

ΕΥΕΞΙΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ 6899



& ΔΙΑΤΡΟΦΗ

**Φαρμακευτική θεραπεία
Γαστροοισοφαγικής Παλινδρόμησης:
*μέχρι πότε;***

**Καρκίνος του ήπατος
*Πόσο πρέπει να τον φοβόμαστε;***



Αλάτι και Υγεία

**Πρακτικές συμβουλές
*...για την υγιεινή του στόματος***

editorial

Ο γιατρός και ο ασθενής ξέρουν καλύτερα

Η επίσκεψη στο γιατρό

Μία από τις πρώτες πράξεις της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης, όταν αυτή ιδρύθηκε το 1947 μετά το τέλος του 2ου Παγκοσμίου Πολέμου, η οποία και θεωρήθηκε ως ο οριστικός θρίαμβος της Δημοκρατίας ενάντια στον ολοκληρωτισμό, ήταν η σύγχρονη επαναδιατύπωση του Όρκου του Ιπποκράτη, γνωστή ως Διακήρυξη της Γενεύης. Τα κυριότερα σημεία της Διακήρυξης της Γενεύης, που αφορούν στη σχέση του γιατρού με τον άρρωστο είναι τα εξής:

«Κατά το χρόνο της εισαγωγής μου ως Μέλους του Ιατρικού Επαγγέλματος:

- Υπόσχομαι επίσημα να αφιερώσω τη ζωή μου στην υπηρεσία της ανθρωπότητας,
- Η υγεία του ασθενούς μου θα είναι η πρώτη μου σκέψη,
- Θα σεβαστώ τα «μυστικά» που αυτός μου εμπιστεύεται, ακόμα και μετά το θάνατο του,
- Δεν θα επιτρέψω ζητήματα θρησκείας, εθνικότητας, φυλής, πολιτικής ή κοινωνικής τάξης να παρεμβληθούν ανάμεσα στα καθήκοντα μου και τους ασθενείς μου....
- Δίνω αυτές τις υποσχέσεις επίσημα, ελεύθερα και με το λόγο της τιμής μου.»

Οι στόχοι της ωραίας και ανθρωπιστικής αυτής Διακήρυξης, που είναι η βελτίωση και τελειοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μέσα από τη σφυρηλάτηση σχέσεων εμπιστοσύνης και σεβασμού ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή, κινδυνεύουν με την πάροδο του χρόνου να ακυρωθούν. Οι αιτίες είναι πολλές, ποικίλλες και αλληλοεξαρτώμενες: Η αλματώδης αύξηση του κόστους της υγείας λόγω της εφαρμογής πανάκριβων νέων τεχνολογιών στη διάγνωση και της χρήσης πανάκριβων νέων φαρμάκων για τη θεραπεία ακόμα και των πιο απλών νόσων. Ο γιγαντισμός των φορέων, ιδρυμάτων, νοσοκομείων και της γραφειοκρατίας, που επιχειρούν να «τυποποιήσουν» ή να περιορίσουν την ελευθερία των επιλογών γιατρών και ασθενών. Η παρεμβολή ασφαλιστικών εταιρειών, δικηγόρων, οικονομολόγων και άλλων «ρυθμιστικών» παραγόντων στη σχέση γιατρού, ασθενούς. Αλλά και ο αυξανόμενος ατομισμός και υλισμός σε βάρος των ανθρωπιστικών αξιών και της κοινωνικής συνοχής που αυτές προάγουν, «ασθένεια» που προσβάλλει και ορισμένους γιατρούς.

Από την άλλη πλευρά τα τελευταία χρόνια γνωρίσαμε μία κυριολεκτική έκρηξη στη διάδοση της πληροφορίας και της επικοινωνίας ανάμεσα σε άτομα, φορείς και κράτη, με την ευρεία χρήση των υπολογιστών, του διαδικτύου αλλά και των κινητών τηλεφώνων στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης. Οι εξελίξεις οδηγούν στην ενημέρωση και εκπαίδευση ευρύτερων στρωμάτων πολιτών σε όλο τον κόσμο γενικά, αλλά και ειδικότερα σε θέματα υγείας.

Σήμερα ο ασθενής, δηλαδή ο «χρήστης» ή ο «καταναλωτής» των υπηρεσιών υγείας, πρέπει να γνωρίζει τόσο τις βασικές αρχές της Διακήρυξης της Γενεύης, που τον καθιστούν προνομιακό αποδέκτη των υπηρεσιών του γιατρού, όσο και τα εφόδια που θα τον βοηθήσουν να ωφεληθεί από την επίσκεψη στο γιατρό. Ακόμα πρέπει να γνωρίζει – αλλά και ο γιατρός οφείλει να τον ενημερώσει- ότι ο ίδιος

έχει το δικαίωμα να δεχτεί ή να αρνηθεί την προτεινόμενη διαγνωστική προσέγγιση και θεραπεία, να συμμετάσχει στη λήψη των αποφάσεων. Δηλαδή περνούμε από την εποχή του «ο γιατρός ξέρει καλύτερα» στην εποχή του «ο γιατρός και ο ασθενής ξέρουν καλύτερα».

Η επίσκεψη στο γιατρό λοιπόν πρέπει να φέρει το καλύτερο αποτέλεσμα για το συγκεκριμένο πρόβλημα του ασθενούς, μέσα στον περιορισμένο χρόνο που διατίθεται. Γι' αυτό χρειάζεται μία προετοιμασία και μία τεχνική:

Είναι καλό να περιγράφεται με λίγα λόγια το πρόβλημα όταν τηλεφωνούμε για το ιατρικό ραντεβού. Αυτό δίνει στο γιατρό τη δυνατότητα να προγραμματίσει την προτεραιότητα και το χρόνο της συνέντευξης.

Στην προετοιμασία για την επίσκεψη πρέπει να οργανώσουμε στο μυαλό μας το ιατρικό μας ιστορικό με την αλληλουχία των συμπτωμάτων, τυχόν επισκέψεις σε άλλους γιατρούς και αποτυχιές προηγούμενων θεραπειών, ώστε να μην επαναληφθούν. Επίσης πρέπει να ετοιμάσουμε το «ιατρικό μας αρχείο», προηγούμενες εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις, ιατρικές γνωματεύσεις και συνταγές. Ακόμα να καταγράψουμε τα φάρμακα που παίρνουμε, τα οποία θα έχουμε μαζί μας, όταν θα επισκεφθούμε το γιατρό. Και το βασικότερο, να ετοιμάσουμε ένα κατάλογο ερωτήσεων για το γιατρό. Να μην ξεχνούμε ότι «δεν υπάρχουν ανόητες ερωτήσεις».

Ο γιατρός πρέπει να απαντά σε όλες τις ερωτήσεις, όπως:

- Από τι πάσχω;
- Υπάρχουν άλλες πιθανές διαγνώσεις;
- Χρειάζονται και άλλες διαγνωστικές εξετάσεις, για να βγει το τελικό συμπέρασμα;
- Τι άλλα συμπτώματα ή επιπλοκές μπορεί να μου προκαλέσει το πρόβλημα μου;
- Υπάρχουν διαφορετικές από την προτεινόμενη θεραπείες για την πάθησή μου;
- Πόσο χρόνο θα περιμένω μέχρι να δω τα αποτελέσματα της θεραπείας;

Ένας από τους κυριότερους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της επίσκεψης στο γιατρό είναι η καλή επικοινωνία. Στον τομέα αυτό βέβαια την μεγαλύτερη ευθύνη έχει ο γιατρός αλλά και ο ασθενής πρέπει να χαλαρώσει και να προσπαθήσει. Η καλή επικοινωνία συμβάλλει όχι μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς αλλά και στην επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος της θεραπείας, ακόμα και όταν οι προσωπικότητες των δύο δεν ταιριάζουν. Βασικό ρόλο στην καλή επικοινωνία παίζει η καλή προετοιμασία της επίσκεψης από τον ασθενή, όπως προαναφέρθηκε, και η συνακόλουθη σαφής περιγραφή και τεκμηρίωση του ιστορικού. Απαραίτητη είναι και η ειλικρίνεια στην περιγραφή ακόμα και ευαίσθητων πληροφοριών, όπως κατάχρηση αλκοόλ ή χρήση ουσιών.

Παράλληλα, είμαστε προετοιμασμένοι να απαντήσουμε σε ερωτήσεις όπως:

- Πότε άρχισε ο πόνος;
- Σε ποιο σημείο του σώματος ο πόνος είναι ισχυρότερος;
- Τι προκαλεί και τι ανακουφίζει τον πόνο;
- Είναι ο πόνος συνεχής ή είναι περιοδικός;
- Τι άλλα συμπτώματα τον συνοδεύουν;
- Τα συμπτώματα είναι σταθερά, βελτιώνονται ή επιδεινώνονται;

Πριν να τελειώσει η επίσκεψη στο γιατρό, καλό είναι να ρωτήσουμε αν και πότε πρέπει να τον ξαναεπισκεφθούμε. Ακόμα να ζητήσουμε, αν υπάρχει, έντυπο ενημερωτικό υλικό για το πρόβλημα μας. Τέλος, αν το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα σοβαρό, ζητούμε ένα κατάλογο συμπτωμάτων που θα μας προειδοποιήσουν ότι χρειαζόμαστε επείγουσα επανεξέταση από ειδικό.

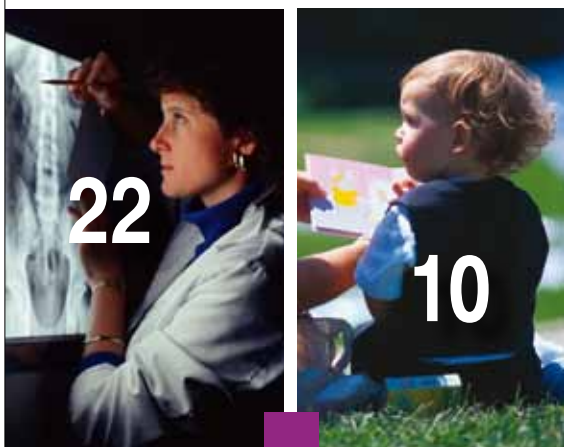
Στη σημερινή εποχή ο «χρήστης» ή «καταναλωτής» των υπηρεσιών υγείας δικαιούται ένα «προϊόν» υψηλής ποιότητας. Με την κατανόηση και εφαρμογή ενός προτύπου επίσκεψης στο γιατρό, σαν αυτό που περιγράφηκε στο σημείωμα αυτό, ο ασθενής μπορεί να αποκτήσει περισσότερο έλεγχο πάνω σε μία φαινομενικά ανεξέλεγκτη κατάσταση. Και η εκτίμηση του γιατρού, την οποία θα εξασφαλίσει, θα τον βοηθήσει τόσο στη συμμετοχή του στη λήψη των αποφάσεων όσο και στην κατά το δυνατό αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του προβλήματός του.

Δρ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΗΤΗΣ

*Διευθυντής Γαστρεντερολογικού Τμήματος
Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»*

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΤΕΥΧΟΣ 11

**ΘΕΜΑΤΑ**

Φαρμακευτική Θεραπεία	
Γαστροισοφαγικής Παλινδρόμησης	18
Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης	
Πάθηση των Εντέρων	22
Καρκίνος του ήπατος	28

ΜΟΝΙΜΕΣ ΣΤΗΛΕΣ

Διατροφή	13
Παιδί & Έφηβος	10
Μικρά & Νόστιμα	25
Περί Διαίτης ...	20
Επικοινωνούμε	30

ΕΙΔΙΚΕΣ ΣΤΗΛΕΣ

Μικρές Ιστορίες	8
Ευεξία	16
Γεύσεις	27
Τα Νέα του Ιδρύματος	33

ΕΥΕΞΙΑ & ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Διμηνιαία Έκδοση του Ελληνικού Ιδρύματος
Γαστρεντερολογίας & Διατροφής

Ιδιοκτήτης :
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ &
ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Εκδότης και υπεύθυνος
παρά τω νόμω:

Δ. Παπαπαναγιώτου
Δημοσιογράφος

Έδρα: Πατριάρχου Ιωακείμ 30,
106 75 Αθήνα

Τηλ. Fax.: 210 72 31 332,

e-mail: info@eligast.gr

URL : www.eligast.gr

Διευθυντής Σύνταξης:

Χαράλαμπος Τζάθας
Γαστρεντερολόγος

Επιμέλεια - Διόρθωση κειμένων:

Εύα Καραμανώλη
Αλίκη Τζάθα

Δημόσιες Σχέσεις:

Ιωάννης Καραγιάννης
Γαστρεντερολόγος

Θεματικοί Συντάκτες:

Εμμανουήλ Αρχαύλης
Γαστρεντερολόγος (Επικοινωνούμε)

Ιωάννης Δήμακας
Κλινικός Διαιτολόγος -
Διατροφολόγος (Περί Διαίτης)

Δημήτρης Καραγιάννης

Γαστρεντερολόγος
(Μικρά & Νόστιμα)

Κώστας Μάρκογλου
Γαστρεντερολόγος (Θέματα)

Βασίλειος Ντελής
Γαστρεντερολόγος (Θέματα)

Μαίρη Μαυρή-Βαβαγιάννη
Επ. Καθηγήτρια Βιοχημείας &
Χημείας Τροφίμων (Διατροφή)

Ιωάννα Παναγιώτου
Παιδιάτρος - Γαστρεντερολόγος
(Παιδί & Έφηβος)

Υπεύθυνη Διαφήμισης :

Πέννη Χατζηγεωργίου
Τηλ. 210 74 99 308
Fax. 210 77 13 795
e-mail : pennyh@triaenatours.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Δ. Παπαπαναγιώτου

Διευθυντής: Κ. Αρβανιτάκης

Γ. Γραμματέας: Δ. Γ. Καραμανώλης

Ταμίας: Α. Παπασπύρου

Μέλη:

Α. Συνοδινού,

Β. Χ. Γολεμάτης,

Δ. Α. Καπράνος,

Γ. Κητής,

Σ. Δ. Λαδάς,

Ε. Β. Τσιάνος,

Γ. Φωκάς

Σχεδιασμός & Παραγωγή

Καλλιτεχνική διεύθυνση:

Ν. Α. Γκεσκέρ

Καλλιτεχνική επιμέλεια-DTP:

Αλεξ. Παπαδοπούλου

Το χρονικό μιας βέβαιης αποτυχίας

Αν η πολιτική και η υγιεινή διατροφή έχουν κάποιο κοινό, αυτό είναι αδιαμφισβήτητο οι ανυπόστατες δεσμεύσεις. Και αν στο χώρο της πολιτικής οι δεσμεύσεις αυτές αφορούν σε διορισμούς, έργα, προγράμματα και επιδοτήσεις που έμειναν στα χαρτιά, αναφορικά με τη διατροφή δεν είναι δύσκολο να φανταστεί κανείς σε τι επαφίονται αρκεί να αναλογιστεί κανείς πόσες φορές υποσχέθηκε στον εαυτό του να κόψει τα γλυκά και την επομένη "ξεχάστηκε" ή πόσες φορές αποφάσισε να κάνει δίαιτα (από...Δευτέρα!) και συνέλαβε τον εαυτό να τρώει τον αγγέλορα εν τω μέσω της νυκτός.

Πρέπει κατ' αρχάς να αναφερθεί ότι ο Έλληνας που βρίσκεται σε δίαιτα δεν αποτελεί κάποιο δυσέυρετο είδος, λόγω των χαρακτηριστικών του συμπεριφορών που καθιστούν εύκολο τον εντοπισμό του. Πρώτον και κυριότερο, είναι μονίμως καθυστερημένος, είτε γιατί το πρωί αφαιρέθηκε κοιτώντας το άδειο ψυγείο, είτε γιατί τον μαγνήτισε η βιτρίνα ενός ζαχαροπλαστέιου, είτε απλώς γιατί σταμάτησε στο δρόμο να αγοράσει ένα κουλούρι. Και για να δικαιολογήσει την καθυστέρησή του, τα ρίχνει στο μπιτσιλιάρισμα, στο λεωφορείο που καθυστερεί, στην κοινωνία γενικότερα. Γι' αυτό, το δεύτερο κυρίως γνώρισμα των εν διαίτη νεοελλήνων είναι η μεμφιμοιρία και η γκρίνια επί παντός επιστητού και φυσικά η αγανάκτησή τους που το κοινωνικό σύνολο δε συμμεριζεται την προσπάθειά τους να αδυνατίσουν όσο πιο γρήγορα γίνεται.

Όσον αφορά σε αυτό το τελευταίο, βέβαια έχουν το δικίο τους οι κακομοιρήδες : πώς να χάσεις κιλά σε έναν κόσμο που οι γαστριμαργικοί πειρασμοί ελλοχεύουν σε κάθε έκφραση της καθημερινής ζωής; Πηγαίνει ο κουρασμένος οικογενειάρχης στο φούρνο να αγοράσει ψωμί το μεσημέρι και η μυρωδιά έχει ήδη αρχίσει από τα δέκα μέτρα να τον έλκει μυστηριωδώς. Μπαίνει μέσα, «Καλημέρα σας» λέει, «μια φραντζόλα ψωμί θα ήθελα», «Αμέσως» απαντάει ο/η υπάλληλος, κατευθύνεται προς το ράφι, παίρνει την επίμαχη φραντζόλα με τα χέρια (προς Θεού, μην τυχόν και βάλει γάντια και γλιτώσουμε κανένα μικρόβιο!), τη φέρνει στο ταμείο, «40 λεπτά», πληρώνει, ετοιμάζεται να φύγει. Και τότε το βλέμμα του πέφτει στο υπόλοιπο κατάστημα... Τυρόπιτες, γλυκά, βουτήματα, όλα τόσο νόστιμα και θελκτικά, που κάμπτουν κάθε αντίσταση. «Μου βάζετε και λίγα απ' αυτά; Ναι, αυτά εκεί, με τη σοκολάτα.» Και λίγο παραδίπλα ταψιά ολόκληρα, γεμάτα εξωτικές γεύσεις, ραβανί, μπακλαβά, καταίφι... Και τα κουλουράκια; Αυτά δηλαδή ψυχή δεν έχουν; «Και μισό κιλό απ'τα στρογγυλά, με το κακάο. Και ένα τέταρτο βουτήματα, μισά σκέτα, μισά με γλυκάνισο». Και, αφού πληρώσει, βγαίνει από το κατάστημα πανευτυχής, έχοντας επαναπροσδιορίσει την έννοια του shopping therapy και του επικουρικού «μια ζωή την έχουμε».

Οι τύψεις θα έρθουν αργότερα, μαζί με τις ενδείξεις της -ανέκαθεν «χαλασμένης»- ζυγαριάς, που θα βροντοφωνάζει ό,τι δε θέλει να παραδεχτεί:

Είναι υπέρβαρος!!!

«Υπέρβαρος», «Παχύσαρκος», τι λέξεις όμως και αυτές! Τι πάνε και σκαρφίζονται οι διατολόγοι για να δημιουργούν συμπλέγματα στον κόσμο! Αφού, δόξα τω Θεώ, η ελληνική είναι από τις πλουσιότερες γλώσσες παγκοσμίως και υπάρχουν άπειροι τρόποι να εκφραστούμε διαφορετικά (ζούμε και στην εποχή του ευφημισμού, αν μη τι άλλο!). «Γεματούλης», μπα, παραείναι λαϊκό... «Τρώει όλο του το φαγητό», τής banal. «Ευτραφής», μάλιστα, αυτή είναι λέξη! Φανερώνει και καλή καταγωγή και δεν τραυματίζει ψυχικά. Και εννοείται πως υπάρχουν χίλιοι δύο τρόποι να αναφερθούμε διακριτικά σε υπέρβαρα άτομα που βρίσκονται στο περιβάλλον μας: Από απλοϊκές διαπιστώσεις («Μαμά, ο Τιτανικός δε βυθίστηκε το 1912;»), ανέκδοτα («Τι ζυγίζει 100 κιλά και βρίσκεται στην παρέα μας;») και φιλικές παραινέσεις («Προσοχή, η καρέκλα αυτή δεν είναι και πολύ σταθερή!») μέχρι τη -διακριτική!- λήψη μέτρων («Αγάπη μου, κρύψε τα σοκολατάκια, έρχεται ο θεός Πέτρος!») και την απροκάλυπτη έκφραση της δυσανεξίας μας («Να σας φέρουμε το ταψί καλύτερα;!;»).

