

ΕΥΕΞΙΑ



& ΔΙΑΤΡΟΦΗ



Βιολογική γεωργία

απαντήσεις σε κάποια ερωτήματα

Έχω δυσκοιλιότητα...

μπορώ να απαλλαγώ:



Η ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ΙΦΝΕ

Μια καθημερινή μάχη....



Σησάμι.

Πλούσια τα έλαιά του...

Το ΣΗΣΑΜΕΛΑΙΟ ΗΛΙΟΣ & ΓΗ, σας προσκαλεί να ανακαλύψετε όλον εκείνο τον πλούτο γεύσης και θρεπτικότητας που συμπυκνώνεται σε κάθε σταγόνα του. Είναι μια νέα αντίληψη λαδιού με διακριτική γεύση που ταιριάζει τέλεια σε κάθε γευστική επιλογή σας, και στις σαλάτες, και στα μαγειρευτά, και στα τηγανιτά, και στα γλυκίσματα.

Το Παρθένο ΣΗΣΑΜΕΛΑΙΟ ΗΛΙΟΣ & ΓΗ (με οξύτητα 0,1-0,5%) διατηρεί όλα τα πολύτιμα θρεπτικά συστατικά του σπασμιού και το φίνο άρωμά του, χάρη στην πρωτοποριακή μέθοδο ψυχρής έκθλιψης με την οποία παράγεται.

Μια μέθοδος που δημιουργήθηκε από την εταιρεία ΑΦΟΙ ΧΑΪΤΟΓΛΟΥ Α.Β.Ε.Ε. που με γνώση και εμπειρία 80 χρόνων στα προϊόντα σπασμιού, όπως ο Μακεδονικός Χαλβάς, ακεδίασε τη διαδικασία παραγωγής με απόλυτο σεβασμό στην υψηλή διατροφική αξία του σπασμιού.

Έτσι, το ΣΗΣΑΜΕΛΑΙΟ ΗΛΙΟΣ & ΓΗ αποτελεί έναν πραγματικό Φυσικό Θησαυρό στο τραπέζι σας.

Δοκιμάστε την ελαφριά του γεύση και κερδίστε τον πλούτο της θρεπτικότητάς του.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις ευεργετικές ιδιότητες του σπασμελαίου και τη χρήση του, καθώς και συνταγές, καλέστε χωρίς χρέωση το 800 11 83131.



Φυσικός Θησαυρός!



ΑΦΟΙ ΧΑΪΤΟΓΛΟΥ Α.Β.Ε.Ε.

570 09 Καλοκώρι Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 751190, Fax: 2310 751747
www.sesame.gr



editorial

Ευθανασία

Η ευθανασία (Ε) αποτελεί ένα θέμα άκρως σοβαρό και επίκαιρο, το οποίο λαμβάνει πορεία καταρράκτου που δυνητικά σαρώνει ποικιλοτρόπως τις πτυχές της ανθρώπινης ύπαρξης. Στο χώρο κάθε ιατρικής ειδικότητας επισημαίνεται ότι αν στο κύτταρο ενεργοποιηθεί ο καταρράκτης των κασπασών, τότε το κύτταρο υφίσταται απόπτωση, προγραμματισμένο θάνατο: το κύτταρο αυτοκτονεί. Αναλογικά στην ανθρώπινη κοινωνία αν αναλογικά ενεργοποιηθεί - και ήδη έχει ενεργοποιηθεί - ο καταρράκτης του εκφυλισμού ή της καταπτώσεως, που σαν τις κασπάσες, σαν νιόφερτο «τσουνάμι» αποδιοργανώνει το κύτταρο της κοινωνίας, την ανθρώπινη ζωή, τότε αυτή προγραμματίζει το θάνατό της, την αυτοκτονία της, δια της εφαρμογής της Ε, το νόημα της οποίας παρερμηνεύεται.

Η διεθνώς ισχύουσα πολλαπλότητα των όρων της Ε (Εκούσια ενεργός ευθανασία, Ακούσια ενεργός ευθανασία, Μη εθελοντική ενεργός ευθανασία, Παθητική ευθανασία, Έμμεση ευθανασία, Ιατρο-υποβοηθούμενη αυτοκτονία) δημιουργεί δυσκολίες στην προσέγγισή της και συνεπιφέρει ηθικές και νομικές επιπτώσεις ποικίλης σοβαρότητας. Η διάκριση των αναφερόμενων όρων της Ε γίνεται με βάση την πρόθεση του ιατρού, τη φύση της κριτικής πράξεως και τη συγκατάθεση ή την απαίτηση του ασθενούς για Ε.

Ιστορικά και δειγματοληπτικά, ενώ ο Ιπποκρατικός όρκος επηρέαζε την ιατρική κοινότητα με τη σαφήνεια και κατηγορηματικότητά του: «Όχι θανάσιμο φάρμακο για οποιοδήποτε ασθενή», το 1920 στην Γερμανία, οι Hoch και Binding, καθηγητές της ψυχιατρικής και νομικής αντίστοιχα δημοσίευσαν το σύγγραμμά τους με τίτλο: *The permission to Destroy Life That Is Not Worth Living*, υπογραμμίζοντας τα ακόλουθα: Ορισμένες κατηγορίες ανθρώπων με ανίατες ασθένειες, διανοητικά ανάπηροι ή παραμορφωμένα παιδιά βιώνουν «ανάξια ζωή». Επομένως ο θάνατος για τις ανθρώπινες αυτές κατηγορίες αποτελεί μια σπλαχνική-θεραπευτική αγωγή, που είναι συνεπής με την ιατρική ηθική. Αυτές οι «ανάξιες ζωές» κοστίζουν οικονομικά, αφαιμάσσουν την κοινωνία και ρυπαίνουν τη δεξαμενή των γονιδίων με ελαττωματικά γονίδια. Κατά συνέπεια, η κοινωνία οφείλει να προστατευθεί εξαλείφοντας αυτές τις «ανάξιες ζωές». Η θεωρία των Hoch και Binding έγινε αναπόσπαστο τμήμα της προπαγάνδας των Ναζί. Η Γερμανική εμπειρία με το πρόγραμμα Ε των Ναζί, κατά τη διάρκεια του οποίου περί τις 100.000 ανάπηρα άτομα θανατώθηκαν, επειδή κωδικοποιήθηκαν στην κατηγορία ατόμων που βίωναν «ανάξια ζωή» επιβεβαιώνει το παράλογο σκεπτικό της Ε των Ναζί και τις απάνθρωπες συνακόλουθες συνέπειες. Τα ποικίλα ιστορικά δρώμενα της Ε δείχνουν ότι από παλιά είχαν διαμορφωθεί δύο αντιμαχόμενες ομάδες: οι υποστηρικτές και οι αρνητές της Ε.

