσια της δράσης Diabetes Hellas και σε συνεργασία με το Σύλλογο Διαβητικών Κρήτης, διοργανώνουν διήμερο Ευρωπαϊκό Συνέδριο για το σακχαρώδη διαβήτη, την παχυσαρκία και τις συναφείς διαταραχές του μεταβολισμού, το Σάββατο 28 και την Κυριακή 29 Ιουνίου 2008 στο Κέντρο Αρχιτεκτονικής της Μεσογείου (Κ.Α.Μ. - Μεγάλο Αρσενάλι – Παλιό Λιμάνι) στα Χανιά.

Το Συνέδριο αυτό, απευθύνεται σε όλους όσους ενδιαφέρονται για το Σακχαρώδη Διαβήτη και την αντιμετώπισή του, τόσο από τη σκοπιά του ιατρού όσο και από τη σκοπιά του ασθενούς. Ειδικοί επιστήμονες θα παρευρεθούν και θα εκθέσουν τις απόψεις τους, με ειδικές αναφορές σε ζητήματα όπως η ενημέρωση και η εκπαίδευση του ασθενούς, η σημασία της Κρητικής Διατροφής και η συμβολή της Ψυχολογίας της Υγείας στην αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη.

Το συνέδριο διοργανώνεται με την έγκριση του Ε.Ο.Φ., με την υποστήριξη του Clore Laboratory του Πανεπιστημίου Buckingham της Μ. Βρετανίας και πραγματοποιείται υπό την αιγίδα του Ιατρικού Συλλόγου Χανίων και της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Χανίων.



Bayer HealthCare
Diabetes Care Division

Diabetes Hellas.....	6
Σύλλογος Διαβητικών Κρήτης.....	9
Πηνελόπη Ι. Ντουντουλάκη	11
Σακχαρώδης Διαβήτης: Η Οδύσσεια της Αναγνώρισης και Αποδοχής.....	12
Μαριάννα Μπενρουμπή	13
Μύθοι – Προκαταλήψεις και Μισές Αλήθειες για τον Διαβήτη.....	14
Δημήτριος Χατζηδάκης	17
Ο Οστικός Μεταβολισμός στο Σακχαρώδη Διαβήτη.....	19
Αντώνιος Καφάτος	21
Μεσογειακή Διατροφή της Κρήτης στην Πρωτογενή και Δευτερογενή Πρόληψη του Σακχαρώδους Διαβήτη Τύπου 2.....	22
Χαράλαμπος Μπατάκης	23
Σακχαρώδης Διαβήτης, το Φάσμα των Κλινικών Εκδηλώσεων στην Μαιευτική – Γυναικολογία.....	24
Αθανάσιος Ι. Κοφίνης	25
Στυτική Δυσλειτουργία στο Σακχαρώδη Διαβήτη.....	27
Εμμανουήλ Αλιφιεράκης	29
Η Σημασία της Κρητικής Διατροφής στις Καρδιαγγειακές Επιπλοκές των Μεταβολικών Νοσημάτων.....	30
Έλια Κυριακουλάκη	31
Διαβήτης και Ψυχική Υγεία.....	33
Διαβήτης και Παιδί: Ψυχολογικές Επιπτώσεις και Τρόποι Χειρισμού.....	34
Ευαγγελία Κόρακα	35
Παχυσαρκία και Διατροφή.....	37
Μιχαήλ Α. Μπούκης	38
Παχυσαρκία: Επιπτώσεις – Ορμονικές Διαταραχές – Φαρμακευτική Αντιμετώπιση.....	39
Παναγιώτης Ταβουλάρης	41
Διαβητικό Πόδι.....	43
Γεώργιος Μενιουδάκης	45
Διαβήτης και Νεφρά.....	47
Μαρία Παπατζανάκη - Μαθιουλάκη	48
Σακχαρώδης Διαβήτης και Οφθαλμός.....	49
Αγγελική Λαϊνά - Μονιάκη	50
Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Κύπρου.....	51
Θάλια Χασιώτη	52
Η Αντιμετώπιση του Διαβητικού Ασθενή κατά την Οδοντιατρική Πράξη.....	53

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σάββατο 28 Ιουνίου 2008

14.00 – 14.30 Χαιρετισμοί Επισήμων

14.30 – 15.00 **Ντουντουλάκη Πινελόπη**

«Σακχαρώδης Διαβήτης - Η Οδύσσεια της Αναγνώρισης και Αποδοχής»

15.00 – 15.30 **Μπενρουμπή Μαριάννα**

«Μύθοι – Προκαταλήψεις και Μισές Αλήθειες για το Διαβήτη»

15.30 – 16.00 **Χατζηδάκης Δημήτριος**

«Ο Οστικός Μεταβολισμός στον Σακχαρώδη Διαβήτη»

16.00 – 16.30 **Καφάτος Αντώνιος**

«Μεσογειακή Διατροφή της Κρήτης στην Πρωτογενή και Δευτερογενή Πρόληψη του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2»

16.30 – 17.00 **Μπατάκης Χαράλαμπος**

«Σακχαρώδης Διαβήτης, το Φάσμα των Κλινικών Εκδηλώσεων στην Μαιευτική – Γυναικολογία»

17.00 – 17.30 **Διάλειμμα**

17.30 – 18.00 **Κοφίνης Αθανάσιος**

«Στυτική Λειτουργία στο Σακχαρώδη Διαβήτη»

18.00 – 18.30 **Αλιφιεράκης Εμμανουήλ**

«Κρητική Διατροφή Απέναντι στις Καρδιαγγειακές Επιπλοκές των Μεταβολικών Νοσημάτων»

18.30 – 19.00 **Κυριακουλάκη Έλια**

«Διαβήτης και Ψυχική Υγεία»

19.00 - **Λήξη 1ης Ημέρας - Συζήτηση**

Κυριακή 29 Ιουνίου 2008

- 14.00 - 14.30 Κόρακα Ευαγγελία**
«Παχυσαρκία και Διατροφή»
- 14.30 - 15.00 Μπούκης Μιχαήλ**
«Παχυσαρκία: Επιπτώσεις - Ορμονικές Διαταραχές -
Φαρμακευτική Αντιμετώπιση»
- 15.00 - 15.30 Ταβουλάρης Παναγιώτης**
«Διαβητικό Πόδι»
- 15.30 - 16.00 Μενιουδάκης Γεώργιος**
«Διαβήτης και Νεφρά»
- 16.00 - 16.30 Παπατζανάκη Μαρία**
«Σακχαρώδης Διαβήτης και Οφθαλμός»
- 16.30 - 17.00 Λαϊνά - Μονιάκη Αγγελική**
«Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης»
- 17.00 - 17.30 Διάλειμμα**
- 17.30 - 18.00 Χασιώτη Θάλεια**
«Η Αντιμετώπιση του Διαβητικού Ασθενή κατά την Οδοντιατρική Πράξη»
- 18.00 - 18.30 Κυριακουλάκη Έλια**
«Διαβήτης και Παιδί: Ψυχολογικές Επιπτώσεις και Τρόποι Χειρισμού»
- 18.30 - Λήξη συνεδρίου - Συζήτηση - Συμπεράσματα**

Diabetes Hellas

O Diabetes Hellas φιλοδοξεί στο να γίνει η μεγαλύτερη μη κερδοσκοπική οργάνωση στην Ελλάδα που εργάζεται για τους ανθρώπους που πάσχουν από διαβήτη, για την χρηματοδότηση της έρευνας, την εκστρατεία ενημέρωσης και τη βοήθεια προς τους διαβητικούς ανθρώπους. Φιλοδοξούμε στο να εντάξουμε όσο πιο πολλά μέλη και στο να εργαστούμε εποικοδομητικά για τους ανθρώπους με διαβήτη, τους φροντιστές τους, τις οικογένειες και τους φίλους τους. Αντιπροσωπεύουμε τα συμφέροντα των ανθρώπων αυτών και επιδιώκουμε στη συμβολή της κυβέρνησης και όλων των ενδιαφερόμενων φορέων για την καλύτερη ποιότητα της ζωής όσων επηρεάζονται από τη νόσο. Υπόστηρίζουμε την έρευνα για καλύτερη θεραπεία και ελπίζουμε ότι η συμβολή μας αυτή θα οδηγήσει τελικά στην εύρεση της ίασης. Η αποστολή μας είναι να βελτιώσουμε τις ζωές των ανθρώπων με διαβήτη και να εργαστούμε προς ένα μέλλον χωρίς τη νόσο. Παρέχουμε πρακτικές πληροφορίες και ασφαλείς - ξεκάθαρους υπηρεσίες για να βοηθήσουμε τους ανθρώπους αυτούς να διαχειριστούν το διαβήτη τους καλύτερα.

Οραματιζόμαστε:

- ▶ Την απελευθέρωση των ανθρώπων από τους περιορισμούς του διαβήτη
- ▶ Υψηλότερη και ποιοτικότερη περίθαλψη καθώς και πληροφόρηση για όλους
- ▶ Ένα τέλος στη διάκριση και την άγνοια
- ▶ Καθολική κατανόηση του διαβήτη και του Diabetes Hellas
- ▶ Ένα κόσμο χωρίς διαβήτη

Οι προτεραιότητές μας είναι:

- ▶ Τα συμφέροντα των ανθρώπων με διαβήτη
- ▶ Να είναι ο Diabetes Hellas η καλύτερη πηγή πληροφοριών για το διαβήτη στην Ελλάδα
- ▶ Να εργαζόμαστε σε συνεργασία με όλους εκείνους που σχετίζονται με το διαβήτη
- ▶ Να ενισχύουμε τους ανθρώπους που πάσχουν από τη νόσο
- ▶ Να είμαστε ανοικτοί, ηθικοί, τίμιοι και υπεύθυνοι
- ▶ Να αναγνωρίζουμε και να σεβόμαστε την αξία και την ποικιλομορφία όλων
- ▶ Να εκτιμούμε τις δεξιότητες, την πείρα και τις υποχρεώσεις του προσωπικού και των εθελοντών μας

Πιστεύουμε πως τρεις κεντρικοί τομείς εργασίας θα μας επιτρέψουν να επιτύχουμε στην αποστολή μας:

Εκστρατεία

Εργαζόμαστε για την ανάπτυξη ισχυρών πολιτικών και ιδεών για να επηρεάσουμε την κυβέρνηση και το Εθνικό Σύστημα Υγείας στο να επιτύχουμε όλη την απαιτούμενη προσοχή που οι άνθρωποι με διαβήτη αξίζουν. Δουλεύουμε σκληρά για να βελτιώσουμε τη διάδοση της πληροφορίας σχετικά με το διαβήτη και των ζητημάτων που έχουν επιπτώσεις στους πάσχοντες ανθρώπους. Ενισχύουμε το διάλογο και κατ' επέκταση τη σχέση των ανθρώπων που εργάζονται στο χώρο της υγείας, τους ανθρώπους με διαβήτη και τους ανθρώπους τους, καθώς και το γενικότερο κοινό.

Διάδοση της πληροφορίας

Ο Diabetes Hellas παρέχει υψηλής ποιότητας πληροφορίες στους πάσχοντες ανθρώπους από διαβήτη και όλους τους ενδιαφερόμενους, μέσω φυλλαδίων, εκδόσεων αλλά και το διαδίκτυο. Δημιουργούμε το Diabetes Careline, μίας υπηρεσίας τηλεφωνικής υποστήριξης που επανδρώνεται από εκπαιδευμένους επιστημονικούς συμβούλους (Διαβητολόγους, Διαιτολόγους, Ψυχολόγους, Κοινωνιολόγους, κ.α.).

Έρευνα

Ο Diabetes Hellas επιδιώκει να χρηματοδοτεί την έρευνα σε βασικό και κλινικό επίπεδο αλλά και στα ζητήματα που γενικότερα βελτιώνουν τη ζωή των ανθρώπων με διαβήτη. Κάνουμε εκστρατεία στο να εγκριθούν περισσότερα κρατικά κεφάλαια για έρευνα. Επιδιώκουμε τη συνεργασία με ακαδημαϊκά και ερευνητικά ιδρύματα στην Ελλάδα και το εξωτερικό.

Οι μέχρι τώρα εμπειρίες απεικονίζουν πως είναι πολύ σημαντική η εκστρατεία για τη βελτίωση των παροχών στους ανθρώπους με διαβήτη, για την αφαίρεση της μεροληπτικής νομοθεσίας, για τη χρηματοδότηση πολλών επιτυχών ερευνητικών προγραμμάτων και την παροχή των πληροφοριών και της υποστήριξης στις εκατοντάδες χιλιάδες εκείνων που ζουν με το διαβήτη αλλά και όσων εργάζονται για ένα καλύτερο αύριο χωρίς τη νόσο.

Εντούτοις, η Ελλάδα είναι πολύ πίσω ακόμα, άρα πρέπει να αναπτυχθούμε και να ανταπο-



κριθούμε στο συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Για να ανταποκριθούμε σε αυτές τις αλλαγές έχουμε αναπτύξει μια στρατηγική που απεικονίζει την ανάγκη στο να εκμεταλλευθούμε τις ευκαιρίες, που παρουσιάζονται τώρα στο διαβήτη.

Η νέα στρατηγική τονίζει την ανάγκη να στηριχθεί:

- ▶ από ανθρώπους σε τοπικό επίπεδο
- ▶ από ανθρώπους σε εθνικό επίπεδο
- ▶ από την εφαρμογή των πολιτικών ιδεών.

Έχουμε τρεις προτεραιότητες:

- ▶ Τη βελτίωση της περίθαλψης και της διαβίωσης των ανθρώπων με διαβήτη
- ▶ Την έρευνα για τώρα και για το μέλλον
- ▶ Την αποτελεσματική παραγωγή και χρήση των πόρων μας.

Για να υλοποιηθούν τα παραπάνω, πρέπει:

- ▶ να εργαζόμαστε στενά με εκείνους που παρέχουν υπηρεσίες σε τοπικό και εθνικό επίπεδο
- ▶ να βοηθάμε στην ανάπτυξη των περιφερειακών δικτύων εθελοντών με τα περιφερειακά γραφεία
- ▶ να εξασφαλίσουμε ότι οι ενέργειες και οι αποφάσεις μας διαμορφώνονται και παραδίδονται σε τοπικό αλλά και εθνικό επίπεδο (παντού αν είναι δυνατόν)
- ▶ οι υπηρεσίες μας να είναι αποτελεσματικές και να προσεγγίζουν ολοένα και περισσότερους ανθρώπους με διαβήτη καθώς και όλους αυτούς που εργάζονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.
- ▶ να δίνουμε μεγαλύτερη έμφαση στα πρόσφατα επιτεύγματα και να δίνουμε την πληροφορία σε όλες τις κοινωνικές ομάδες
- ▶ να εργαζόμαστε για να εξασφαλίσουμε ότι η έρευνα που χρηματοδοτούμε τίθεται σε εφαρμογή.

Με το να κάνουμε τα παραπάνω θα εξασφαλίσουμε ότι συνεχίζουμε να βελτιώνουμε τις ζωές εκείνων που ζουν με διαβήτη. Θα δούμε περισσότερους ανθρώπους να εντοπίζουν νωρίτερα το πρόβλημα, ενώ λαμβάνοντας υπόψη την παροχή και τη διάδοση από το Diabetes Hellas των σωστών πληροφοριών παράλληλα με την ασφαλή και με πρωτόκολλο υποστήριξη, οι άνθρωποι αυτοί θα είναι ικανοί να ελέγξουν το διαβήτη τους καλύτερα. Η βοήθεια αυτή συμβάλει στην αποτροπή της ανάπτυξης των δυσάρεστων επιπλοκών υγείας που προκαλεί ο διαβήτης. Και ενδεχομένως να δούμε τελικά την ίαση.

Σύλλογος Διαβητικών Κρήτης

Ο σύλλογος διαβητικών Κρήτης ιδρύθηκε στις 14 Σεπτεμβρίου του 1994 με έδρα το Πέραμα Ρεθύμνης. Είναι μη κερδοσκοπικός και αριθμεί γύρω στα 1200 μέλη.