Και όμως γιατί, γιατί, διερωτώμαι, δεν εκμεταλλεύεται κανείς τον πλούτο της γλώσσας μας; Γιατί δε γίνεται καμία προσπάθεια να φερθούν ευγενικά στα άτομα που προσπαθούν να αδυνατίσουν; Γιατί τους περιβάλλουν με ένα σωρό πειρασμούς προκειμένου να αποτύχουν; Μάλλον επειδή οι «κομποί» θεωρούν ότι αποτελούν τον κανόνα, τη χρυσή τομή βάσει της οποίας κρίνονται όλοι... Και πώς να ανταπαντήσει κανείς;

Όχι, εδώ δε θέλει λογική αντιμετώπιση, ούτε πρόταξη επιχειρημάτων. Χρειάζεται ένα καταχθόνιο σχέδιο που θα ανατρέπει τα παγκόσμια κατεστημένα, μια οργανωμένη συνωμοσία εναντίον των προτύπων που προσπαθούν να μας επιβάλλουν οι «αδύνατοι». ΜΗΝ ΚΑΝΕΤΕ ΔΙΑΙΤΑ, ΠΑΧΥΝΕΤΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ! Ταϊζέτέ τους όποτε μπορείτε, με ό,τι βρίσκεται εύγερο, κάντε τους τριπλάσιους, τετραπλάσιους. Και μετά ξεχάστε τις ευγένειες και δείξτε τους ποιος είναι το αφεντικό σε έναν κόσμο που εσείς θα είστε συγκριτικά οι πιο αδύνατοι. Γιατί, όπως πολύ σοφά έχει λεχθεί, η ομορφιά και η εξυπνάδα είναι έννοιες υποκειμενικές. Και το αδύνατισμα επίσης...

ΧΡΙΣΤΟΣ Β. ΞΟΥΡΓΙΑΣ

Ο Χ. Ξουργιάς είναι μαθητής της Α' Λυκείου



Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση

στα παιδιά:

*Φαινόμενο, νόσημα
ή υπερβολή ;*

Τα τελευταία χρόνια μία απλή, φυσιολογική ιστορία πήρε παθολογική διάσταση, υπερεκτιμήθηκε, αλλά διαγνώστηκε και αντιμετωπίστηκε έγκαιρα.

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι οντότητα με ευρύ φάσμα εκδηλώσεων, που έγινε τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερα γνωστή με την ανακάλυψη νέων μεθόδων, οι οποίες συμβάλλουν σημαντικά στη διάγνωσή της.

Κατά την παιδική ηλικία παρουσιάζει ιδιαιτερότητες, που συμβάλλουν δυστυχώς στην υποδιάγνωσή της. Όψιμη αντιμετώπιση γίνεται με αφορμή τις επιπλοκές της.

Απαραίτητη θεωρείται όμως η αξιολόγηση της κλινικής εικόνας και η γνώση της φυσικής της ιστορίας.

Στα νεογνά και τα βρέφη προβάλλει με εμέτους, αναγωγή, ανησυχία, ευερεθιστότητα, αναπνευστικά προβλήματα (χρόνιος βήχας ή βράσιμο) και νευρολογικά προβλήματα (δυστονία του κορμού και της κεφαλής συνδρ. SANDIFER). Στα μεγαλύτερα παιδιά τα συμπτώματα μοιάζουν με αυτά του ενήλικα, δηλαδή έμετοι, πόνοι στο στομάχι, δυσφαγία, οπισθοστερνικός καύσος και υποτροπιάζουσα λοίμωξη του αναπνευστικού.

Η πορεία της ποικίλλει. Έτσι

αποτελεί ένα σύνθετο εύρημα στα νεογέννητα, βελτιώνεται στην ηλικία των 18 μηνών (60%), των τεσσάρων ετών (70%). Μικρή ομάδα παραμένει συμπτωματική και μετά την ηλικία αυτή. Σπάνια αναφέρονται επιπλοκές, όπως βαριά οισοφαγίτις με αιμορραγία ή και στενώσεις, για τις οποίες απαιτείται χειρουργική παρέμβαση. Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί ποικίλες διαγνωστικές μέθοδοι, οι οποίες συμβάλλουν σημαντικά στη διάγνωση, στη διερεύνηση της παθογένειας και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

Ακτινογραφία οισοφάγου-στομάχου-12δακτύλου

Το βαριούχο γέυμα είναι παλαιά, κλασική απεικονιστική μέθοδος, η οποία δεν έχει εγκαταλειφθεί. Αντιθέτως συμβάλλει σημαντικά στην εξακρίβωση ανατομικών ανωμαλιών που συμβάλλουν στη ΓΟΠΝ.

Παρά την εξάπλωση της μεθόδου για τη διάγνωση της ΓΟΠΝ, το υπερηχογράφημα θεωρείται διεθνώς μέθοδος για τη διάγνωση της πυλωρικής στένωσης. Είναι μέθοδος απλή, μη υπερβατική, χωρίς ακτινοβολία.

Δεν καθορίζει τη βαρύτητα της ΓΟΠΝ και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση της. Θεωρείται πιθανώς όμως ακριβής και αξιόπιστη στα νεογνά και βρέφη και στα παιδιά εκείνα με σημαντικής βαρύτητας παλινδρόμηση.

24ωρη ΡΗμετρία οισοφάγου

Μέθοδος επεμβατική, εξαιρετικά ακριβής και ευαίσθητη. Χρησιμοποιείται κατ' εσχάτην στην άτυπη κλινικά συμπτωματολογία, που συσχετίζεται με τη ΓΟΠΝ (άπνοια, αναπνευστικά προβλήματα) στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων χειρουργικής ή συντηρητικής θεραπείας.

Μανομετρία οισοφάγου

Μέθοδος που συνέβαλε στη διερεύνηση της παθογένειας της ΓΟΠΝ.

Το σπινθηρογράφημα

Βοηθά στη διάγνωση της ΓΟΠΝ, αλλά και στην τεκμηρίωση των επεισοδίων εισρόφησης που συνδέονται με αυτή. Είναι εξέταση μη επεμβατική, καλά ανεκτή από τον άρρωστο.

Οισοφαγοσκόπηση

Απαραίτητη στη διάγνωση της οισοφαγίτιδας. Η ενδοσκοπική εκτίμηση πρέπει πάντα να συνοδεύεται από ιστολογική αξιολόγηση (βιοψία).

Τα βασικά ερωτηματικά στη θεραπεία της ΓΟΠΝ είναι ποια παιδιά θα επιλεγούν για αντιμετώπιση, τι θεραπεία θα τους δοθεί και για τι χρονικό διάστημα.

Στόχοι της θεραπείας είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα, η διατήρηση ικανοποιητικού βαθμού σωματικής αύξησης, η επούλωση της φλεγμονής που προκαλείται από το οξύ, και τέλος η πρόληψη των αναπνευστικών προβλημάτων και άλλων επιπλοκών που προκαλούνται από τη συνεχή παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου.

Πρωταρχικό σκέλος στη θεραπεία αποτελεί η ψυχολογική υποστήριξη των γονέων. Οι συνεχείς αναγωγές πανικοβάλλουν τους γονείς, ενώ η χρονιότητα και η σοβαρότητα των επιπλοκών της ΓΟΠΝ απογοητεύουν. Είναι βασική προϋπόθεση για τον παιδίατρο και τον ειδικό να τους πείσει ότι οι αναγωγές είναι φαινόμενο παροδικό, με καλή πορεία, αφού ανταποκρίνονται σε ήπιους χειρισμούς.

Στη ΓΟΠΝ με επιπλοκές απαιτούνται προσεκτικά θεραπευτικά βήματα, λόγω της ιδιαιτερότητας της μικρής ηλικίας και της επιμονής των συμπτωμάτων.

Τα συμπτώματα της ΓΟΠΝ δεν περιορίζονται με την αλλαγή από το γάλα μιας εταιρείας στο

γάλα της άλλης. Μικρή ομάδα βρεφών με ΓΟΠΝ έχει αλλεργία στο γάλα της αγελάδας. Είναι λοιπόν εντυπωσιακό ότι η δοκιμή χορήγησης θεραπευτικού (υποαλλεργικού) γάλακτος για δύο εβδομάδες μπορεί να συμβάλει στην κλινική βελτίωση.

Η πύκνωση του γάλακτος ανακουφίζει από τις αναγωγές και βελτιώνει τον ύπνο στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Πρόσθετες ουσίες που πυκνώνουν τις τροφές μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα. Βήχας αναφέρεται με τη λήψη πυκνού γάλακτος, ενώ παράλληλα παρατηρούνται κολικοί από τη διάσπαση του κολλώδους υλικού στο παχύ έντερο.

Γάλατα αντιαναγωγικά (nutrifleux) μειώνουν τις αναγωγές. Τα γάλατα αυτά είναι αυστηρά ανταγωνιστικά και δε θα πρέπει να χορηγούνται στην παλινδρόμηση με επιπλοκές.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η πρηνής θέση αποτελεί τη λύση επιλογής στα βρέφη με ΓΟΠΝ. Η ύπτια υπερυψωμένη (relax) αυξάνει τη ΓΟΠΝ. Λόγω όμως της σύνδεσης της πρηνής θέσης με το σύνδρομο αφνιδίου θανάτου, η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία προτείνει πρηνή θέση για τα βρέφη με ΓΟΠΝ ηλικίας > 8 μηνών, ή κατά τη μεταγευματική περίοδο, όταν τα βρέφη είναι

σε εγρήγορση.

Η αριστερή πλαγία θέση είναι καλή επιλογή και συνιστάται και σε παιδιά > έτους με σημαντική παλινδρόμηση. Φάρμακα, όπως αντιμετρίνη (σιμετιδίνη), αντιόξινα, αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (ομεπραζόλη) και γαστροκινητικοί παράγοντες (ισαπραδιδή, δομπεριδόνη) συνιστώνται.

Ο προβληματισμός στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΓΟΠΝ είναι μεγάλος. Τα ερωτηματικά απορρέουν από το γεγονός ότι η ΓΟΠΝ στα παιδιά είναι συχνή, όχι πάντα παθολογική, έχει ιδιαίτερη συμπτωματολογία και επικίνδυνες επιπλοκές. Η διάρκεια και το είδος της θεραπείας εξατομικεύονται και καθοδηγούνται από τη συμπτωματολογία και τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων. Η μικρή ηλικία θα πρέπει να κάνει τον κλινικό ιδιαίτερα φειδωλό και προσεκτικό στην χρησιμοποίηση των φαρμάκων. Στο 10%, όπου η παλινδρόμηση συνδέεται με επιπλοκή, επιβάλλεται μακροχρόνια παρακολούθηση και ιδιαίτερη ευαισθητοποίηση.

ΙΩΑΝΝΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ



4^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Ιδιοπαθών φλεγμονωδών
νοσημάτων του εντέρου

27 - 28 ΜΑΪΟΥ 2005



ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
Electra Palace




TOURS & CONGRESS S.A.

Λειτουργικά Τρόφιμα



Εισαγωγή

Ο άνθρωπος, από την αρχή της ύπαρξής του, αφιέρωσε μεγάλο χρόνο της ζωής του στο να βρει τις τροφές για να καλύψει την πείνα του, ασχολούμενος κυρίως με την ποσότητα και πολύ λίγο με την ποιότητα. Στο σημερινό δυτικό κόσμο, σε μεγάλο ποσοστό, η ποσότητα είναι υπερεπαρκής και για την ποιότητα έγιναν και συνεχίζονται να γίνονται πολλές προσπάθειες με αρκετά καλά αποτελέσματα. Σε αυτόν τον δυτικό κόσμο έχουμε φτάσει στο αντίθετο πια σημείο, ο άνθρωπος να υποφέρει από την υπερβολική ποσότητα που καταναλώνει.

Η σύγχρονη τεχνολογία τροφίμων, χάρη στην πρόοδο της βιοχημείας, της τεχνολογίας και της διατροφής, άρχισε, εκτός από την βελτίωση της ποιότητας, να διαπιστώνει τη σχέση τροφίμων και υγείας, της οποίας τη σημασία επεσήμανε πρώτος ο Ιπποκράτης και να προσπαθεί να παράγει νέα αλλά και παραδοσιακά τρόφιμα με σκοπό να βελτιωθεί η φυσική του κατάσταση και

ταυτόχρονα να μειωθούν οι κίνδυνοι ασθενειών. Αυτό αποτελεί μία ανάγκη, αφού ο σύγχρονος τρόπος ζωής δεν αφήνει στον άνθρωπο τη δυνατότητα να κάνει μία καλύτερη επιλογή της διατροφής του με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο αριθμός των πασχόντων από ασθένειες που έχουν σχέση με τη διατροφή, όπως ο καρκίνος, ο σακχαρώδης διαβήτης και οι καρδιοαγγειακές παθήσεις. Σχεδιάστηκαν λοιπόν και σχεδιάζονται σειρές από παλαιά και νέα τρόφιμα, τα οποία μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση της υγείας του πεπτικού συστήματος, της καρδιάς, του κυκλοφορικού συστήματος, του σκελετού και άλλων συστημάτων. Τα τρόφιμα αυτά ονομάστηκαν λειτουργικά τρόφιμα (functional foods).

Σήμερα έχουμε μία νέα κατάταξη των τροφίμων, ανάλογα με τις ανάγκες που αυτά καλύπτουν στον άνθρωπο:

- **Συνήθη τρόφιμα ή συμβατικά** που καλύπτουν τις μεταβολικές απαιτήσεις του οργανισμού και την ευχαρίστηση.
- **Υγιεινά τρόφιμα**, τα οποία περιέχουν τα θρεπτικά συστατικά, πρωτεΐνες, λίπη και σάκχαρα σε μία ορισμένη αναλογία. Εδώ θα μπορούσαμε να κατατάξουμε και τα βιολογικά.
- **Εμπλουτισμένα**, που ενισχύουν τον οργανισμό π.χ. με βιταμίνες
- **Λειτουργικά**, που συμβάλουν στην καλή λειτουργία βασικών διεργασιών του οργανισμού. Η κατάταξη αυτή είναι εμπειρική, αφού ακόμα δεν έχουν ξεκαθαρίσει οι ειδικοί τους σχετικούς ορισμούς. Άλλα είδη είναι τα διαιτητικά, τα ειδικής διατροφής κλπ.

Ορισμός και ιδιότητες των Λειτουργικών Τροφίμων.

Δεν έχει ακόμα γίνει αποδεκτός από όλους ένας κοινός ορισμός και γι' αυτό θα αναφέρουμε έναν από τους επικρατέστερους



«Λειτουργικά τρόφιμα είναι τα είδη εκείνα των τροφίμων που αποδεδειγμένα επηρεάζουν ευνοϊκά μία ή περισσότερες λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος, πέραν της κάλυψης των θρεπτικών αναγκών, με σκοπό τη βελτίωση της υγείας και της καλής κατάστασης του οργανισμού ή και τη μείωση του κινδύνου των ασθενειών.»

Τα τρόφιμα αυτά θα πρέπει ακόμα:

- Να αποτελούν μέρος της καθημερινής συνήθους διαίτας, χωρίς να αποκλείονται και τα εμπλουτισμένα τρόφιμα π.χ. γάλα με σίδηρο ή ασβέστιο.
 - Να προστατεύουν από τον κίνδυνο κάποιων ασθενειών.
- Με αυτές τις ιδιότητες τους είναι φανερό ότι τα λειτουργικά τρόφιμα αποτελούν τρόφιμα «υψηλής ποιότητας» και έχουν ιδιαίτερες λειτουργίες όπως :
- Η ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος.
 - Η προφύλαξη από ειδικές ασθένειες, π.χ. διάρροιες
 - Ο έλεγχος φυσικών διεργασιών π.χ. πίεση
 - Η βελτίωση της λειτουργίας διαφόρων οργάνων π.χ. του παχέος εντέρου.

Είναι φανερό ότι κάθε ένα από τα λειτουργικά τρόφιμα δε συμβάλει σε όλες τις ανωτέρω διεργασίες αλλά σε μέρος τους ή σε μία από αυτές. Πρόκειται λοιπόν για μία νέα κατηγορία τροφίμων, η οποία ανοίγει νέους ορίζοντες στη διατροφή του ανθρώπου. Πρέπει να θεωρηθούν σαν ένα ξεκίνημα μιας προσπάθειας που μελλοντικά προβλέπεται, μετά από έρευνες, να συμβάλει ουσιαστικά στην καλύτερη λειτουργία του οργανισμού, εφόσον ταυτόχρονα θα ακολουθούνται οι βασικές αρχές της κλασικής διατροφής.

Ακόμα θα πρέπει να αρχίσει μία σωστή ενημέρωση των καταναλωτών και των ιατρών, ώστε να μπορούν να επιλέξουν τα κατάλληλα τρόφιμα, ενώ παράλληλα θα πρέπει να ενισχυθούν οι έρευνες όχι μόνο από τις πολυεθνικές, οι οποίες έχουν αντιληφθεί την οικονομική σημασία τους, αλλά

και από τις κρατικές υπηρεσίες ελέγχου ώστε να πιστοποιηθεί η ασφάλειά τους. Όπως φαίνεται τα λειτουργικά τρόφιμα, σε συνδυασμό με τη γονιδιακή θεραπεία των ασθενειών, θα αποτελέσουν τα μεγαλύτερα επιτεύγματα του 21ου αιώνα, διότι ανοίγουν μεγάλες προοπτικές για μία καλύτερη ζωή και για μακροβιότητα.

Τα συστατικά που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την παραγωγή λειτουργικών τροφίμων είναι:

- Γαλακτικά Βακτήρια, κυρίως τα χαρακτηριζόμενα Ευβιοτικά.
- Ολιγοσακχαρίτες, χαρακτηριζόμενοι ως Προβιοτικά.
- Φυτικές ίνες.
- Αμινοξέα, πεπτιδια και πρωτεΐνες.
- Φυτοστερόλες, αντιοξειδωτικές ουσίες φυτικής προέλευσης
- Ακόρεστα λιπαρά οξέα και κυρίως τα ωμέγα-3. κ.α.

Πρόδρομος των λειτουργικών τροφίμων είναι το γιαούρτι και μάλιστα το παραδοσιακό, του οποίου η βιολογική αξία ήταν γνωστή από αρχαιότατων χρόνων. Σήμερα έχουν γίνει γνωστά τα πλεονεκτήματα του στη λειτουργία του πεπτικού συστήματος και ιδιαίτερα του παχέος εντέρου και γι' αυτό το λόγο έχει επιλεγεί για την παραγωγή Προβιοτικών προϊόντων, που σήμερα έχουν τη μεγαλύτερη κατανάλωση. Πρέπει να σημειώσουμε ότι τα τελευταία χρόνια η χορήγηση γιαούρτης και ευβιοτικών έχουν, μέσω της αντιδιαρροϊκής τους δράσης, σημαντική συμβολή στη θεραπευτική αντιμετώπιση παθήσεων του πεπτικού συστήματος. Τα προϊόντα αυτά είναι σήμερα πολύ διαδεδομένα στον κόσμο και αποτελούν την πλέον αντιπροσωπευτική μορφή λειτουργικών τροφίμων.

Τα είδη και η αγορά των Λειτουργικών Τροφίμων στον κόσμο.

Σύμφωνα με παλαιότερα στοιχεία (1999) το συνολικό κόστος για αγορά λειτουργικών προϊόντων υπολογίστηκε ότι ήταν 33 δις δολάρια. Η Ευρώπη είχε ένα μικρό μερίδιο, 2 δις δολαρίων, ενώ η πλέον ενδιαφέρουσα αγορά ήταν αυτή των ΗΠΑ, με περισσότερο του 50% του συνολικού κόστους. Στην Ευρώπη οι χώρες που ξεκίνησαν και ανέπτυξαν αγορά είναι κατά σειρά ενδιαφέροντος η Γερμανία, η Γαλλία, η Αγγλία, στην οποία το 85% των γιαουρτιών που κυκλοφορούν περιέχουν ευβιοτικά, η Ολλανδία και η Φιλανδία που καλύπτει τις ανάγκες των Σκανδιναβικών χωρών. Το βάρος της ανταγωνιστικότητας στην Ευρώπη έχει πέσει στα προϊόντα που έχουν σχέση με το πεπτικό σύστημα, τα ευβιοτικά, που

παρασκευάζονται κυρίως με βάση το γιαούρτι, ενώ ενδιαφέρουσες αγορές είναι αυτές των θεωρουμένων λειτουργικών τροφίμων, όπως ποτών π.χ. οι μπύρες χωρίς αλκοόλη, ο καφές χωρίς καφεΐνη κ.α. Χαρακτηριστικά αναφέρεται η Γερμανία σαν μια ενδιαφέρουσα αγορά με σημαντική παραγωγή μη αλκοολούχων ποτών και αναψυκτικών ενισχυμένων με βιταμίνες Α, C και Ε. Σήμερα στην Ευρώπη κυκλοφορούν σε μικρή κλίμακα μία σειρά από λειτουργικά προϊόντα όπως διάφορα γλυκίσματα, τσίχλες χωρίς ζάχαρη, δημητριακά πλούσια σε φυτικές ίνες για το πρωινό, μαργαρίνες με φυτοστερόλες και παιδικές τροφές με αντιαλλεργικές ιδιότητες καθώς και παιδικές τροφές με ευβιοτικά και προβιοτικά.