Τα επιχειρήματα για Ε συνοψίζονται στα ακόλουθα: 1. Το αυτεξούσιο του ανθρώπου δικαιολογεί την Ε. 2. Η αγαθοεργία είναι συμβατή με την Ε. 3. Από ηθικής σκοπιάς η Ε δε διαφέρει από τη διακοπή υποστηρικτικής για τη ζωή του ασθενούς αγωγής. 4. Οι κακές συνέπειες της επιτρεπόμενης Ε είναι μακρινές και θεωρητικές. Για τη διενέργεια της Ε, το 293 άρθρο Ολλανδικού Ποινικού Κώδικα καθορίζει τους ακόλουθους 3 όρους που επιτρέπουν την εκτέλεση Ε: α. Ο ασθενής να λαμβάνει ο ίδιος πρωτοβουλία απαιτώντας την Ε κατ' επανάληψη, συνειδητά και ελεύθερα. β. Ο ασθενής να υποφέρει, η δε μόνη ενδεχόμενη λύση και ανακούφιση να είναι ο θάνατος. γ. Ο ιατρός που θα προβεί στην Ε να ζητήσει και τη γνώμη δευτέρου ιατρού και από κοινού να συμφωνήσουν ότι η Ε είναι η κατάλληλη αγωγή στη συγκεκριμένη περίπτωση. Επιπλέον για το θάνατο απαιτείται ενημέρωση των αρχών. Εντούτοις, στην καθημερινή ιατρική πράξη, τα τρία αυτά κριτήρια που επιτρέπουν την Ε συχνά παραβιάζονται. Σε συμφωνία με τα προαναφερθέντα, πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι οι ιατροί της Ολλανδίας αναφέρουν επισήμως

προοδευτικά λιγότερες περιπτώσεις E. Τα ευρήματα αυτά εγείρουν ερωτηματικά εάν οι περιπτώσεις E όντως μειώνονται ή εάν οι ιατροί ανταποκρίνονται ή όχι στις νομικές υποχρεώσεις τους για τη διενέργεια της E και επιπλέον αν τη γνωστοποιούν στις αρχές.

Κατ' αντιστοιχία, τα επιχειρήματα εναντίον της E συνοψίζονται στα ακόλουθα: 1. Το αυτεξούσιο του ανθρώπου δε δικαιολογεί την E. 2. Αδιευκρίνιστο αν η αγαθοεργία δικαιολογεί τη νομιμοποίηση της E. 3. Υφίσταται ηθική διάκριση μεταξύ ενεργού και παθητικής E. 4. Η επιτρεπόμενη E είναι δημόσια πολιτική με δυσάρεστες συνέπειες. Η θεραπεία ή η ανακούφιση του πάσχοντος είναι δυνατόν να αντικατασταθούν από τη θεώρηση του θανάτου ως θεραπεία. Επισημαίνεται ότι σε 200 υποφέροντες καρκινοπαθείς οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν σύμφωνα με τις συστάσεις της WHO, τα αποτελέσματα έδειξαν φτωχή αντιμετώπιση=3%. Ανασκοπώντας 3400 αντίστοιχες περιπτώσεις στο St Christopher's Hospice, Λονδίνο, ο Saunders ανέφερε ότι ο πόνος ελεγχόταν δύσκολα μόνο στο 1% των περιπτώσεων. Για το τελευταίο ελάχιστο ποσοστό δε δικαιολογείται αλλαγή κοινωνικής πολιτικής και γενίκεση-νομιμοποίηση της E, επισημαίνοντας ότι οι ιατροί δεν πρέπει να σκοτώνουν (doctors must not kill). Η E δε γίνεται αποδεκτή από το εθιμικό δίκαιο. «Ο νόμος δεν αφήνει το επίμαχο αυτό ζήτημα στα χέρια των ιατρών, αλλά διαπραγματεύεται την E ως φόνο» (Glanville Williams). Η εμπειρία από την νομιμοποίηση της E στην Ολλανδία δείχνει ότι στη συγκριτικά μικρή αυτή χώρα, χαρακτηριζόμενη πολιτιστικά από ομοιογενή πληθυσμό και σεβασμό στη κυβερνητική εξουσία και το νόμο, ένας μεγάλος αριθμός περιπτώσεων E σχετίζεται με καταπάτηση των συμφωνημένων όρων και δυσάρεστα επακόλουθα. Αυτό εγείρει ανησυχίες για τους κινδύνους μιας δυνητικά επιτρεπόμενης E στην Αμερική, η οποία συγκριτικά είναι μεγάλη χώρα, με ετερογενή στοιχεία πληθυσμού και μακρά παράδοση εξέγερσης εναντίον κυβερνητικών κανονισμών και του νόμου. Επιπλέον σχετικές σφυγμομετρήσεις του Αμερικανικού και Ολλανδικού κοινού επισημαίνουν ότι ο κύριος λόγος που επιζητούν οι ασθενείς την E δεν είναι ο πόνος αλλά η αίσθηση των ασθενών ότι "είναι βάρος" στους άλλους. Εντούτοις σε καρκινοπαθείς με όλες τις συνακόλουθες παρενέργειες της χημειοθεραπείας ή ασθενείς σε κωματώδεις καταστάσεις με πληθώρα κατακλίσεων, αναζητάται η λύτρωσή τους με E. Όμως ποιος λυτρώνεται από ποιόν; Ο ασθενής ή ο θεράπων ιατρός, το νοσηλευτικό προσωπικό και οι συγγενείς κληρονόμοι; Ερωτήματα που απαιτούν επισταμένη προσέγγιση, επειδή σχετίζονται με τον ακόλουθο ανθρωπολογικό παραλογισμό της E: Αυτός που τη διενεργεί παίρνει θέση χορηγού ή ρυθμιστού της ζωής. Μια ιδιότητα που, όπως τονίζεται ως αυταπόδεικτο, δεν του ανήκει, αλλά αφορά μόνο στον χορηγό της ζωής (God-given biological life). Ειδικά ο ιατρός οφείλει να αποφασίσει αν