Ο σύλλογος διαβητικών Κρήτης συγκαταλέγεται μεταξύ των πρώτων συλλόγων που ίδρυσαν την ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ (Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγου Σωματίων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη), στην οποία ο Κρητικός σύλλογος συμμετέχει στο Διοικητικό συμβούλιο και στην εξελεγκτική επιτροπή. Απ' αυτή την σκοπιά είναι ένας ιστορικός σύλλογος αλλά παράλληλα και παγκρήτια ενεργός.

Στόχοι του συλλόγου, αποτελούν η ενημέρωση, η συζήτηση, η διεκδίκηση των δικαιωμάτων και η επίλυση των προβλημάτων που απασχολούν τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Η αναγνώριση της χρονιότητας της νόσου αλλά και η μείωση του ποσοστού συμμετοχής των ασφαλισμένων στις δαπάνες αγοράς φαρμάκων και αναλώσιμων υλικών, είναι κάποιοι απ' τους στόχους του συλλόγου της Κρήτης. Επίσης φιλοδοξία του συλλόγου μέσα απ' την διοργάνωση ενημερωτικών εκδηλώσεων αλλά και με την συμμετοχή σε ειδικές επιστημονικές εκδηλώσεις, είναι η προσέγγιση του συνόλου των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη που υπάρχουν στην Κρήτη καθώς και τις οικογένειες τους, ώστε μέσα από την ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών, η δράση του συλλόγου να γίνει ακόμα πιο αποτελεσματική.

Στην Ελλάδα οι πάσχοντες από διαβήτη φτάνουν περίπου το 1.000.000. Σε αυτούς πρέπει να προστεθούν άλλα 400.000 άτομα που πάσχουν από διαβήτη αλλά δεν το γνωρίζουν. Όμως το χρόνιο αυτό πρόβλημα μπορεί να έχει σοβαρό αντίκτυπο στην υγεία, γι' αυτό και είναι σημαντικό να γνωρίζουμε σε ποιους κινδύνους εκτίθεται ο διαβητικός και πώς πρέπει να φροντίζει την υγεία του. Οι ακριβείς αιτίες που προκαλούν τον σακχαρώδη διαβήτη συνεχίζουν να παραμένουν ένα μυστήριο για τους επιστήμονες, αν και φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο για τη δημιουργία του, τόσο οι γενετικοί, όσο και οι περιβαλλοντικοί λόγοι, όπως η παχυσαρκία και η έλλειψη εξάσκησης.



Υπολογίζεται, ότι σήμερα το 6,3% του πληθυσμού της γης πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Σε περίπου 13 εκατομμύρια άτομα από αυτούς ο σακχαρώδης διαβήτης έχει διαγνωστεί, ενώ περίπου 5,2 εκατομμύρια άτομα (δηλαδή το 1/3 από το τελικό ποσοστό) δε γνωρίζουν ότι έχουν την πάθηση. Για να εξακριβώσει κάποιος αν έχει διαβήτη ή αν είναι επιρρεπής σε αυτόν, υπάρχουν ειδικές αιματολογικές εξετάσεις, οι οποίες γίνονται εύκολα και γρήγορα και μπορούν να προσφέρουν πρόληψη και σωστή αντιμετώπιση της κατάστασης. Οι άνθρωποι που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη κινδυνεύουν να εμφανίσουν μακροχρόνιες επιπλοκές αν δεν ρυθμίζουν καλά τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα τους. Όσο καλύτερα ρυθμίζονται τα επίπεδα της γλυκόζης, τόσο λιγότερες πιθανότητες υπάρχουν στο να αναπτυχθούν μακροχρόνιες επιπλοκές.

Σήμερα, που ο τρόπος ζωής μας έχει αλλάξει και που βοηθά στο να τείνει ο σακχαρώδης διαβήτης να προσλάβει επιδημικό χαρακτήρα, με ιδιαίτερα μεγάλη επίπτωση στην παιδική και εφηβική ηλικία, καθιστά προφανές όσο ποτέ άλλοτε, τη σημασία και την προσφορά του συλλόγου Διαβητικών Κρήτης στο κοινωνικό σύνολο του νησιού.

Το διοικητικό συμβούλιο απαρτίζεται από τα παρακάτω μέλη:

Πρόεδρος	Σγουρού Μαρία
Αντιπρόεδρος Α΄	Σουβαρής Ελευθέριος
Αντιπρόεδρος Β΄	Κυριαννάκης Εμμανουήλ
Γενικός Γραμματέας	Κελαϊδής Παναγιώτης
Ταμίας	Χουδαλάκη Ευαγγελία
Δημόσιες Σχέσεις	Καζύλας Μιχαήλ
Έφορος	Τζίτζικα Αριάδνη
Ειδικός Γραμματέας	Σκαλίδη Αργυρώ
Μέλος	Μουντράκης Γεώργιος

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ **Πηνελόπη Ι. Ντουντουλάκη**

Ιατρός - Ποιήτρια - Συγγραφέας

Γεννήθηκε, ζει και εργάζεται στα Χανιά της Κρήτης. Σπούδασε ιατρική στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και αποφοίτησε με βαθμό πτυχίου «Άριστα».

Ακολούθησε την ειδικότητα της Παθολογίας και έλαβε τίτλο Διδάκτορος του Πανεπιστημίου Αθηνών με «Άριστα». Υπηρέτησε, ως νοσοκομειακή ιατρός, σε όλες τις βαθμίδες της επιστημονικής ιεραρχίας, στο Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Χανίων. Μετεκπαιδεύτηκε στο σακχαρώδη διαβήτη στη Μονάδα Διαβήτη και Μεταβολισμού του Πανεπιστημίου Newcastle Upon Tyne της Αγγλίας κοντά στον καθηγητή G. Alberti.

Το 1991 παραιτήθηκε από τη θέση της διευθύντριας της Β' Παθολογικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων και έκτοτε εργάζεται σε ιδιωτική βάση, ασχολούμενη κατά κύριο λόγο με το διαβήτη. Στα πλαίσια αυτά έχει πραγματοποιήσει αναρίθμητες ομιλίες σχετικά με το σακχαρώδη διαβήτη τόσο στην πόλη των Χανίων όσο και στην περιφέρεια του νομού.

Η Πηνελόπη Ντουντουλάκη διατέλεσε μέλος του Διοικητικού Συλλόγου του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων, Δημοτική Σύμβουλος και αντιπρόεδρος του Δημοτικού Συμβουλίου Χανίων, Νομαρχιακή σύμβουλος και Αντινομάρχης Χανίων. Σήμερα είναι νομαρχιακή σύμβουλος και μέλος της Επιτροπής Κοινωνικών Θεμάτων της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Χανίων. Παράλληλα με την Ιατρική έχει ασχοληθεί με την ποίηση, την λαογραφία και την ιστοριογραφία. Είκοσι από τα έργα της έχουν πάρει το σχήμα βιβλίου. Έχει τιμηθεί με παγκρήτια, πανελλήνια και διεθνή λογοτεχνικά βραβεία για το ποιητικό της έργο. Έχει επίσης βραβευθεί από το Δήμο Χανίων για την προσφορά της στην πνευματική ζωή του τόπου.

Είναι μέλος της Επιτροπής Βιοηθικής της Αρχιεπισκοπής Κρήτης και τακτική συνεργάτης του ραδιοφωνικού σταθμού «Μαρτυρία» της Ιεράς Μητροπόλεως Κυδωνίας και Αποκορώνου.

Σακχαρώδης Διαβήτης: **Η Οδύσσεια της Αναγνώρισης και Αποδοχής** **Πηνελόπη Ι. Ντουντουλάκη**

Θεωρείται δεδομένο, και εν μέρει είναι σωστό, ότι η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη σηματοδοτεί μια καταλυτική ανατροπή. Τη διάγνωση από πλευράς του ιατρού πρέπει να ακολουθήσει η αναγνώριση και αποδοχή από πλευράς του ασθενούς. Αυτό, σε αρκετές περιπτώσεις, προαναγγέλλει μια πραγματική οδύσσεια και για τις δύο πλευρές. Ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με ένα πλέγμα προκαταλήψεων το οποίο καταδικάζει, αφορίζει ή στιγματίζει τη νόσο ακριβώς εξαιτίας μια χρόνιας άγνοιας ή παραπληροφόρησης. Ο ίδιος συχνά προσπαθεί να αποτινάξει απρόσκλητες ιδέες ενοχής ή κατωτερότητας. Αισθάνεται ότι, για κάποιους λόγους αποκόπτεται από το κοινωνικό σύνολο. Ενδέχεται, μάλιστα, να αυτοπεριθωριοποιηθεί.

Η πρόκληση είναι μεγάλη για το γιατρό, ο οποίος καλείται να ανασύρει και να καλλιεργήσει το χάρισμα του καλού ακροατή. Οφείλει να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την άρνηση αναγνώρισης και, κατά συνέχεια, την άρνηση αποδοχής από πλευράς του ασθενούς. Προϋπόθεση είναι μία περισσότερο «συμπαθητική» προσέγγιση, προσέγγιση που δεν θα φείδεται χρόνου και κόπου. Ο γιατρός έχει την υποχρέωση να επισημάνει την αναγκαιότητα αλλαγών στον τρόπο ζωής του ασθενούς, να ενημερώσει για τους κινδύνους από την πλημμελή ρύθμιση των τιμών σακχάρου αίματος. Παράλληλα, όμως, έχει τη δυνατότητα να επισημάνει τα συνολικά πλεονεκτήματα που θα προκύψουν από αυτές τις αλλαγές αλλά και να επεξεργαστεί προτάσεις που θα διευκολύνουν την προσαρμογή στα νέα δεδομένα.

Ο νεοδιαγνωσμένος διαβητικός απαλλάσσεται από σημαντικό φορτίο άγχους εάν γνωρίζει ότι υπάρχει ανοιχτή γραμμή επικοινωνίας με το θεράποντα ιατρό, πέραν του συμβατικού χρόνου της επίσκεψης στο ιατρείο. Χρειάζεται τη δυνατότητα να μπορεί να υποβάλλει ερωτήματα, που προκύπτουν στην πορεία, σχετικά με τις ενδείξεις από τον έλεγχο των τιμών σακχάρου στο σπίτι, τη διατροφή του, την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής, την ενδεχόμενη δυσανεξία σε φαρμακευτικά σκευάσματα. Χρειάζεται να γνωρίζει ότι μπορεί και πρέπει να ενημερώνει το γιατρό σε κάθε περίπτωση υπογλυκαιμικών επεισοδίων.

Το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον του νεοδιαγνωσμένου διαβητικού καλό είναι να συμμετέχει στις διαδικασίες ενημέρωσης και εκπαίδευσης, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής φαίνεται απρόθυμος να τηρήσει τις οδηγίες διατροφικών συνθηκών και αυτοελέγχου, ή εκεί όπου ο ασθενής δηλώνει κατ' αρχήν αδυναμία να αναλάβει, για παράδειγμα, πρωτοβουλία ως προς τη θεραπευτική αγωγή με ενέσεις ινσουλίνης. Δεν είναι υπερβολή να λεχθεί ότι η στάση των μελών της οικογένειας μπορεί να αποβεί καθοριστική ως προς την αυτάρκεια και αυτοεπιβεβαίωση του ασθενούς. Αυτόνοτο είναι ότι σε κάθε περίπτωση, με ελάχιστες ίσως εξαιρέσεις, το οικογενειακό περιβάλλον οφείλει να βοηθήσει όσο χρειάζεται χωρίς να καταλάβει το χώρο πρωτοβουλίας του. Είναι σημαντικό να κατανοήσουν όλα τα μέλη της οικογένειας ότι ο Διαβήτης μπορεί να γίνει το πέρασμα σε μια ζωή πιο ουσιαστική, πιο αληθινή, σε μια ζωή που δίνει ευκαιρίες και αφορμές για περισσότερο διάλογο και ανθρώπινη επικοινωνία.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Μαριάννα Μπενρουμπή

Υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου

Γ.Ν.ΑΘΗΝΩΝ « ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ »

Γεννήθηκε, μεγάλωσε και ζει στην Αθήνα. Αποφοίτησε από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και μετά τη λήψη της ειδικότητας και το διδακτορικό , πήγε με υποτροφία του Βρετανικού Συμβουλίου, στο King's College Hospital στο Λονδίνο, για μετεκπαίδευση στην Διαβητολογία.

Έχει ασχοληθεί ιδιαίτερα με θέματα εκπαίδευσης και ψυχολογικής υποστήριξης των ατόμων με διαβήτη, καθώς και με την ευαισθητοποίηση των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας σε τρόπους προσέγγισης και εκπαίδευσης των ασθενών με χρόνια νόσημα. Υπήρξε δύο φορές Πρόεδρος της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας. Έχει κάνει πολλές δημοσιεύσεις και ανακοινώσεις σε ελληνικά και διεθνή συνέδρια.

Διετέλεσε μέλος του επιστημονικού συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Μελέτης του Διαβήτη.

Το 2003 , από την θέση της προέδρου της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας, δημιούργησε μαζί με συναδέλφους της την πρώτη Ομάδα Εργασίας, την Ομάδα Μελέτης Θεραπευτικής Εκπαίδευσης.

Εχει οργανώσει και διευθύνει πολλά σεμινάρια που έχουν σαν στόχο την εκπαίδευση εκπαιδευτών, πως δηλαδή οι επαγγελματίες υγείας (γιατροί , διαιτολόγοι, νοσηλευτές) να εκπαιδεύουν τους ασθενείς τους στην σωστή φροντίδα του διαβήτη.

Συμμετέχει σε διεθνείς πολυκεντρικές ερευνητικές μελέτες , τα αποτελέσματα των οποίων έχει ανακοινώσει σε συνέδρια στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.

Από το 1990 διευθύνει το Διαβητολογικό Κέντρο του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών « Πολυκλινική» , όπου έχουν εκπαιδευτεί στον Διαβήτη δεκάδες νέων γιατρών.

Στο Διαβητολογικό Κέντρο, που εκτός των ιατρών , είναι στελεχωμένο και με εκπαιδευτριά- επισκέπτρια και ψυχολόγο , λειτουργεί ειδικό τμήμα μόνο για εφήβους και νέους.

Μύθοι – Προκαταλήψεις και Μισές Αλήθειες για τον Διαβήτη

Μαριάννα Μπενρουμπή

Ο διαβήτης αποτελεί ίσως το κατ' εξοχήν χρόνιο νόσημα γύρω από το οποίο υπάρχουν πολλοί «μύθοι» αρκετές προκαταλήψεις και πολλά που ακούγονται σαν απόλυτα δεδομένα και αποτελούν «μισές αλήθειες». Δηλαδή συμβαίνουν μεν αλλά σε πολύ μικρότερο ποσοστό από αυτό που θεωρεί η πλειοψηφία των ανθρώπων.

Η ύπαρξη αυτών των μύθων, θα μπορούσε να είναι γραφική και ενδιαφέρουσα, αν δεν αποτελούσε, όπως συμβαίνει με τον διαβήτη, ανασταλτικό παράγοντα για την σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος και πολύ συχνά αν δεν ήταν η αιτία σοβαρών λαθών από την μεριά των ασθενών.

Επίκεντρο του διαχρονικά καλού γλυκαιμικού ελέγχου είναι η καλή γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη. Έτσι, προσπαθούμε να εξασφαλίσουμε ότι όλο και περισσότεροι άνθρωποι θα επιτυγχάνουν το στόχο της ADA (<7%) ή της IDF (<6,5%).

Το αποτέλεσμα της μείωσης της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης συνδέεται με στατιστική σημαντικότητα με τη μείωση του κινδύνου για επιπλοκές.

Πολλές σοβαρές επιπλοκές του διαβήτη μπορούν να προληφθούν – αρκεί να γίνεται έγκαιρη διάγνωση, να λαμβάνεται η κατάλληλη θεραπεία, να παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα και να υποστηρίζονται οι ασθενείς στο να ζήσουν μία ολοκληρωμένη ζωή.