Αν και τα λειτουργικά τρόφιμα αποτελούν σήμερα ένα από τα σημαντικότερα θέματα για τους καταναλωτές, αφού έχουν άμεση σχέση με την υγεία τους, η κατανάλωση τους δεν είναι ακόμη ευρεία, λόγω του υψηλού τους κόστους, μια και η παραγωγή τους απαιτεί πρώτες ύλες καλής ποιότητας, υψηλή τεχνολογία και άριστες συνθήκες συντήρησης, λόγω της ελλιπούς τους διαφήμισης και κύρια λόγω της μη επαρκούς ενημέρωσης ιατρών και καταναλωτών.

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΛΑΝΤΖΟΠΟΥΛΟΣ

Ο Γ. Καλαντζόπουλος είναι Ομότιμος Καθηγητής του Γεωπονικού Πανεπιστημίου Αθηνών

Πρακτικές συμβουλές για την υγιεινή του στόματος

Με τον όρο στοματική υγιεινή (ΣΥ) ορίζουμε τη με μηχανικά ή και χημικά μέσα αποτελεσματική καθημερινή απομάκρυνση της οδοντικής μικροβιακής πλάκας (ΟΜΠ) και των προϊόντων της από τη στοματική κοιλότητα. Η ΟΜΠ αποτελεί το βασικό και πρωταρχικό αίτιο της εκδήλωσης των νόσων του περιοδοντίου (ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα) και της τερηδόνας και η απομάκρυνση της βασίζεται κυρίως στη χρήση μηχανικών μέσων, όπως η οδοντόβουρτσα και τα μέσα μεσοδόντιου καθαρισμού (οδοντικό νήμα και μεσοδόντια βουρτσάκια).

• Οδοντόβουρτσα

Η επιλογή της οδοντόβουρτσας πρέπει να γίνεται από τον οδοντίατρο και να είναι εξατομικευμένη. Οι γενικές προδιαγραφές που πρέπει να τηρεί είναι :

- να είναι μέτριας ή μαλακής σκληρότητας, ποτέ σκληρή, γιατί αλλιώς προκαλούνται αποτριβές στα δόντια και τραυματισμοί στα ούλα
- να είναι από ίνες νάυλον, με ικανοποιητική ελαστικότητα, με αποστρωγγυλεμένα άκρα και ομοιόμορφα, πυκνά διατεταγμένες, που να καταλήγουν στο ίδιο επίπεδο
- η λαβή και η κεφαλή της να βρίσκονται σε ένα επίπεδο
- η κεφαλή της να είναι γενικά μικρή, ανάλογα βέβαια και με το μέγεθος του στόματος και τα δόντια του ασθενούς. Για τους ενήλικες διαστάσεις 30 x 10 χιλ και για τα παιδιά 20 x 7 χιλ έχει εκμηθεί πως εξυπηρετούν καλύτερα στις περισσότερες των περιπτώσεων.

Η ηλεκτρική οδοντόβουρτσα είναι ίδιας αποτελεσματικότητας με την κλασική στην αφαίρεση της ΟΜΠ και συστήνεται κυρίως σε άτομα με περιορισμένη κινητικότητα χεριών, σε άτομα 3ης ηλικίας, διανοητικά καθυστερημένα κ.ά.

• Τρόπος βουρτσίσματος

Ο τρόπος βουρτσίσματος επιδεικνύεται από τον οδοντίατρο και προσαρμόζεται στην ηλικία του ασθενούς, τις ιδιαιτερότητες του στόματός του και τη δεξιότητά του. Συνήθως σε ενήλικες συστήνεται αρχική τοποθέτηση της οδοντόβουρτσας σε γωνία περίπου 45ο επί του επιμήκους άξονα του δοντιού με το μισό της επιφάνειάς της επάνω στο δόντι και το άλλο μισό στα ούλα με ελαφρά

ώθηση. Στη συνέχεια, με ήπιες δυνάμεις, εκτελούνται 8-10 μικρές, παλινδρομικές, επιτόπιες κινήσεις και η οδοντόβουρτσα μετακινείται με κατεύθυνση προς τη μασητική επιφάνεια σε επαφή με το δόντι. Συνιστάται η διαδικασία του βουρτσίσματος να ξεκινάει από τις γλωσσικές επιφάνειες των κάτω δοντιών, να ακολουθούν οι υπερώριες επιφάνειες των άνω δοντιών και κατόπιν οι προστομαϊκές και οι μασητικές-κοπτικές επιφάνειες. Στα παιδιά συστήνεται να βουρτσίζουν τα δόντια τους κυκλικά, 5 φορές περίπου, σε κάθε θέση. Ένας ασθενής με πλήρη φραγμό και μέτρια δεξιότητα χρειάζεται περίπου 5 λεπτά για να βουρτσίσει σωστά τα δόντια του. Ο μέσος χρόνος χρήσης μιας οδοντόβουρτσας είναι 3 μήνες και πρέπει να αντικαθίσταται, όταν οι θύσανοι χάνουν την ελαστικότητά τους, σπάνε εύκολα και αλλάζουν σχήμα.

• Μέσα μεσοδόντιου καθαρισμού

Αν και η οδοντόβουρτσα αποτελεί το βασικό μέσο ΣΥ, η αποτελεσματικότητά της στα μεσοδόντια διαστήματα είναι ελάχιστη. Είναι αναγκαία η χρησιμοποίηση ενός επιπρόσθετου μέσου, όπως το οδοντικό νήμα ή τα μεσοδόντια βουρτσάκια. Η σωστή χρήση τους επιδεικνύεται από τον οδοντίατρο στο στόμα του ασθενούς.

Οδοντικό νήμα

Πρόκειται για μεταξωτή κλωστή που κυκλοφορεί στο εμπόριο σε ακήρωτη και κηρωμένη μορφή. Δεν υπάρχουν κλινικά σημαντικές διαφορές στην αποτελεσματικότητα των δύο τύπων. **Συνηθέστερα προτιμώνται τα λεπτότερα και ακήρωτα νήματα, ιδιαίτερα πρακτικά για στενά μεσοδόντια διαστήματα.** Παραλλαγή του νήματος αποτελεί το νήμα Super floss, που συστήνεται σε ασθενείς με ακίνητες προσθετικές εργασίες ή με ορθοδοντικά μηχανήματα.

Μεσοδόντια βουρτσάκια

Πρόκειται για μικρά βουρτσάκια, κυλινδρικά ή κωνικά, προσαρμοσμένα σε ειδική λαβή. Αποτελούν εναλλακτική λύση του νήματος σε ασθενείς που αδυνατούν να το χρησιμοποιήσουν, όμως μειονεκτούν έναντι αυτού, γιατί δεν εισέρχονται μεταξύ ούλων και δοντιού και χρειάζεται προσοχή κατά τη χρήση τους για την αποφυγή τραυματισμών των ούλων και φθοράς της επιφάνειας της ρίζας. Επιπλέον φθείρονται εύκολα αυξάνοντας

σημαντικά το κόστος και χρησιμοποιούνται δύσκολα σε στενά μεσοδόντια διαστήματα. Παρόλα αυτά **είναι ιδιαίτερα πρακτικά για τον καθαρισμό ευρέων μεσοδόντιων διαστημάτων και σε περιοχές με αυλακές** (γομφίοι, άνω προγόμφιοι, μεσορριζικές βλάβες). Διατίθενται σε διάφορα μήκη και πάχη. Η μέση διάρκεια του μεσοδόντιου καθαρισμού είναι περίπου 5 λεπτά. Συμπερασματικά, **εκτός από την οδοντόβουρτσα, απαιτείται η χρήση δύο μέσων μεσοδόντιου καθαρισμού ημερησίως (νήμα και μία μεσοδόντια βούρτσα ή δύο μεσοδόντιες βούρτσες, διαφορετικού πάχους).**

• Συχνότητα καθημερινής εφαρμογής ΣΥ

- Σε άτομα με επιδεξιότητα και χωρίς προβλήματα τερηδόνας και περιοδοντίου συστήνεται μια φορά την ημέρα βούρτσισμα (βράδυ) και μεσοδόντιος καθαρισμός. Τα παιδιά μπορούν να χρησιμοποιήσουν το νήμα μετά την ηλικία των 8 ετών
 - Σε ασθενείς με προβλήματα περιοδοντίου και τερηδόνας απαιτείται 2-3 φορές την ημέρα βούρτσισμα και 1 φορά μεσοδόντιος καθαρισμός
- Είναι σημαντικό να τονίσουμε πως **ακόμη κι αν μια μέρα δε γίνει λήψη τροφής, είναι το ίδιο απαραίτητη η εφαρμογή της ΣΥ, γιατί το πρόβλημα είναι η ΟΜΠ, που εγκαθίσταται και πολλαπλασιάζεται στα δόντια λίγο μετά τον καθαρισμό τους. Εκτός από τα δόντια και τα ούλα, πρέπει να βουρτσίζεται και η γλώσσα.**

Ένας καλός τρόπος ελέγχου της αποτελεσματικότητας της ΣΥ που εφαρμόζεται είναι η **χρησιμοποίηση αποκαλυπτικών μέσων παρουσίας ΟΜΠ**. Πρόκειται για διαλύματα ή δισκία διαφόρων χημικών ουσιών, όπως βασική φουξίνη, ερυθροσίνη, χρωστική fast green, νατριούχος φλουοροσκεΐνη, που χρωματίζουν την ΟΜΠ και υποδεικνύουν τις περιοχές που, παρά την επιμελημένη ΣΥ που ένας ασθενής πιστεύει πως έχει κάνει, εξακολουθεί να παραμένει! Εκεί λοιπόν πρέπει να επιμείνει περισσότερο!

• Χημικά μέσα καθαρισμού

Σε αυτά ανήκουν οι οδοντόπαστες, τα στοματοπλύματα και τα φθοριούχα σκευάσματα.

Οι οδοντόπαστες αποτελούν υποβοηθητικό μέσο στη χρήση της οδοντόβουρτσας και προσδίδουν περισσότερο μια αίσθηση φρεσκάδας. **Πρέπει να περιέχουν φθόριο**, για την καταπολέμηση της τερηδόνας και σε ειδικές περιπτώσεις ασθενών χορηγούνται οδοντόπαστες με ειδική σύνθεση π.χ. για την απευαισθητοποίηση των δοντιών, τον έλεγχο των χρωστικών κ.ά..

Πάντως, είναι σημαντικό να τονισθεί πως **σημασία έχει η σωστή καθημερινή ΣΥ και όχι η επιλογή της οδοντόκρεμας.**

Τα **φθοριούχα σκευάσματα** (Easy gel, GelKam, Protect κ.ά.) χορηγούνται σε ασθενείς υψηλού τερηδονικού κινδύνου για τον έλεγχο της

οδοντικής ευαισθησίας και μόνο σκευάσματα που περιέχουν φθοριούχο κασσίτερο συμβάλλουν και στον περιορισμό της ΟΜΠ. Όσον αφορά στα **στοματοπλύματα**, αυτά περιέχουν αντιμικροβιακές ουσίες (χλωρεξιδίνη, διάλυμα λιστερίνης, σανγκουινάρηνη, Therasol κ.ά.), που μειώνουν την ΟΜΠ. Πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο μετά από σύσταση του οδοντιάτρου, για περιορισμένο χρονικό διάστημα, σε ειδικές περιπτώσεις (π.χ. στη μετεχειρητική περίοδο, σε οξεία περιοδοντικά προβλήματα, σε ηλικιωμένα άτομα, ασθενείς με γενικά νοσήματα ή κινητικά προβλήματα ή σε ιδιαίτερη οδοντιατρική θεραπεία κ.ά.). Η χρήση τους για παρατεταμένο χρονικό διάστημα δημιουργεί προβλήματα (χρώσεις, αλλοίωση της γεύσης, διαβρώσεις κ.ά.) και πρέπει να αποφεύγεται. Τέλος, **τα φθοριούχα στοματοπλύματα (0.05% NaF) συμβάλλουν στην καταπολέμηση της τερηδόνας και μπορούν να χρησιμοποιούνται καθημερινά.**

Κλείνοντας, **θα πρέπει να επισημάνουμε το ρόλο των συνηθειών διατροφής στην πρόκληση τερηδόνας και διάβρωσης των δοντιών.** Αποφύγετε την κατανάλωση ζάχαρης ανάμεσα στα γεύματα. Ο καφές με ζάχαρη και /ή γάλα καθ' όλη τη διάρκεια της μέρας και η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων σακχαρούχων αφηψημάτων ανάμεσα στα γεύματα είναι ιδιαίτερα καταστροφικά για τα δόντια. Η λήψη γλυκού θα πρέπει να γίνεται αμέσως μετά το φαγητό και όχι ανάμεσα στα γεύματα. Προβλήματα διάβρωσης δημιουργούν η μεμονωμένη συχνή κατανάλωση τροφών με όξινη ιδιότητα (λεμόνι, κορόμηλα, τουρσί, μπανάνες, ανθρακούχα αναψυκτικά χαμηλού pH), τα σκευάσματα βιταμίνης C, η ασπιρίνη, διάφορα διαλύματα σιδήρου, HCl, H₂O₂, το γαστρικό υγρό (εμετοί, παλινδρόμηση, βουλιμία, νευρική ανορεξία), οι όξινες αναθυμιάσεις βιομηχανιών (παρασκευή μπαταριών, ηλεκτρολυτικές επιμεταλλώσεις, παραγωγή ή χρήση HNO₃ και H₂SO₄) και η συχνή κολύμβηση σε πισίνες με υπερβολική χλωρίωση του νερού.

Ζητήστε από τον οδοντίατρό σας να σας προτείνει εναλλακτικούς τρόπους κατανάλωσης τροφών που θεωρούνται τερηδονογόνες και επισκεπτεστέ τον μια φορά το εξάμηνο, εκτός αν σας έχει ορίσει διαφορετικά, για έλεγχο και εφαρμογή ολοκληρωμένου προγράμματος πρόληψης της τερηδόνας και των νόσων του περιοδοντίου (καθαρισμός, φθορίωση, προληπτικές εμφράξεις οπών-σχισμών) προσαρμοσμένου στις απαιτήσεις του στόματός σας .

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ Π. ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗ

Η Ε.Π. Καραμανώλη είναι Βιολόγος-Οδοντίατρος
Διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής του
Πανεπιστημίου Αθηνών

Φαρμακευτική Θεραπεία Γαστροοισοφαγικής Παλινδρόμησης:

Μέχρι πότε ;



Η θεραπεία, σποραδική ή σε μόνιμη βάση, της Γαστροοισοφαγικής Παλινδρόμησης έχει 2 κύριους στόχους:

- την ανακούφιση από τα συμπτώματα
- την επούλωση των «διαβρώσεων», δηλαδή των μικροπληγών της παλινδρόμησης, όταν βέβαια υπάρχουν τέτοιες.

Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση

είναι η παθολογική άνοδος των οξέων και άλλων υγρών του στομάχου στον οισοφάγο. «Διαβρώσεις» ή μικροπληγές στον οισοφάγο προκαλούνται στις μιτές περίπου περιπτώσεις παλινδρόμησης και τότε λέμε ότι έχουμε **Οισοφαγίτιδα**. Στο 10% περίπου των περιπτώσεων Οισοφαγίτιδος κατά την επούλωση των πληγών το νέο κάλυμμα, αντί για οισοφάγο, μοιάζει με στομάχι ή έντερο και τότε μιλάμε για **Οισοφάγο Barrett**, μια κατάσταση που αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου.

Τα συμπτώματα που θέλουμε να ανακουφίσουμε με τη θεραπεία είναι το έντονο και βασανιστικό κάψιμο πίσω από το στήθος, η επιστροφή ή «αναγωγή» των τροφών ή υγρών του στομάχου προς τα πάνω, η δυσκολία στην κατάποση. Συχνά η Παλινδρόμηση εκδηλώνεται με βήχα και άλλα αναπνευστικά προβλήματα, βραχνάδα ή και πόνο στο στήθος, που μας κάνει να σκεπτόμαστε τη στηθάγχη.

Τα φάρμακα που διαθέτουμε για την παλινδρόμηση ανήκουν σε 3 κύριες κατηγορίες, όλα όμως δρουν ελαττώνοντας τα οξέα στο στομάχι, άλλα λιγότερο και άλλα περισσότερο.

Οι κατηγορίες αυτές είναι κατά σειρά αυξανόμενης αποτελεσματικότητας : α) τα απλά αντιόξινα β) οι αναστολείς των H2 υποδοχέων ισταμίνης και γ) οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων

Τα αντιόξινα, σαν χάπια ή σαν γαλάκτωμα, ανακουφίζουν άμεσα αλλά παροδικά από το κάψιμο. Δε βοηθούν στο έντονο κάψιμο και δε βοηθούν σημαντικά στην επούλωση των πληγών.



Οι αναστολείς «της ισταμίνης του στομάχου» δρουν σχετικά γρήγορα, π.χ σε μισή ώρα, όμως η διάρκεια της δράσης τους είναι μόνο λίγες ώρες. Αν ληφθούν λίγο πριν από ένα γεύμα, μπορεί να εμποδίσουν τις καούρες που αλλιώς το γεύμα αυτό θα προκαλούσε, όμως με τη συνεχιζόμενη χρήση χάνουν την αποτελεσματικότητά τους.

Μπορούν να επουλώσουν τις πληγές του οισοφάγου μόνο σε ήπιες μορφές Οισοφαγίτιδας.

Αντίθετα οι αναστολείς της αντλίας του υδρογόνου αργούν – πολλές ώρες ή λίγες μέρες - να αρχίσουν να δρουν, όμως η δράση τους είναι πιο ισχυρή και κυρίως πιο παρατεταμένη, συχνά 24 ώρες ή περισσότερο. Στη χρόνια χορήγηση δεν χάνουν την αποτελεσματικότητά τους και επουλώνουν ακόμη και τις δύσκολες πληγές της Οισοφαγίτιδας.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό το ότι, παρά τις διαφορές σε δραστηριότητα, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις παρενέργειες

μεταξύ αυτών των φαρμάκων.

Συνεπώς το είδος της θεραπείας που θα δώσουμε και η διάρκεια της εξαρτώνται από 1) την ένταση και συχνότητα των συμπτωμάτων 2) την ένταση των «πληγών» της οισοφαγίτιδας και 3) την αυτονότητη αρχή ότι δίνουμε τη μικρότερη ποσότητα και το ελαφρύτερο φάρμακο, που όμως «κάνει τη δουλειά», δηλαδή ανακουφίζει και επουλώνει.

As σκεφθούμε λοιπόν τα διάφορα πιθανά σενάρια:

1) Ελαφρά και αραιά συμπτώματα, απουσία Οισοφαγίτιδας στη γαστροσκόπηση:

Η θεραπεία έχει σαν στόχο μόνο να ανακουφίσει τα συμπτώματα, συνεπώς μπορεί να είναι απλά σποραδική λήψη αντιόξινου ή σποραδική λήψη των άλλων 2 κατηγοριών. Όταν τα συμπτώματα έρχονται, όπως συμβαίνει συχνά, μετά από ένα βαρύ γεύμα – που δεν μπορούμε να αποφύγουμε -, τότε θα πάρουμε έναν «αναστολέα ισταμίνης» λίγο πριν από ένα απρογραμματίστο γεύμα, ενώ θα πάρουμε ένα «αναστολέα αντλίας» πολλές ώρες πριν από ένα προγραμματισμένο γεύμα. Αυτό μπορεί προφανώς να γίνεται χρονίως.

2) Έντονα και βασιανισικά συμπτώματα, απουσία Οισοφαγίτιδας στη γαστροσκόπηση:

Η θεραπεία πρέπει να βασίζεται στα πιο αποτελεσματικά φάρμακα, δηλαδή τους «αναστολείς αντλίας», γιατί, παρότι δεν υπάρχουν πληγές, τα συμπτώματα αυτά έχουν τεράστια επίδραση στην ποιότητα ζωής. Χρειάζεται εδώ φάρμακο που καλύπτει όλο το 24ωρο με τη δράση του και που συνεχίζει να είναι αποτελεσματικό στη χρόνια χρήση, δηλαδή «αναστολέας αντλίας». Μπορούμε και πρέπει μετά την αρχική καθημερινή θεραπεία να πάμε σε λήψη κάθε δεύτερη μέρα ή και σποραδικά, εφόσον βέβαια οι τρόποι αυτοί λήψης «καλύπτουν» πλήρως τα συμπτώματα. Διαφορετικά είναι αναγκαία η καθημερινή λήψη σε χρόνια βάση. Ευτυχώς υπάρχουν δεδομένα ασφαλείας των φαρμάκων αυτών στη μακροχρόνια λήψη.