θα προβεί στη νομιμοποίηση του παραλογισμού αυτού της E ή θα κάνει αυτοκριτική για μια στείρα, καταστρεπτική παρέμβαση που διαταράσσει την ισορροπία της κοινωνίας. Ειδικότερα στην Ελλάδα δεν υπάρχει επίσημο καθοριστικό πλαίσιο αναφερόμενο στην E, γεγονός που απαιτεί προσεκτική προσέγγιση του προβλήματος από φορείς όλων των κοινωνικών τάξεων και όχι μόνον από ορισμένους «ειδικούς», οι οποίοι μη εκφράζοντας την απαιτούμενη κυρίαρχη γνώμη του συνόλου, δυνατόν να οδηγήσουν σε αναπόφευκτη διαταραχή της ισορροπίας της καθορισμένης κοινωνίας του Ελλαδικού χώρου. Ο άνθρωπος, είτε είναι ασθενής είτε είναι υγιής, ταυτίζεται με τη ζωή, της οποίας το νόημα υποδηλώνεται από την ετυμολογία του ονόματός του «άνω θρώσκειν». Κατά συνέπεια, ό,τι αντιτίθεται στο όραμα αυτό της καλής ζωής δύναται να οδηγηθεί σε ευθανασία με αποπτωτικό, προγραμματισμένο θάνατο. Ο Παύλος εκλιπαρεί για αυτού του είδους την E: «Ταλαίπωρος εγώ άνθρωπος! Τις με ρύσεται, εκ του σώματος του θανάτου τούτου;» Επιπλέον δίδεται η εντύπωση ότι τη συνιστά τονίζοντας: «νεκρώσατε ουν τα μέλη υμών τα επί της γης...». Αυτά τα μέλη ή το «σώμα», δηλαδή το φρόνημα που αλλοτριώνει τον ανθρώπινο νου, ώστε να γίνει εκτελεστής των συνανθρώπων του, ασθενών ή μη, αδυνάτων ή μη, ανήμπορων παιδιών ή υπερηλίκων, χρήζει της αποπτωτικής διεργασίας της E. Σε παγκόσμια κλίμακα υποστηρίζεται σήμερα ότι απαιτείται αποφασιστικότητα, ώστε όλοι οι ιατροί και οι ιατρικοί σύλλογοι να μη συμμετέχουν στην E, ακόμη και όταν ένας εθνικός νόμος θα την επέτρεπε, όπως αυτό συμβαίνει στην Ολλανδία. Οι ιατροί είμαστε εκτελεστές του καθήκοντος που υποδηλώνει ο Ιπποκρατικός όρκος. Δεν είμαστε δικαστές, ούτε ρυθμιστές της ζωής των ασθενών. Έχουμε επιλέξει ως μονόδρομο την ιερή υποχρέωση να διαφυλάξουμε τη ζωή των ασθενών μας μέχρι εσχάτων, με αγάπη που "πάντα στέγει, πάντα πιστεύει, πάντα ελπίζει, πάντα υπομένει", χωρίς να υπονομεύει!

ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΟΥΝΤΟΥΡΑΣ

*Ο Ι. Κουντούρας είναι Γαστρεντερολόγος,
Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του ΑΠΘ*



GlaxoSmithKline



*...για να νιώθουν
οι άνθρωποι καλύτερα
και να ζούν
περισσότερο...*

Πα περισσότερες πληροφορίες απευθύνεστε στο επιστημονικό τμήμα της GlaxoSmithKline
• Λ. Κηφισίας 266, 152 32 Χαλάνδρι, Τηλ.: 210 6882100 • Αδριανουπόλεως 3, 551 33 Θεσ/νίκη, Τηλ.: 2310 422788
• Εθνική οδός Πατρών-Αθηνών 51Α, 264 41 Πάτρα, Τηλ.: 2610 437 302 • Λ. Κνωσού 255 & Α. Νόθενα 1, 714 09 Ηράκλειο Κρήτης, Τηλ.: 2810 235 307

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΤΕΥΧΟΣ 12



ΕΥΞΕΙΑ & 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 Σύσταξης:

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

ΘΕΜΑΤΑ

Κληρονομικότητα στις ΙΦΝΕ	10
Εχω δυσκοιλιότητα... μπορώ να απαλλαγώ;	18
Η ποιότητα ζωής σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ)	27

ΜΟΝΙΜΕΣ ΣΤΗΛΕΣ

Διατροφή	16
Παιδί & Έφηβος	25
Μικρά & Νόστιμα	23
Περί Διαίτης ...	13
Επικοινωνούμε	30

ΕΙΔΙΚΕΣ ΣΤΗΛΕΣ

Μικρές Ιστορίες	8
Ευεξία	20
Γεύσεις	32
Τα Νέα του Ιδρύματος	33



Η λύση για δίαιτα ελεύθερη γλουτένης

ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΓΛΟΥΤΕΝΗΣ



ΝΕΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ



Τα προϊόντα ελεύθερα γλουτένης GLUTAFIN NUTRICIA είναι κατάλληλα για τη διαιτητική αντιμετώπιση των εντεροπαθειών λόγω ευπάθειας στη γλουτένη, δηλαδή για τους πάσχοντες από κοιλιοκάκη και ερπητοειδή δερματίτιδα.

Γραμμή Φροντίδας:
800 11 68600



NUMIL Hellas α.ε.

www.nutricia.gr

Αθήνα: 17ο χλμ. Εθν. Οδού Αθηνών - Λαμίας, 145 64 Ν. Κηφισιά, Τηλ.: 210.6248500, Fax: 210.6206668

Θεσσαλονίκη: Ιασ. Ζηργάνου 41 & Περικλέους, 551 34 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310.488330, 2310.488462, Fax: 2310.452280



Άλλες γεράζουν και άλλες απηλώς

... ωριμάζουν !

Τι κοινό έχουν οι άνθρωποι, κάτοικοι μεγαλούπολης, που τρέχουν στους δρόμους να προλάβουν ... ένας θεός ξέρει τι, με τις γυναίκες γύρω στα 40 που κοιτάζονται στον καθρέφτη; Μα φυσικά τη μάχη με το χρόνο... Μόνο που στην πρώτη περίπτωση η λύση είναι λίγο - πολύ απλή. Είτε μειώνεις τις υποχρεώσεις σου, είτε οργανώνεις καλύτερα το χρόνο.... Ε, και αν περισσέψει κάποια δουλειά, στην Ελλάδα ζούμε, και αύριο μέρα είναι... Στη δεύτερη περίπτωση όμως τα πράγματα είναι πιο περίπλοκα...

Οι γυναίκες σχεδόν από την πρώτη δεκαετία της ζωής μας μαθαίνουμε ότι το να είμαστε όμορφες είναι σημαντικό. Εάν η φύση έχει υπάρξει γενναιόδωρη, το εκκολαπτόμενο θηλυκό, περιορίζεται στα απολύτως απαραίτητα... Στην ηλικία των 20 - 25 αυτά συνοψίζονται σε δύο κρέμες ομορφιάς, κραγιόν, μολύβι, μάσκαρα, ρουζ, άντε και δύο επισκέψεις το χρόνο σε μία αισθητικό... Η φυσική ομορφιά όμως δεν κρατάει για πάντα, πολλώ δε η φρεσκάδα... Και ξαφνικά, εκεί στα 40, επέρχεται η εκδίκηση των μη προικισμένων γυναικών. Γιατί; Από μια ηλικία και μετά όλες οι γυναίκες, «άσχημες» ή «όμορφες» απολαμβάνουν κοινό χαρακτηρισμό από το αντίθετο φύλο. «Σιτεμένη». Και ενώ στη νιότη τα στρατόπεδα είναι σαφώς διαχωρισμένα, εκεί γύρω στα 40 παρατηρείται ένας συνασπισμός, ένα κοινό μέτωπο μεταξύ των γυναικών απέναντι στο χρόνο. Κρέμες σώματος, κρέμες προσώπου, κρέμες που «εξαφανίζουν» τα καφέ στίγματα - σημάδια γήρανσης, οροί, ελιξίρια, ασκήσεις σύσφιξης της επιδερμίδας, ομαδικές επισκέψεις σε ινστιτούτα ομορφιάς (παλιά το λέγαμε καφέ και σινεμά, τώρα το λένε δερμοανάπλαση και λείανση επιδερμίδας), ανταλλαγή τηλεφώνων αισθητικών και σε «προχωρημένες» κατά την άποψή τους πε-