-Τέλος νομίζω ότι η μεγαλύτερη προκατάληψη σχετικά με τον διαβήτη, αφορά την θεραπεία με ινσουλίνη!

-Μην αρχίσεις ινσουλίνη γιατί θα την συνηθίσεις, θα σου κάνει κακό και δεν θα μπορείς να την σταματήσεις.

-Προτιμάω να μην τρώω τίποτα παρά να αρχίσω ινσουλίνη

-Μια γνωστή μου τυφλώθηκε μόλις άρχισε ινσουλίνη

-Όσοι κάνουν ένεση πέφτουν σε κώμα από τις υπογλυκαιμίες.

-Αν αυξάνω τις μονάδες για να ρυθμίσω το ζάχαρο μετά δεν θα «με πιάνει» η ινσουλίνη. Αυτές είναι μερικές από τις φράσεις που ακούμε, σαν γιατροί, όταν προτείνουμε στους ασθεν-

νείς μας να αρχίσουν ινσουλίνη, επειδή έχουν εξαντληθεί τα αποθέματα ινσουλίνης στο δικό τους πάγκρεας και δεν ρυθμίζονται πια με χάπια.

Η ινσουλίνη δεν είναι ουσία που προκαλεί εθισμό, με άλλα λόγια που την συννηθίζει ο οργανισμός και δεν μπορεί να κάνει χωρίς αυτήν.

Το γεγονός ότι οι νέοι χρειάζεται να κάνουν καθημερινά και εφόρου ζωής, ινσουλίνη, δεν οφείλεται στο ότι την άρχισαν αλλά στο ότι λείπει εντελώς από τον οργανισμό τους. Έτσι χρειάζεται να δίνεται σε καθημερινή βάση. Το ότι πρέπει να γίνεται με ένεση, πράγμα που παραπέμπει σε ουσίες που προκαλούν εθισμό, οφείλεται στο ότι πρόκειται για αιμοζύ το οποίο δεν μπορούμε να πάρουμε από το στόμα γιατί θα καταστραφεί από τα γαστρικά υγρά.

Είναι πολύ λυπηρό να βλέπει κανείς ανθρώπους που θα μπορούσαν να έχουν μια πολύ καλή ποιότητα ζωής, να παραμένουν με υψηλές τιμές ζαχάρου και να κινδυνεύουν από επιπλοκές λόγω της προκατάληψης που έχουν.

«Αντίσταση» στην ινσουλίνη: ασθενής ή γιατρός;

Η πρόσφατη έρευνα DAWN δείχνει ότι και οι ασθενείς και οι γιατροί μπορούν να έχουν ισχυρές προκαταλήψεις για την ινσουλίνη. Μερικοί γιατροί, παραδείγματος χάριν, παρουσιάζουν την ινσουλίνη στους ασθενείς τους σαν ένδειξη ότι άλλες μορφές αντιμετώπισης διαβήτη έχουν αποτύχει. Ίδου οι λέξεις ενός διαβητολόγου:

«Δεν μου αρέσει καθόλου να ξεκινώ την ινσουλίνη, δεδομένου ότι είναι ένα είδος παράδοσης - δείχνει ότι η προηγούμενη θεραπεία έχει αποτύχει.»

Ένα από τα συμπεράσματα της έρευνας είναι ότι οι γιατροί μπορούν ασυναίσθητα να μεταβιβάσουν στους ασθενείς την απροθυμία τους να ξεκινήσουν την ινσουλίνη. Ένα άλλο είναι ότι οι γιατροί μπορούν μερικές φορές να χρησιμοποιήσουν την ινσουλίνη σαν απειλή ώστε να εκβιάσουν την συμμόρφωση του ασθενούς. Αυτές οι τοποθετήσεις των γιατρών είναι πιθανό να επηρεάσουν τη στάση των ασθενών απέναντι στην ινσουλίνη, ενισχύοντας περαιτέρω τις αρνητικές προκαταλήψεις τους. Μια πρόσφατη διεθνής μελέτη εστίασε σε αυτό το ζήτημα: 253 άτομα, ασθενείς και επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης από τη Γερμανία, τη Γαλλία, την Ιταλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ συμμετείχαν σε μία σειρά συνεντεύξεων και ομάδων συζήτησης.

Τοποθετήσεις Γιατρών

Θεωρούν την έναρξη θεραπείας με ινσουλίνη ως ένδειξη αποτυχίας της θεραπείας. Μεταφέρουν στους ασθενείς τους την απροθυμία τους να τους αρχίσουν θεραπεία με ινσουλίνη.

Κάποιοι γιατροί που απέτυχαν να εξηγήσουν γιατί οι ασθενείς έπρεπε να χάσουν το βάρος χρησιμοποιούν την ινσουλίνη ως απειλή για να επιβάλλουν την συμμόρφωση των ασθενών.

Οι ασθενείς εμφανίζονται στη μελέτη αυτή:

- ▶ Να έχουν φτωχή γνώση του Διαβήτη Τύπου 2
- ▶ Να έχουν λίγη γνώση των συνεπειών του φτωχού γλυκαιμικού ελέγχου
- ▶ Να πιστεύουν ότι ο γιατρός τους απέτυχε να τους δώσει αρκετές πληροφορίες κατά τη διάγνωση
- ▶ Να πληροφορούνται σχετικά με τη θεραπεία του διαβήτη από δικιά τους ανάγνωση, ή από τις ενώσεις διαβητικών.

Οι ασθενείς που παίρνουν αντιδιαβητικά δισκία εμφανίζονται:

- ▶ Να έχουν αρνητική άποψη της θεραπείας με ινσουλίνη
- ▶ Να καθησυχάζονται με τη θέα των συστημάτων χορήγησης ινσουλίνης και από τη θετική εντύπωση από τους ασθενείς που ακολουθούν ήδη θεραπεία με ινσουλίνη.

Φαίνεται λοιπόν ότι όχι μόνο οι ασθενείς αλλά και οι γιατροί μπορεί να έχουν προκαταλήψεις και αντιστάσεις, γύρω από τη θεραπεία με ινσουλίνη.

Μόλις αρχίσουν οι ασθενείς τη θεραπεία με ινσουλίνη, γίνονται θετικότεροι για τα οφέλη της στον τρόπο ζωής και τη γενική τους ευεξία.

Όσοι κάνουν ινσουλίνη ξέρουν καλά ότι με τα νέα συστήματα χορήγησης και τις πολύ μικρές και λεπτές βελόνες, η ένεση είναι τελείως ανώδυνη.

Οι νεώτεροι τύποι ινσουλινών προσφέρουν ένα προφίλ δράσης που μοιάζει πολύ στο φυσιολογικό, δίνουν ευελιξία ως προς τα ωράρια των γευμάτων και μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο επιπλοκών.

Είναι λοιπόν κρίμα να στερούνται τόσο πολλοί ασθενείς, τη θεραπευτική δυνατότητα που τους προσφέρει η ινσουλινοθεραπεία, λόγω προκατάληψης και φόβου.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ **Δημήτριος Χατζηδάκης**

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας-Ενδοκρινολογίας
Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο,
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

Ο κ. ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗΣ είναι αναπληρωτής καθηγητής της Παθολογίας και Ενδοκρινολογίας στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών (Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»).

Ο κ. Χατζηδάκης γεννήθηκε στα Χανιά. Μετά τις σπουδές του στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και την εκπλήρωση των στρατιωτικών του υποχρεώσεων μετέβη στις Η.Π.Α. όπου μετεκπαιδεύτηκε στην Εσωτερική Παθολογία σε Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία (1974-1977). Μεταξύ 1988 και 1990 εργάστηκε στην Ενδοκρινολογική Κλινική του Πανεπιστημίου της Χαϊδελβέργης ως υπότροφος του ιδρύματος Alexander von Humboldt της Γερμανίας. Στο διάστημα αυτό είχε τόσο κλινική όσο και ερευνητική ενσχόληση στο αντικείμενο του Οστικού Μεταβολισμού και στη σχέση του με τον σακχαρώδη διαβήτη. Επιπλέον έχει ασχοληθεί σε επίπεδο κλινικής έρευνας στο πεδίο του σακχαρώδους διαβήτη, των γαστρεντερικών ορμονών και των υποθαλαμικών πεπτιδίων.

Κατέχει τις ειδικότητες της Παθολογίας και Ενδοκρινολογίας (με αναγνώριση από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Ενδοκρινολογίας (2001))

Ακαδημαϊκές θέσεις :

Διδάκτορας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών	1984
Επίκουρος Καθηγητής της ίδιας σχολής	1991
Αναπληρωτής Καθηγητής της ίδιας σχολής	1998

Μέλος επιστημονικών εταιρειών

Ελληνικής Ενδοκρινολογικής
Ελληνικής Μελέτης Μεταβολισμού Οστών
Ελληνικού Ινστιτούτου Οστεοπόρωσης
Ελληνικής Διαβητολογικής
Ελληνικής Αγγειολογικής
Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας
Ελληνικής Μεταμοσχεύσεων
Ευρωπαϊκής Ενδοκρινολογίας
Ευρωπαϊκής Διαβητολογικής
Ευρωπαϊκής Οστίτου Ιστού
Γερμανικής Ενδοκρινολογικής
Γερμανικής Διαβητολογικής

Έχει διατελέσει μέλος του Δ.Σ. της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας και της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Μεταβολισμού Οστών της οποίας και υπήρξε Πρόεδρος για τα έτη 2001 και 2002.

Ο Οστικός Μεταβολισμός στο Σακχαρώδη Διαβήτη **Δημήτριος Ι. Χατζηδάκης**

Η σχέση του οστικού μεταβολισμού και του σακχαρώδη διαβήτη έχει μεγάλο ενδιαφέρον λόγω της κοινωνικοοικονομικής σημασίας χρόνιων νοσημάτων όπως ο διαβήτης και η οστεοπόρωση. Ως οστεοπόρωση ορίζεται η μείωση της οστικής μάζας ενός ατόμου συγκριτικά με φυσιολογικά άτομα (ίδιου φύλου και ηλικίας που συνδυάζεται με διαταραχές στην αρχιτεκτονική. Συνέπεια των παραπάνω είναι η επιρρέπεια του ατόμου στην πρόκληση αυτόματων ή παθολογικών καταγμάτων. Η οστεοπόρωση αφορά όχι μόνο τις γυναίκες (αν και συνηθέστερη σε αυτές) αλλά και τους άνδρες.

Η καθιέρωση μεθόδων προσδιορισμού της οστικής μάζας όπως η απορροφουσιμετρία των φωτονίων έδωσε την δυνατότητα έγκαιρης διαπίστωσης τυχόν οστεοπενίας που αποτελεί προστάδιο της οστεοπόρωσης. Αυτό έχει μεγάλη σημασία δεδομένου ότι ήδη και στο στάδιο της οστεοπενίας η εφαρμογή προφυλακτικής αγωγής για την αποφυγή μετάπτωσης σε οστεοπόρωση είναι περισσότερο από απαραίτητη. Ιδιαίτερα αν συυπάρχουν παράγοντες κινδύνου οστεοπόρωσης όπως η λεπτή σωματική κατασκευή, η κληρονομικότητα, η απουσία επαρκούς σωματικής άσκησης και η μη επαρκής πρόσληψη ασβεστίου. Επιπλέον το κάπνισμα, η κατάχρηση οιοπνευματωδών και η χρήση ορισμένων φαρμάκων όπως και διάφορα νοσήματα συμβάλουν στην πρόκληση οστεοπενίας.

Οστεοπενία μπορεί να απαντά και στους 2 τύπους του διαβήτη. Εκτός από την οστική μάζα στο θέμα οστεοπόρωση υπάρχει και ο παράγοντας κάταγμα που είναι το αποτέλεσμα της μείωσης της οστικής μάζας σε συνδυασμό με την διαταραχή της αρχιτεκτονικής του οστού. Το οστεοπορωτικό κάταγμα λέγεται παθολογικό ή αυτόματο επειδή συμβαίνει χωρίς κάκωση ή μετά από κάκωση ελάχιστου βαθμού. Μερικές εργασίες δείχνουν αυξημένη συχνότητα καταγμάτων σε διαβητικά άτομα. Θα πρέπει να τονιστεί ότι στην περίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη εκτός από την μείωση της οστικής μάζας στην πρόκληση κατάγματος συμβάλουν επιπλοκές που ήδη μπορεί να προυπάρχουν : για παράδειγμα αμφιβληστροειδοπάθεια (με συνέπεια διαταραχές οράσεως) καθώς και συμβάματα από το καρδιαγγειακό σύστημα που λόγω διαταραχών της εγκεφαλικής αιμάτωσης προκαλούν πτώσεις ιδίως στους ηλικιωμένους.

Στο αν η μείωση της οστικής μάζας εξαρτάται από την ποιότητα ρύθμισης του μεταβολισμού των υδατανθράκων αναφέρονται αντικρουόμενα στοιχεία. Οι περισσότερες μελέτες συνηγορούν για απουσία σχέσης μεταξύ ρύθμισης του σακχάρου (όπως διαπιστώνεται με τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης) και συμπεριφοράς της οστικής μάζας. Παρόλα αυτά ο στόχος πρέπει να παραμένει η καλύτερη δυνατή ρύθμιση όπως ισχύει και στην περίπτωση πρόληψης των άλλων επιπλοκών του διαβήτη.

Από πλευράς θεραπευτικής αγωγής στο στάδιο της οστεοπενίας ή της οστεοπόρωσης ισχύουν βασικά οι ίδιες αρχές όπως στα μη διαβητικά άτομα. Βέβαια προκύπτουν ιδιαιτερότητες που έχουν σχέση με τον διαβήτη και οι οποίες πρέπει να τύχουν προσοχής, όπως η λήψη γαλακτοκομικών με χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά, η επαρκής αλλά ταυτόχρονα «με μέτρο» χορήγηση ασβεστίου αν για παράδειγμα υφίσταται αγγειοπάθεια.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ **Αντώνιος Καφάτος**

Παιδίατρος,

Ομότιμος Καθηγητής Προληπτικής Ιατρικής και Διατροφής,

Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ο Αντώνης Γ. Καφάτος γεννήθηκε στο Μοναστηράκι Αμαρίου Ρεθύμνου Κρήτης και σπούδασε Ιατρική στο Πανεπιστήμιο των Αθηνών. Έκανε δύο Masters of Science στη Διατροφή και στην Δημόσια Υγεία στο Πανεπιστήμιο Columbia της Νέας Υόρκης και απέκτησε τον τίτλο της ειδικότητας της Παιδιατρικής στις ΗΠΑ το 1973. Το 1972 ολοκλήρωσε τη διδακτορική του διατριβή στα Πανεπιστήμια του Tennessee και των Αθηνών.

Πέρασε όλες τις ακαδημαϊκές βαθμίδες στο Πανεπιστήμιο του Μαϊάμι (assistant, associate και professor) και το 1985 εξελέγη αναπληρωτής καθηγητής στην Ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης, ενώ το 1993 εξελέγη στην βαθμίδα του καθηγητή.

Είναι μέλος της επιστημονικής επιτροπής του Institute of Food Studies και είναι επίσης ειδικός σύμβουλος για τη διατροφή στους οργανισμούς WHO και FAO. Έχει διατελέσει πρόεδρος της εθνικής επιτροπής για την Αγωγή Υγείας και υπήρξε επί σειρά ετών ο αντιπρόσωπος της Ελλάδας στην Επιτροπή για την προαγωγή της υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα επιστημονικά του ενδιαφέροντα μεταξύ άλλων είναι: μελέτη παραγόντων κινδύνου για χρόνια νοσήματα, αγωγή υγείας σε παιδιά και ενήλικες, πίνακες σύνθεσης ελληνικών τροφίμων και έχει περισσότερες από 150 πρωτότυπες δημοσιεύσεις σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά από τις ΗΠΑ και την Ελλάδα.