3) Έντονα και βασιανισικά συμπτώματα, παρουσία Οισοφαγίτιδας στη γαστροσκόπηση που είναι ελαφριά ή βαριά:

Χρησιμοποιούμε και εδώ «αναστολείς αντλίας», μόνο που ο στόχος είναι εκτός από την ανακούφιση των συμπτωμάτων και η επούλωση της οισοφαγίτιδας. Συνεπώς, στην περίπτωση

τυχόν μετάβασης σε λήψη του φαρμάκου από καθημερινά σε κάθε δεύτερη μέρα, πρέπει να προσέχουμε όχι μόνο να διατηρείται η απουσία συμπτωμάτων αλλά και να παραμένει επουλωμένη η Οισοφαγίτιδα, γεγονός που μπορεί να σημαίνει εκτέλεση Γαστροσκόπησης κατά τη φάση λήψης μέρα παρά μέρα. Η λήψη και εδώ είναι χρόνια, εκτός αν ο ασθενής περάσει σε φάση απαλλαγής από τα έντονα συμπτώματα και ταυτόχρονα από την οισοφαγίτιδα (χωρίς να παίρνει θεραπεία)

4) Ήπια συμπτώματα, παρουσία Οισοφαγίτιδας στη γαστροσκόπηση που είναι ελαφριά ή βαριά:

Χρησιμοποιούμε «αναστολείς αντλίας». Εδώ δεν υπάρχει σημαντική καθοδήγηση από τα συμπτώματα, συνεπώς ο ρόλος της γαστροσκόπησης είναι ακόμη πιο σημαντικός στην περίπτωση τροποποίησης της συχνότητας λήψεως του φαρμάκου.

5) Συμπτώματα ήπια ή πιο έντονα με παρουσία οισοφάγου Barrett.

Αναφέρθηκε ότι ο οισοφάγος Barrett αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου οισοφάγου, όμως συχνά ο κίνδυνος του πανικού που η διάγνωση αυτή προκαλεί είναι μεγαλύτερος του κινδύνου του καρκίνου. Αυτό σημαίνει ότι ο κίνδυνος καρκίνου δεν είναι μεγάλου βαθμού. Πρέπει όμως οι ασθενείς με Barrett να παίρνουν χρόνια και καθημερινά φάρμακο τύπου «αντλίας» και βέβαια να παρακολουθούνται με Γαστροσκόπηση κατά διαστήματα.

Τι σημαίνει «χρόνια λήψη ή χρόνια θεραπεία» στην παλινδρόμηση; Σημαίνει τη λήψη για **μακρά διαστήματα ετών, συχνά μάλιστα και «δια βίου»** - όπως γίνεται και με τα φάρμακα της υπέρτασης-, εφ' όσον ο ασθενής είναι υπό παρακολούθηση. Η τυχόν επιλογή χειρουργικής θεραπείας αντί της χρόνιας φαρμακευτικής είναι μια εξαιρετικά λεπτή απόφαση που απαιτεί μεγάλη περίσκεψη και εξατομικευμένο χειρισμό.

ΙΩΑΝΝΗΣ ΔΑΝΗΛΙΔΗΣ

Ο Ι. Δανηλίδης είναι Γαστρεντερολόγος

αλάτι & υγεία



Το πρόβλημα:

Η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αλατιού μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης υψηλής αρτηριακής πίεσης. Η υψηλή αρτηριακή πίεση συνδέεται με καρδιαγγειακά νοσήματα και εμφράγματα. Μειώνοντας την πρόσληψη αλατιού είναι πιθανό να μειωθεί η αρτηριακή πίεση και ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών και επομένως αξίζει η προσπάθεια.

Αρκετά τρόφιμα δεν είναι εμφανώς αλατισμένα, αλλά περιέχουν υψηλές ποσότητες κρυμμένου αλατιού. Είναι πολύ εύκολο να κάνετε πιο υγιεινές επιλογές τροφών, αν μπορείτε να ελέγχετε στις ετικέτες των τροφίμων την περιεκτικότητά τους σε αλάτι. Οι περισσότερες ετικέτες τροφίμων αναφέρουν αν οι τροφές περιέχουν ή όχι νάτριο, καθώς και την περιεκτικότητά τους σε αυτό. Το νάτριο όμως μπορεί να περιέχεται και σε άλλες χημικές μορφές πέραν του γνωστού αλατιού, με αποτέλεσμα ο καταναλωτής να μπερδεύεται. Για το λόγο αυτόν παραθέτουμε τον ακόλουθο πίνακα :

Χημική Μορφή	Χρήση
Χλωριούχο Νάτριο	Το κοινό αλάτι. Χρησιμοποιείται επιτραπέζιο, στο μαγείρεμα, κατά την επεξεργασία τροφίμων, στις κονσέρβες κλπ.
Γλουταμινικό Μονονάτριο	Καρύκευμα που χρησιμοποιείται στο σπίτι, σε εστιατόρια και σε πολλά συσκευασμένα τρόφιμα (κονσέρβες, κατεψυγμένα κλπ.).
Baking-Powder	Χρησιμοποιείται για επιτάχυνση του φουσκώματος στο ψωμί και στο κέικ.
Διττανθρακικό Νάτριο	Η κοινή σόδα μαγειρικής. Χρησιμοποιείται κατά την παρασκευή ψωμιού, αρτοσκευασμάτων και γλυκών.
Άλμη	Χρησιμοποιείται στην επεξεργασία τροφίμων για την εμπόδιση ανάπτυξης βακτηρίων. Περιέχεται σε κονσέρβες, σε κατεψυγμένα, σε τουρσιά κλπ.
Φωσφορικό Δινάτριο Άλας	Περιέχεται σε ορισμένα δημητριακά, καθώς και σε βιομηχανικά τυριά.
Αλγινικό Νάτριο	Προστίθεται στα σοκολατούχα γάλατα και στα παγωτά, για να μαλακώσει την υφή τους.
Βενζοϊκό Νάτριο	Χρησιμοποιείται σαν συντηρητικό σε διάφορα παρασκευάσματα (μαγιονέζα, dressings, αναψυκτικά)
Υδροξείδιο του Νατρίου	Ή καυστικό νάτριο. Χρησιμοποιείται στην επεξεργασία τροφίμων, για να μαλακώσει την φλούδα της ελιάς, του καλαμποκιού κλπ.
Προπιονικό Νάτριο	Χρησιμοποιείται για την παστερίωση τυριών και ορισμένων αρτοσκευασμάτων και κέικ, ώστε να εμποδιστεί η ανάπτυξη μούχλας.
Θειώδες Νάτριο	Χρησιμοποιείται για τη λεύκανση ορισμένων φρούτων που χρειάζονται τεχνητό χρώμα (κεράσια μαρασκίνο, φρούι-γλασέ κλπ.) και ως συντηρητικό κάποιων ξηρών φρούτων (πχ. δαμάσκηνα).

Πόσο:

Η μέση πρόσληψη αλατιού κυμαίνεται στα 9,5 g ανά ημέρα (περίπου 2 κουτ. του γλυκού), ενώ πρέπει να καταναλώνουμε λιγότερο- η συνιστώμενη πρόσληψη είναι 6 g ανά ημέρα.

Το αλάτι στη διατροφή μας αποτελείται από το αλάτι που χρησιμοποιείται στο μαγείρεμα, το αλάτι που προστίθεται στο τραπέζι και το αλάτι που βρίσκεται στα επεξεργασμένα τρόφιμα. Περίπου το 75% του αλατιού που καταναλώνουμε έχει ήδη προστεθεί στο φαγητό που αγοράζουμε. Μέρος της υγιεινής διατροφής είναι και η μείωση κατανάλωσης επεξεργασμένων τροφών με αλάτι.

Υπολογισμοί:

Το αλάτι είναι το χλωριούχο νάτριο και μιας και στις ετικέτες των τροφίμων συχνά αναγράφεται τόσο η περιεκτικότητα σε αλάτι όσο και σε νάτριο, μπορεί να προκληθεί σύγχυση. Για να μετατρέψετε το αλάτι σε νάτριο-διαίρεστε με το 2,5.

Για να μετατρέψετε το νάτριο σε αλάτι-πολλαπλασιάστε με το 2,5.

Παράδειγμα: 1 g αλατιού = 0,4 g νατρίου,
0,8 g νατρίου = 2 g αλατιού

Τελικά τι μπορείτε να φάτε;

Τρόφιμα σε Δίαιτα Περιορισμού Νατρίου

Επιτρεπόμενες Τροφές	Τροφές προς Αποφυγή
Χυμοί φρούτων χωρίς πρόσθετα	Συσκευασμένοι χυμοί τομάτας & λαχανικών
Φρέσκα φρούτα	Ανανάς, φρούτα κονσερβοποιημένα
Φρέσκα λαχανικά (εκτός αυτών δίπλα)	Λαχανικά σε κονσέρβες, τουρισιά
Ξηρά φασόλια	Λαχανικά κατεψυγμένα με αλάτι
Αποβουτυρωμένο γάλα	Αγκινάρες, καρότα, σέλινο, κάρδαμο
Δημητριακά σε νιφάδες	Σπανάκι, παντζάρια, ραδίκια, λάχανο
Χονδροαλεσμένο σπύρι	Κρέατα & ψάρια, καπνιστά ή κονσέρβες
Δημητριακά ψημένα χωρίς αλάτι	Τυριά, αλατισμένο βούτυρο ή μαργαρίνη
Ζυμαρικά	Κρακεράκια αλμυρά
Ρύζι	Γαριδάκια, chips, αλατισμένοι ξηροί καρποί
Pop-corn ανάλατο	Σούπες σε σκόνη ή κονσέρβες
Φρέσκα ψάρια	Χοιρομέρι, αλατισμένα κρέατα, ζαμπόν
Φρέσκα κρέατα	Έτοιμες σάλτσες, μαγιονέζα, dressings
Μαργαρίνη ανάλατη	Σόγια sauce
Ελαιόλαδο	Σόδα μαγειρικής, baking-powder
Ξύδι	Βιομηχανικά παρασκευασμένα γεύματα
Καρυκεύματα χωρίς αλάτι & χυμό λεμόνι	Πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα
Ξηροί καρποί ανάλατοι	
Μέλι, μαρμελάδα, ζελέ, καραμέλες	

As είμαστε πρακτικοί:

Για να είμαστε ρεαλιστές, όλοι καταναλώνουμε επεξεργασμένα και γεμάτα συντηρητικά τρόφιμα. Επιλέξτε τρόφιμα με λιγότερο αλάτι ακολουθώντας τις παρακάτω οδηγίες:

Για **έτοιμα γεύματα** και **σάντουιτς** επιλέξτε αυτά με λιγότερο από 0,5 g νατρίου ή 1,25 g αλατιού.

Για ατομικά γεύματα, όπως **σούπες, σάλτσες, λαχανικά**, επιλέξτε εκείνα με λιγότερο από 0,3 g νατρίου ή 0,75 g αλατιού ανά μερίδα.

Τα κυριότερα **επεξεργασμένα τρόφιμα σε αλάτι** είναι τα εξής:

- Αλατισμένα κρέατα, όπως ζαμπόν, μπέικον, λουκάνικα και πατέ
- Κονσερβοποιημένες, έτοιμες και σε πακέτο σούπες
- Σάλτσα σόγιας, ζωμοί σε κύβους, ζωμός κρέατος σε σκόνη, ενισχυτικά γεύσεων
- Οποιοδήποτε τρόφιμο σε κονσέρβα που περιέχει αλάτι
- Καπνιστά κρέατα και ψάρια
- Παράγωγα κρέατος και μαγιός
- Σκληρά τυριά – Επιτρεπόμενη κατανάλωση : 100 g ανά εβδομάδα
- Αλατισμένα σνακ, όπως κρίσις, μπισκότα, ποπκορν
- Έτοιμα γεύματα με υψηλή περιεκτικότητα σε αλάτι, σάλτσες και έτοιμα φαγητά για το σπίτι
Προσπαθήστε να μειώσετε την κατανάλωση αυτών των τροφών σε 1 μερίδα ανά ημέρα

Προσέξτε το αλάτι:

- Χρησιμοποιείτε λίγο αλάτι στο μαγείρεμα.
- Προσπαθήστε να μην προσθέτετε έξτρα αλάτι στο τραπέζι.
- Αποφύγετε τα επεξεργασμένα τρόφιμα με αλάτι και τα έτοιμα γεύματα.
- Ελέγχετε τις ετικέτες των τροφίμων και επιλέγετε εκείνα με χαμηλή περιεκτικότητα σε αλάτι.

(Αν έχετε υψηλή αρτηριακή πίεση, είναι εξίσου σημαντικό να γυμνάζεστε, να διατηρείτε φυσιολογικό σωματικό βάρος, να μην καταναλώνετε πολύ αλκοόλ και να κάνετε συχνά γενικές εξετάσεις.)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΣ

Ο Π. Παπαχρήστος είναι Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, MSc

ΓΕΩΡΓΙΑ ΙΣΑΡΗ

Η Γ. Ίσαρη είναι Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος



Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Πάθηση των Εντέρων και Εκδηλώσεις από το Μυοσκελετικό Σύστημα

1. Τι είναι οι εξωεντερικές εκδηλώσεις της Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους Πάθησης των Εντέρων;

Η Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Πάθηση των Εντέρων (ΙΦΠΕ) είναι μία χρόνια συστηματική διαταραχή που προσβάλλει κατεξοχήν το έντερο. Μολαταύτα οι εξωεντερικές εκδηλώσεις μπορεί να προέχουν στην κλινική εικόνα και αφορούν τόσο στην ελκώδη κολίτιδα όσο και στη νόσο Crohn.

Οι κλινικές εκδηλώσεις από το μυοσκελετικό σύστημα αντιπροσωπεύουν τις συχνότερες εξωεντερικές εκδηλώσεις της ΙΦΠΕ. Το 1930 περιγράφηκε για πρώτη φορά αρθρίτιδα σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα. Στα χρόνια που ακολούθησαν η αρθρίτιδα της ΙΦΠΕ θεωρείτο παραλλαγή της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, πεποίθηση που κλονίστηκε με την ανακάλυψη του ρευματοειδούς παράγοντα, ο οποίος ήταν αρνητικός στην ΙΦΠΕ. Το 1976 οι Moll και Wright πρότειναν την

κατάταξη της αρθρίτιδας της ΙΦΠΕ στις οροαρνητικές αρθροπάθειες, που περιλαμβάνουν επίσης το σύνδρομο Reiter, την ψωριασική αρθρίτιδα, την αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα και τις αδιαφοροποίητες σπονδυλαρθροπάθειες. Το 1991 η Ευρωπαϊκή ομάδα μελέτης της σπονδυλαρθροπάθειας (ESSG) πρότεινε νέα κριτήρια για την κατάταξη των σπονδυλαρθροπαθειών. (βλ. πίνακα)

Οι εξωεντερικές εκδηλώσεις της ΙΦΠΕ μπορούν να προσβάλλουν σχεδόν οποιοδήποτε όργανο του σώματος. Η βιβλιογραφία τα τελευταία έτη έχει δείξει ότι η παρουσία μιας εξωεντερικής εκδήλωσης σε ασθενή με ΙΦΠΕ αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης και άλλων εξωεντερικών εκδηλώσεων. Παρόλα αυτά τα όργανα που συχνώς προσβάλλονται από αλληλοκαλυπτόμενες εκδηλώσεις είναι τα ίδια συνήθως, δηλαδή



το δέρμα, οι αρθρώσεις, τα μάτια και το χοληφόρο δέντρο. Οι εξωεντερικές εκδηλώσεις είναι περισσότεροι συνήθεις σε ασθενείς με προσβολή του παχέος εντέρου. Με εξαίρεση την πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα και την αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα, οι εξωεντερικές επιπλοκές τείνουν να ακολουθούν την κλινική πορεία της εντερικής νόσου.

2. Πόσο συχνές είναι οι εξωεντερικές εκδηλώσεις από το μυοσκελετικό ;

Η περιφερική αρθρίτιδα είναι η συχνότερη εξωεντερική εκδήλωση της ΙΦΠΕ με επιπλοασμό μεταξύ 10-20%. Η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα συνυπάρχει στο 3-6% των ασθενών με ΙΦΠΕ, ενώ η απλή ιερολαγονίτιδα χωρίς έκφραση άλλων στοιχείων αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας είναι πολύ συχνότερη (14-20%), όπως διαπιστώθηκε κατά τη μελέτη των ακτινολογικών ευρημάτων. Μία υψηλότερη συχνότητα συμμετοχής της σπονδυλικής στήλης ως 43% αναφέρθηκε από τους Scarpα και συνεργάτες. Το 18% των ασθενών που μελετήθηκαν από τους ερευνητές αυτούς είχαν φλεγμονώδες άλγος σπονδυλικής στήλης (inflammatory spinal pain) ως τη μόνη ρευματολογική εκδήλωση.

Σε μελέτη από την περιοχή της ΒΔ Ελλάδας, κατά την οποία εξετάστηκαν οι εξωεντερικές εκδηλώσεις σε 256 ασθενείς με ΙΦΠΕ, διαπιστώθηκε συνολική συχνότητα εκδηλώσεων από το μυοσκελετικό σύστημα σε 14.79% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και σε 29.7% των ασθενών με νόσο Crohn. Αναλυτικά, στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα 4.18% είχαν κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα ιερολαγονίτιδας, 2.3% είχαν ολιγοαρθρίτιδα μεγάλων αρθρώσεων και 8.31% είχαν περιφερική αρθρίτιδα / αρθραλγίες μικρών αρθρώσεων. Στους ασθενείς με νόσο Crohn, 16.2% είχαν κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα ιερολαγονίτιδας, 5.4% είχαν ολιγοαρθρίτιδα μεγάλων αρθρώσεων και 8.1% είχαν περιφερική αρθρίτιδα / αρθραλγίες μικρών αρθρώσεων.

3. Ποιο είναι το κλινικό φάσμα των εκδηλώσεων της ΙΦΠΕ από το μυοσκελετικό;

Η εμφάνιση της περιφερικής αρθρίτιδας είναι συνήθως απότομη. Η άρθρωση του γόνατος

και η ποδοκνημική προσβάλλονται συχνότερα, αλλά ο αγκώνας, οι μετακαρπιοφαλαγγικές, ο ώμος και το ισχίο προσβάλλονται επίσης αρκετά συχνά. Η περιφερική αρθρίτιδα είναι συνήθως μη διαβρωτικός και μη παραμορφωτικός, αλλά έχει αναφερθεί και διαβρωτικός αρθρίτιδα μικρών αρθρώσεων. Δεν υπάρχουν όμως επαρκείς πληροφορίες για μακροχρόνια παρακολούθηση της αρθρίτιδας στην ΙΦΠΕ.

Πρόσφατα, ο Orchard και συνεργάτες διαχώρισαν δύο μορφές περιφερικής αρθρίτιδας στην ΙΦΠΕ. Η τύπου 1 είναι ολιγοαρθρική, μη συμμετρική προσβολή μεγάλων συνήθως αρθρώσεων (λιγότερων από 5) και συμβαδίζει με την έξαρση της νόσου και άλλες εξωεντερικές εκδηλώσεις. Η τύπου 2 είναι προσβολή περισσότερων αρθρώσεων, συνήθως μικρότερων, με πιο συμμετρικό χαρακτήρα και έχει χρόνια και πιο σοβαρή πορεία χωρίς ισχυρή συσχέτιση με τις εξάρσεις της νόσου. Η τύπου 2 αρθρίτιδα συσχετίζεται με τη ραγοειδίτιδα και όχι με άλλες εξωεντερικές εκδηλώσεις. Οποσδήποτε τα όρια μεταξύ των δύο τύπων είναι ασαφή και βρίσκονται ακόμη υπό μελέτη.

Άλλες κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν την ενθεσίτιδα, την τενοντοθλακίτιδα και τη δακτυλίτιδα. Η ενθεσίτιδα αντιπροσωπεύει μία φλεγμονώδη αντίδραση στο σημείο πρόσφυσης ενός τένοντα στο οστό και συνήθως προσβάλλει τον Αχίλλειο τένοντα ή την παλαμιαία απονεύρωση. Η δακτυλίτιδα χαρακτηρίζεται από διάχυτη φλεγμονή ενός δακτύλου, που γίνεται σαν λουκάνικο και οφείλεται σε φλεγμονή του καμπτικού τένοντα.