ριπτώσεις, προώθηση προς το χειρουργικό τραπέζι... μετά ολίγου φόβου και ίχνους πάθους... Τα αποτελέσματα σε περιπτώσεις μικροπροβλημάτων και καλών χειρουργών είναι όντως εντυπωσιακά. Δεν είναι και λίγο αρχικά τα οπίσθιά σου φερ' ειπείν να προσφωνούνται με το κατά τα άλλα χαριτωμένο υποκοριστικό «πίστα του Ελ. Βενιζέλος» και εν συνεχεία να Μετονομάζονται σε «ωωωωω!!!», «Ουάου!...», Ή για παράδειγμα, το «ψευδώνυμο» του στήθους σου (εσύ δεν το ξέρεις, το ξέρουν όμως όλοι οι άλλοι) να είναι «σταφίδα» και ξαφνικά να βαπτίζεται σε «μπαλκόνια με θέα τον παράδεισο» (ή εν πάσει περιπτώσει ό,τι άλλο νομίζετε, είμαι γένους θηλυκού και όπως καταλαβαίνετε στερούμαι όσο να' ναι φαντασίας σε αυτά τα θέματα).

Υπάρχουν βέβαια και άλλες περιπτώσεις όπου η πάλοι ποτέ γοητευτική μεν, «σιτεμένη» δε κυρία, μετά τη χειρουργική επέμβαση να έχει απωλέσει τη γοητεία, όμως όχι μόνο να παραμένει σιτεμένη αλλά συν τοις άλλοις να φέρνει λίγο σε Τζένη Χειλυδάκη, Dana International κτλ. Πέραν του ότι είναι πασιφανές ότι έχει «πέσει μαχαίρι», γεγονός καθόλου sic. Διότι πολλές το κάνουν (γενικώς!), αλλά σε καμία δεν αρέσει η γνωστοποίησή του...

Οι πλαστικές επεμβάσεις είναι πλέον μόδα ... Και όπως όλα δείχνουν σύντομα θα περάσει, καθώς πέραν από ακριβό, προς το παρόν, σπόρ είναι χρονοβόρο και κατά περιπτώσεις επίπονο... Από μικρές μαθαίνουμε πώς να δείχνουμε όμορφες. Αυτό όμως που δεν μαθαίνουμε είναι να μεγαλώνουμε όμορφα και να αποδεχόμαστε τον εαυτό μας χωρίς να φτάνουμε σε άκρα. **Some get old, others mature.... !**

ΕΥΑ ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗ

Η Ε. Καραμανώλη είναι Δημοσιογράφος

Δεν είμαστε ειδικόι στις φωτογραφίες.



*Φροντίζουμε όμως να βγαίνουν
«φωτεινές».*

Η Janssen-Cilag έχει ξαναδώσει το χαμόγελο σε εκατομμύρια ανθρώπους σε όλη τη γη, παράγοντας μερικά από τα πιο αποτελεσματικά φάρμακα που υπάρχουν. Επενδύοντας κάθε χρόνο 2,6 δις δολάρια στην έρευνα, δημιουργήσαμε 80 εντελώς πρωτότυπα σκευάσματα στους τομείς της αιματολογίας, της νεφρολογίας, της ογκολογίας, της ψυχιατρικής, της νευρολογίας, της γυναικολογίας, της μυκητολογίας, της γαστρεντερολογίας και του χρόνιου πόνου, που **ΕΧΟΥΝ ΚΑΝΕΙ ΠΙΟ** όμορφη τη ζωή, - και πιο «φωτεινές» τις φωτογραφίες, σε κάθε γωνιά του πλανήτη.



JANSSEN-CILAG
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.

ΑΘΗΝΑ: ΛΕΩΦ. ΕΙΡΗΝΗΣ 56, 151 21 ΠΕΥΚΗ-ΑΘΗΝΑ, ΤΗΛ.: 210 6140061
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: 8,3 κλμ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ- ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ, ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΥΛΛΙΑ, ΘΕΣΗ ΛΥΓΑΡΙΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΤΗΛ.: 2310 470800

Κληρονομικότητα στις

Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου

Είναι η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn κληρονομικές παθήσεις;



Η ελκώδης κολίτιδα (ΕΚ) και η νόσος του Crohn (NC) είναι δυο χρόνιες παθήσεις, που ονομάζονται με το γενικό όρο Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Εντερικές Νόσοι και χαρακτηρίζονται από μια ειδικού τύπου φλεγμονή του πεπτικού συστήματος. Παρόλο που έχουν πολλές ομοιότητες και παλιότερα πίστευαν ότι επρόκειτο για τα ίδια νοσήματα, σήμερα γνωρίζουμε ότι είναι δύο ξεχωριστές καταστάσεις με σημαντικές διαφορές. Η σπουδαιότερη διαφορά τους είναι ότι ενώ στην ελκώδη κολίτιδα πάσχει αποκλειστικά και μόνο το παχύ έντερο, στη νόσο Crohn μπορεί να υπάρχουν βλάβες και στο λεπτό έντερο και σπανιότερα το στομάχι ή τον οισοφάγο.

Πάνω από 10000 Έλληνες πάσχουν από ΕΚ ή NC, εκ των οποίων οι περισσότεροι είναι νέα άτομα μικρότερα των 30 ετών. Επειδή λοιπόν πρόκειται για χρόνια νοσήματα που εμφανίζονται σε ευαίσθητες και αναπαραγωγικές ηλικίες, είναι λογικό να υπάρχουν πολλά ερωτήματα, όπως αν οι παθήσεις αυτές κληρονομούνται, τι κίνδυνος υπάρχει να μεταδοθούν από γονείς σε παιδιά, αν υπάρχουν συγκεκριμένα γονίδια που τις προκαλούν και πώς μπορούμε να γνωρίζουμε εκ των προτέρων τα γονίδια αυτά και τον κίνδυνο μετάδοσης.

Ποιος είναι ο ρόλος της κληρονομικότητας στην αιτιολογία της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn;

Παρά τα χρόνια που πέρασαν από την ανακάλυψή τους, η αιτία που προκαλεί τις δυο αυτές παθήσεις συνεχίζει να παραμένει άγνωστη. Η άποψη που επικρατεί είναι ότι η φλεγμονή του εντέρου οφείλεται σε μία πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ των γονιδίων που κληρονόμησε ο ασθενής και άγνωστων παραγόντων ή αντιγόνων από το περιβάλλον στο οποίο ζει. Επιπλέον γνωρίζουμε ότι πρόκειται για «πολυγονδιακές» παθήσεις, δηλαδή οφείλονται όχι σε ένα αλλά σε ένα συνδυασμό γονιδίων, τα οποία δεν είναι ακόμα γνωστά. Για αυτούς τους λόγους εκείνο που ισχύει είναι ότι να μην υπάρχει γενετική επιβάρυνση και προδιάθεση, αλλά δεν πρόκειται για δυο καθαρά κληρονομικές νόσους που μεταβιβάζονται σίγουρα από τη μητέρα ή τον πατέρα στο παιδί.