Μεσογειακή Διατροφή της Κρήτης στην Πρωτογενή και Δευτερογενή Πρόληψη του Σακχαρώδους Διαβήτη Τύπου 2 Αντώνιος Καφάτος

Η διατροφή ενός ασθενούς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) δεν διαφέρει από εκείνης ενός υγιούς ατόμου, εφόσον είναι μέσα στα πλαίσια του παραδοσιακού ελληνικού τρόπου ζωής. Σύμφωνα με αυτόν τον τρόπο ζωής, η παχυσαρκία δεν υπήρχε στα ελληνικά χωριά μέχρι πριν από λίγες δεκαετίες.

Οι επιδημικές διαστάσεις του ΣΔ2 στις τελευταίες δεκαετίες οφείλονται κυρίως στην ανεπαρκή ή παντελή έλλειψη σωματικής άσκησης και παράλληλα στην χρήση τροφίμων υψηλής ενεργειακής πυκνότητας και χαμηλής περιεκτικότητας σε θρεπτικά συστατικά.

Επιπλέον, το 90% των Ελληνίδων μπετέρων δεν θηλάζουν επαρκώς ή και καθόλου τα μωρά τους. Αποτέλεσμα αυτού είναι η μεγάλη αύξηση βάρους τους και παχυσαρκία από νωρίς, καθώς και ο κίνδυνος για ΣΔ2 και άλλα χρόνια νοσήματα.

Για την αντιμετώπιση της σύγχρονης αυτής επιδημίας απαιτείται καθημερινή μέτρια προς έντονη σωματική άσκηση για 30-60 λεπτά. Επίσης, σημαντικός παράγοντας είναι η καθημερινή διατροφή. Σ' αυτήν πρέπει να περιλαμβάνονται καθημερινά λαχανικά, 4-5 φρούτα, ανάλοιτο ξηροί καρποί. Γενικότερα, τα φαγητά από όλες τις κατηγορίες τροφίμων πρέπει να κατανέμονται σε 3 κύρια και 2 μικρότερα ενδιάμεσα γεύματα.

Οι νηστείες που καθορίζονται από την Ορθόδοξη Εκκλησία συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων, όπως είναι και ο ΣΔ2. Ιδιαίτερα η αποφυγή κρέατος, επεξεργασμένου και μη, για 6 περίπου μήνες το χρόνο ελαττώνει τον κίνδυνο για πολλά χρόνια νοσήματα. Αντίθετα, το αγνό παρθένο ελαιόλαδο ελαττώνει την αρτηριακή πίεση και τον κίνδυνο για πολλά χρόνια νοσήματα. Ωστόσο, η ποσότητα του στην καθημερινή διατροφή πρέπει να είναι ελάχιστη αν το βάρος του σώματος είναι αυξημένο.

Ο παραδοσιακός τρόπος ζωής και διατροφής των Ελλήνων φαίνεται να είναι ο καλύτερος οδηγός για την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη του ΣΔ2.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Χαράλαμπος Μπατάκης

Μαιευτήρας – Χειρουργός Γυναικολόγος

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΧΑΝΙΑ

τ. ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟΥ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ Τμήματος

Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Χανίων .

Δημιουργός και Υπεύθυνος Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού. Ν.Γ.Ν.ΧΑΝΙΩΝ

Εξειδικευμένος στην Εμβρυική Ιατρική και Προγεννητικό έλεγχο στο POLICLINICO

της Ρώμης και στο μαιευτήριο Port-Royal του νοσοκομείου Cochen στο Παρίσι.

Τώρα Ελεύθερος επαγγελματίας

Είμαι:

ΜΕΛΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΙΩΝ

1ο Ειδικός Γραμματέας Δ.Σ. Μαιευτικής-Γυναικολογικής Εταιρίας Κρήτης.1997 & 2001

2ο Μέλος Δ.Σ. του Ελληνικού Ινστιτούτου Αιματολογικών, Αγγειακών και Ανοσολογικών Διαταραχών της Αναπαραγωγής του Ανθρώπου.1997

3ο Μέλος Δ.Σ. Ιατρικού Συλλόγου Χανίων τις περιόδους. 1984-87, 1996-99
και 1999-2002,2002-2005

4ο.Γραμματές Ιατρικού Συλλόγου Χανίων 2005-2008

5ο Αντιπρόσωπος στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο τις περιόδους 96-99
και 99-02 ,2002-2005,2005-2008

5ο Ιδρυτικό μέλος και Πρόεδρος της Εταιρείας Ιατρικών Μελετών Κρήτης που εκδίδει και την πρώτη επιστημονική εφημερίδα στην Κρήτη τα «ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Έχω δημοσιεύσει σειρά εργασιών σε Επιστημονικά Ελληνικά Περιοδικά και έχω συμμετάσχει με ανακοινώσεις επιστημονικών εργασιών σε μεγάλο αριθμό Ελληνικών και Ξένων συνεδρίων,

Σακχαρώδης Διαβήτης, το Φάσμα των Κλινικών Εκδηλώσεων στην Μαιευτική – Γυναικολογία Χαράλαμπος Μπατάκης

Ο σακχαρώδης διαβήτης σε όλες του της μορφές προκύπτει σαν ένας τρόπος μεταβολισμού των υδατανθράκων από τον οργανισμό.

Το γεγονός αυτό έχει ιδιαίτερες επιπτώσεις στην γυναίκα τόσο στην διάρκεια της εφηβείας και της αναπαραγωγικής της ζωής όσο και στην διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Στην διάρκεια της εμμηνόπαυσης οι επιπτώσεις είναι η ίδιες με αυτές του γενικού πληθυσμού.

Πιο συγκεκριμένα νεότερες έρευνες δείχνουν ότι ο σακχαρώδης διαβήτης παίζει σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της παχυσαρκίας, της αρτηριακής υπέρτασης, της ωθηκικής δυσλειτουργίας, της δυσλιπιδαιμίας, του συνδρόμου x, καρδιοαγγειακών νοσημάτων, των καθ' έξι αποβολών, του ενδομητρίου θανάτου του εμβρύου, της μακροσωμίας των εμβρύων ,κ.α.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Αθανάσιος Ι. Κοφίνης

Αναπληρωτής Διευθυντής ΕΣΥ

Β' Παθολογικής κλινικής Παν/μιου Αθηνών

Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Αθηνών 2008

Γενικά

Γεννήθηκε στην Αθήνα το έτος 1943 και απεφοίτησα από το κολέγιο Αθηνών το 1962.

Μετά από εξετάσεις, γράφτηκα στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών το 1962 και πήρα το πτυχίο μου το 1969 με βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ».

Κατά τα χρόνια 1970-1972 υπηρέτησα ως οπλίτης ιατρός σε διάφορες μονάδες του Στρατού Ήερās και μετά το τέλος της στρατιωτικής μου θητείας ορκίσθηκα σαν έφεδρος ανθυπολοχαγός. Τον Δεκέμβριο του 1972 τοποθετήθηκα σαν εσωτερικός βοηθός στη Φυματολογική Κλινική του θεραπευτηρίου φυματιόντων Πατρών "Άγιος Ανδρέας" για εκπλήρωση της υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου όπου και παρέμεινα μέχρι το Μάρτιο του 1974.

Τον Ιούνιο του 1974 τοποθετήθηκα σαν βοηθός για συνέχιση της ειδικότητάς μου στη Β' Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, μέχρι τον Ιούνιο του 1977 που έληξε ο χρόνος ασκήσεώς μου.

Το 1977, μετά από εξετάσεις έλαβα τον τίτλο της ειδικότητας της Παθολογίας. Έκτοτε μέχρι και σήμερα υπηρετώ στην ίδια κλινική, αρχικώς σαν Επιστημονικός συνεργάτης του Διαβητολογικού Κέντρου αυτής, από το 1977 έως το 1991 και από το 1991 μέχρι το 2002 ως Επιμελητής Α' του ΕΣΥ Παθολόγος-Διαβητολόγος. Τέλος το 2002 έλαβα τον τίτλο του Αναπληρωτή Διευθυντή που κατέχω και σήμερα. Από το 2005 υπηρετώ ως υπεύθυνος του Διαβητολογικού Κέντρου.

ΜΕΛΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΚΑΙ ΑΞΙΩΜΑΤΑ

1. Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, Πρόεδρος αυτής το 1997
2. Ευρωπαϊκή Διαβητολογική Εταιρεία (European Association for the Study of Diabetes)
3. Ευρωπαϊκή ομάδα για την Μελέτη της Διατροφής στο Διαβήτη (Diabetes and Nutrition Study Group of the European Association for the Study of Diabetes) 6 χρόνια εκλεγμένο μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου
4. Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία (AD.A) και του Council for Pregnancy.
5. Μεσογειακή ένωση για την μελέτη του Διαβήτη (Mediterranean Group for the Study of Diabetes MGSD)
6. Έχω ανακοινώσει και δημοσιεύσει σε Επιστημονικά Συνέδρια στην Ελλάδα και το εξωτερικό πάνω από 120 εργασίες για διάφορα θέματα κυρίως επιδημιολογικά που αφορούν τον σακχαρώδη διαβήτη. Παράλληλα έχω γράψει πολλά κεφάλαια σχετικά με τον σακχαρώδη διαβήτη σε διάφορα βιβλία.
7. Από το 19/7/1985 είμαι κάτοχος διδακτορικού διπλώματος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών με τον βαθμό "ΑΡΙΣΤΑ".

Είμαι παντρεμένος και πατέρας δύο παιδιών ηλικίας 34 και 27 χρονών

Στυτική Δυσλειτουργία στο Σακχαρώδη Διαβήτη Αθανάσιος Ι. Κοφίνης

Ως δυσλειτουργία της στύσης ορίζεται η ανικανότητα του ατόμου να επιτύχει ή να διατηρήσει την στύση του πέους του για μια ικανοποιητική σεξουαλική επαφή. Η αιτιολογία της δυσλειτουργίας της στύσης στο σακχαρώδη διαβήτη είναι πολυπαραγοντική. Δυνατόν να συνδέεται με τις επιπλοκές της νόσου όπως νευροπάθεια (ιδιαίτερα του αυτόνομου νευρικού συστήματος) και αγγειοπάθεια που μπορεί να αφορά τόσο την προσαγωγό οδό για την αιμάτωση του πέους όσο και το απαγωγό φλεβικό δίκτυο. Επιπλέον είναι δυνατόν να σχετίζεται με την λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων που παίρνει ο διαβητικός για την θεραπεία συμπαραμαρτουσών καταστάσεων, όπως υπέρτασης, υπερλιπιδαιμίας, στεφανιαίας νόσου και άλλων, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις συνυπάρχουν και ψυχογενή αίτια όπως η κατάθλιψη, έντονο άγχος, φοβίες κ.λ.π.. Τέλος, δεν πρέπει να παραλείψει κανείς παράγοντες που αφορούν τον ίδιο τρόπο ζωής του ατόμου όπως το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοολούχων ποτών και ειδών διατροφής (παχυσαρκία).

Από επιδημιολογικά δεδομένα φαίνεται ότι η στυτική δυσλειτουργία συμβαίνει στο 50-70% των ανδρών με σακχαρώδη διαβήτη και αυξάνει με την ηλικία. Τέλος ποσοστό μεγαλύτερο από 50% των ανδρών με σακχαρώδη διαβήτη παρουσιάζουν προβλήματα στύσης μετά από 10 χρόνια από τη διάγνωση της νόσου.

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 η θεραπευτική αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας αποτελούσε πρόνιο των ειδικών (ουρολόγων) με τρεις κυρίως άξονες:

- α) Την ενδοσυρραγγώδη χορήγηση των αγγειοδραστικών ουσιών παπαβερίνη, φαιτολαμίνη, προγλαστανδίνη E1 (ενδοπεϊκές ενέσεις) (1η επανάσταση – πρώτη μη χειρουργική λύση στο πρόβλημα)
- β) Τις συσκευές δημιουργίας κενού (αρνητικής πίεσης)
- γ) Τις πεικές προθέσεις (χειρουργική αντιμετώπιση)

Σήμερα η από του στόματος φαρμακοθεραπεία της στυτικής δυσλειτουργίας, αποτελεί επανάσταση (δεύτερη επανάσταση) στην αντιμετώπιση του προβλήματος και σε όλες τις ανασκοπήσεις της τελευταίας βιβλιογραφίας, φαίνεται ότι αποτελεί και πρέπει να αποτελεί την πρώτη μορφή θεραπείας του προβλήματος στα χέρια όχι μόνο των ειδικών, αλλά στα χέρια του θεράποντος ιατρού (διαβητολόγου, παθολόγου, γενικού ιατρού) και μόνο επί αστοχίας ή αναποτελεσματικότητας να καταφεύγει κανείς στον ειδικό και στις ήδη αναφερθείσες μορφές θεραπείας. Η πρώτη ουσία που κυκλοφόρησε πήρε έγκριση από το FDA το 1998, με μόνη ένδειξη τη δυσλειτουργία της στύσης ήταν η κιτρική σιλδεναφίλη (Viagra) και απετέλεσε τον πρώτο σηματοδότη της μεγάλης αλλαγής τόσο στη διαγνωστική προσέγγιση του προβλήματος όσο και στην αντιμετώπισή του.

Σήμερα με τον ίδιο μηχανισμό δράσης κυκλοφορούν δύο ακόμη φαρμακευτικές ουσίες η ταδαλαφίλη (Cialis) προϊόν έρευνας της εταιρείας Lilly και η υδροχλωρική βαρντεναφίλη (Levitra) προϊόν έρευνας της εταιρείας Bayer.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ Αποστολίδης Α, Χατζηκρήστου Δ. «Ανδρική σεξουαλική δυσλειτουργία και σακχαρώδης διαβήτης. Επιδημιολογία, παθοφυσιολογία, διάγνωση, θεραπεία» Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά 2000; 13(1): 15-35.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ **Εμμανουήλ Αλιφιεράκης**

Προσωπικά στοιχεία

Όνομα: Εμμανουήλ
Επώνυμο: Αλιφιεράκης
Τηλέφωνο/Fax: 28210 42782/28210 45316
Διεύθυνση: Κοραή 01 & Α. Παπανδρέου 63, Χανιά

Εκπαίδευση και κατάρτιση:

Αποφοίτησα επιτυχώς από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Μπολόνια (Ιταλία). Έχω ειδικευθεί στην Καρδιολογία και τις Αγγειακές Διαταραχές στο νοσοκομείο «Broussairs» του Παρισιού.

Το 1980 απόκτησα το πτυχίο της Ιατρικής παρουσιάζοντας την διατριβή με θέμα «Μέθοδοι μέτρησης της αρτηριακής πίεσης. Υπόταση και θεραπεία της»

Ακόμη είμαι κάτοχος τριών μεταπτυχιακών τα οποία είναι σχετικά με την ειδικότητα μου και αυτά είναι: 1) Καρδιακής Υπερηχογραφίας, 2) Παιδοκαρδιολογίας και 3) Επείγουσας Ιατρικής (ειδικά για την απόκτηση του τρίτου μεταπτυχιακού διπλώματος παρουσίασα μία διατριβή με θέμα: «Επείγουσα αντιμετώπιση της Αρτηριακής Υπέρτασης»)

Επαγγελματική εμπείρα:

Στο Παρίσι εργάσθηκα ως ερευνητής στο κέντρο ερευνών «Claude Bernard».

Οι έρευνες μου έχουν δημοσιευτεί σε πολλά έγκυρα επιστημονικά περιοδικά συμπεριλαμβανομένου και του «Clinical science».

Από το 1990 εργάζομαι στα Χανιά ως καρδιολόγος και διαθέτω σύγχρονο εξοπλισμό για να θεραπεύω ασθενείς όλων των ηλικιών.

Συμμετέχω σε πολλά Ιατρικά Συνέδρια τόσο εντός, όσο και εκτός Ελλάδος.