Η προσβολή του αξονικού σκελετού περιλαμβάνει την αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, που είναι και η πιο σοβαρή μορφή της νόσου και μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική αναπηρία με οστεοποίηση της σπονδυλικής στήλης και των ιερολαγονίων αρθρώσεων και την ιερολαγονίτιδα, που μπορεί να δίνει ήπια ή μέτρια τοπικά συμπτώματα ή και να είναι ασυμπτωματική. Τα κύρια συμπτώματα της ιερολαγονίτιδας είναι φλεγμονώδης πόνος ράχης που χαρακτηρίζεται από πρωινή δυσκαμψία, βελτίωση με την άσκηση, αιφνίδια έναρξη, επιμονή του πόνου για 3 μήνες και νεαρή ηλικία προσβολής κάτω των 40 ετών.

Θωρακικός πόνος μπορεί να αποτελεί εκδήλωση προσβολής του αξονικού σκελετού στην ΙΦΠΕ και οφείλεται σε προσβολή των πλευροσπονδυλικών και πλευροστερνικών αρθρώσεων. Επιδεινώνεται με τις κινήσεις, το βήχα και τις βαθιές αναπνοές. Πόνος των γλουτών που μετακινείται και είναι εντονότερος το πρωί έχει επίσης περιγραφεί σε ασθενείς με ΙΦΠΕ ως εξωεντερική μυοσκελετική εκδήλωση.

Η φλεγμονή του θύλακα (rouchitis) μετά από ολική κολεκτομή και ειλεορθική αναστόμωση

με δημιουργία θύλακα (rouch) σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα έχει συσχετιστεί, σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς, με την εμφάνιση αρθροπάθειας και ενδεχομένως θα πρέπει να προστεθεί στη λίστα των εντεροπαθητικών αρθροπαθειών. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ιερολαγονίτιδα, ενθεσίτιδα και φλεγμονή γόνατος ή άλλων μεγάλων αρθρώσεων, ιδιαίτερα των κάτω άκρων. Άλλοι συγγραφείς αμφισβητούν τη συσχέτιση αυτή.

4. Υπάρχουν και αμιγείς μυϊκές εκδηλώσεις στην ΙΦΠΕ;

Η εμφάνιση επίμονου μυϊκού άλγους με τοπική ευαισθησία ή μυϊκή αδυναμία σε ασθενείς με ΙΦΠΕ χρειάζεται διερεύνηση με βιοψία μύος. Πράγματι, υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία αρκετές περιπτώσεις μυοσίτιδας ή πολυμυοσίτιδας σε ασθενείς με ΙΦΠΕ, που έχουν περιγραφεί ως μεμονωμένα περιστατικά. Σε μία αναφορά από ελληνικό κέντρο περιγράφηκε εντοπισμένη μυοσίτιδα γαστροκνημίου μύος σε γυναίκα 19 ετών με νόσο Crohn. Η απάντηση στα κορτικοειδή ήταν εντυπωσιακή και από τους συγγραφείς προτάθηκε η προσθήκη της μυαλγίας – μυοσίτιδας του γαστροκνημίου μύος στις μυοσκελετικές εξωεντερικές εκδηλώσεις της ΙΦΠΕ.

5. Παρατηρείται οστεοπόρωση σε ασθενείς με ΙΦΠΕ;

Η οστεοπόρωση είναι επίσης μία επιπλοκή της χρόνιας ΙΦΠΕ από το μυοσκελετικό σύστημα. Παρατηρείται κυρίως σε ασθενείς που λαμβάνουν χρονίως κορτικοειδή, σε ασθενείς με βαριά νόσο του ειλεού (NC) ή και σε εκείνους που αποφεύγουν τη λήψη γαλακτερών προϊόντων χωρίς υποκατάσταση αβεοτίου λόγω δυσανεξίας από τη νόσο. Έτσι στους ασθενείς με χρόνια νόσο πρέπει να γίνεται μέτρηση οστικής πυκνότητας και να χορηγείται αναλόγως κατάλληλη θεραπεία υποκατάστασης. Σε ασθενείς με ΙΦΠΕ, όπως και σε άλλες ομάδες ασθενών που λαμβάνουν χρονίως κορτικοειδή, έχει παρατηρηθεί άσηπτη νέκρωση της μηριαίας κεφαλής και έτσι ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να έχει αυξημένη υποψία και για την επιπλοκή αυτή και να προβαίνει εγκαίρως στον κατάλληλο διαγνωστικό έλεγχο.



6. Πώς γίνεται η διάγνωση των εξωεντερικών εκδηλώσεων από το μυοσκελετικό σύστημα;

Η διάγνωση βασίζεται κυρίως στο ιστορικό και τη φυσική εξέταση. Η εξέταση των περιφερικών αρθρώσεων και της σπονδυλικής στήλης με επίσκοπηση, ψηλάφηση και έλεγχο της κινητικότητας τους είναι αναγκαία. Ιδιαίτερα η διάγνωση της περιφερικής αρθρίτιδας είναι κλινική. Η διαπίστωση οιδήματος της αρθρώσεως και η παρουσία υγρού είναι διαγνωστική. Οι ακτινογραφίες των αρθρώσεων που προσβάλλονται είναι συνήθως αρνητικές. Η ανάλυση του αρθρικού υγρού και η ιστολογική του εξέταση του αρθρικού θλάκου δείχνει ευρήματα μη ειδικής φλεγμονής.

Για την ανίχνευση της ιερολαγονίτιδας, οι συμβατικές ακτινογραφίες, το σπινθηρογράφημα των οστών, η αξονική τομογραφία και η μαγνητική τομογραφία είναι οι εξετάσεις εκλογής. Ιδιαίτερα η μαγνητική τομογραφία είναι η πιο χρήσιμη μέθοδος για την ανίχνευση της πρώιμης φλεγμονής και των αλλαγών των χόνδρων στις ιερολαγονίες αρθρώσεις. Συνήθως όμως, στην κλινική πράξη η διάγνωση της ιερολαγονίτιδας τίθεται με ακρίβεια με μία απλή ακτινογραφία πυέλου – ιερολαγονίων αρθρώσεων.

Δεν έχει βρεθεί συσχέτιση της μεμονωμένης ιερολαγονίτιδας με το αντιγόνο HLA-B27 και συνεπώς δε χρειάζεται να προσδιορίζεται. Στην αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα σε ασθενείς με ΙΦΠΕ, το αντιγόνο είναι θετικό στο 50-70%, σε μικρότερο

δηλαδή ποσοστό από ότι στην ιδιοπαθή αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα.

Ο προσδιορισμός διάφορων αυτοαντισωμάτων (π.χ. p-ANCA, anti-Ro κτλ) πρέπει να γίνεται κατά περίπτωση, όταν υπάρχει υποψία συνύπαρξης και δεύτερου αυτοάνοσου νοσήματος, ανάλογα με την κλινική εικόνα.

Η μέτρηση οστικής πυκνότητας πρέπει να γίνεται σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με χρόνια νόσο ή και σε νεότερους ασθενείς που έχουν λάβει χρονίως κορτικοειδή. Η βιοψία μύος και το ηλεκτρομυογράφημα είναι εξετάσεις που γίνονται εκλεκτικά σε ασθενείς με υποψία μυοσίτιδας και γενικότερα μυϊκής προσβολής από τη νόσο.

7. Πώς αντιμετωπίζονται οι μυοσκελετικές εκδηλώσεις της ΙΦΠΕ;

Συνήθως οι ασθενείς με ΙΦΠΕ και εκδηλώσεις από το μυοσκελετικό σύστημα αντιμετωπίζονται με συντηρητικά μέτρα: ανάπαυση και φυσικοθεραπεία. Η φυσικοθεραπεία έχει ιδιαίτερη σημασία σε ασθενείς με συμμετοχή της σπονδυλικής στήλης και των ιερολαγονίων αρθρώσεων για την αποφυγή τήξης των σπονδυλικών αρθρώσεων και τη διατήρηση της κινητικότητας. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) χορηγούνται μόνο σε σημαντικές εξάρσεις της αρθρίτιδας και με προσοχή για την αποφυγή αναζωπύρωσης της εντερικής νόσου. Επιπλέον, κατά τη χορήγηση ΜΣΑΦ ενισχύεται και η θεραπεία για το έντερο. Η σουλφασαλαζίνη έχει ίσως ισχυρότερη δράση από τη μεσαλαζίνη στις αρθρικές εκδηλώσεις, πιθανώς λόγω του μορίου της σουλφαπυριδίνης, αλλά βέβαια δίνει συχνότερα ανεπιθύμητες παρενέργειες.

Σε σοβαρότερες περιπτώσεις είναι προτιμότερη η συστηματική χορήγηση κορτικοειδών, που μπορεί να ελέγξει τόσο την εντερική όσο και την εξωεντερική νόσο. Επίσης τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, όπως η αζαθειοπρίνη και η μεθοτρεξάτη, μπορούν να βοηθήσουν τόσο στην εντερική όσο και στην εξωεντερική νόσο. Η ενδοαρθρική

ένεση κορτικοειδών δίνει πολύ καλά αποτελέσματα σε ολιγοαρθρίτιδα.

Πρόσφατα χορηγήθηκε το αντι-TNFα χημειοκίνητο infliximab σε ασθενείς με νόσο Crohn και αρθρίτιδα. Οι ασθενείς που δεν είχαν ανταποκριθεί στη συμβατική θεραπεία σημείωσαν σημαντική βελτίωση με το infliximab και πέτυχαν διακοπή ή σημαντική μείωση των άλλων αντιρευματικών φαρμάκων που ελάμβαναν. Είναι πιθανόν ότι ο TNFα συμμετέχει στην παθογένεση της αρθρίτιδας όπως και της εντερικής νόσου σε ασθενείς με νόσο Crohn. Η δραστική καταστολή της κυτταροκίνης αυτής σε ασθενείς με Crohn αρθρίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων και υποχώρηση του οιδήματος της άρθρωσης σε ανθεκτικές περιπτώσεις.

8. Συνοψίζοντας...

Οι μυοσκελετικές εκδηλώσεις αντιπροσωπεύουν τις συχνότερες εξωεντερικές εκδηλώσεις στην ΙΦΠΕ και προσβάλλουν το ένα τρίτο περίπου του συνόλου των ασθενών. Τα κριτήρια της Ευρωπαϊκής Ομάδας μελέτης της σπονδυλαρθροπάθειας μπορούν να βοηθήσουν στην ταυτοποίηση ασθενών με ΙΦΠΕ και σπονδυλαρθροπάθεια, ενώ τα κριτήρια του Orchard μπορούν να βοηθήσουν στη διάκριση των ασθενών με ΙΦΠΕ και περιφερική αρθρίτιδα. Η διάγνωση των μυοσκελετικών εκδηλώσεων βασίζεται στο ιστορικό και τη φυσική εξέταση και υποβοηθείται συνήθως από απλές απεικονιστικές εξετάσεις. Στην αιτιολογία φαίνεται ότι συμμετέχουν η γενετική προδιάθεση, τα εντερικά βακτήρια, η αυξημένη διαβατότητα του εντέρου και οι μηχανισμοί αυτοανοσίας. Η αντιμετώπιση είναι συνήθως συντηρητική με ανάπαυση, φυσικοθεραπεία, ενδοαρθρικές εγχύσεις κορτικοειδών, σουλφασαλαζίνη, ΜΣΑΦ, συστηματικά κορτικοειδή και ανοσοκατασταλτικά, ενώ βρίσκεται υπό μελέτη ο ρόλος του anti-TNFα στις ανθεκτικές περιπτώσεις.

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ

*Ο Δ. Χριστοδούλου είναι
Λέκτορας Γαστρεντερολογίας
της Ιατρικής Σχολής Ιωαννίνων*



«Στοπ» στις διαφημίσεις λιπαρών τροφίμων για παιδιά βάζει η Κομισιόν

Βρυξέλλες:

Το μείγμα των κοινοτικών οδηγιών που αφορούν στη βιομηχανία τροφίμων και ποτών και το οποίο ορίζει απαγόρευση διαφήμισης προϊόντων καπνού, μαζικούς περιορισμούς στην προβολή αλκοολούχων ποτών και αυστηρές προδιαγραφές για τον τρόπο παρουσίασης των επιδράσεων που έχουν διάφορα τρόφιμα στην υγεία των πολιτών, πρόκειται να επεκταθεί και να συμπεριλάβει και τη διαφήμιση τροφίμων με πολλά λιπαρά ή ζάχαρη.

Την πρόθεση αυτή της Κομισιόν διατύπωσε με συνέντευξη του στους Financial Times ο αρμόδιος για θέματα Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών επίτροπος Μάρκος Κυπριανού. Όπως τόνισε ο Κύπριος επίτροπος, πρόθεση του είναι να προφυλάξει, κυρίως τα παιδιά, από την παχυσαρκία.

Πάντως, ο επίτροπος σημείωσε ότι θα προτιμούσε να προχωρούσαν οι ίδιοι οι παρασκευαστές τροφίμων σε μια λειτουργική αυτορρύθμιση του θέματος, αντί να χρειαστεί η Κομισιόν να επιβάλει υποχρεωτικούς κανόνες για την προβολή των συγκεκριμένων προϊόντων.

Οι σχετικές οδηγίες θα είναι έτοιμες σε ένα χρόνο. Όπως χαρακτηριστικά ανέφερε ο κ. Κυπριανού: «Για μεγάλο χρονικό διάστημα κοροϊδεύαμε το γεγονός ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες όλο και περισσότερα παιδιά γίνονταν παχύσαρκα μέσω του λεγόμενου junk food. Σταδιακά όμως, το πρόβλημα αυτό έγινε και ευρωπαϊκό».

Βέβαια, οι προθέσεις της Κομισιόν σχετικά με το θέμα ήταν γνωστές πριν τις διατυπώσει ο αρμόδιος επίτροπος και ήδη ορισμένες βιομηχανίες τροφίμων άρχισαν να παίρνουν μέτρα. Παράδειγμα η Kraft, η οποία απέσυρε πρόσφατα διαφήμιση της για παιδικά προϊόντα με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη, λιπαρά και αλάτι.

Το μεγαλύτερο όμως πρόβλημα, εστιάζεται προς το παρόν, στη βιομηχανία της διαφήμισης. Εκπρόσωποι της εκφράζουν πλέον φόβους ότι οι συνεχείς περιορισμοί θα οδηγήσουν σε συνολική απαγόρευση της προβολής των συγκεκριμένων προϊόντων.

Όπως υποστηρίζουν είναι πρακτικά πολύ δύσκολο να γίνει διαχωρισμός της διαφήμισης τροφίμων και ποτών για παιδιά, για νέους και για ενήλικες.

Επισημαίνεται ότι οι περιορισμοί στη διαφήμιση των τροφίμων θα συμπέσουν από το 2006 με την οδηγία για πανευρωπαϊκή απαγόρευση της προβολής προϊόντων καπνού, ενώ προωθείται και το αντίστοιχο πρόγραμμα για τα οιοπνευματώδη ποτά, που έχει στόχο τον περιορισμό του αλκοολισμού των νέων.



Ελπιδοφόρο επιστημονικό επίτευγμα για τη θεραπεία της κυστικής ίνωσης

Λονδίνο:

Οι πρώτες κυτταρικές σειρές ανθρώπινων αρχέγονων κυττάρων με τη μετάλλαξη της κυστικής ίνωσης είναι γεγονός, σύμφωνα με βρετανική μελέτη που παρουσιάστηκε στο BA Festival of Science στο Έξετερ της Μ. Βρετανίας.

Ερευνητές του King College London με επικεφαλής το Δρ Στέφεν Μίνγκερ καλλιέργησαν ομόζυγες κυτταρικές σειρές της μετάλλαξης delta-508, της πιο κοινής γενετικής μετάλλαξης που σχετίζεται με την κυστική ίνωση. Είναι μια ζευγαρωτή εξάλειψη τριπλής βάσης, όταν ένα τμήμα ενός χρωμοσώματος ή γενετικού κώδικα λείπει, γεγονός που σημαίνει ότι μια πρωτεΐνη δε «διπλώνει» σωστά και δεν καταφέρνει να περάσει από τις μεμβράνες των κυττάρων. Παρά αυτή τη δυσλειτουργία φαίνεται ανάλογη με όλες τις υπόλοιπες κυτταρικές σειρές ως προς τη συμπεριφορά και τον φαινότυπο.

Με δηλώσεις του στο BBC ο Δρ Μίνγκερ επεσήμανε ότι «οι κυτταρικές σειρές θα είναι πολύ χρήσιμες στη δημιουργία μιας θεραπείας για την κυστική ίνωση, μιας και τα ζωικά μοντέλα της νόσου δεν αποδείχθηκαν χρήσιμα».



Ψάρι βραστό ή ψητό για την πρόληψη του εγκεφαλικού επεισοδίου

Νέα Υόρκη:

Οι ηλικιωμένοι που τρώνε τόνο κονσέρβας ή ψάρι βραστό ή ψητό έχουν χαμηλότερο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου από εκείνους που προτιμούν το ψάρι τηγανητό, σύμφωνα με νέα αμερικανική μελέτη που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο Archives of Internal Medicine.

Ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου Χάρβαρντ και του Νοσοκομείου Brigham and Women της Βοστώνης με επικεφαλής τον Δρ Ντάριους Μοζαφαριάν έθεσε υπό ιατρική παρακολούθηση 4.775 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω για 12 χρόνια καταγράφοντας τον τύπο του ψαριού που έτρωγαν, τη συχνότητα της κατανάλωσης και τον αριθμό των εγκεφαλικών επεισοδίων.

Η κατανάλωση ψαριού τουλάχιστον πέντε φορές την εβδομάδα δεν φάνηκε να μειώνει τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου.

Όμως η συχνή, περισσότερο από μια έως τέσσερις μερίδες την εβδομάδα, κατανάλωση ψητού ή βραστού ψαριού ή τόνου κονσέρβας μείωνε κατά 30% τις πιθανότητες εγκεφαλικού επεισοδίου συγκριτικά με τα άτομα που έτρωγαν ψάρι λιγότερο από μια φορά το μήνα.

Αντίθετα τα άτομα που έτρωγαν τηγανητό ψάρι ή σάντουιτς με ψάρι περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα είχαν 40% περισσότερες πιθανότητες εκδήλωσης εγκεφαλικού επεισοδίου.

Ο Δρ Μοζαφαριάν εξηγεί ότι τα άτομα που τρώνε μεγάλες ποσότητες τόνου και ψητού ή βραστού ψαριού παίρνουν περισσότερα ω-3 λιπαρά οξέα, τα οποία έχει αποδειχθεί ότι κάνουν καλό στα αιμοφόρα αγγεία, την αρτηριακή πίεση και την φλεγμονή. Αντίθετα το τηγανητό ψάρι ή το ψάρι που συνήθως περιέχεται στα σάντουιτς είναι λευκό ψάρι το οποίο έχει χαμηλή περιεκτικότητα σε ιχθυέλαιο άρα και χαμηλή περιεκτικότητα σε ω-3 λιπαρά οξέα.



Η βιταμίνη C κατά τη διάρκεια της κύησης αυξάνει τον κίνδυνο άσθματος στο νεογνό

Νέα Υόρκη:

Μπορεί η λήψη βιταμίνης E κατά τη διάρκεια της κύησης να μειώνει τον κίνδυνο του νεογνού να νοσήσει από άσθμα στα πρώτα χρόνια της ζωής του, όμως η βιταμίνη C αυξάνει αυτόν τον κίνδυνο, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη Σκοτσέζων επιστημόνων που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.

Αρκετές μελέτες έχουν συνδέσει την βιταμίνη E με προφανή προστατευτική δράση κατά του άσθματος, ωστόσο τα ευρήματα για την βιταμίνη C είναι καινούρια και έρχονται σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες που έκαναν λόγο στην καλύτερη περίπτωση για απουσία επίδρασης ή πιθανό μειωμένο κίνδυνο άσθματος.

Ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου του Αμπερντιν με επικεφαλής τον Δρ Sheelagh Martindale μίλησαν με σχεδόν 2.000 υγιείς γυναίκες για να μπορέσουν να καθορίσουν την επίδραση της πρόσληψης βιταμινών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στον κίνδυνο άσθματος και εκζέματος στα δύο πρώτα χρόνια ζωής των βρεφών τους.