Πόσο μεγάλος είναι αυτός ο κίνδυνος κληρονομικής επιβάρυνσης;

Σήμερα ξέρουμε ότι τόσο η ΕΚ όσο η NC έχουν την τάση να εμφανίζονται συχνότερα σε μέλη της ίδιας οικογένειας και ότι οι συγγενείς των ασθενών παρουσιάζουν συχνότερα ΕΚ και NC σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Οι μελέτες δείχνουν ότι περίπου το 20% των ασθενών μπορεί να έχουν ένα κοντινό συγγενή με νόσο Crohn ή ελκώδη κολίτιδα, ενώ και οι δύο παθήσεις είναι δυνατόν να συνυπάρχουν στην ίδια οικογένεια.

Αδιάκοπη Αναζήτηση της Ύψους



Galenica

με συνέπεια και ευθύνη



Galenica α.ε.

• ΑΘΗΝΑ: ΑΧΙΛΛΕΩΣ 2, ΤΗΛ: 210 52 81 700 • ΟΕΣ/ΚΗ: ΚΟΥΝΤΟΥΡΙΩΤΟΥ & ΦΑΣΙΑΝΟΥ 2, ΤΗΛ: 2310 54 26 85 • <http://www.galenica.gr>



Έχουν η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn τον ίδιο κίνδυνο κληρονομικής επιβάρυνσης;

Η τάση εμφάνισης νόσου στην ίδια οικογένεια είναι μεγαλύτερη για τη NC σε σχέση με την ΕΚ, γεγονός που δείχνει ότι οι γενετικοί παράγοντες παίζουν μεγαλύτερο ρόλο στην αιτιολογία της NC σε σχέση με της ΕΚ. Αυτό διαπιστώνεται και από τις μελέτες που έχουν γίνει σε αδελφια ασθενών, σύμφωνα με τις οποίες ο κίνδυνος να παρουσιασθεί NC στον άλλο αδελφό κυμαίνεται από 13 έως 36 φορές, ενώ ο κίνδυνος για ΕΚ είναι πολύ μικρότερος (7 έως 17 φορές). Επιπλέον, η πιθανότητα ανάπτυξης νόσου σε μονοζυγώτες διδύμους, όταν υπάρχει προσβολή του ενός, είναι μεγαλύτερη για τη NC (42 - 58%) και μικρότερη για την ΕΚ (6 - 18%).

Ποιοι από τους συγγενείς των ασθενών έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn;

Αυξημένο κίνδυνο παρουσιάζουν κυρίως οι συγγενείς πρώτου βαθμού, αλλά αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με το λοιπό πληθυσμό παρουσιάζουν επίσης και οι πιο μακρινοί συγγενείς δευτέρου και τρίτου βαθμού. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού με ΕΚ ή NC έχουν 10 - 15 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν την ίδια πάθηση και αντίστροφα 20 - 25% των ασθενών έχουν ένα κοντινό συγγενή με NC ή ΕΚ. Το μεγαλύτερο κίνδυνο παρουσιάζουν τα αδελφια και ιδιαίτερα οι δίδυμοι αδελφοί. Πιο συγκεκριμένα, τα αδελφια των ασθενών έχουν έως και 30 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο, ενώ η πιθανότητα ανάπτυξης νόσου σε μονοζυγώτες διδύμους, όταν υπάρχει προσβολή του ενός, φτάνει έως και 20%. Στις σπάνιες περιπτώσεις που και οι δύο γονείς πάσχουν από ΕΚ ή NC ο κίνδυνος να παρουσιάσει νόσο το παιδί σε ηλικία μικρότερη των 30 ετών μπορεί να φτάσει έως το 33%.

Υπάρχει τρόπος πρόβλεψης της κληρονομικής μετάδοσης της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn;

Δυστυχώς, μέχρι σήμερα δεν είναι δυνατό να προβλέψει κανείς αν και ποια μέλη μιας οικογένειας μπορεί να εκδηλώσουν ΕΚ ή NC. Το ενθαρρυντικό για τη NC είναι ότι την τελευταία πενταετία έχουν βρεθεί ήδη ορισμένα από τα γονίδια που ευθύνονται σε μεγάλο ποσοστό για την εμφάνιση της νόσου και υπάρχει αισιοδοξία ότι η εύρεση της αιτίας και η οριστική θεραπεία των Ιδιοσπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου δεν είναι πολύ μακριά.

MARIA ΡΟΥΣΣΟΜΟΥΣΤΑΚΑΚΗ

*Η Μ. Ρουσσόμουστακάκη είναι
Επιμελήτρια Γαστρεντερολογικής Κλινικής
του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου*



«Διατροφικοί «μύθοι» στον Σακχαρώδη Διαβήτη:

ας μάθουμε την πραγματικότητα.»

Στο σακχαρώδη διαβήτη η κακή ρύθμιση του σακχάρου του ασθενή σχετίζεται με την εμφάνιση σοβαρών επιπλοκών, που υποβαθμίζουν εν τέλει την ποιότητα ζωής του διαβητικού.

Είναι πραγματικά δύσκολο εγχείρημα να πείσεις έναν άνθρωπο να αλλάξει από μία απλή συνήθεια έως και ένα μεγάλο μέρος του τρόπου ζωής του, ακόμα και όταν η αιτία για αυτήν την αλλαγή είναι η διατήρηση ή επίτευξη της υγείας του. Θα μπορούσαμε ακόμα ακόμα να πούμε ότι οι πιο δύσκολες παθολογικές καταστάσεις είναι εκείνες στις οποίες η αντιμετώπιση απαιτεί από τον ασθενή να τροποποιήσει τις συνήθειες του. Όταν μάλιστα πρόκειται για μία χρόνια ασθένεια, τότε είναι εύκολο να αντιληφθεί κανείς πως οι όποιες αλλαγές, που πρέπει να γίνουν στον τρόπο ζωής, έχουν συνήθως μακροχρόνιο, αν όχι μόνιμο χαρακτήρα. Αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αποτελεί ο σακχαρώδης διαβήτης, μία χρόνια πάθηση στην περίπτωση της οποίας η υιοθέτηση συγκεκριμένων διατροφικών συνηθειών, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Στο σακχαρώδη διαβήτη η κακή ρύθμιση του σακχάρου του ασθενή σχετίζεται με την εμφάνιση σοβαρών επιπλοκών, που υποβαθμίζουν εν τέλει την ποιότητα ζωής του διαβητικού. Η συμβουλή του ασθενούς για τη βελτίωση της διατροφής του συμβάλλει με καθοριστικό τρόπο στον καλύτερο έλεγχο των επιπέδων σακχάρου στο αίμα του, αποτελώντας έτσι εμμέσως ένα πολύ χρήσιμο

εργαλείο για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Όταν όμως η διατροφική εκπαίδευση του ασθενούς γίνεται με λανθασμένο τρόπο, όπως για παράδειγμα όταν παρέχονται λανθασμένες πληροφορίες για τρόφιμα ή/και πρακτικές, μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση στον ασθενή, οδηγώντας τον για παράδειγμα σε αναίτιους αποκλεισμούς τροφίμων ή αδικαιολόγητη καταναγκαστική χρήση κάποιων από αυτά (η εμμονή στη χρήση ή στην αποφυγή συγκεκριμένων τροφίμων μπορεί να δημιουργήσει επιπλέον προβλήματα στην ποιότητα ζωής του ασθενούς και της οικογένειάς του, υποχρεώνοντάς τον επί παραδείγματι να αγοράζει ξεχωριστά τρόφιμα για τον εαυτό του από την υπόλοιπη οικογένεια, πρακτική που αποδεικνύεται ανώφελη).