Έχω κάνει μελέτες για τις ωφέλειες της Κρητικής Διατροφής καθώς και την σημασία της για την πρόληψη των καρδιοαγγειακών παθήσεων και για τον λόγο αυτό το έτος 2000 με είχαν προσκαλέσει να μιλήσω στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο για τα αποτελέσματα της έρευνάς μου. Ακόμη, πολλές φορές μου έχει ζητηθεί να παραχωρήσω συνεντεύξεις σε πολλά Αμερικανικά (όπως το ABC) αλλά και Ευρωπαϊκά κανάλια για το θέμα.

Η τελευταία μου συνέντευξη ήταν το 2001 μαζί με τον διάσημο καρδιοχειρουργό Christian Barnard, ο οποίος με επισκεύτηκε στο ιατρείο μου.

Η Σημασία της Κρητικής Διατροφής στις Καρδιαγγειακές Επιπλοκές των Μεταβολικών Νοσημάτων Εμμανουήλ Αλιφιεράκης

Όταν το 1986 ο καθηγητής Σερζ Ρενό ανακοίνωσε στην επιστημονική του ομάδα την πρόθεση να συγκρίνει το διαιτολόγιο των Κρητικών με το διαιτολόγιο που συνιστούσε η American Heart Association (AHA) προκάλεσε μεγάλο ξέσπασμα γέλιου. Έτσι περιγράφει ο ίδιος την έναρξη των προσπαθειών του για να αποδείξει την υπεροχή της Κρητικής διατροφής στο βιβλίο του «Κρητική Δίαιτα».

Ο ίδιος ήταν πεπεισμένος πως υπάρχουν διατροφικές συνήθειες πολύ πιο αποτελεσματικές για την πρόληψη ενός εμφράγματος από αυτές που συνιστούν καθημερινά οι καρδιολόγοι και οι διαιτολόγοι που ακολουθούν πιστά τις οδηγίες της Αμερικανικής καρδιολογικής εταιρείας. Στήριζε την πεποίθησή του στην παρατήρηση της καρδιακής θνησιμότητας στην Κρήτη καθώς και σε δικές του προγενέστερες μελέτες.

Η μελέτη του ξεκίνησε στην Λυών της Γαλλίας το 1988 και τα αποτελέσματα της δημοσιεύθηκαν στο ιατρικό περιοδικό Lancet της 11ης Ιουνίου 1994.

Η ομάδα που ακολούθησε το πρότυπο της Κρητικής διαίτας παρουσίαζε μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων κατά 70-80% σε σύγκριση με την ομάδα των ασθενών που ακολουθούσαν τις οδηγίες της Αμερικανικής καρδιολογικής εταιρείας. Ακόμη στην ομάδα της Αμερικανικής καρδιολογικής εταιρείας υπήρξαν οκτώ αιφνίδια θάνατοι, ενώ κανείς αιφνίδιος θάνατος δεν αναφέρθηκε στην ομάδα που διατρεφόταν σύμφωνα με το Κρητικό πρότυπο. Ένα άλλο θεαματικό συμπέρασμα ήταν ότι η προστασία που παρατηρήθηκε στην ομάδα της Κρητικής Διατροφής αρχίζει να υφίσταται από τους πρώτους μήνες της διαίτας. Τα αποτελέσματα αυτά που ήταν και προϊόν συγκρίσεως μιας διαίτας βγαλμένης από την πλούσια πολιτισμική ελληνορθόδοξη παράδοση, πιστό αντίγραφο την διατροφικών συνθηκών των κατοίκων της Κρήτης προκάλεσε πραγματική επανάσταση.

Ο Ρενό δήλωσε ότι «Πρέπει να διδαχθούμε από την μητέρα φύση ή την σοφία κάποιων λαών προνομιούχων όπως ο λαός της Κρήτης, το λίκνο του πολιτισμού μας». Από την εποχή αυτή ξεκινά το ξεχωριστό ενδιαφέρον του ιατρικού κόσμου για την διατροφή.

Νεότερες μελέτες, ενδεικτικά αναφέρονται η Lyon Heart Study (1999) και η Gissi Prevenzione Trial (1999) επιβεβαίωσαν τα απίστευτα αποτελέσματα. Η σαφώς γευστικότερη Κρητική δίαιτα υπερτερεί των αμερικανικών οδηγιών τόσο σε όσους διατρέχουν κίνδυνο στεφανιαίας νόσου όσο και στον γενικό πληθυσμό. Το 2000 η Αμερικανική καρδιολογική εταιρεία ενσωμάτωσε μερικές από τις αεχές της Κρητικής διαίτας «έκανε δηλαδή μία μικρή παραχώρηση». Σήμερα όμως το 2008 το τοπίο έχει αλλάξει ριζικά. Η Κρητική διατροφή θεωρείται από όλους το χρυσό πρότυπο καρδιοπροστατευτικής διατροφής

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Έλια Κυριακουλάκη

Ψυχολόγος Υγείας (MSc)

Προσωπικά στοιχεία:

Τηλέφωνο: 28210 28538, Διεύθυνση: Γιαμπουδάκη 87, 73100, Χανιά
e-mail: ekyriakoulaki@gmail.com

Εκπαίδευση και κατάρτιση:

2002-2003: Master of Science (Msc) in Health Psychology (Ψυχολογία της Υγείας), Queen Margaret University College, Scotland-UK. Εκπαίδευση στην Εναλλακτική/Συμπληρωματική Ιατρική
1998-2001: Bachelor of Science (Bsc) in Psychology (Ψυχολογία), Buckinghamshire Chilterns University College, England-UK

Σεμινάρια Επιμόρφωση:

05/2007-06/2007: ALZHEIMER και Συναφείς Διαταραχές, Ευρωπαϊκή Ένωση Ινστιτούτο Έρευνας Εκπαίδευσης Ψυχιατρικών Ανοϊκών Ασθενών ALZHEIMER, Χάνια
06/2006-03/2007: Θεραπεία Τραυματικού Σοκ και Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες ΔΙΟ-ΔΟΣ Κέντρο Προσωπικής Ανάπτυξης & Θεραπείας, Αθήνα
10/2003-06/2004: Θέματα Ψυχανάλυσης – Νέα Λακανική Σχολή, Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων, Χανιά

Δημοσιεύσεις-Συμμετοχή σε Συνέδρια:

2007: «Ψυχοθεραπευτικές Παρεμβάσεις στην Άνοια», Τζανάκη Μ., Παπαδάκη Α. Κυριακουλάκη Ε. 5ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου ALZHEIMER & Συναφών Διαταραχών, MAKEDONIA PALACE, Θεσσαλονίκη.

2007: «Η δομή και λειτουργία του Κέντρου Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Άνοια και Συναφείς Διαταραχές», Τζανάκη Μ., Καστανάκη Α., Κυριακουλάκη Ε., Γλυσιδάκη Μ., Κήλη Ι., Τζανιδάκη Δ., Καστανάκης Α., Νταμαδάκη Ε., Στεφανόπουλος Σ. 5ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου ALZHEIMER & Συναφών Διαταραχών, MAKEDONIA PALACE, Θεσσαλονίκη.

2007: «Διασύνδεση Υπηρεσιών Υγείας στην Κοινότητα», Τζανακάκη Μ., Κυριακουλάκη Ε. 1η Παγκρήτεια Διεπιστημονική Συνάντηση με θέμα "Σύγχρονοι Προβληματισμοί για τη Νόσο

ALZHEIMER και Συναφείς Διαταραχές”, Ηράκλειο Κρήτης
2008: «Νεότερες Εξελίξεις στην Άνοια», Αθήνα

Επαγγελματική εμπείρα:

01/08/2006-έως σήμερα: Ινστιτούτο Έρευνας Εκπαίδευσης Ψυχιατρικών Ανοϊκών Ασθενών
ALZHEIMER, Χανιά

Ψυχολόγος Υγείας

-Αξιολόγηση νέων περιστατικών

-Ψυχοθεραπεία σε χρήστες των υπηρεσιών του κέντρου

-Συντονισμός θεραπευτικής παρέμβασης για τον κάθε χρήστη

01/05/2007-έως σήμερα: Ιδιωτικό Γραφείο Ψυχολόγου

-Μέλος της Ευρωπαϊκού Συλλόγου Ψυχολόγων Υγείας

-Μέλος της Ελληνικής Εταιρίας ALZHEIMER & Συναφών Διαταραχών

-Μέλος οργανωτικής επιτροπής 5ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου ALZHEIMER & Συναφών Διαταραχών, MAKEDONIA PALACE, Θεσσαλονίκη, 2007

Διαβήτης και Ψυχική Υγεία Έλια Κυριακούλάκη

Αυτό που είναι πλέον γνωστό για τον διαβήτη είναι ότι προκαλεί πολλά και ποικίλα σωματικά συμπτώματα. Λιγότερο γνωστές όμως είναι οι ψυχολογικές αντιδράσεις στην ανακρίνωσή της ασθένειας, στην ανάπτυξη και στην πορεία της, οι νευροψυχολογικές ή γνωστικές συνέπειες της καθώς και οι ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την καθημερινή αντιμετώπιση του διαβήτη.

Οι συνήθεις αντιδράσεις στην ανακοίνωση της ασθένειας από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι αυτές του θυμού, της απελπισίας και του φόβου, οι οποίες ενδέχεται να έχουν σημαντική επίπτωση στην αυτοπεποίθηση του ατόμου.

Η παθητικότητα, η ανωριμότητα και η αδυναμία αποδοχής της πάθησης είναι κάποιες αντιδράσεις οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά την ανάπτυξη της νόσου.

Η πορεία της ασθένειας επίσης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις αντιλήψεις του για την ασθένεια, τον τρόπο ζωής του αλλά και από το πόσο πρόθυμος ή μη είναι να πάρει ρίσκο για την υγεία του.

Παράλληλα κατά την διάρκεια των τελευταίων 15 ετών σημαντικές καινοτομίες στην ψυχιατρική επιδημιολογία έχουν βοηθήσει να καταγραφεί και να χαρακτηριστεί η ψυχοπαθολογία που συνδέεται με τον διαβήτη με κύριο σύμπτωμα την κατάθλιψη. Σήμερα μελετάται κατά πόσο η ίδια η κατάθλιψη μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα σε ένα διαβητικό άτομο να αναπτύξει ακολούθως διαβητικές επιπλοκές, στο βαθμό που η κατάθλιψη θα μπορούσε ένα συμβάλει στην μη ικανοποιητική ρύθμιση του διαβήτη.

Τέλος η καθημερινή αντιμετώπιση του διαβήτη εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ιδιοσυγκρασία, την προσωπικότητα, τον τρόπο συμπεριφοράς, τον τόπο ελέγχου, την αυτοαποτελεσματικότητα, τον τύπο συμπεριφοράς και τις πεποιθήσεις υγείας του ατόμου.

Μέσα από έγκυρες έρευνες τα τελευταία χρόνια αποδεικνύεται η συμβολή της ψυχολογίας υγείας τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση των παραπάνω συμπτωμάτων. Στον τομέα της πρόληψης ο ψυχολόγος υγείας αξιολογεί τις πιθανότητες το άτομο να πάρει ρίσκα για την υγεία του, να κατανοήσει και να ερμηνεύσει τις αντιλήψεις του για την υγεία και να τροποποιήσει την συμπεριφορά του όσον αφορά τον τρόπο ζωής του. Στον τομέα της παρέμβασης σχεδιάζει ειδικά προγράμματα με στόχο την ενίσχυση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων του ασθενή προκειμένου να μάθει να αυτοδιαχειρίζεται την νόσο του, να ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες, να είναι ανεξάρτητο και να ενδυναμωθεί ψυχολογικά με στόχο την ικανοποίησή του και την βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Τίποτα δεν μπορεί να στερήσει από ένα άτομο με διαβήτη τις χαρές της ζωής παρά μόνο ο πεσιμισμός, η παραιτήση και η τυφλή υποταγή στην πάθηση του.

Διαβήτης και Παιδί: Ψυχολογικές Επιπτώσεις και Τρόποι Χειρισμού Έλια Κυριακουλάκη

Τα τελευταία χρόνια είναι φανερό πως έχει αυξηθεί πολύ το ποσοστό των παιδιών που πάσχουν από διαβήτη. Ο διαβήτης αποτελεί μία από τις πιο συχνές χρόνιες παιδικές παθήσεις και προσβάλλει παιδιά κάθε ηλικίας, συμπεριλαμβανομένων των βρεφών και των νηπίων. Συνήθως η διάγνωση γίνεται αργά, όταν τα επίπεδα του σακχάρου είναι πολύ υψηλά, γεγονός που θέτει σε κίνδυνο την ζωή του παιδιού. Αντιμετωπίζεται με χορήγηση ινσουλίνης, εφαρμογή κατάλληλου διαιτολογίου και σωστή εκπαίδευση γύρω από την νόσο αυτή.

Ο διαβήτης έχει μεγάλο αντίκτυπο στην ζωή ενός παιδιού κυρίως λόγω του ότι ένα μεγάλο μέρος του αυθορμητισμού της καθημερινότητας χάνεται στη ρουτίνα των συγκεκριμένων γευμάτων και στις συνεχείς επισκέψεις στους γιατρούς και στις εξετάσεις αίματος – απαραίτητα για την διατήρηση των επιπέδων του σακχάρου στα επιθυμητά όρια.

Οι μελέτες γύρω από την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας στα παιδιά με διαβήτη προσφέρει συγκρουσιακά αποτελέσματα. Η εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στο παιδί εξαρτάται από πολλούς άλλους παράγοντες: τις προσωπικές ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά του παιδιού, τις προϋπάρχουσες εμπειρίες της ζωής του, την ποιότητα των σχέσεων με τους γονείς του, την προσωπικότητα και τις σχέσεις των γονέων του.

Το παιδί που πάσχει από την νόσο αυτή θα πρέπει να μάθει από πολύ μικρό να ζει με την ιδιαιτερότητα του αυτή. Το ίδιο και η οικογένεια. Ο διαβήτης είναι μια ασθένεια η οποία απαιτεί την σημαντική αλλαγή της ζωής της οικογένειας του διαβητικού παιδιού. Έρευνες έχουν μελετήσει την επίδραση που έχει ο παιδικός διαβήτης στους γονείς και στον γάμο τους, στην σχέση γονέα – παιδιού και γενικότερα σε θέματα που σχετίζονται με την λειτουργικότητα της οικογένειας.

Καθώς το παιδί μεγαλώνει και περνάει στην εφηβεία οι ανάγκες του αλλάζουν καθώς και οι αντιλήψεις του γύρω από την ασθένεια. Είναι συχνό το φαινόμενο ο έφηβος με διαβήτη να παρουσιάζει κακή συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες, σχολική άρνηση ή και επικίνδυνες συμπεριφορές.

Όλα τα παραπάνω όμως είναι δυνατόν να προληφθούν με τον σωστό χειρισμό του παιδιού και εν συνεχεία του εφήβου αλλά και με την ενίσχυση των στρατηγικών αντιμετώπισης του χρόνιου αυτού νοσήματος.