Ούτε η βιταμίνη C, ούτε η βιταμίνη E συσχετίστηκε με κίνδυνο εκδήλωσης άσθματος ή εκζέματος στον πρώτο χρόνο της ζωής του παιδιού. Ωστόσο, ο κίνδυνος συριγμού στα δυο πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού μειωνόταν με τη λήψη βιταμίνης E κατά τη διάρκεια της κύησης, ενώ μεταξύ των μητέρων με αλλεργίες η λήψη της συγκεκριμένης βιταμίνης σχετίστηκε με μειωμένο κίνδυνο εκζέματος στους απογόνους τους.

Αντιθέτως, ο κίνδυνος εκζέματος και συριγμού στα δυο πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού αυξανόταν όσο αυξανόταν και η λήψη βιταμίνης C κατά την περίοδο της κύησης.

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ



Σφουγγάτο

Συνταγή από
τη Μυτιλήνη



Υλικά

1 κιλό κολοκυθάκια
4 – 5 αυγά
1 βαθύ πιάτο τριμμένα τυριά (να υπερτερεί η φέτα)
μοσχοκάρυδο
αλάτι – πιπέρι
½ ματσάκι άνηθο
2 μεγάλα κρεμμύδια ξερά ή 1 ματσάκι
φρέσκα κρεμμυδάκια

Εκτέλεση

Βράζουμε τα κολοκυθάκια και τα πολτοποιούμε με ένα πιρούνι. Αφού πετάξουμε τα νερά τους, τα βάζουμε σε ένα τηγάνι με λάδι μαζί με τα ψιλοκομμένα κρεμμύδια και τα σιγαρίζουμε. Μετά, αφού τα κατεβάσουμε από τη φωτιά, τα ανακατεύουμε με τα χτυπημένα αυγά και τα τριμμένα τυριά. Προσθέτουμε αλάτι (προσοχή γιατί τα τυριά είναι αλμυρά), πιπέρι, μια πρέζα μοσχοκάρυδο και τον ψιλοκομμένο άνηθο. Τοποθετούμε αυτό το μείγμα σε ένα λαδωμένο πυρέξ και ψήνουμε στο φούρνο, έως ότου ροδίσει. Τρώγεται ζεστό και το ίδιο ευχάριστα κρύο.

Καλή επιτυχία!
Σόνη Ευγενίδου



Πού οφείλεται;

Ο καρκίνος του ήπατος είναι από τις λίγες νεοπλασίες με τεκμηριωμένους προδιαθεσικούς παράγοντες. Η συχνότερη αιτία είναι η κίρρωση του ήπατος, η οποία ευθύνεται για το 80% των περιπτώσεων. Κάθε αιτιολογία κίρρωσης μπορεί να αποτελέσει έδαφος για ανάπτυξη καρκίνου του ήπατος, η πλειονότητα όμως οφείλεται σε χρόνιες ιογενείς ηπατίτιδες. Στην Αφρική και στην Ασία ο ιός της ηπατίτιδας Β είναι η συχνότερη αιτία κίρρωσης - και συνεπώς καρκίνου -, ενώ στην Ευρώπη και στην Αμερική ο ιός της ηπατίτιδας C. Είναι ενδιαφέρον ότι αυτός καθαυτός ο ιός της ηπατίτιδας Β έχει αναγνωριστεί ως βέβαιο καρκινογόνο από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, καθώς μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του ήπατος ακόμα και απουσία κίρρωσης μέσω μεταλλάξεων στο γενετικό υλικό του φορέα. Άλλες καταστάσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο του ήπατος είναι η κίρρωση αλκοολικής αιτιολογίας, η αιμοσιδήρωση (υπερβολική εναπόθεση σιδήρου στο ήπαρ), σπανιότερα η αυτοάνοση ηπατίτιδα και ακόμα πιο σπάνια η πρωτοπαθής χολική κίρρωση. Η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα, η οποία αποτελεί χρόνια νόσο των χοληφόρων, μπορεί να προδιαθέσει για καρκίνο του ήπατος στα πλαίσια κίρρωσης, μολονότι σχετίζεται συχνότερα με ανάπτυξη χολαγγειοκαρκινώματος.

Ο καρκίνος του ήπατος είναι ο πέμπτος σε συχνότητα καρκίνος που προσβάλλει τον άνθρωπο. Εντούτοις σε παγκόσμια βάση αποτελεί την τρίτη σε σειρά αιτία θανάτου από κακοήθη νεοπλασμάτα, γεγονός που μαρτυρά την κακοήθη συμπεριφορά του σε σχέση με άλλους καρκίνους του πεπτικού, όπως του παχέος εντέρου. Στην Ασία αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο.

Ο καρκίνος του ήπατος είναι ο πέμπτος σε συχνότητα καρκίνος που προσβάλλει τον άνθρωπο.

Καρκίνος του ήπατος: Πόσο πρέπει να τον φοβόμαστε

Η αφλατοξίνη Β αποτελεί επίσης τεκμηριωμένο καρκινογόνο του ήπατος προκαλώντας μετάλλαξη σε γονίδια τα οποία υπό φυσιολογικές συνθήκες ελέγχουν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό αποτρέποντας έτσι την ανάπτυξη καρκίνου. Η αφλατοξίνη Β παράγεται από τους μύκητες *Aspergillus flavus* και *Aspergillus parasiticus*. Μεγάλες ποσότητες αφλατοξίνης ανευρίσκονται σε αλλοιωμένα σιτηρά, τα οποία αποθηκεύονται σε συνθήκες υγρασίας. Τα οικιακά ψυγεία αποτελούν χώρο όπου μπορεί να αναπτυχθεί ο μύκητας και να παράγει την τοξίνη.

Ποια είναι η αντιμετώπιση;

Πριν από 20 χρόνια η πρόγνωση ήταν πολύ κακή. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν επιβίωναν περισσότερο από 1 χρόνο από τη στιγμή της διάγνωσης. Σήμερα τα δεδομένα έχουν αλλάξει, καθώς 30-40% των περιπτώσεων διαγιγνώσκονται σε πρώιμα στάδια, με αποτέλεσμα να δίδεται η δυνατότητα για θεραπευτικούς χειρισμούς.

Η χειρουργική αφαίρεση μπορεί να επιχειρηθεί σε περιπτώσεις στις οποίες ο όγκος έχει αναπτυχθεί σε μη κίρρωτικό ήπαρ ή σε πρώιμη κίρρωση. Στην Ασία, όπου υπάρχει υψηλό ποσοστό φορέων ηπατίτιδας Β, περίπου 40% των όγκων παρουσιάζονται σε μη κίρρωτικό ήπαρ, με αποτέλεσμα να δίνεται η δυνατότητα χειρουργικής εκτομής του όγκου. Σε αυτή την περίπτωση η πενταετής επιβίωση ανέρχεται σε 70%. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος σε περίπτωση κίρρωσης είναι ότι συχνά, λόγω της οριακής ηπατικής λειτουργίας, η εκτομή του τμήματος που εμπεριέχει τον όγκο μπορεί να οδηγήσει σε ανεπάρκεια του εναπομείναντος ήπατος να ανταπεξέλθει στις μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού. Εκτός αυτού, ο όγκος τείνει να υποτροπιάζει με νέες εστίες στο κίρρωτικό ήπαρ συχνότητας 70% στα 5 χρόνια.

Η θεραπεία εκλογής σήμερα είναι η **μεταμόσχευση ήπατος**, αν και αυτή η επιλογή δεν αφορά επί του παρόντος τη χώρα μας δεδομένης της έλλειψης μοσχευμάτων. Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα από το Ευρωπαϊκό Μητρώο Μεταμοσχεύσεων Ήπατος (European Liver Transplant Registry) η πενταετής επιβίωση μετά από μεταμόσχευση για καρκίνο είναι περίπου 50% και η δεκαετής 38%. Κατάλληλοι για μεταμόσχευση είναι ασθενείς <70 ετών, με μικρούς όγκους (<5 εκατοστά) και απουσία μεταστάσεων (επιχώριοι λεμφαδένες, πνεύμονες, οστά). Αν και η μεταμόσχευση αφαιρεί τον όγκο ριζικά, η υποτροπές δεν είναι σπάνιες λόγω των ανοσοκατασταλτικών

φαρμάκων, που χορηγούνται για την πρόληψη της απόρριψης του μοσχεύματος.

Σε ασθενείς που είναι ακατάλληλοι για χειρουργική θεραπεία καλά αποτελέσματα έχουν άλλες μέθοδοι, όπως ο χημειοεμβολισμός, η διαδερμική διήθηση του όγκου με αλκοόλη και η καταστροφή του όγκου με χορήγηση ραδιοσυχνότητας.

Ο χημειοεμβολισμός έχει πολύ καλά αποτελέσματα και έχει δείχθει ότι παρατείνει την επιβίωση. Με αυτή τη μέθοδο χορηγείται χημειοθεραπευτικός παράγοντας (αδριαμυκίνη) επιλεκτικά στο ηπατικό τμήμα όπου βρίσκεται ο όγκος με ειδικό καθετήρα, που εισάγεται από τη μηριαία αρτηρία και προωθείται στην ηπατική αρτηρία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα αφενός την επίτευξη υψηλών συγκεντρώσεων φαρμάκου στην περιοχή του όγκου, αφετέρου το σημαντικό περιορισμό των ανεπιθύμητων ενεργειών της κλασικής (συστηματικής) χημειοθεραπείας. Η ανταπόκριση μπορεί να φτάσει το 55%. Ασθενείς με πολυεστιακούς όγκους, διήθηση μεγάλων αγγείων (πυλαία φλέβα) ή με τελικού σταδίου κίρρωση με μη αντιρροπούμενη ηπατική λειτουργία δεν αποτελούν υποψήφιους για χημειοεμβολισμό.

Η διαδερμική διήθηση του όγκου με αλκοόλη έχει πολύ καλά αποτελέσματα. Η ανταπόκριση σε όγκους <2 εκατοστών φτάνει το 90-100% αλλά μειώνεται σε 50% σε όγκους διαμέτρου 5 εκατοστών.

Η καταστροφή του όγκου με ραδιοσυχνότητες έχει συγκρίσιμα αποτελέσματα (33-40% πενταετή επιβίωση), αλλά είναι δαπανηρή και ακόμα όχι ευρέως διαθέσιμη.

Υπάρχει πρόληψη;

Η απάντηση είναι **ναι**. Αν σκεφτούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των όγκων οφείλεται σε χρόνιες ιογενείς ηπατίτιδες, η λήψη μέτρων που περιορίζουν τη μετάδοση των υπευθύνων ιών οδηγεί σε δραστική μείωση του ποσοστού καρκίνου του ήπατος. Η μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του δεν αποτελεί πλέον τρόπο μετάδοσης ηπατίτιδας Β και C δεδομένου του αυστηρού ελέγχου του προς μετάγγιση αίματος.

• **Η εφαρμογή προγράμματος εμβολιασμού των νεογνών έναντι της ηπατίτιδας Β** και στη χώρα μας έχει ελαττώσει σημαντικά το ποσοστό των φορέων του ιού. Επίσης πρέπει να εμβολιάζονται άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για ηπατίτιδα Β, όπως ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών, άτομα

με συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων, καθώς και άτομα που συμβιώνουν με φορείς του ιού.

• Η χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών αποτελεί τον κύριο τρόπο μετάδοσης της ηπατίτιδας C στην Ευρώπη και στην Αμερική. Δυστυχώς δεν υπάρχει ακόμα αποτελεσματικό εμβόλιο έναντι της ηπατίτιδας C. **Η ενημέρωση των χρηστών όσον αφορά στην αποφυγή συμπεριφορών υψηλού κινδύνου** (χρήση μη αποστειρωμένων υλικών, ομαδική χρήση κοινών βελονών και συρίγγων) είναι βασικής σημασίας για τον περιορισμό της μετάδοσης του ιού.

• **Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των πασχόντων από ιογενείς ηπατίτιδες** μπορεί να επιβραδύνει ή και να αναστείλει την εξέλιξη σε κίρρωση και συνεπώς να ελαττώσει τη συχνότητα καρκίνου. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία στην περίπτωση της ηπατίτιδας C, όπου η σύγχρονη αντιική θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη ίαση στο 53% των πασχόντων.

• **Ο συχνός καθαρισμός των οικιακών ψυγείων** τα οποία μπορεί να αποτελέσουν εστία ανάπτυξης του μύκητα *Aspergillus flavus* μπορεί να περιορίσει δραστικά τα περιστατικά ηπατικού καρκίνου που οφείλονται στην αφλατοξίνη Β.

• Τέλος, άτομα με χρόνια ηπατική νόσο και κίρρωση πρέπει να ελέγχονται τακτικά (ανά 6 μήνες) με **υπερηχογράφημα ήπατος** και προσδιορισμό της **α-φετοπρωτεΐνης ορού**, η οποία αποτελεί χρήσιμο νεοπλασματικό δείκτη στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του ήπατος. Με αυτή την τακτική επιδιώκεται η διάγνωση σε όσο το δυνατόν πιο πρώιμα στάδια, όταν ο όγκος είναι δυνητικά ιάσιμος.

Είναι βέβαιο ότι με την εφαρμογή των μέτρων πρωτογενούς πρόληψης τα περιστατικά καρκίνου του ήπατος εντός ολίγων δεκαετιών θα έχουν περιοριστεί σημαντικά. Επιπλέον η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση έχουν αλλάξει ριζικά την πρόγνωση και έχουν αυξήσει τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης.

ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΥΡΛΑΓΚΙΤΣΗΣ

Ο Ι. Κυρλαγκίτης είναι Γαστρεντερολόγος



Ο αναγνώστης μας ΔΚ από τη Θράκη μάς γράφει για το φόβο του για το αν κινδυνεύει ή όχι να αναπτύξει καρκίνο του ήπατος. Ο ίδιος αυτή τη στιγμή δεν αισθάνεται κάτι, ωστόσο ανησυχεί, γιατί ο πατέρας του πέθανε πρόσφατα από καρκίνο ήπατος. Φοβάται μήπως η ασθένεια αυτή είναι κληρονομική και συνεπώς αυτός ή και τα παιδιά του κινδυνεύουν. Μας ρωτά λοιπόν τι πρέπει να προσέξει και τι εξετάσεις χρειάζεται να κάνει αυτός και οι υπόλοιποι συγγενείς του.

Ο καρκίνος του ήπατος είναι ένας από τους πιο θανατηφόρους καρκίνους. Σε αντίθεση με καρκίνους άλλων οργάνων, όπως για παράδειγμα μαστού ή παχέος εντέρου, η κληρονομικότητα δε φαίνεται να παίζει τόσο μεγάλο ρόλο. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο καρκίνος ήπατος αναπτύσσεται πάντα σε ασθενείς που έχουν μακρύ ιστορικό φλεγμονής στο ήπαρ (ηπατίτιδα) και μάλιστα, σχεδόν πάντοτε, αφού ήδη έχει εγκατασταθεί κίρρωση ήπατος. Στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων αυτή η χρόνια βλάβη στο ήπαρ είναι αποτέλεσμα είτε κατάχρησης οινοπνεύματος ή χρόνιας λοίμωξης από τους ιούς της ηπατίτιδας Β ή C. Εφόσον ο πατέρας σας νοσηλεύθηκε σε νοσοκομείο, είναι σχεδόν σίγουρο ότι οι γιατροί του έψαξαν για την παρουσία στοιχείων λοίμωξης από τους ιούς αυτούς. Μας ενδιαφέρει πολύ αν βρέθηκε κάποιος ιός, γιατί πολύ συχνά βλέπουμε διασπορά του ιού μέσα στην οικογένεια. Μπορείτε να αναζητήσετε από το φάκελο νοσηλείας του πατέρα σας τις εξετάσεις αυτές, αλλά βεβαίως

μπορείτε να συνηγορήσετε και με τον οικογενειακό σας γιατρό για να διαπιστώσει αν εσείς ή κάποιος συγγενής σας έχετε ενεργό λοίμωξη από τους ιούς αυτούς κάνοντας τις κατάλληλες εξετάσεις. Αν δεν υπάρχει συνηγορητικό στοιχείο για την παρουσία τους, τότε δεν έχετε να φοβηθείτε τίποτα. Αν αντίθετα βρεθεί ότι εσείς ή άλλος συγγενής σας έχει χρόνια λοίμωξη από ιό ηπατίτιδας, υπάρχουν θεραπείες που καθυστερούν ή και αναστέλλουν την εξέλιξη προς κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Όσον αφορά βεβαίως στο θέμα του αλκοόλ, εσείς ξέρετε αν ο πατέρας σας είχε σχετικό πρόβλημα κατάχρησης ή όχι. Σε κάθε περίπτωση βεβαίως πρέπει να συστήσουμε τη με μέτρο χρήση αλκοόλ για την αποφυγή βλάβης όχι μόνο στο ήπαρ αλλά και σε πολλά άλλα όργανα.

Η φίλη μας ΙΠ 68 ετών μας πληροφορεί ότι έχει μια «μεγάλη διαφραγματοκήλη, από την οποία χάνει αίμα». Γι' αυτό το λόγο αναγκάζεται να παίρνει εδώ και αρκετό καιρό συμπληρώματα σιδήρου. Δεν έχει κάποιες άλλες ενοχλήσεις εκτός από «φοσκώματα» όταν ανεβαίνει ανηφόρες. Συζήτησε με το γιατρό της το ενδεχόμενο της διορθωτικής επέμβασης για τη διαφραγματοκήλη. Ο γιατρός της όμως την προειδοποίησε ότι «πρόκειται για μια δύσκολη επέμβαση», κυρίως λόγω της ηλικίας της. Μας ρωτάει λοιπόν αν θα πρέπει να προχωρήσει στην επέμβαση αυτή ή όχι.

Ευχαριστούμε πολύ για το γράμμα σας. Μας περιγράφετε ένα πρόβλημα που

αντιμετωπίζουν συχνά άτομα της ηλικίας σας. Δηλαδή την ύπαρξη αναιμίας που οφείλεται σε έλλειψη σιδήρου. Πολύ συχνά η αντιμετώπιση έγκειται απλώς στη χορήγηση συμπληρωμάτων σιδήρου, χωρίς να γίνουν άλλες εξετάσεις για να διαπιστωθεί ποια είναι η αιτία του χαμηλού σιδήρου. Αυτή η τακτική είναι λάθος, γιατί πολύ συχνά η σιδηροπενία οφείλεται σε σοβαρά αίτια, όπως είναι ο καρκίνος στο στομάχο ή το παχύ έντερο. Άλλοτε πάλι υποβάλλονται σε ένα αδρό έλεγχο και με μεγάλη ευκολία η σιδηροπενία «χρεώνεται» στο πρώτο παθολογικό εύρημα που θα βρεθεί. Πολύ φοβάμαι ότι κάτι παρόμοιο συνέβη και σε εσάς. Μας γράφετε ότι βρέθηκε μια μεγάλη διαφραγματοκήλη. Δυστυχώς δε μας αναφέρετε πώς βρέθηκε αυτή. Είχατε συμπτώματα από το ανώτερο πεπτικό και κατευθύνθηκε η διαγνωστική σκέψη προς τα εκεί; Βρέθηκε με ενδοσκόπηση ή με βαριούχο γέυμα; Υποβλήθηκατε και σε έλεγχο του παχέος εντέρου (κολοσκόπηση ή βαριούχο υποκλυσμός); Η διαφραγματοκήλη είναι ένα εξαιρετικά συχνό εύρημα στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Συχνά σε αυτήν αποδίδονται πολλές ενοχλήσεις και ευρήματα του ασθενούς, αλλά ακόμα και αν εκτός της διαφραγματοκήλης συνυπάρχει και βαριά φλεγμονή του οισοφάγου (οισοφαγίτιδα), σπάνια αυτή είναι το αίτιο της σιδηροπενίας και πάντα, πριν να αποδοθεί η αναιμία σε αυτή, πρέπει να έχει προηγηθεί ένας ενδελεχής έλεγχος ολόκληρου του πεπτικού σωλήνα. Υποθέτω, αφού συζητάτε το ενδεχόμενο της χειρουργικής επέμβασης,

ότι, παρά το σιδηρο που λαμβάνετε, η σιδηροπενία σας δε διορθώνεται. Δυστυχώς, δε μας αναφέρετε αν, εκτός της έλλειψης σιδήρου, έχετε και άλλες ενοχλήσεις από παλινδρόμηση υγρών του στομάχου προς τον οισοφάγο και αν ναι, πώς ανταποκρίθηκαν αυτά σε φάρμακα που τυχόν πήρατε και που δρουν μειώνοντας την παραγωγή οξέος στο στομάχο. Δε μας λέτε αν έχετε κάποιες άλλες ενοχλήσεις είτε από το ανώτερο (όπως επιγαστραλγία, δυσπεψία, ανορεξία κλπ) είτε από το κατώτερο πεπτικό – παχύ έντερο, όπως διάρροια, αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου, αίμα στα κόπρανα κλπ. Για τους λόγους αυτούς θα σας συμβουλευάμε να συνηγορήσετε με το γιατρό σας για έναν πλήρη έλεγχο πεπτικού, που θα περιλαμβάνει τις εξετάσεις που αναφέραμε πιο πάνω.