Κατά την εκπαίδευση του διαβητικού ασθενή στα διαβητολογικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα οποία στελεχώνονται υποχρεωτικά από κλινικούς διαιτολόγους, παρατηρούμε συχνά ότι αυτός φέρει αρκετές λανθασμένες αντιλήψεις για τη διατροφή του. Οι λανθασμένες αυτές αντιλήψεις πηγάζουν από λάθος πληροφόρηση που έλαβε ο ασθενής στο παρελθόν, με συνέπειες τελικά στην ισορροπία και την ποιότητα του διατολογίου του.

Από τις πιο «δημοφιλείς» διατροφικές παρεξηγήσεις στους διαβητικούς είναι και οι παρακάτω:

- 1) «Ο χυμός γκρέιπφρουτ δεν αυξάνει καθόλου το σάκχαρο και μπορεί να καταναλώνεται ελεύθερα».
- 2) «Το κρέας και τα ψάρια ανεβάζουν το σάκχαρο, ιδιαίτερα αν είναι πολύ λιπαρά».
- 3) «Το μέλι δεν αυξάνει το σάκχαρο όταν είναι «σπιτικό», επειδή είναι φυσικό προϊόν».
- 4) «Η σακχαρίνη είναι βλαβερή για τον οργανισμό μας και επίσης αυξάνει το σάκχαρο».
- 5) «Μόνο τα ξυνόμηλα επιτρέπεται να καταναλώνονται, καθώς όλα τα άλλα φρούτα αυξάνουν το σάκχαρο».
- 6) «Το σάκχαρό μου εμφανίστηκε από τη «στεναχώρια» και οι διακυμάνσεις που κάνει οφείλονται σε αυτήν και όχι στη διατροφή μου».

Η κατάρριψη αυτού του είδους διατροφικών «μύθων» και η αποκατάσταση της αλήθειας είναι η πρώτη πρόκληση που θα συναντήσει ο διατολόγος σε έναν ασθενή. Αν δεν καταφέρουμε να απομυθοποιήσουμε τέτοιες δοξασίες, δεν είναι δυνατόν να εκπαιδεύσουμε σωστά διατροφικά το διαβητικό ασθενή, ώστε να υποστηρίξουμε την όποια θεραπευτική στρατηγική. Απαντώντας λοιπόν στα παραπάνω «πιστεύω» των διαβητικών ασθενών οφείλουμε να ξεκαθαρίσουμε πως:

1) Οι χυμοί που περιέχουν ζάχαρη σαφώς και θα αυξήσουν το σάκχαρο του αίματος, όταν καταναλωθούν, ανεξάρτητα από πιο φρούτο προέρχονται. Οι φυσικοί χυμοί (αυτοί που δεν έχουν επιπλέον προσθήκη ζάχαρης) επίσης αυξάνουν το σάκχαρο καθώς προέρχονται από φρούτα που είναι μία από τις ομάδες τροφίμων που περιέχουν υδατάνθρακες. Αν κάποιος χυμός έχει λίγο ξινή γεύση, αυτό δε σημαίνει πως δεν περιέχει υδατάνθρακες και δεν αυξάνει το σάκχαρο. Οι φυσικοί χυμοί επιτρέπεται να καταναλώνονται από τους διαβητικούς σε ελεγχόμενη ποσότητα, αποτελώντας μάλιστα και μία καλή επιλογή για ένα ενδιάμεσο γεύμα.

2) Το σάκχαρο του αίματός μας για να αυξηθεί, πρέπει το τρόφιμο που θα καταναλώσουμε να πε-

ρίχει απορροφήσιμους υδατάνθρακες. Το κρέας και το ψάρι δεν περιέχουν καθόλου υδατάνθρακες και δεν είναι δυνατόν να επηρεάσουν το σάκχαρό μας, ανεξάρτητα αν είναι λιπαρά ή περιορισμένα σε λίπος. Τα λάδια και τα βούτυρα επίσης δεν περιέχουν υδατάνθρακες και επίσης δεν αυξάνουν το σάκχαρό μας.

3) Το μέλι είναι μία τροφή που περιέχει επίσης υδατάνθρακες και φυσικά αυξάνει το σάκχαρό μας. Μάλιστα το αυξάνει και σχετικά γρήγορα, καθώς οι υδατάνθρακες του απορροφώνται γρήγορα. Η διαφορά του σπιτικού μελιού από αυτό που αγοράζουμε στο εμπόριο είναι πως ορισμένες φορές παρατηρείται να νοθεύουν το μέλι του εμπορίου με ζάχαρη (χωρίς αυτό να είναι και απόλυτο).

4) Η σακχαρίνη ανήκει στα υποκατάστατα της ζάχαρης που κυκλοφορούν στο εμπόριο. Η θερμιδική της αξία είναι πάρα πολύ μικρή, η κατανάλωση της δεν αυξάνει το σάκχαρο και δεν έχει αποδειχτεί ότι βλάπτει την υγεία μας, όταν περιοριζόμαστε σε λογικές ποσότητες.

5) Τόσο τα ξυνόμηλα όσο και τα υπόλοιπα φρούτα περιέχουν υδατάνθρακες και σαφώς αυξάνουν το σάκχαρο του αίματος κατά την κατανάλωση τους. Γενικά τα φρούτα αποτελούν μία πολύτιμη τροφή πλούσια σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία και η παρουσία τους στο διατολόγιο ενός διαβητικού είναι επιβεβλημένη. Έτσι, όλα τα φρούτα επιτρέπεται να καταναλώνονται στις κατάλληλες ποσότητες και είναι λάθος να αποκλείουμε κάποια από αυτά.