Στόχος είναι να θιχτούν θέματα όπως αν πρέπει το παιδί να γνωρίζει την αλήθεια για την ασθένεια του, προστασία του παιδιού από σχόλια τρίτων, σχέση του παιδιού με διαβήτη με τα αδέρφια του, αυτοπεποίθηση και αυτονομία, έλεγχος στο σπίτι, προβλήματα με φαγητό, σταξίς και κοινωνική εξέλιξη του παιδιού.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Ευαγγελία Κόρακα

Διαιτολόγος - Διατροφολόγος

Προσωπικά στοιχεία

Όνομα: Ευαγγελία Επώνυμο: Κόρακα Τηλέφωνο: 28210 55542

Διεύθυνση: Σφακίων 27-29, 73100, Χανιά Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: valiak82@hotmail.com

Εκπαίδευση και κατάρτιση:

10/2001 – 10/2005: Πτυχίο Χαροκοπείου Πανεπιστημίου, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Βαθμός πτυχίου «Λίαν Καλώς –7,3»

Πτυχιακή Μελέτη: Διαιτητικές συνήθειες κατά την εγκυμοσύνη σε δείγμα Ελληνίδων, Βαθμός: «Άριστα – 9»

Σεμινάρια Επιμόρφωση:

2007: 9ου Πανελληνίου Συνέδριου Διατροφής – Διαιτολογίας

2007: Σεμινάριο "Harvard Nutrition and Metabolism Seminar – Mediterranean Diet in the 21st century"

2007: 5ης επιστημονικής Διημερίδας με θέμα: «Παχυσαρκία, νεότερα δεδομένα, νέες προοπτικές»

2007: Πανελληνίου Συνέδριου Αθληροσκλήρωσης

2005: 8ου Πανελληνίου Συνέδριου Διατροφής – Διαιτολογίας

2005: Κλινικό φροντιστήριο με θέμα «HIV λοίμωξη και διατροφή»

2005: Δορυφορικού Επιστημονικού Σεμιναρίου Υψηλής Επαγγελματικής Κατάρτισης «Άσκηση και Διατροφή για τη Μυϊκή Υπερτροφία»

2005: Επιστημονικής Ημερίδας «Άσκηση και Διατροφή: Παράγοντες Αντιγήρανσης»

2005: 3ου Διεθνούς Συνεδρίου Αεροβικής Γυμναστικής και Μαζικής Άθλησης «OLYMPUS 2005»

2005: 2ης Διημερίδας Επικειρηματικότητας στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο στα πλαίσια του προγράμματος «Ενθάρρυνση Επικειρηματικών Πρωτοβουλιών»

2005: 1ης Διημερίδας Επικειρηματικότητας στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο στα πλαίσια του προγράμματος «Ενθάρρυνση Επικειρηματικών Πρωτοβουλιών»

Επαγγελματική εμπείρα:

2006-έως σήμερα: Ιδιωτικό Διαιτολογικό Γραφείο

Πρακτική άσκηση:

2004-2005: Σισμανόγλιο Νοσοκομείο (Πνευμονολογική κλινική, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας) Ερυθρός Σταυρός (Καρδιολογική κλινική, Νεφρολογική κλινική, Νευρολογική κλινική, Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοπαθών, Καρκίνος, Σίτιση με περαστά)

Τζάνειο νοσοκομείο (Διαβήτης & Παχυσαρκία)

Γενικό Κρατικό Αθηνών (Γαστρεντερολογική κλινική, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Μονάδα Εγκαυμάτων)

2003: Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Χανίων Τμήμα Διατροφής

Παχυσαρκία και Διατροφή Ευαγγελία Κόρακα

Η παχυσαρκία είναι αναμφισβήτητα μια από τις συχνότερα εμφανιζόμενες ασθένειες στις ανεπτυγμένες χώρες. Ακόμα όμως και στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου παραδοσιακά ο υποσιτισμός θεωρείται το κυριότερο διατροφικό πρόβλημα το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων αυξάνεται με ανησυχητικούς ρυθμούς. Αναγνωρίζεται πια ως χρόνια νόσος, αφού σχετίζεται με τον κίνδυνο θνησιμότητας. Παράλληλα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση των κυριότερων μη μεταδοτικών ασθενειών όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο σακχαρώδης διαβήτης.

Η αύξηση του ποσοστού των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια προκαλεί ανησυχία λόγω της σχέσης που υπάρχει μεταξύ αυξημένου σωματικού βάρους και νοσηρότητας. Η σχέση αυτή μεταφράζεται σε αυξημένη ανάγκη για παροχή ιατρικής περίθαλψης και κατά συνέπεια υψηλό οικονομικό κόστος. Επιπλέον υπάρχουν και οι έμμεσες δαπάνες οι οποίες σχετίζονται με την απώλεια πόρων λόγω της αυξημένης νοσηρότητας έχοντας συνέπειες τόσο σε προσωπικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Λόγω των αυξημένων αυτών κινδύνων το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των ΗΠΑ χαρακτήρισε το 1985 την παχυσαρκία ως νόσο και συνιστά την θεραπευτική της αντιμετώπιση (απώλεια βάρους). Η παχυσαρκία έχει άμεση σχέση με τη διατροφή. Η ενέργεια που προσλαμβάνεται με την τροφή χρησιμοποιείται για την κάλυψη των ενεργειακών αναγκών του οργανισμού. Όταν η πρόσληψη ενέργειας είναι μεγαλύτερη από την κατανάλωση, το επιπλέον ποσό αποθηκεύεται στον οργανισμό κατά κύριο λόγο με τη μορφή λίπους, στο λιπώδη ιστό, προάγοντας έτσι την αύξηση του σωματικού βάρους και την παχυσαρκία.

Οι διατροφικές συνήθειες, οι οποίες σχετίζονται με το σωματικό βάρος, διαμορφώνονται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον και καθοδηγούνται σε σημαντικό βαθμό από τη βιομηχανία τροφίμων και τη διαφήμιση, με τέτοιο τρόπο ώστε να αγνοούνται ή να υποβαθμίζονται οι συστάσεις από τους φορείς υγείας.

Συμπερασματικά, η παχυσαρκία αποτελεί ένα πολυδιάστατο πρόβλημα υγείας που αφορά πολλούς τομείς της ζωής των ανθρώπων και αναγνωρίζεται από όλους ότι η λύση του προβλήματος δεν έγκειται μόνο στην ιατρική προσέγγιση αλλά και σε πολλές άλλες παρεμβάσεις, με στόχο τη συνολική βελτίωση της υγείας.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Μιχαήλ Α. Μπούκης

Ενδοκρινολόγος - Διαβητολόγος

Ο κ. Μπούκης Μιχαήλ γεννήθηκε εις το Ηράκλειο Κρήτης το 1949 όπου και έλαβε τις εγκύκλιες σπουδές του. Αποφοίτησε το 1967 από το Β Γυμνάσιο Αρρέων Ηρακλείου, και μετά από εισαγωγικές εξετάσεις εισήλθε τον ίδιο χρόνο εις την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών από όπου έλαβε το πτυχίο του το 1974. Αμέσως μετά την αποφοίτηση του έκανε μεταπτυχιακές σπουδές ως Ερευνητής Έταιρος (Research Fellow) εις το τμήμα Ψυχοφαρμακολογίας του Πανεπιστημίου του Reading της Μεγάλης Βρετανίας, ασχοληθείς με τη συσχέτιση της έκκρισης των υποφυσιακών ορμονών και των στεροειδών των επινεφριδίων στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Εκπαιδεύτηκε στη Θεραπευτική Κλινική (Νοσοκομείο Αλεξάνδρα) όπου το 1982 έλαβε τίτλο ειδικότητας Ενδοκρινολογίας - Διαβητολογίας.

Το 1983 του απονέμεται ο τίτλος του διδάκτορος του Πανεπιστημίου Αθηνών με το βαθμό Άριστα. Το επιστημονικό έργο του κ. Μπούκη έχει εστιαστεί επί σειρά ετών εις την μελέτη των θυρεοειδοπαθειών σε κλινικό, εργαστηριακό, θεραπευτικό και επιδημιολογικό επίπεδο. Εκτός από τις θυρεοειδοπάθειες έχει ασχοληθεί ερευνητικά με προβλήματα παχυσαρκίας, διαβήτη και οστεοπόρωσης. Πλην της διδακτορικής του διατριβής το έργο του αποτελείται από τη συγγραφή δύο κεφαλαίων σε ελληνικά συγγράμματα, 8 κεφάλαια σε ανεξάρτητους τόμους ενδοκρινολογίας και πληθώρα άρθρων σε διεθνή και ελληνικά περιοδικά με κρίση, 70 ανακοινώσεις σε συνέδρια με κρίση και 49 φορές έχει προσκληθεί ως ομιλητής. Έχει δε συμμετάσχει σε 125 συνέδρια και σεμινάρια (Ελληνικά και Διεθνή). Οι βιβλιογραφικές αναφορές (Citation index) εις το έργο του διεθνώς, υπερβαίνουν τις 250. Είναι μέλος πολλών ελληνικών και ξένων επιστημονικών εταιριών και έχει διδάξει κατά καιρούς φοιτητές και ειδικεύομενους ενδοκρινολόγους εις το Πανεπιστήμιο Κρήτης και στη Θεραπευτική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών. Έχει τύχει κορυφαίων τιμητικών διακρίσεων μεταξύ των οποίων ξεχωρίζουν η βράβευση του μαζί με τους κ.κ. Δ. Κούτρα και Α. Σουβατζόγλου από την Ακαδημία Αθηνών το 1983 με το έπαθλο Βασιλείου Μαλάμου για τη μελέτη της ενδημικής βρογχοκήλης. Το 1996 έλαβε τιμητική διάκριση από τη Χειρουργική Εταιρεία Κύπρου και τέλος το 1998 του απονέμεται το 1ο βραβείο Γιαννάτου από την Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία για την καλύτερη εργασία με έμφαση στην Κλινική Ενδοκρινολογία.

Τέλος τον Απρίλιο του 2000 η εισηγητική επιτροπή διαπιστώνει ότι ο κ. Μπούκης διαθέτει τα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα για την κατάληψη θέσεως Επίκουρου Καθηγητού Ενδοκρινολογίας και αποφαινεται ομόφωνα θετικώς επί της υποψηφιότητάς του. Τα έτη 2006 - 2007 δίδαξε το μάθημα Ενδοκρινικοί Διαταράκτες στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών Υγείας και Περιβάλλον της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Παχυσαρκία: Επιπτώσεις – Ορμονικές Διαταραχές – Φαρμακευτική Αντιμετώπιση

Μιχαήλ Α. Μπούκας

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, η παχυσαρκία αποτελεί χρόνια νόσο, η οποία έχει πάρει επιδημικές διαστάσεις στον ανεπτυγμένο και αναπτυσσόμενο κόσμο. Ορίζεται μάλιστα ως η επιδημία του 21ου αιώνα. Αναγνωρίζεται σαν η κατάσταση εκείνη κατά την οποία υπάρχει αύξηση του σωματικού βάρους λόγω υπερβολικής συσσώρευσης λίπους στον λιπώδη ιστό. Είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων όπως γενετικών, μεταβολών, τρόπου και συνθηκών ζωής και περιβαλλοντικών συνθηκών. Πρόκειται δηλαδή για μια ιδιαίτερα σύνθετη, πολύπλοκη, πολυπαραγοντική νόσο. Από συγκριτικές μελέτες που έγιναν μεταξύ πληθυσμών κατά τις περιόδους 1976-1980 και 1999-2000 έχει παρατηρηθεί αύξηση του αριθμού των υπέρβαρων και των παχύσαρκων κατά 40% και 110% αντίστοιχα. Η αυξημένη πρόσληψη ενέργειας με τις τροφές, η μειωμένη κατανάλωση ενέργειας λόγω καθιστικής ζωής, ή ο συνδυασμός αυτών οδηγεί σε αύξηση του σωματικού βάρους που είναι αποτέλεσμα του τρόπου ζωής του ανθρώπου τις σύγχρονες κοινωνίες. Οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας είναι σοβαρότατες. Συνδυάζεται με αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Ένας παχύσαρκος έχει κατά μέσο όρο 10 χρόνια λιγότερα προσδόκιμο ζωής. Οι παχύσαρκοι παρουσιάζουν 10 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε σχέση με τους μη παχύσαρκους. Υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, χολολιθίαση, στεφανιαία νόσος, καρδιαγγειακή νόσος, αρθροπάθειες, σύνδρομο άπνοιας, ενδοκρινικές διαταραχές και πολλά είδη καρκίνου συσχετίζονται αιτιολογικά με την παχυσαρκία. Η συσχέτιση της παχυσαρκίας και του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι συνυφασμένη με την αντίσταση στην ινσουλίνη. Ο όρος περιγράφει μια κατάσταση στην οποία φυσιολογικές συγκεντρώσεις της ορμόνης παρουσιάζουν μείωση της αναμενόμενης βιολογικής της δράσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα αύξηση της γλυκόζης στο αίμα και υπερινσουλιναιμία με τελική κατάληξη του σακχαρώδη διαβήτη. Καθοριστικό ρόλο για την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη παίζει και η κατανομή της παχυσαρκίας. Η σπλαχνικού τύπου ή κεντρική – ανδρειδής παχυσαρκία παρουσιάζει μεγαλύτερο διαβητογόνο κίνδυνο.

Οι Ορμονικές Διαταραχές μπορεί να εμπλέκονται είτε στην αιτιολογία είτε κυρίως να αποτελούν αποτέλεσμα της παχυσαρκίας. Ορμονικά αίτια της παχυσαρκίας είναι ο Υποθυρεοειδισμός, το σύνδρομο Cushing, το σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών, η ανεπάρκεια Αυξητικής ορμόνης, το Ινσουλίνωμα, η βλάβη του Υποθαλάμου, ο Υπογοναδισμός, η Ανδρόπαυση, η Εμμηνόπαυση, η Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή και διάφορα Γενετικά Ενδοκρινικά Σύνδρομα. Ορμονικές Διαταραχές οι οποίες είναι αποτέλεσμα της αύξησης του λιπώδους ιστού είναι η αυξημένη έκκριση Κορτιζόλης, η Υπερινσουλιναιμία, η μείωση της Αυξητικής ορμόνης, η αύξηση των Οιστρογόνων και η διαταραχή του άξονα Υποθάλαμος – Υπόφυση – Θυρεοειδής.

Τα φάρμακα για απώλεια βάρους μπορούν, σε γενικές γραμμές, να διαιρεθούν σε δύο κατηγορίες αυτά που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά, την όρεξη και τη θερμογένεση και στα περιφερικώς δρώντα φάρμακα, όπως είναι εκείνα που έχουν ως στόχο το γαστρεντερικό σύστημα και αναστέλλουν την εντερική απορρόφηση ή ενισχύουν το αίσθημα της γαστρικής πληρότητας. Εκπρόσωποι της πρώτης κατηγορίας είναι η Σιμποπραμίνη (Reductil) και το Ριμοναμπάντ (Acomplia), ανταγωνιστής των ενδογενών κανναβινοειδικών υποδοχέων. Στα περιφερικώς δρώντα ανήκουν διάφορα φάρμακα με σπουδαιότερο την Ορλιστάτη (Xenical), η οποία αναστέλλει την απορρόφηση του διατροφικού λίπους. Ο λόγος χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής για την παχυσαρκία είναι η υποβοήθηση της υγειονομιακής αντιμετώπισης, η οποία με τη σειρά της στηρίζεται σε ολιγοθερμιδική διαίτα και άσκηση. Δηλαδή, η κύρια θεραπεία παραμένει η υποθερμιδική διαίτα, η σωστή κατά περίπτωση άσκηση, η καθοδήγηση και ψυχολογική υποστήριξη κατά την προσπάθεια της απώλειας βάρους, όπως και για τη συντήρηση αυτού και την αποφυγή των υποτροπών οι οποίες είναι πολύ συχνές. Η χορήγηση των παραπάνω φαρμάκων γίνεται μόνο από ειδικό ιατρό με εξατομίκευση ανάλογη με το κάθε περιστατικό και συνεχή παρακολούθηση για τυχόν παρενέργειες.

Η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι δύσκολη, γιατί για ένα τόσο σύνθετο πρόβλημα δεν υπάρχουν απλές ή μαγικές λύσεις. Ο παχύσαρκος ασθενής οφείλει και πρέπει να συνεργασθεί με το γιατρό του και να προσπαθήσει να αλλάξει τις αιτίες που τον οδήγησαν στην αύξηση του βάρους. Επομένως απαιτούνται ενεργητική και μακροχρόνια προσπάθεια του αρρώστου, για να γίνει εφικτός ο στόχος της απώλειας βάρους.



ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ Παναγιώτης Ταβουλάρης

Ορθοπεδικός Χειρουργός Τραυματολόγος

Έλαβα κατώτερα εκπαίδευση στο 12ο δημοτικό σχολείο Χανίων από το 1968 έως και το 1974 και Μέση εκπαίδευση στο 1ο Γυμνάσιο και 1ο Λύκειο Αρρένων Χανίων κατά το χρονικό διάστημα από 1974-1977 και 1977-1980 αντιστοίχως από όπου απεφοίτησα με άριστα (19 και 2/12)

Τον Οκτώβριο του 1980 εισήλθα με σειρά 37ος στη Ιατρική Σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης από όπου και απεφοίτησα με βαθμό λίαν καλώς (7,8 μέσος όρος) και ορκίσθηκα λαμβάνοντας το πτυχίο του ιατρού στις 3 Δεκεμβρίου 1986.

Τον Μάρτιο του 1987 και την 17η του μηνός παρουσιάσθηκα προκειμένου να υπηρετήσω την θητεία μου στο Πολεμικό Ναυτικό όπου και παρέμεινα μέχρι και τον Απρίλιο του 1989 και αφού υπηρετήσα στο Ναυτικό Νοσοκομείο Κρήτης ως βοηθός του Νευρολογικού Τμήματος και στη συνέχεια του Ορθοπεδικού και αφού έλαβα μετά 2μηνη εκπαίδευση το πτυχίο της Καταδυστικής Ιατρικής.

Τον Μάιο του 1989 έλαβα την θέση μου ως αγροτικού ιατρού στο χωριό Δελιανά Κισσάμου Χανίων μέχρι τον Ιούνιο του 1990 οπότε και άρχισα την ειδικότητα μου στην Β' Χειρουργική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων και τον υποχρεωτικό πρώτο χρόνο της Γενικής Χειρουργικής για την ειδικότητα της Ορθοπεδικής.

Τον Ιούνιο 1991 ορίσθηκα βοηθός της Ορθοπεδικής Κλινικής στο ίδιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα ως υπεράριθμος για τον χρόνο αναμονής μέχρι την έναρξη της καθ' αυτό ειδικότητας η οποία και άρχισε στις 17/11/1991 με 2ετή εκπαίδευση στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων μέχρι και την 16/11/1993 και συνεχίστηκε στην Ζ' Ορθοπεδική Κλινική του Ασκληπείου Βούλας από την 9/1/1994 μέχρι και την 9/1/1996. Έλαβα τον τίτλο του ειδικευμένου ορθοπεδικού ιατρού μετά εξετάσεις στις οποίες και πρώτευσα στις 19/2/1996 και αφού έλαβα τις εκπαιδεύσεις νευροχειρουργικής επί 6 μήνες, Πλαστικής Χειρουργικής επί 6 μήνες και Αθλητικών Κακώσεων επί 12 μήνες στην Κλινική Αθλητικών Κακώσεων του Νοσοκομείου Άγιος Παύλος Κηφισίας (Κ.Α.Τ.) και στον Υπερηχογραφικό έλεγχο ισχίου παιδών στο Νοσοκομείο Αγλαΐα Κυριακού. Έκτοτε ιδιωτεύω. Χειρουργώ σε ιδιωτικό Νοσηλευτικό Ίδρυμα (IASSIS) ως υπεύθυνος Αρθροσκοπικής Χειρουργικής και είμαι μέλος του επιστημονικού συμβουλίου του.

Μετεκπαιδευτικά σε αθλητικές κακώσεις και αρθροπλαστική γόνατος και ισχίου στο Νοσοκομείο St Thomas of London. Είμαι μέλος της επιστημονικής ένωσης Ορθοπεδικών Ασκληπείου Βούλας, μιας εκ των μεγαλύτερων της Ευρώπης, έχω δε μετεκπαιδευθεί σε Dynamic Axial Fixation Total Hip Replacement και Total Knee Replacement και σε Sports Surgery.

Διετέλεσα γραμματέας του Ιατρικού Συλλόγου Χανίων την τριετία 1996-1999 και μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου την τριετία 2002-2005.

Διετέλεσα Πρόεδρος του Κέντρου Αποκατάστασης Παίδων – Νέων Κρήτης (Ορφανοτροφείο + ΚΑΜΕΑ), Αντιδήμαρχος Πολιτισμού – Παιδείας - Αθλητισμού του Δήμου Χανίων μέχρι πέρσι, αντιπρόεδρος του Δημοτικού Συμβουλίου του Δήμου Χανίων, Αντιπρόεδρος του Κέντρου Αρχιτεκτονικής Μεσογείου, και Αντιπρόεδρος του Δημοτικού Γηροκομείου..

Πατέρας μιας κόρης, της Αφροδίτης.

Είμαι ιδρυτικό μέλος της UNESCO Χανίων.

Διαβητικό Πόδι Παναγιώτης Ταβουλάρης

Το διαβητικό πόδι είναι ένας όρος «ομπρέλα» για τα προβλήματα ποδιών στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Λόγω των αρτηριακών ανωμαλιών και της διαβητικής νευροπάθειας, καθώς επίσης και μιας τάσης στην καθυστερημένη θεραπεία πληγών, η μόλυνση ή η γάγγραινα του ποδιού είναι σχετικά κοινή. Δέκα έως δεκαπέντε τοις εκατό των διαβητικών ασθενών αναπτύσσουν έλκη ποδιών σε κάποιο βαθμό στις ζωές τους και τα σχετικά με το πόδι προβλήματα είναι υπεύθυνα μέχρι και στο 50% των σχετικών με τον διαβήτη εισαγωγών στο νοσοκομείο.

Πρόληψη. Η πρόληψη συντελείται με τη συχνή ποδιατρική αναθεώρηση, την καλή υγιεινή των ποδιών, τις διαβητικές κάλτσες και τα παπούτσια, και την αποφυγή του τραυματισμού. Η εκπαίδευση στην ποδιατρική φροντίδα που συνδυάζεται με την αυξανόμενη παρακολούθηση μπορεί να μειώσει την επίπτωση των σοβαρών βλαβών των ποδιών.

Υποδήματα. Όλες οι σημαντικές εξελίξεις συσπίνουν τα πρόσθετα υποδήματα για τους ασθενείς με ένα προγενέστερο έλκος ή με παραμορφώσεις ποδιών. Μια συμπληρωματική μελέτη πρόσθεσε τη νευροπάθεια ως ένδειξη για τα πρόσθετα υποδήματα. Η σύγκριση των έτοιμων παπουτσιών εναντίον των προσεκτικά επιλεγμένων και καλά εφαρμοσμένων αθλητικών παπουτσιών δεν είναι σαφής. Μια μετανάλυση από τη συνεργασία του Cochrane συμπεραίνει ότι «Υπάρχουν πολύ περιορισμένα στοιχεία της αποτελεσματικότητας του θεραπευτικού υποδήματος». Η ημερομηνία δημοσίευσης αυτής της αναθεώρησης δεν είναι σαφής. Τα κλινικά στοιχεία αναθεώρησαν το θέμα και ολοκλήρωσαν «Τα άτομα με τις σημαντικές παραμορφώσεις ποδιών πρέπει να εξεταστούν για την παραπομπή και την αξιολόγηση για τα προσαρμοσμένα παπούτσια που μπορούν να βελτιώσουν την αλλαγμένη ανατομία ποδιών. Σε έλλειψη σημαντικών παραμορφώσεων, η υψηλή ποιότητα που εγκαθιστά καλά τα χωρίς ιατρική συνταγή υποδήματα φαίνεται να είναι μια λογική επιλογή». Το εθνικό ίδρυμα για την υγεία και την κλινική τελειότητα έχει αναθεωρήσει το θέμα και έχει ολοκληρώσει ότι για τους ασθενείς με «υψηλό κίνδυνο ελκών ποδιών (νευροπάθεια ή απόντες σφυγμοί συν τις αλλαγές παραμόρφωσης ή αλλοιώσεων δέρματος ή ηρούπαρχον έλκος, ειδικά υποδήματα και πέλματα)» πρέπει να παράσχονται.

Επεξεργασία. Τα έλκη ποδιών στο διαβήτη απαιτούν τη διεπιστημονική αξιολόγηση, συνήθως από τους ειδικούς στον διαβήτη και τους χειρουργούς. Η επεξεργασία αποτελείται από τους κατάλληλους επιδέσμους, τα αντιβιοτικά (ενάντια στις φλεγμονές σταφυλοκόκκων, στρεπτοκόκκων και ανασερόβιων οργανισμών), καθαρισμό και αρτηριακή επαναγγείωση. Είναι συχνά 500mg έως 1000mg flucloxacillin, 1g της αμοξικιλίνης και metronidazole επίσης για να αντιμετωπίσουν τα οσμυγόνα βακτηρίδια. Οι ειδικοί ερευνούν το ρόλο του νιτρικού οξειδίου στη θεραπεία διαβητικών ελκών. Το νιτρικό οξύ είναι ισχυρός αγγειοδιαστολέας, το οποίο βοηθά να φέρει τις θρεπτικές ουσίες στις ανεπαρκείς από O₂ περιοχές των διαβητικών ελκών. Οι ειδικοί χρησιμοποιούν τις μορφές ελαφριάς θεραπείας όπως LLLT για να μεταχειριστούν τα διαβητικά έλκη. Το 2004, η επιτροπή αναθεώρησης Cochrane κατέληξε στο συμπέρασμα ότι για τους ανθρώπους με τα διαβητικά έλκη ποδιών, η υπερβαρική θεραπεία οξυγόνου μείωσε τον κίνδυνο ακρωτηριασμού και μπορεί να μειώσει τη θεραπεία σε 1 έτος. Επίσης προτείνουν ότι η διαθεσιμότητα των υπερβαρικών εγκαταστάσεων και των οικονομικών μεγεθών τους πρέπει να αξιολογηθεί.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ **Γεώργιος Μενιουδάκης**

Νεφρολόγος

Διδάκτορας Ιατρικής του Πανεπιστημίου Wuerzburg Γερμανίας

Προσωπικά στοιχεία

Όνομα: Γεώργιος

Επώνυμο: Μενιουδάκης

Τηλέφωνο: 6977-467246

Διεύθυνση: Αντ.Σαμαράκη 12, Ηράκλειο, TK 71409

Εκπαίδευση και κατάρτιση:

1987 - 1994: Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Wuerzburg, Γερμανία

1990 - 1994: Friedrich Ebert Stiftung, Γερμανία

Εξειδίκευση:

30/11/2007: Απόκτηση ειδικότητας Νεφρολόγου

1995 - 1996: Χειρουργική Κλινική Bad Neustadt/Saale Γερμανίας

1997: Υπηρεσία υπαίθρου στις Μοίρες Ηρακλείου Κρήτης

1997 - 1998: Κλινική Αποκατάστασης Ογκολογικών κι Αιματολογικών Νοσημάτων Gemuenden Γερμανίας

1999 - 2001: Ακαδημαϊκή Καρδιολογική Κλινική St. Vinzenz, Essen, Γερμανίας (στο διάστημα αυτό 6 μήνες εκπαίδευση κι εργασία στη ΜΕΘ του Νοσοκομείου)

2001: Παθολογική Κλινική Καθολικού Νοσοκομείου Dortmund-West Γερμανίας (κατά το διάστημα αυτό ενεργός σε Κινητή Μονάδα Πρώτων Βοηθειών της πόλης του Dortmund)

2002 - 2004: Ακαδημαϊκή Νεφρολογική Κλινική Marienhospital Duisburg Γερμανίας (στο διάστημα αυτό 13 μήνες στη ΜΕΘ)

2004 - 2007: Νεφρολογική Κλινική ΠΑΓΝΗ

Από 09/2007: Μεσογειακό Κέντρο διακοπών κι αιμοκάθαρσης στα Καλέσσα Ηρακλείου και 1ο νεφρολογικό ιατρείο στο Ηράκλειο

Δημοσιεύσεις:

"Ueber die Bedeutung der terminalen T-Zell-Reifung Fuer die Entstehung der paraneoplastischen MyastheniaGravis in Thymomen" (τίτλος διδακτορικής εργασίας , δημοσιευμένη το Νοεμβριο 2003 στο Wuerzburg Γερμανίας)

"Paraneoplastic myasthenia gravis correlates with generation of mature naïve CD4+ T cells in thymomas" (2002 , BLOOD)

"Comparison between surgical and percutaneous placement of peritoneal dialysis catheter. A retrospective study" (2006, Nephron)

Διαβήτης και Νεφρά **Γεώργιος Μενιουδάκης**

Από τις σοβαρότερες συνέπειες του σακχαρώδη διαβήτη και από αυτές που ασθενείς φοβούνται περισσότερο είναι η νεφρική ανεπάρκεια. Περίπου 1/3 των ασθενών των μονάδων αιμοκάθαρσης γενικά είναι διαβητικοί. Ο σύντομος ή μακρύς δρόμος προς την θεραπεία εξω-νεφρικής κάθαρσης για τον διαβητικό παιρνώντας μέσα από την υπερδιήθηση στην λευκωματουρία και την μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης ως την αιμοκάθαρση μπορεί να επηρεαστεί και ακόμη και να διακοπεί με την σωστή συνεργασία του διαβητικού.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ **Μαρία Παπατζανάκη - Μαθιουλάκη**

Χειρουργός- Οφθαλμίατρος
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κρήτης
MD, PhD

Γεννήθηκε στην Αθήνα το 1953. Μεγάλωσε και έζησε την σχολική μου ζωή στα Χανιά της Κρήτης.

Αποφοίτησα από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης το 1978. Υπήρξα εσωτερική βοηθός της Καρδιολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου Χανίων για ένα χρόνο (1978-79) και ακολούθησα για 6 μήνες στην Παθολογική και Χειρουργική Κλινική.

Το 1984 απόκτησα την ειδικότητα της οφθαλμολογίας, την οποία ολοκλήρωσα στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γεώργιος Γεννηματάς».

Μετεκπαιδεύτηκα στην Ελβετία στον τομέα των οφθαλμικών Lasers και αργότερα στην Χειρουργική του Καταράκτη και Γλαυκώματος στις ΗΠΑ.

Υπήρξα Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ της Οφθαλμικής Κλινικής του Νοσοκομείου Χανίων για 6 χρόνια από το 1986 – 1993.

Το 1991 ολοκλήρωσα την διδακτορική μου διατριβή στο Πανεπιστήμιο Κρήτης με Καθηγήτη τον κ. Ι. Παλλήκαρη πάνω σε θέμα σχετικό με την διόρθωση της μυωπίας με Laser.

Είμαι επιστημονικός συνεργάτης του Οφθαλμολογικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Κρήτης από το 1990 μέχρι και σήμερα. Ξεκίνησα την συνεργασία μου πάνω σε ερευνητικά θέματα σχετικά με την επίδραση του excimer laser, μέθοδοι που είναι σήμερα γνωστές ως PRK και LASIK.

Από την ερευνητική με δραστηριότητα στο Πανεπιστήμιο Κρήτης προέκυψαν αρκετές επιστημονικές εργασίες που ανακοινώθηκαν σε διεθνή συνέδρια και δημοσιεύτηκαν σε διεθνή οφθαλμολογικά περιοδικά «υπό κρίση».

Είμαι μέλος της Αμερικάνικης Ακαδημίας Οφθαλμολογίας, της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Χειρουργών Καταράκτου και Διαθλαστικής Χειρουργικής και της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Γλαυκώματος.

Από το 1993 ασκώ ελεύθερο επάγγελμα στα Χανιά της Κρήτης.

Είμαι παντρεμένη με τον Μανώλη Μαθιουλάκη και έχουμε δύο παιδιά 30 και 27 ετών, αντίστοιχα.

Σακχαρώδης Διαβήτης και Οφθαλμός Μαρία Παπατζανάκη - Μαθιουλάκη

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι η κυριότερη συστηματική νόσος που μπορεί να προκαλέσει τύφλωση, καθώς και η πρώτη αιτία τύφλωσης σε άτομα από ηλικίας 40 ετών και άνω.

Η σοβαρότερη οφθαλμική προσβολή του σακχαρώδη διαβήτη είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια η βαρύτητα της οποίας σχετίζεται κυρίως με την ηλικία του ατόμου, την επάρκεια ρύθμισης του σακχαρώδη διαβήτη καθώς και την διάρκεια της νόσου.