Ο αναγνώστης μας ΑΚ από την Αθήνα μάς γράφει για το πρόβλημα της μητέρας του. Πέρα από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο που οδήγησε σε παράλυση της αριστερής πλευράς της (1991), είχε βρεθεί πριν από 5 χρόνια (όταν η μητέρα του αναγνώστη μας ήταν 77 ετών) μια μεγάλη διαφραγματοκήλη, χωρίς να βρεθούν τότε στοιχεία οισοφαγίτιδας, για την οποία έλαβε αναστολείς αντλίας πρωτονίων (ΑΑΠ). Πριν από 2 εβδομάδες άρχισε να μην τρώει, ακόμα και όταν της έδινε πολτοποιημένη τροφή και άρχισε να «βγάζει – σαν αντίδραση μερικές φορές- μόνο σάλιο, υπό μορφή «ασπραδιού αυγού»». Παρά τη χορήγηση ΑΑΠ και φαρμάκων

Προσοχή: Η στήλη αυτή δεν αντικαθιστά τη σχέση του ασθενή με το γιατρό. Ο γιατρός σας θα αξιολογήσει τις πληροφορίες που του δίνετε, θα αναζητήσει περισσότερες μέσα από τις ερωτήσεις που θα σας κάνει και φυσικά μπορεί να σας εξετάσει. Η στήλη αυτή προσπαθεί απλώς να δώσει κάποιες χρήσιμες και γενικές πληροφορίες στα άτομα που επικοινωνούν μαζί μας σχετικά με το πρόβλημα που τους απασχολεί, με την ελπίδα ότι θα φανούν χρήσιμες όχι μόνο στον αναγνώστη που μας γράφει, αλλά και σε άλλους με παρόμοια προβλήματα.

που βελτιώνουν την κινητικότητα του πεπτικού, η πτωτική πορεία της μητέρας του συνεχίστηκε, με αποτέλεσμα ακόμα μεγαλύτερη αδυναμία και πτώση της αρτηριακής πίεσης, που οδήγησε τελικά στην ανάγκη της χορήγησης ενδοφλέβια υγρών (ορός). Ο φίλος μας τονίζει ότι η μητέρα του δεν παρουσιάζει κανένα από τα συμπτώματα και σημεία που χαρακτηρίζουν τη ΓΟΠΝ (όπως τα διάβασε στο ενημερωτικό φυλλάδιο του Ιδρύματός μας). **Μας ρωτάει λοιπόν τι πρέπει να κάνει.**

Αγαπητέ μας φιλε, ευχαριστούμε για την επικοινωνία σας. Όπως αναφέραμε και στην απάντηση στο γράμμα της ΙΠ, η διαφραγματική μερικές φορές γίνεται ο «αποδοιομπασίος τράγος» για οποιοδήποτε σύμπτωμα ή ενόχληση έχει ο ασθενής. Η μητέρα σας δεν έχει, όπως μας γράφετε, κάποιο ενόχλημα από τον οισοφάγο. Παρόλα αυτά έχει λάβει για μεγάλο διάστημα αγωγή για τη ΓΟΠΝ (τους ΑΑΠ), χωρίς (όπως είναι αναμενόμενο) να υπάρξει κάποια βελτίωση. Από ότι μας δώσατε να καταλάβουμε, το μεγάλο πρόβλημα της μητέρας σας είναι μια προοδευτικά επιδεινούμενη ανορεξία που έχει οδηγήσει σε μεγάλο βαθμό αδυναμία. Πριν να την αποδώσουμε στην ηλικία της, νομίζω ότι θα έπρεπε να φάσουμε μήπως αυτή είναι η εκδήλωση μιας σοβαρής συστηματικής νόσου, όπως για παράδειγμα μιας κακοήθειας. Μας περιγράφετε ότι με εξαίρεση το εγκεφαλικό (που έχει αφήσει την αναπηρία στην αριστερή μεριά) δεν έχει κάποιο πρόβλημα. Συνεπώς πιστεύω ότι είναι σε θέση να υποβληθεί σε έναν έλεγχο που θα σας συστήσει ο θεράπων ιατρός της, με σκοπό τον αποκλεισμό ενός τέτοιου ενδεχόμενου.

Ο φίλος μας ΠΑ 72 ετών μας πληροφορεί ότι πριν από 6 χρόνια αναγκάστηκε να υποβληθεί σε ολική γαστρεκτομή. Από τότε υποφέρει από «καούρες», που εμφανίζονται μισή ώρα περίπου μετά από κάθε γεύμα. Προσέχει τη δίαιτα του και τρώει από λίγο πολλές φορές, δεν καπνίζει και δεν πίνει αλκοολούχα ποτά. Δοκίμασε διάφορα φάρμακα χωρίς τα επιθυμητά αποτελέσματα, αντίθετα το μόνο που έχει δει ότι τον βοηθά κάπως είναι το μηλο. Τώρα παίρνει ρανιτιδίνη και ραμεπραζόλη πρωί- βράδυ. Έχει υποβληθεί σε ενδοσκοπήσεις ανωτέρου πεπτικού με μόνο εύρημα ήπια οισοφαγίτιδα

Ευχαριστούμε πολύ για το γράμμα σας, το οποίο διαβάσαμε με πολύ προσοχή. Πολύ συχνά τα άτομα που έχουν υποβληθεί σε ολική γαστρεκτομή παραπονιούνται για κάψιμο πίσω από το στέρνο. Αυτά τα συμπτώματα παρότι είναι παρόμοια με το οπισθοστερνικό καύσος, για το οποίο παραπονιέται ένα μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού, ωστόσο αντιμετωπίζεται πολύ πιο δύσκολα από ότι στο γενικό πληθυσμό. Και ο λόγος είναι ότι για τον καύσο που έχει ο γενικός πληθυσμός το αίτιο είναι η παλινδρόμηση περιεχομένου από τον στόμαχο προς τον οισοφάγο και το κύριο βλαπτικό συστατικό είναι το οξύ που παράγεται εκεί. Και βεβαίως τώρα πια υπάρχουν πολύ ισχυρά (και ασφαλή) φάρμακα (οι λεγόμενοι αναστολείς αντλίας πρωτονίων-ΑΑΠ, ένα εκ των οποίων μας γράφετε ότι παίρνετε ήδη), που μειώνουν την παραγωγή του οξέος επιτρέποντας έτσι την επούλωση των βλαβών του οισοφάγου και την υποχώρηση των συμπτωμάτων του ασθενούς. Αντίθετα, στα άτομα που έχουν υποβληθεί σε ολική γαστρεκτομή τα φάρμακα αυτά δεν είναι δραστικά, αφού δεν υπάρχει στομάχι για να παράγει οξύ. Αντίθετα, η «καούρα» για την οποία παραπονιούνται τα άτομα αυτά είναι αποτέλεσμα παλινδρόμησης εντερικού περιεχομένου και κυρίως χολής στον οισοφάγο. Δυστυχώς φάρμακα αποτελεσματικά για την εξουδετέρωση τους δεν υπάρχουν. Βεβαίως όλα τα άτομα αυτά θα βοηθηθούν από τις γενικές αρχές (τρόπου ζωής - διατροφής) που ισχύουν για τα άτομα με συμπτωματολογία παλινδρόμησης. Έτσι δεν πρέπει να ξαπλώνετε για 1-2 ώρες μετά τα γεύματα, πρέπει να χρησιμοποιείτε 2-3 μαζιλιάρια όταν κοιμάστε κλπ. Υπάρχουν φάρμακα που μπορείτε να χρησιμοποιήσετε που είτε δεσμεύουν τα βλαπτικά συστατικά της χολής (τα χολικά οξέα, όπως είναι η χολεστυραμίνη), είτε προστατεύουν το βλενογόνο του οισοφάγου από αυτά (όπως η σουκραλφάτη). Ωστόσο τα αποτελέσματά τους δεν είναι τόσο εντυπωσιακά όσο των αναστολέων αντλίας πρωτονίων στη συνηθισμένη μορφή της παλινδρόμησης (όξινου περιεχομένου) στον οισοφάγο, ενώ η ανοχή των ασθενών είναι σαφώς μικρότερη από ότι στους ΑΑΠ. Σαν τελευταίο μέσο σε ασθενείς που παρά τις οδηγίες και τα φάρμακα αυτά συνεχίζουν να έχουν τόσο

έντονα συμπτώματα που καθίσταται πολύ δύσκολη η ζωή τους υπάρχει και η χειρουργική επέμβαση. Μια επέμβαση όμως που είναι δύσκολη τεχνικά, αφού οι ασθενείς έχουν ήδη υποβληθεί σε μια μεγάλη επέμβαση στην κοιλιακή χώρα και με αρκετούς κινδύνους, αφού πραγματοποιείται σε ηλικιωμένους ασθενείς, που συνήθως έχουν και άλλα σοβαρά ιατρικά προβλήματα.

Η φίλη μας ΔΔ από τη Θεσσαλία μάς ρωτά τι μπορεί να κάνει για το χρόνιο πόνο που έχει στην κοιλιά. Είναι τώρα 56 ετών και περίπου από την εφηβεία της παρουσιάζει κατά διαστήματα πόνο σε όλη την κοιλιά που είναι πιο έντονος στο αριστερό κάτω κομμάτι της. Υπάρχουν βεβαίως διαστήματα που είναι απολύτως καλά, αλλά ξαφνικά, χωρίς κάποιο εκλυτικό παράγοντα (τουλάχιστον όσο μπορεί να προσδιορίσει), αρχίζει να πονάει. Ο πόνος είναι συνεχής, κρατάει τουλάχιστον μισή ώρα - και μερικές φορές μια δύο μέρες. Έχει δοκιμάσει διάφορα φάρμακα (όπως για το στομάχι σπασμολυτικά, παρακεταμόλη), αλλά χωρίς κανένα ουσιαστικό όφελος. Μόνο τα ισχυρά παυσίπονα την ανακουφίζουν (παρακεταμόλη + κωδεΐνη), αλλά και αυτά για πολύ λίγο μόνο. Κάποια στιγμή ο πόνος, όπως ξαφνικά ήρθε, έτσι ξαφνικά αρχίζει να υποχωρεί. Η φίλη μας γράφει ότι δεν έχει κανένα άλλο ενόχλημα από την κοιλιά τόσο στη φάση ηρεμίας όσο και όταν πονάει. Δεν πίνει, δεν καπνίζει, έχει υιοθετήσει εδώ και αρκετά χρόνια έναν αρκετά υγιεινό τρόπο ζωής και διατροφής με αρκετή άσκηση, φρούτα και λαχανικά στη διατροφή της, χωρίς όμως όλα αυτά να έχουν κάποια επίδραση στο ενόχλημα της. Ευχαριστούμε για την επικοινωνία σας. Η αιτία ενός χρόνιου κοιλιακού πόνου, χωρίς άλλα (όπως λέγεται επιστημονικά) συνοδά ενόχληματα, μπορεί να είναι κάτι εξαιρετικά ακίνδυνο για την υγεία του ατόμου, όπως είναι τα λειτουργικά ενόχληματα, όπως η «σπαστική κολίτιδα», ως και κάτι πολύ σοβαρό, όπως ένας καρκίνος. Και βεβαίως αιτία που μπορεί να δημιουργούν πόνο στην περιοχή που αναφέρετε δεν αφορούν μόνο σε παθήσεις του στομάχου και των εντέρων. Βεβαίως ακόμα και τα πιο απλά αίτια μπορεί να κάνουν πολύ δύσκολη τη ζωή του ασθενούς. Πιστεύουμε ότι τα πολλά χρόνια που έχετε τα ενόχλημα σας μας απομακρύνουν από κάτι «κακό».

Πρέπει ωστόσο να υποβληθείτε σε κάποιες εξετάσεις. Αρχικά απαιτείται ένας αδρός έλεγχος αίματος και ούρων, που θα μας δείξει αν υπάρχει φλεγμονή ή διαταραχές, όπως αναιμία ή κάτι άλλο. Ομολογούμε ότι δεν καταλάβαμε από το γράμμα σας αν όλες οι παραπάνω ή κάποιες από αυτές έχουν πραγματοποιηθεί κάποια στιγμή σε όλα αυτά τα χρόνια που υποφέρετε και αν ναι, αν υπήρξε κάποιο παθολογικό εύρημα. Ένας ενδοσκοπικός έλεγχος θα μας αποκλείσει την πιθανότητα οργανικής βλάβης ως αίτιου των προβλημάτων σας. Αν βρεθεί κάτι παθολογικό, ο γιατρός θα συζητήσει μαζί σας τις εναλλακτικές λύσεις για την αντιμετώπισή του (που εξαρτάται πρώτα και κυρίως από τη φύση του προβλήματος). Το πιθανότερο, λόγω της χρονιότητας των ενόχλημάτων σας και της απουσίας κάποιου άλλου ευρήματος ή ενόχληματος, είναι να μη βρεθεί τίποτα και να αποδοθεί το άλγος σε λειτουργικά αίτια, που είναι και το συχνότερο αίτιο στον πληθυσμό. Συνήθως η ηρεμία που προσφέρει η γνώση ότι δεν υπάρχει τίποτα σοβαρό στην κοιλιά (όπως για παράδειγμα καρκίνος) βοηθά σημαντικά το άτομο. Με το γιατρό σας πάλι θα συζητήσετε τι πρέπει να γίνει. Η αντιμετώπιση συνήθως ξεκινά με διαιτητικές συμβουλές (δοκιμαστική διακοπή γαλακτοκομικών και περιορισμός των υδατανθράκων, αύξηση των φυτικών ινών στη διατροφή σας). Ανάλογα με την ανταπόκριση θα προστεθούν φάρμακα που είτε μειώνουν το σπασμό του εντέρου (μεπεβερίνη, σιλιόνη, τριμεπουτίνη κλπ), είτε αλλάζουν το πώς αντιλαμβάνομαστε τα ερεθίσματα από την κοιλιά (τρικυκλικά, αντικαταθλιπτικά κλπ). Βεβαίως, επειδή οι ψυχικές μεταβολές είναι το αίτιο της διακύμανσης των ενόχλημάτων στους περισσότερους ασθενείς, η βοήθεια που θα προσφέρει ένα «ευοϊκονο» (όχι απαραίτητα ψυχολόγος ή ψυχίατρος, χωρίς να σημαίνει ότι αυτοί οι γιατροί δεν είναι συνήθως οι πιο ειδικοί στον τομέα αυτό), αλλά και άλλες πιο ειδικές τεχνικές (βιοανάδραση, ύπνωση κλπ) είναι σημαντικάτα.

**EMMANΟΥΗΛ ΑΡΧΑΥΑΗΣ
ΜΑΡΙΝΑ ΚΟΝΤΟΥ**

H.M. Κοντού είναι Γαστρεντερολόγος

1^ο ΕΤΗΣΙΟ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ



Η Γαστρεντερολογία
στην πρωτοβάθμια
περίθαλψη

Ελληνικό Ίδρυμα
Γαστρεντερολογίας και Διατροφής

18-19

ΜΑΡΤΙΟΥ 2005



**ELECTRA
PALACE**

Triaena
TOURS & CONGRESS S.A.

Εγνατία 75, 546 35 Θεσσαλονίκη, Τηλ: 2310 256194-5, Fax: 2310 256196
e-mail: salonica@triaenatours.gr, <http://www.triaenatours.gr>

Θ
Π
Μ
Π
Ο
Λ
Ο
Ν
Λ
Α
Μ
Μ
Π
Ο
Λ
Ο
Ν
Λ
Α
Μ
Μ
Π
Ο
Λ
Ο
Ν
Λ
Α
Μ
Μ
Π
Ο



ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΙΑΝΝΙΚΟΣ

Ο Γαστρεντερολόγος Νικόλαος Γιαννίκος εξεμέτρησε το ζην ευπρεπής, έντιμος και ωραίος ως Έλληνα, όπως εξάλλου έζησε. Γόνος παλαιάς Μανιάτικης οικογένειας, αγάπησε την πατρίδα και την ιατρική με τον φανατισμό και την αφοσίωση που μόνο τα παιδιά αγαπούν. Έχοντας την αθωότητα ενός παιδιού μέχρι το τέλος της ζωής του, έδωσε με το παράδειγμά του τον στόχο και τον σκοπό που πρέπει να υπηρετεί ο άνθρωπος, ο ιατρός, ο Έλληνας. Προσφορά χωρίς ανταπόδοση, υπακοή στους νόμους, προαγωγή των πραγμάτων της επιστήμης, υπηρετήση των παγίων αρχών που διέπουν τη διαχρονική αξία των Ελληνικών ιδεών. Ο Νικόλαος Γιαννίκος για όσους τον γνώρισαν αποτελεί ένα ζηλευτό ορόσημο ακεραίας, πλήρους και ηθικής ιατρικής προσωπικότητας, το οποίο αποτελεί πρόκληση μίμησης για τους επιγενομένους. Η μνήμη του θα είναι αγαθή και το παράδειγμα της ζωής του πάντοτε επίκαιρο.

Δ.Γ.Κ.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιδρύματος που συνεδρίασε στις 28 Ιανουαρίου 2005 προγραμματίσει για το τρέχον έτος τα εξής :

1) ΕΝΤΥΠΑ :

Θα εκδοθούν έντυπα σχετικά με : α) Καρκίνος Στομάχου, β) Ευερέθιστο Έντερο , γ) Δυσκοιλιότητα, δ) Παγκρεατίτιδες, ε) Μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα στ) Θέμα σχετικά με τη διατροφή

2) ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ

Στο τρέχον έτος το περιοδικό θα εκδίδεται σε 10.000 τεύχη ανά δίμηνο. Θα αποστέλλεται ταχυδρομικά σε όσους έχουν στείλει τη συνδρομή τους, σε επιλεγμένα στελέχη φαρμακευτικών εταιρειών που είναι χορηγοί μας και στα Κέντρα Υγείας. Για τα μέλη μας που δεν έχουν στείλει συνδρομή έχει προβλεφθεί να γίνει η διακίνηση του περιοδικού δωρεάν μέσω των ανά τη χώρα καταστημάτων του Ταχυδρομικού Ταμιευτηρίου. Επίσης θα διακινείται και μέσω καταστημάτων Βιοθολογικών Τροφίμων.

3) ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- Ανανεώθηκε η συνδρομή για την On-line πρόσβαση του Ιδρύματος στα περιοδικά : Gut, American Journal of Gastroenterology, Endoscopy, Gastrointestinal Endoscopy, Journal of Hepatology, Lancet, Scandinavian Journal of Gastroenterology, Gastroenterology, Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition, Annals of Internal Medicine, Uptodate, Current Opinion in Gastroenterology, American Journal of Pathology, New England Journal of Medicine, Digestion, Inflammatory Bowel Disease, Annals of Surgery, American Journal of Clinical Nutrition, Journal of the Pancreas
- Προγραμματίζεται εγγραφή μας στα περιοδικά : Pancreatology, Journal of Clinical Gastroenterology, Alimentary Pharmacology and Therapeutics, Best Practice & Research: Clinical Gastroenterology, World Journal of Gastroenterology, Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America

4) ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ

Η Επιτροπή διαχείρισης του δικτυακού μας τόπου έχει δεσμευθεί να υποβάλλει προτάσεις για την βελτίωσή της.

5) ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Το επιστημονικό συμβούλιο σε συνεργασία με τα Τοπικά Παραρτήματα προγραμματίζει έναν αριθμό Εκπαιδευτικών Εκδηλώσεων ανά τη χώρα.

6) ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

- A. Συνέχιση προβολής επιδημιολογικής μελέτης (διεξαγωγή 2002) των συμπτωμάτων πεπτικού σε Ελληνικό γενικό πληθυσμό.**
Τα συνοδικά δεδομένα της μελέτης υποβλήθηκαν και έγιναν δεκτά για

πλήρη δημοσίευση στο Scandinavian Journal of Gastroenterology.

B. Ολοκλήρωση αρχικού σταδίου μελέτης του επιπολασμού της μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος σε Έλληνες αιμοδότες.