6) Δεν έχει αποδειχτεί από καμία έγκυρη πηγή πως η στεναχώρια αποτελεσε τη γενεσιουργό αιτία του σακχαρώδους διαβήτη. Το ασυνήθιστο έντονο «στρες» είναι γνωστό πως μπορεί να προκαλέσει μία μικρή αύξηση στο σάκχαρο των διαβητικών, κυρίως εξαιτίας της έκκρισης «γλυκογενετικών» ορμονών. Όμως είναι λάθος να αποδίδουμε τη μεγάλη διακύμανση του σακχάρου στην έκθεση του στο καθημερινό «στρες», στο οποίο υποβάλλεται ο ασθενής. Συνήθως αυτό που παρατηρούμε είναι πως όταν κάποιος σακχαροδιαβητικός περνάει μία στενάχωρη κατάσταση, αυτό του αποσπά την προσοχή από τη διατροφή του, τρώγοντας είτε περισσότερο είτε λιγότερο από αυτό που ορίζει το διατολόγιο του και έτσι παρουσιάζονται διακυμάνσεις στα επίπεδα του σακχάρου του.

Το να πείσουμε έναν άνθρωπο να αναθεωρήσει τις αντιλήψεις του είναι πολύ δύσκολη

υπόθεση και απαιτεί μεγάλη προσπάθεια, όπως και αρκετό χρόνο. Είναι λάθος τόσο το να πιστεύει κανείς πως η ενημέρωση για την σωστή διατροφή και η εκπαίδευση στην εφαρμογή της είναι κάτι που μπορεί να γίνει μέσα σε μία ή δύο συναντήσεις με ένα διαβητικό ασθενή, όσο λάθος είναι και η αντίληψη πως μπορεί να ρυθμιστεί το σάκχαρο οποιουδήποτε ασθενή μόνο με τη φαρμακευτική συμβολή και χωρίς σωστή εφαρμογή ορθών διατροφικών συνθηκών. Η συνεργασία λοιπόν ιατρού και διατολόγου είναι απαραίτητη για επιτυχή αποτελέσματα.

ΘΕΟΦΑΝΗΣ ΚΟΥΤΡΟΥΛΙΑΣ

Ο Θ. Κουτρουλιάς είναι Κλινικός Διατολόγος στο Τμήμα Διατροφής του Γ. Ν. Καβάλας



Νέα Απολαυστικά Δημητριακά

Energy Mix



Για να μην τελειώνει η ενέργειά σας μαζί με το πρωινό



Νέα απολαυστικά δημητριακά Energy Mix, που όχι μόνο αυξάνουν τα επίπεδα ενέργειας του σώματός μας, αλλά και τα διατηρούν υψηλά για πολλές ώρες...

Χάρη στο μείγμα 4 δημητριακών: ρύζι, σιτάρι, καλαμπόκι και βρώμη, το Energy Mix απελευθερώνει ενέργεια σε 3 φάσεις:



Φάση 1η: Το ρύζι, η ζάχαρη και το μέλι εφοδιάζουν τον οργανισμό με «γρήγορους» υδατάνθρακες, για άμεση ενέργεια.

Φάση 2η: Το σιτάρι και το καλαμπόκι, χάρη στο μείγμα «γρήγορων» και «αργών» υδατανθράκων που περιέχουν, χαρίζουν ενέργεια για περισσότερες ώρες.

Φάση 3η: Οι νιφάδες βρώμης περιέχουν «αργούς» υδατάνθρακες και απελευθερώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό της ενέργειάς τους με πιο αργούς ρυθμούς. Έτσι χαρίζουν ενέργεια στον οργανισμό για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και τα επίπεδα ενέργειας διατηρούνται υψηλά για περισσότερες ώρες.



Γενετική μηχανική & τρόφιμα:

το οδηγόπνδιο των ποδηεδνικών



Καλλιέργεια ελαιοκράμβης στο Yorkshire της Αγγλίας. Λόγω της επιμόλυνσης... δεν ξέρουμε αν είναι συμβατική ή γενετικά τροποποιημένη καλλιέργεια.

Σε πρόσφατο τεύχος του περιοδικού δημοσιεύθηκε άρθρο του Καθηγητή Βιοχημείας και Χημείας Τροφίμων κ. Κ.Α. Δημόπουλου σχετικά με την εφαρμογή της βιοτεχνολογίας στα γενετικά τροποποιημένα τρόφιμα [1]. Στο εν λόγω άρθρο γίνεται περιγραφή των εφαρμογών της γενετικής μηχανικής στην παραγωγή νέων ποικιλιών φυτών και συνεπώς στην παραγωγή Γενετικά Τροποποιημένων Τροφίμων (ΓΤΤ) (Genetically Modified Foods). Κατά την άποψη του γράφοντα το άρθρο αυτό είναι αντικειμενικό και δεν «παίρνει» θέση είτε υπέρ είτε κατά των ΓΤΤ, τελειώνοντας με τις φράσεις: «Τελικά το αν θα αποβεί καλή ή κακή για την ανθρωπότητα μια εφεύρεση, μια ανακάλυψη ή ένα νέο προϊόν, εξαρτάται από τον ίδιο τον άνθρωπο. Δηλαδή από το αν θα το χρησιμοποιήσει με περίσκεψη ή αλόγιστα και για το καλό ή το κακό των συνανθρώπων του και του οικοσυστήματος».

Είχα την τύχη να είμαι Λέκτορας στο University of Leeds στο Τμήμα Food Science και να διδάξω για τρία χρόνια (1998-2001) το μάθημα Βιοτεχνολογία Τροφίμων (Food Biotechnology) (τόσο σε μεταπτυχιακό όσο και σε προπτυχιακό επίπεδο). Στην πρώτη διάλεξη κάθε χρονιάς, οι φοιτητές ερωτούνταν, με ερωτηματολόγιο, ποια είναι η γνώμη τους για τα ΓΤΤ. Στο ίδιο ακριβώς

ερωτηματολόγιο καλούνταν να απαντήσουν και μετά από 10 εβδομάδες διδασκαλίας. Στην αρχή της χρονιάς, η γνώμη των φοιτητών ήταν κατά περίπου 80% υπέρ των ΓΤΤ ενώ μετά από 70 μέρες και 30 ώρες διδασκαλίας, ήταν στο ίδιο υψηλό ποσοστό (80%)... αρνητική! «Στερνή μου γνώση να σε είχα πρώτα»...σχίζει για τους φοιτητές αλλά η Γη μας δεν θα μας επιτρέψει τέτοια παράνοια...

Και εξηγούμαι. Σήμερα είναι απολύτως τεκμηριωμένο ότι οι γενετικά τροποποιημένες ποικιλίες φυτών προκαλούν τεράστια βλάβη στην χλωρίδα και την πανίδα της ευρύτερης περιοχής στην οποία καλλιεργούνται. Σε εκτεταμένη έρευνα που έγινε στη Μεγάλη Βρετανία τα τελευταία 4 χρόνια, σε 65 περιοχές του μεγάλου νησιού φυτεύτηκαν συμβατικοί και μεταλλαγμένοι σπόροι ελαιοκράμβης - από την οποία παράγεται το κραμβέλαιο - σε παρακείμενα αγροτεμάχια. Στη συνέχεια καταμετρήθηκαν οι πληθυσμοί των φυτών, μελισσών, πεταλούδων και πουλιών τόσο στις συμβατικές όσο και στις μεταλλαγμένες καλλιέργειες. Η μελέτη των πληθυσμών έδειξε ότι οι πληθυσμοί των αγριόχορτων, των μελισσών και των πεταλούδων μειώθηκαν αισθητά στις μεταλλαγμένες καλλιέργειες. Παρατηρήθηκε επίσης μείωση στους



πληθυσμούς ορισμένων ειδών πουλιών διότι τα φυτοφάρμακα, με τα οποία ψεκαζόταν η ελαιοκράμβη, δεν επέτρεπαν την ανάπτυξη φυτών και λουλουδιών που αποτελούν απαραίτητα συστατικά της διατροφής των πουλιών [2]. Με άλλα λόγια, τα πουλιά αναγκάστηκαν σε μετανάστευση! Η κατακλειδα του πειράματος θα μπορούσε να τιτλοφορείται ως «πώς να διώξετε την ενοχλητική πανίδα από τη χώρα σας»...