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αφορά στα αγγεία του αμφιβληστροειδή χιτώνα προκαλώντας μικροαγγειοπάθεια, η οποία επιφέρει μια σειρά σοβαρών αλλοιώσεων στο αμφιβληστροειδή. Η όραση δεν είναι πάντα αξιόπιστος δείκτης της βαρύτητας της νόσου, διότι άριστη όραση μπορεί να κρύβει βαρείες αλλοιώσεις και τότε η επιδείνωση της όρασης θα είναι ξαφνική, σοβαρή και δύσκολα αναστρέψιμη.

Οι αλλοιώσεις της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας άπαξ και ξεκινήσουν εξελίσσονται σταθερά προς το χειρότερο και αν μείνουν χωρίς θεραπεία, επέρχεται πάντοτε τύφλωση.

Η συχνή οφθαλμολογική παρακολούθηση και η έναρξη της θεραπευτικής αντιμετώπισης έγκαιρα πριν χαθεί πολύτιμη όραση, έχουν μεγάλη σημασία στην εξέλιξη και την πρόγνωση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, δεδομένου ότι η έγκαιρη παρέμβαση ανακαίτιζει την καταστροφική πορεία της νόσου.

Εκτός από την προσβολή του αμφιβληστροειδούς, ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί επίσης να προκαλέσει καταρράκτη σε νεότερη ηλικία απ' ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό, χρόνια γλαύκωμα, νευροπάθεια με παραλύσεις οφθαλμικών μυών και παροδικές διαθλαστικές ανωμαλίες με παροδική διαταραχή της όρασης.

Σε κάθε περίπτωση η καλή ρύθμιση του σακχάρου του αίματος και ο τακτικός οφθαλμικός έλεγχος μπορεί να εξασφαλίσουν ικανοποιητική όραση στον διαβητικό ασθενή.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ **Αγγελική Λαϊνά - Μονιάκη**

Ενδοκρινολόγος

Γεννήθηκε στη Λαμία. Αποφοίτησε με άριστα από το 4ο Λύκειο Λαμίας. Φοίτησε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών από όπου αποφοίτησε με άριστα το 1987. Εργάστηκε αρχικά στο Αγροτικό Ιατρείο Λυχνού του Ν. Φθιώτιδας υπηρετώντας την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου. Για δύο έτη εργάστηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας σαν ειδικευόμενη στην Παθολογική κλινική και στην συνέχεια ειδικεύθηκε στην Ενδοκρινολογία στην Ενδοκρινολογική κλινική του Νοσοκομείου Ευαγγελισμός στην Αθήνα. Μετά το τέλος της ειδικότητας εργάστηκε ιδιωτικά στη Λαμία. Για τρία έτη συνεργάστηκε με το Ενδοκρινολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου Αλεξάνδρα στην Αθήνα στα πλαίσια της διδακτορικής της διατριβής. Τα τελευταία 3 έτη ζει και εργάζεται ιδιωτικά στο Ηράκλειο Κρήτης. Είναι παντρεμένη και μητέρα δυο παιδιών.

Έχει κάνει αρκετές παρουσιάσεις επιστημονικών εργασιών σε ελληνικά και διεθνή ιατρικά συνέδρια με την μορφή των προφορικών ή αναρτημένων ανακοινώσεων. Είχε συμμετοχή με ομιλίες σε κύκλους μετεκπαιδευτικών μαθημάτων της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας καθώς και στη συγγραφή των αντίστοιχων κεφαλαίων στα βιβλία των μετεκπαιδευτικών μαθημάτων. Έχει κάνει ομιλίες για επιστημονικά θέματα με κοινωνικό ενδιαφέρον σε σχολεία, εκπαιδευτικούς φορείς και κέντρα ηλικιωμένων και έχει πάρει μέρος σε τηλεοπτικές εκπομπές και συζητήσεις που αφορούν θέματα υγείας. Παρακολουθεί πολλά ιατρικά συνέδρια και μετεκπαιδευτικά σεμινάρια. Είναι μέλος της ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας, της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας, της Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας και της Εταιρείας Μελέτης και Μεταβολισμού των οστών .

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης Αγγελική Λαϊνά - Μονιάκν

Η επίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη αυξάνεται με πολύ γρήγορους ρυθμούς και εμφανίζεται σε ολοένα και μικρότερες ηλικίες έτσι ώστε να αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας με σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Η παράλληλη αύξηση της επίπτωσης της παχυσαρκίας οδηγεί στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και έτσι η συνύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη και εγκυμοσύνης είναι πια αρκετά συχνή. Το γεγονός αυτό απασχολεί όλο και περισσότερο τα τελευταία έτη τόσο τους γιατρούς όσο και τις μέλλουσες μητέρες δεδομένου ότι οι επιπτώσεις στη μητέρα αλλά και στο έμβρυο και το νεογνό είναι ποικίλες και δυνητικά μπορεί να είναι σοβαρές.

Ως διαβήτη της κύησης ορίζεται η διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων που εμφανίζεται η αναγνωρίζεται για πρώτη φορά στην διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η διάγνωση γίνεται αξιολογώντας τις τιμές του σακχάρου αίματος κατά την διάρκεια καμπύλης σακχάρου που γίνεται με χορήγηση από του στόματος διαλύματος γλυκόζης 50 η 100 η ..χρησιμοποιώντας κριτήρια που έχουν θεσπιστεί από επιστημονικούς φορείς που ασχολούνται με το θέμα. Ο έλεγχος πρέπει να γίνεται όταν υπάρχει ιστορικό προηγούμενης εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη κύησης η ιστορικό νεογνών με βάρος γέννησης μεγαλύτερο από 4 Kgr, η ιστορικό αφηνίδιου ενδομήτριου θανάτου. Ελέγχονται επίσης οι εγκυμονούσες με ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών, οι παχύσαρκες γυναίκες και όσες έχουν συγγενή πρώτου βαθμού με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη. Αν δε συντρέχουν άλλοι λόγοι ο τυπικός έλεγχος γίνεται την 24η με 28η εβδ. της κύησης.

Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών που εμφανίζουν ΣΔ κύησης ρυθμίζονται μόνο με διαιτητική αγωγή, εφαρμόζοντας ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο με συχνά και μικρά γεύματα, αποφυγή των ευαπορρόφητων υδατανθράκων με μικρό περιορισμό των θερμίδων στις παχύσαρκες γυναίκες. Όταν δεν πετυχαίνουμε τους στόχους που έχουμε θέσει εφαρμόζουμε αγωγή με ινσουλίνη.

Στις περισσότερες περιπτώσεις ο σακχαρώδης διαβήτης υποχωρεί μετά τον τοκετό ενώ σε μικρό ποσοστό παραμένει ως διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη η ως ΣΔ τύπου 2

Η εμφάνιση όμως ο σακχαρώδης διαβήτης στην εγκυμοσύνη έχει επιπτώσεις τόσο για την μητέρα όσο και για το νεογνό. Το έμβρυο διατρέχει αυξημένο άμεσο κίνδυνο εμφάνισης μακροσωμίας και περιγεννητικών επιπλοκών. Για το λόγο αυτό πρέπει να γίνεται συχνή υπερηχογραφική παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, δεδομένου ότι και μόνο η εμφάνιση μακροσωμίας είναι κριτήριο για την έναρξη ινσουλινοθεραπείας. Εξ' άλλου η μακροσωμία του εμβρύου καθορίζει και τον τρόπο του τοκετού (φυσιολογικός η καισαρική τομή). Τα τελευταία χρόνια εξετάζονται και οι απώτερες επιπτώσεις που εμφανίζουν τα παιδιά την μητέρων αυτών οι οποίες συνδέονται με την εμφάνιση παχυσαρκίας και σακχαρώδη διαβήτη ήδη από την εφηβική ηλικία. Θεωρείται δηλαδή ότι η ανάπτυξη ενός εμβρύου σε υπεργλυκαιμικό ενδομήτριο περιβάλλον προκαλεί τροποποίηση του φαινοτύπου του η οποία θα εκδηλωθεί αργότερα στην ενήλικη ζωή του.

Οι ίδιες επίσης οι γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη κύησης διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο για την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, υπέρτασης και μεταβολικού συνδρόμου με τις καρδιαγγειακές επιπλοκές που αυτά συνεπάγονται. Η παρακολούθηση τους επομένως και μετά τον τοκετό επιτρέπει την εφαρμογή προληπτικών μέτρων και θεραπευτικών μέτρων για την αποφυγή της εμφάνισης των προβλημάτων αυτών.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Θάλια Χασιώτη

Χειρούργος Οδοντίατρος

Προσωπικά στοιχεία

Όνομα: Θάλια

Επώνυμο: Χασιώτη

Τηλέφωνο/Fax: 2310 588098

Διεύθυνση: Τριών Ιεραρχών 1 Πολίχνη, 76533, Θεσσαλονίκη

Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: thalia@europedia.co.uk

Εκπαίδευση και κατάρτιση:

1996-2003: Χειρούργος Οδοντίατρος, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σεμινάρια Επιμόρφωση:

Μάιος 2004: Συμπόσιο «Η Επιστημονική Πράξη από τη Σκοπιά του Γενικού Οδοντίατρου»

Μάιος 2004: 6ο Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής της Ελλάδας, Παρουσίαση της βιβλιογραφικής έρευνας «Κρανιοπροσωπικές Κακώσεις, Σημειολογία, Συμπτωματολογία και Θεραπευτική Αντιμετώπιση»

Μάιος 2002: 12ο Ελληνικό Συμπόσιο Ενδοδοντίας

Μάιος 2002: Σεμινάριο Περιοδοντολογίας

Απρίλιος 2001: Συμπόσιο «Σύγκλιση, Εποδημολογία και Αίτια της Περιοδοντικής Νόσου, Τεχνικές Κατευθυνόμενης Ιστικής Αναγέννησης»

Οκτώβριος 2000: Διήμερο Σεμινάριο στην Τραυματολογία των Οδοντικών και Περιοδοντικών Ιστών, Κλασική Προσθετική και Προσθετική επί Εμφυτευμάτων

Φεβρουάριος 2000: 9ο Ελληνικό Συμπόσιο Ενδοδοντίας

Μάρτιος 1999: 1ο Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Οδοντιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Επαγγελματική εμπειρία:

2003-έως σήμερα: Ιδιωτικό Οδοντιατρικό Ιατρείο

2000-2003: Βοηθός Οδοντίατρου

-Εγγεγραμμένη στον Οδοντιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης

Η Αντιμετώπιση του Διαβητικού Ασθενή κατά την Οδοντιατρική Πράξη Θάλια Χασιώτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ένα μεταβολικό νόσημα που χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο της γλυκόζης στο αίμα. Η διαταραχή αυτή οφείλεται σε ανεπαρκή δράση της ινσουλίνης στους ιστούς - στόχους. Διακρίνεται κλινικά σε τύπου 1 με κύρια διαταραχή στην έκκριση της ινσουλίνης λόγω καταστροφής των β-κυττάρων του παγκρέατος, και τύπου 2 που οφείλεται σε διαταραχή στην έκκριση και στη δράση της ινσουλίνης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας 120-140 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν παγκοσμίως από σακχαρώδη διαβήτη, και το 2025 προβλέπεται να διπλασιαστεί ο αριθμός αυτός. Ο σακχαρώδης διαβήτης επηρεάζει πλειάδα ιστών και οργάνων με ποικίλες εκδηλώσεις από το στόμα. Η βαρύτητά τους εξαρτάται από την ηλικία εμφάνισης της νόσου, από τη χρονιότητά της και το βαθμό του γλυκαιμικού ελέγχου, και μπορεί να επηρεαστεί από τον τύπο του διαβήτη. Ο βασικός μηχανισμός των συμπτωμάτων αυτών είναι η μικροαγγειοπάθεια και η ανοσοκαταστολή που προκαλεί η νόσος. Η περιοδοντίτιδα είναι η πιο χαρακτηριστική εκδήλωση του σακχαρώδη διαβήτη στο στόμα. Οι έρευνες υποστηρίζουν πως οι περιοδοντικές φλεγμονές όπως ένα περιοδοντικό απόστημα, μπορεί να επηρεάσουν το επίπεδο της γλυκόζης.

Άλλες εκδηλώσεις είναι η μείωση στη ροή και η αλλαγή στη σύσταση του σάλιου, διόγκωση των σιελογόνων αδένων, ξηροστομία, αυξημένος κίνδυνος τερηδόνας, στοματικές λοιμώξεις, όπως η καντιντίαση, απλός έρπης, και ο ομαλός λειχήνας.

Στην οδοντιατρική πράξη η σωστή αντιμετώπιση του διαβητικού ασθενή ξεκινάει με τη λήψη ενός καλού ιατρικού ιστορικού που θα παρέχει πληροφορίες σχετικές με τη χρονιότητα της νόσου, το βαθμό του μεταβολικού ελέγχου, τη συχνότητα των υπογλυκαιμικών επεισοδίων και τις επιπλοκές του. Ένας ενημερωμένος οδοντίατρος με τη βοήθεια ενός λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού μπορεί να οδηγήσει έναν ανυποψίαστο ασθενή στη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη. Ο ασθενής με ρυθμισμένο διαβήτη αντιμετωπίζεται όπως κάθε άλλος ασθενής, προσοχή απαιτείται στην τήρηση του διατροφικών συνθηκών του και την αποφυγή των υπογλυκαιμικών επεισοδίων κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής πράξης. Αντίθετα, ο αρρυθμιστος διαβήτης απαιτεί στενή συνεργασία του οδοντίατρου με τον θεράποντα ιατρό. Η χορήγηση της οδοντιατρικής φροντίδας είναι προτιμότερο να γίνεται κατόπιν ρύθμισης του μεταβολικού ελέγχου. Ο Οδοντίατρος έχει τη δυνατότητα και την ευθύνη να προωθήσει μια προληπτική συμπεριφορά στους διαβητικούς ασθενείς που να συνίσταται σε συχνές οδοντιατρικές επισκέψεις, αυστηρή τήρηση των κανόνων στοματικής υγιεινής, ενεργοποίηση και υποστήριξη στη διακοπή έξεων και βλαπτικών συνθηκών όπως το κάπνισμα, καθημερινή άσκηση και σωστή διατροφή. Όλα αυτά σε συνδυασμό με τη διάγνωση και την σωστή θεραπευτική ιατρική και οδοντιατρική αντιμετώπιση θα συμβάλλουν στη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας αυτής της ασθένειας.



A series of horizontal dotted lines spanning the width of the page, providing a guide for text entry.

A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.



A series of horizontal dotted lines spanning the width of the page, providing a guide for text entry.

A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.

A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.

Β Α Σ Ι Κ Ο Ι Χ Ο Ρ Η Γ Ο Ι



Bayer HealthCare
Diabetes Care Division




Χ Ο Ρ Η Γ Ο Ι



Χ Ο Ρ Η Γ Ο Ι Ε Π Ι Κ Ο Ι Ν Ω Ν Ι Α Σ





ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΓΙΑ ΤΟ **ΔΙΑΒΗΤΗ**
ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ
ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ
ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ
2008

ΟΜΙΛΗΤΕΣ:

Αλιφιεράκης Εμμανουήλ
Καφάτος Αντώνιος
Κόρακα Ευαγγελία
Κοφίνης Ι. Αθανάσιος
Κυριακουλάκη Έλια
Λαϊνά - Μονιάκη Αγγελική
Μενιουδάκης Γεώργιος
Μπατάκης Χαράλαμπος
Μπενρουμπή Μαριάννα
Μπούκης Α. Μιχαήλ
Ντουντουλάκη Ι. Πηνελόπη
Παπατζανάκη - Μαθιουλάκη Μαρία
Ταβουλάρης Παναγιώτης
Χασιώτη Θάλια
Χατζηδάκης Δημήτριος