1. Κατά τη διάρκεια του πρώτου 5μήνου του 2004 ολοκληρώθηκε η καταγραφή και ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος των αιμοδοτών και στα 4 κέντρα που συμμετείχαν στη μελέτη (2 χρηματοδοτούμενα από το ΕΛΙΓΑΣΤ, με τη χορηγία της φαρμακευτικής εταιρείας GALENICA και 2 από την ΕΕΜΗ). Συνοδικά, καταγράφηκαν περίπου 3200 αιμοδότες.
2. Δημιουργήθηκε βάση δεδομένων και εισήχθησαν όλα τα στοιχεία των αιμοδοτών.
3. Ολοκληρώθηκε η στατιστική επεξεργασία των αρχικών δεδομένων.
4. Ετοιμάστηκε και υποβλήθηκε η πρώτη ανακοίνωση στο Ευρωπαϊκό Ηπατολογικό Συνέδριο (EASL) και στο Ετήσιο Συνέδριο της Αμερικανικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας (DDW) που θα διεξαχθούν την άνοιξη του 2005. Η ίδια περίληψη θα υποβληθεί και στα ελληνικά στο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο, που θα διεξαχθεί το Μάιο του 2005.
5. Παράλληλα, συνεχίζεται η προοπτική παρακολούθηση των αιμοδοτών που έχουν βρεθεί να έχουν πιθανή μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος. Η παρακολούθηση αυτή αναμένεται να έχει ως τελικό αποτέλεσμα 2 ακόμη σημαντικές εργασίες.

Γ. Μελέτη των διατροφικών συνθηκών των παιδιών και εφήβων -Αλληλαγές σε σχέση με την προηγούμενη δεκαετία

1. Εγκρίθηκε από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, το Υπουργείο Παιδείας και τις Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης η διεξαγωγή της μελέτης. Η διαδικασία της έγκρισης ήταν πολύ χρονοβόρα (περίπου 10 μήνες - έγκριση 9/2004).
2. Οργανώθηκε σε πρακτικό επίπεδο η διεξαγωγή της μελέτης.
3. Ολοκληρώθηκαν οι επισκέψεις στα σχολεία (9 Δημοτικά και 9 Γυμνάσια) και οι συλλογές των ερωτηματολογίων με την ενεργό συμμετοχή 4 ερευνητών και 2 επισκεπτριών.

Δ. Προτάσεις για νέες μελέτες.

Θα υποβληθούν σύντομα προτάσεις σε συνεργασία με το Δ.Σ. του Ιδρύματος και αναλόγως των αποφάσεων που θα πάρει σχετικά με το ύψος της πιθανής συνοδικής χρηματοδότησης και του τρόπου των προκλήξεων.

7) ΘΕΣΠΙΣΗ ΥΠΟΤΡΟΦΙΩΝ

- A. Θεσπίζεται υποτροφία αξίας 10.000 €, προσφορά της εταιρείας ΦΑΝΝΥ Α.Ε. (FENA) σε μνήμη Βασίλη Χ. Βογιατζόγλου με τους εξής όρους :
1. Ο ιατρός να εργάζεται στη Θεσσαλονίκη
 2. Να είναι Ειδικευόμενος ή Ειδικευμένος Γαστρεντερολόγος.
- B. Το Δ.Σ. αποφάσισε ολόκληρο το ποσό των 15.754,18 € που αποτελεί το συνοδικό ποσό των εισφορών των μελών του Ιδρύματος για το 2004 να διατεθεί για χορήγηση υποτροφιών, η προκήρυξη των οποίων θα γίνει σύντομα.

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

1. Την 21η Φεβρουαρίου 2005 ημέρα Δευτέρα και ώρα 20:00 στο Ξενοδοχείο ELECTRA PALLACE πραγματοποιήθηκε Διάλεξη με ομιλήτη τον Καθηγητή και Πρόεδρο του Παραρτήματος κ. Θωμά Αηφακιάδη με θέμα : "Η Γενετική Τροποποίηση στο ζωικό βασίλειο".
2. Την 18η και 19η Μαρτίου 2005 θα πραγματοποιηθεί στη Θεσσαλονίκη το 1ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο του Ιδρύματος με τίτλο : «Η γαστρεντερολογία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη». Το Σεμινάριο θα γίνει στο Ξενοδοχείο ELECTRA PALACE, και αφορά μη γαστρεντερολόγους ιατρούς. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει παρουσιάσεις ενδιαφερόντων περιστατικών από μη γαστρεντερολόγους και ταυτόχρονα ανάπτυξη των κυρίων θεμάτων από ειδικούς γαστρεντερολόγους.

ΧΟΡΗΓΟΙ ΚΑΙ ΔΩΡΗΤΕΣ μέχρι 31/01/2005

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε :

Κυριακή Παπαδοπούλου, Θεσσαλονίκη	50 €	Πέτρος Ζέζος, Θεσσαλονίκη	70 €	Βασιλική Γαζέτη, Ελασσόνα	15 €
Παρασκευή Κίτσου, Ιωάννινα	15 €	Παναγιώτης Σαραντάρης, Λεωνίδιο Αρκαδίας	65 €	Δημήτριος Ζιόβας, Γέρακας	15 €
Σπύρος Ρίζος, Ν. Ηράκλειο	100 €	Σοφία Δίου, Έδεσσα	15 €	Χαράλαμπος Μάλαμος, Καλαμάτα	15 €
Εμμανουήλ Τελάκης, Πειραιάς	50 €	Δέσποινα Καραμανιώλη, Βάρκιζα	100 €	Δημήτριος Χατζηκωστής, Άθωρα Πέλλας	15 €
Κοκώνα Χατζησάββα, Ρόδος	30 €	Ευάγγελος Μέξης, Αθήνα	100 €	Γκίκας Κωνσταντάτος, Κόρινθος	15 €
Κωνσταντίνος Δρούτσος, Ακράτα Αχαΐας	15 €	Νικόλαος Μανιαδάκης, Χανιά	20 €	Γεώργιος Μουντανέας, Παπάγου	20 €
Μαρία Μυλωνάκη, Αργυρούπολη	50 €	Μόδα Κατσουλάκη, Αθήνα	20 €	Δημήτριος Πολίτης, Κέρκυρα	20 €
Γεώργιος Ζιάγας, Αθήνα	15 €	Βασιλική Παπαντώνη, Αθήνα	20 €	Βασιλική Ντελλή, Αθήνα	20 €
Αχιλλέας Μπακαλέξης, Φάρσαλα	15 €	Ευάγγελος Τσιτσίκος, Νεοχώρι Κυλλήνης	25 €	Άννα Κυλάφη, Αρχάνες Ηρακλείου	20 €
Δέσποινα Για, Παπάγου	50 €	Δημήτριος Καπετάνος, Θεσσαλονίκη	50 €	Ευαγγελία Καρανάσιου, Άλμυρος Μαγνησίας	50 €
Πάριος Περελλής, Αθήνα	15 €	Ιωάννα Πετρίδου, Φιλοθέη	50 €	Μαρία Ίφου, Φάρσαλα	50 €
Γεώργιος Παπαματθαίου, Αθήνα	35 €	Στέλλα Σαμαρά, Αθήνα	50 €	Μαρία Χατζηαργυρίου, Μυτιλήνη	50 €
Μιχάλης Σαντοριανός, Χαλάνδρι	10 €	Ευάγγελος Χολόγκιτας, Κερατσίνι	50 €	Παρασκευή Τσιόδρα, Αθήνα	50 €
Βασίλειος Τσελεπίδης, Πετρούπολη	100 €	Παντελής Ουσταμανωλάκης, Ηράκλειο	50 €	Μαρία Μπακί, Τρίπολη	50 €
Πολυζώης Κωνσταντάκης, Μοσχάτο	10 €	Νικόλαος Καρράς, Πλωμαρί Λέσβου	15 €	Κωνσταντίνος Τηλιακού, Αθήνα	50 €
Μαρία Γεωργακοπούλου, Αγ. Ανάργυροι	15 €	Μητροπολίτης Ηλείας Γερμανός, Πύργος	50 €	Νικόλαος Ντάλιος, Ρόδος	50 €
Ιωάννης Μοσχόπουλος, Αλεξάνδρεια Ημαθίας	15 €	Νίνα Παπαδοπούλου, Δράμα	15 €	Νικόλαος Χατζηδάκης, Χαλάνδρι	50 €
Ανδρέας Νάκος, Θεσσαλονίκη	50 €	Σιλβανή Χατζηχριστοδούλου, Ρόδος	15 €	Ιπποκράτης Κοκολιάς, Χολαργός	50 €
Ντίνα Κάμαρη, Ν. Ψυχικό	50 €	Ιωάννης Λυγούρας, Αθήνα	15 €	Ανώνυμος, Ηλιούπολη	20 €
Δημήτριος Μπερινός, Παπάγου	50 €	Αικατερίνη Τσιόρα, Βόλος	20 €	Κωνσταντίνος Γιαννούλας, Εκάλη	30 €
Καίτη Σακκά, Φάρσαλα	50 €	Θεόδωρος Μπισσέλης, Κιάτο	15 €	Γεώργιος Γιαννούλας, Εκάλη	30 €
Σοφία Παϊδή, Ν. Ηράκλειο	50 €	Γεώργιος Ι. Αποστολίδης, Κοζάνη	15 €	Νικόλαος Γκόρτσος, Χαλάνδρι	15 €
Ιωάννης Κανάρης, Ζωγράφου	30 €	Βασιλική Κωστοπούλου, Βόλος	15 €	Σπυρίδων Περγίης, Αθήνα	30 €
Μαρία Μιχαήλ, Λάρνακα / Κύπρος	70 €	Σεμίραμ Δραγούμη, Αθήνα	15 €	Χριστίνα Παπακώστα, Πικέρι	15 €
Αθανασία Δρόσου, Φάρσαλα	50 €	Χρίστος Σταθόπουλος, Κρέστενα Ηλείας	15 €	Τριαντάφυλλος Γιαβάνογλου, Θεσσαλονίκη	15 €
Φρίξος Γεραλής, Ν. Ηράκλειο	20 €	Ιωάννης Τζαנוγιώργης, Ιστιαία Ευβοίας	20 €	Παναγιώτης Γιαννάκης, Άλιμος	15 €
Ιωάννης Βλιώρας, Καλαμπάκα	40 €	Ελένη Κωστοβασιλή, Παπάγου	15 €	Δημήτριος Χ. Τσελέμης, Έδεσσα	15 €
Δημήτριος Εμμ. Καραμανιώλης, Λάρισα	50 €	Αλέξανδρος Ραχωβίτης, Λάρισα	50 €	Γεώργιος Βατής, Ρόδος	15 €
Σωτήριος Γεωργιούλας, Λαμία	50 €	Αλέξανδρος Κατασιούφας, Τρίκαλα	15 €	Σταματία Πουλή, Ρόδος	15 €
Φώτιος Δεββές, Αθήνα	50 €	Πέτρος Χαντζιρίδης, Αγ. Παρασκευή	15 €	Δήμητρα Παθά, Θεσσαλονίκη	15 €
Μιχαήλ Παπαδάκης, Ρέθυμνο	15 €	Αριέττα Λάμπρου, Π. Φάληρο	20 €	Ρίτα Κωσταρέλου, Γαλάτσι	20 €
Μαρία Σαλδάρη, Αθήνα	15 €	Ευαγγελινή Δήμου, Χαλάνδρι	50 €	Ανδριανή Παντελόγλου, Χολαργός	30 €
Παντελής Τσοκούκας, Καλλιθέα	15 €	Πέτρος Κουλούρης, Χαλάνδρι	50 €	Νικόλαος Κομιανός, Ν. Κηφισιά	50 €
Ευγενία Τσαγκάρη, Πειραιάς	100 €	Χρήστος Φερέτης, Αθήνα	50 €	Σωτήριος Παρπούλας, Θεσσαλονίκη	50 €
Ηλίας Δάλλας, Γέρακας	50 €	Μαρία Παπαχρήστου, Πρέβεζα	15 €	Δημήτριος Δανδάκης, Αθήνα	50 €
Ξενοφών Τεκνετζόγλου, Μάτι / Ν. Μάκρη	50 €	Φωτεινή Γιαννιώτου, Ν. Πέραμα	20 €	Κωνσταντίνος Κολιγιάννης, Ν. Σμύρνη	15 €
Νικόλαος Τουτουνηζής, Φάρσαλα	150 €	Τρισεύγενη Βλαχάκη, Τρίπολη	50 €	Ιωάννης Κατσουριδάκης, Αθήνα	40 €
Λεωνίδας Φουτζόπουλος, Φάρσαλα	40 €	Δημήτριος Λιάλιος, Π. Φώκεια	15 €	Ιωάννης Πηλιπίδης, Θεσσαλονίκη	65 €
Αναστάσιος Υγιών, Βύρωνα	20 €	Στάυρος Μαυρίδης, Μεταμόρφωση	15 €	Δημήτριος Τζιβέζος, Θεσσαλονίκη	65 €
Μιχαήλ Καρατζής, Μαρούσι	50 €	Λυδία Ψιλοβίκου, Αγ. Παρασκευή	15 €	Στέργιος Βραδέλης, Θεσσαλονίκη	50 €
Κωνσταντίνος Ίφος, Φάρσαλα	50 €	Αλέξανδρος Καρβούνης, Κάντζα	20 €	Πολυξένη Λαδάκη, Άλιμος	100 €
Αδμαντίνη Μουζακίτου – Σκλαβενίτου	30 €	Μαριλένα Χριστοδουλάκη, Αθήνα	15 €	Άννα Δημάκου, Χαλάνδρι	15 €
Ευαγγελία Κουμπουρού, Κορυδαλλός	20 €	Αικατερίνη Παπαδημητρίου, Πύργος	50 €	Καλλιρόη Μπισσιάρα, Τρίπολη	15 €
Ευάγγελος Μόκας, Φάρσαλα	20 €	Αθανάσιος Παπαδόπουλος, Τρίπολη	15 €	Φωτεινή Μπισσιάρα, Καλλιθέα	15 €
Ευστάθιος Παπαβασιλείου, Ν. Ψυχικό	50 €	Αντώνιος Ορφανός, Ρόδος	15 €	Δέσποινα Κίττα, Πειραιάς	15 €
Ιωάννης Ζαρκανιώτης, Αγρίνιο	20 €	Στέφανος Ζαρκάδας, Βόλος	15 €	Λάμπρος Λαμπρόπουλος, Ηλιούπολη	15 €
Φλωρεντία Κοκκόλη, Χαλάνδρι	20 €	Καλλιρόη Ηλιόδου, Πτολεμαΐδα	100 €	Διονύσιος Λεονταρίτης, Ν. Κηφισιά	20 €
Σπυρίδων Ι. Πετρόπουλος, Πάτρα	15 €	Θέμης Βασιλειάδης, Θεσσαλονίκη	50 €	Αχιλλέας Ζαχαρόπουλος, Κατερίνη	100 €
Νικόλαος Ευστρατιάδης, Κόρινθος	100 €	Κωνσταντίνος Παπαδόκης, Ηράκλειο	15 €	Ελένη Αγγελίδου, Ν. Σμύρνη	30 €
Δημήτριος Φολερός, Φιλοθέη	15 €	Παναγιώτης Κουρέτης, Βάρκιζα	10 €	Ιουλία Ταξαρχοπούλου, Λαμία	50 €
Βασιλική Χειμώνα – Μπουγιούκα, Ζωγράφου	20 €	Σπύρος Μπαλής, Κέρκυρα	15 €	Μαρία Κρητικού, Πειραιάς	50 €
Παναγιώτα Γκέκα, Θεσσαλονίκη	15 €	Νικόλαος Μαθθαίου, Αθήνα	50 €	Ιωάννης Λαφογιάννης, Καλλιθέα	15 €
Μαρία Δεσπούδη, Ζωγράφου	15 €	Δημήτριος Τρίψης, Αθήνα	15 €	Πάυλος Δημητρίου, Κερατσίνι	20 €
Ηλίας Ξηρουχάκης, Αθήνα	50 €	Καλλιόπη Αναγνώστου, Αθήνα	15 €	Δημήτριος Παντέρης, Τρίκαλα	30 €
Biku Ξυπολητά, Βούλα	50 €	Ιωάννης Ξιφάρης, Γλυφάδα	20 €	Κωνσταντίνος Τσιόρας, Νίκαια	30 €
Θεοδώρα Ντόσκα, Κόρινθος	15 €	Κωνσταντίνος Τριανταφύλλου, Ηλιούπολη	50 €	Πάυλος Νικολακάκης, Μαρούσι	20 €
Ξενοφών Κροκιδής, Καβάλα	100 €	Ιωάννης Στρατηριδάκης, Ηράκλειο	50 €	Παναγιώτης Καραντάνος, Μαρούσι	50 €
Δέσποινα Άιλα, Νίκαια	50 €	Ελισάβετ Καραλή, Αθήνα	15 €	Μαρία Παντελιά, Αθήνα	30 €
Δημοκλής Κουτσιάρας, Τρόπαια Αρκαδίας	30 €	Μαίρη Δημητρήλη, Αμπελόκηποι	15 €	Σταμάτης Ψαραυτής, Μαρούσι	30 €
Ιωάννης Δουλής, Αθήνα	15 €	Βασιλεία Οικονόμου, Π. Φάληρο	20 €	Ιωάννης Θωμόπουλος, Βούλα	15 €
Μαρία Μπόνη, Ν. Κηφισιά	20 €	Αιμίλιος Καραλής, Αθήνα	50 €	Ιωάννης Τριανταφυλλίδης, Χαϊδάρη	50 €
Γεώργιος Καλαμπάκας, Ρόδος	15 €	Ευθύμιος Πετίνης, Παπάγου	20 €		
Αθανάσιος Βασιλόπουλος, Πάτρα	70 €	Νίκη Γκόρλα – Βαϊρακλιώτου, Αθήνα	100 €		
Γρηγόριος Χρόνης, Αθήνα	20 €	Ευαγγελία Ρουσοπούλου – Βαϊρακλιώτου, Βόλος	15 €		
Ευφρανθία Τζώρτζη, Αλεξανδρούπολη	15 €	Ελευθερία Μειδάνη – Βαϊρακλιώτου, Ναύπλιο	15 €		
Χρυσούλα Στεργιάννη, Σαρδινία Αμφιλοχίας	15 €	Κωνσταντίνος Μαρκασιώτης, Αθήνα	15 €		
Ιωάννης Χατζηδάκης, Ηράκλειο	50 €	Φωτεινή Τσασσανίδου, Γιαννιτσά	20 €		
Βασίλειος Ο. Βασιλειάδης, Ν. Μουδανιά	15 €	Κωνσταντίνος Μοσχόπουλου, Παπάγου	50 €		
Αναστασία Μπέντσου, Γιαννιτσά	30 €	Αικατερίνη Γιαλούρη, Μέγαρα	50 €		
Δημήτριος Συγκούνας, Ιωάννινα	50 €	Νικόλαος Καφεζής, Εύρωπος Κιλκίς	20 €		
Εμμανουήλ Δήμας, Ζωγράφου	20 €	Χρυσούλα Καρακατσάνη, Φλώρινα	15 €		
Δημήτριος Παπαδής, Ελεούσα / Ιωάννινα	20 €	Σμαράγδα Ευαγγελινού, Σταμάτα Αττικής	15 €		
Ηλίας Λυμπερόπουλος, Κηφισιά	20 €	Μαίρη Αργύρη – Λαιμού, Παπάγου	15 €		
Γεωργία Κάτσενου, Λευκάδα	15 €	Αφροδίτη Καστελιανού, Ρέθυμνο	15 €		
Μαρία Δασουτάκου, Λυκόβρυση	20 €	Παρθένα Γιαννουλάκη, Θεσσαλονίκη	15 €		
Ιωάννης Κοσμοδάκης, Σητεία	50 €				
Γρηγόριος Σολωμάκης, Πειραιάς	70 €				

In Memoriam :
 Δημήτρης Γ. Καραμανώλης 100 €
 (Μνήμη Ελένης Αλ. Μπούμπη)
 Ιωάννα Καρυδιά – Αρκά, Ψυχικό 50 €
 (Μνήμη Ασπασίας Σίμου)
 Δημήτριος Γ. Λαμπράκης, Χαλάνδρι 15 €
 (Μνήμη Γεωργίου και Ελένης Λαμπράκη)
 Βασιλική Χονδρού, Παπάγου 50 €
 (Μνήμη Νικολάου Χονδρού)
 Δημήτρης Γ. Καραμανώλης 100 €
 (Μνήμη Νικολάου Γιαννικίου)

ΠΡΟΣ ΤΑ ΜΕΛΗ Όσοι καταθέτουν χρήματα ανώνυμα στις τράπεζες επ' ονόματι του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. παρακαλούνται να ενημερώνουν τη Γραμματεία αφ' ενός μεν για να λάβουν απόδειξη και ευχαριστήρια επιστολή αλλά και αφ' ετέρου για να εξασφαλίσουν την αποστολή του περιοδικού και των εντύπων και τον επόμενο χρόνο.