Η παραπάνω έρευνα έδειξε επίσης ότι η γύρη της μεταλλαγμένης ελαιοκράμβης μπορεί να ταξιδεύει περισσότερο από ...26 km (!!!) προκαλώντας εκτεταμένη επιμόλυνση. Την επόμενη φορά που θα βρεθούμε στη Μ. Βρετανία και χαζεύουμε τις πανέμορφες κίτρινες καλλιέργειες της ελαιοκράμβης δυστυχώς δεν θα ξέρουμε αν θα πρόκειται για αμόλυντες ή επιμολυσμένες συμβατικές καλλιέργειες...

Το πρόβλημα της επιμόλυνσης είναι σαν λερναία ύδρα και δυστυχώς αργά ή γρήγορα θα αποτελεί δυσεπίλυτο νομικό και επιστημονικό πρόβλημα. Για να πιστοποιηθεί ως προς την ασφάλεια των τροφίμων μια εταιρεία παραγωγής τροφίμων είναι υποχρεωμένη νομικά να τηρεί σύστημα Ανάλυσης Επικινδυνότητας και Κρίσιμων Σημείων Ελέγχου (Hazard Analysis and Critical Control Points: HACCP). Σύμφωνα με τον κοινοτικό κανονισμό (ΕΚ) 178/2002 ο οποίος είναι και νόμος του Ελληνικού Κράτους από 1.1.2005 [3], για να πιστοποιηθεί μια εταιρεία παραγωγής τροφίμων ως προς το πρότυπο ΕΛΟΤ1416 είναι υποχρεωμένη να τηρεί διαδικασία ιχνηλασιμότητας, δηλαδή να τηρεί αρχεία από τα οποία να προκύπτει η προέλευση όλων των συστατικών των τροφίμων. Με τον άνεμο όμως και τη γενετικά τροποποιημένη γύρη που πιθανώς να μολύνει μια συμβατική καλλιέργεια είναι πολύ πιθανό να παραχθεί επιμολυσμένο προϊόν με ΓΤΤ χωρίς ο παραγωγός της πρώτης ύλης να έχει χρησιμοποιήσει ποτέ γενετικά τροποποιημένες πρώτες ύλες...

Τέλος, τα νέα που έρχονται από το (κατεχόμενο) Ιράκ είναι τα εξής: ο κ. Μπρέμερ (Διοικητής της Προσωρινής Αρχής) έχει εκδώσει 100 Διαταγές (Orders) (sic!) (όχι Νόμους ούτε Κανονισμούς)! Η Διαταγή 81 υποχρεώνει τους γεωργούς να χρησιμοποιούν σπόρους που πληρούν τις προδιαγραφές του Παγκόσμιου Οργανισμού Εμπορίου (ΠΟΕ). Τους όρους αυτούς πληρούν μόνο οι σπόροι των πολυεθνικών εταιρειών (π.χ. Monsanto, Dow Chemical, Cargill, Novartis, Syngenta). Η εν λόγω διαταγή απαγορεύει επίσης στους

γεωργούς να ανταλλάσσουν τους σπόρους τους ή να τους ξαναχρησιμοποιούν, επειδή αυτό αντίκειται στη βιομηχανική πατέντα. Είναι φανερό ότι η Διαταγή 81 θέτει σε άμεσο κίνδυνο τη βιοποικιλότητα της Μεσοποταμίας [4].

Εκεί προηγήθηκε η πειθώ των όπλων και μετά από αυτήν ήρθε και η Διαταγή 81. Στον αυριανό κόσμο, οι σπόροι της Μητέρας Φύσης θα είναι απαγορευμένοι καρπός; Ευτυχώς στην Ευρώπη αντιστεκόμαστε. Μέχρι σήμερα περισσότερες από 100 περιφέρειες της ηπείρου μας καθώς και το σύνολο των νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων της χώρας μας έχουν ανακηρυχθεί σε ζώνες ελεύθερες από ΓΤΤ [5].

Αντιστεκόμαστε μέχρι ο άνεμος να φέρει τη γύρη από την Αφρική ή την Ασία... ή ΓΤΤ να εισαχθούν παράνομα στην ΕΕ από την Ασία ή την Αμερική...

Για να αντισταθείτε κι εσείς επισκεφτείτε το διαδικτυακό τόπο www.gmofree-europe.org

Βιβλιογραφία

1. Κ.Α. Δημόπουλος (2004). Μεταλλαγμένα τρόφιμα. Ευεξία και Διατροφή, τεύχος 9, σελ 14-16.
2. Λ. Γιαννάρου (2005). «Βόμβρα» κατά μεταλλαγμένων. Εφημ. Η Καθημερινή, 27.3.2005, σελ 28.
3. Κανονισμός 178 (2002) για τον καθορισμό των γενετικών αρχών και απαιτήσεων της νομοθεσίας για τα τρόφιμα, για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Αρχής για την Ασφάλεια των Τροφίμων και τον καθορισμό διαδικασιών σε θέματα ασφαλείας των τροφίμων. Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. 1.2.2002, σελ. L 31/1.
4. Περιοδικό 4 Τροχοί (2005). Το Αμπύ Γκράιμπ των σπόρων. Order 81. Τεύχος 414, Μάρτιος 2005, σελ 149.
5. Μυρτώ Πιστιπίνη (2005). Οι μύθοι για τα «μαγικά» σπόρια. Εφημ. Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, 20.3.2005, σελ. 51.

ΙΩΑΝΝΗΣ ΖΑΜΠΕΤΑΚΗΣ

Ο. Ι. Ζαμπετάκης είναι Λέκτορας Χημείας Τροφίμων και Επιθεωρητής Συστημάτων Ασφαλείας (ΕΛΟΤ 1416, ISO 9001) Εργαστήριο Χημείας Τροφίμων Τμήμα Χημείας ΕΚΠΑ, izabet@chem.uoa.gr



Εχω Δυσκοιλιότητα.. ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΑΠΑΛΛΑΓΩ;



Η ΑΡΧΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΘΑΡΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΚΛΥΣΜΩΝ.

Η Δυσκοιλιότητα αποτελεί ένα από τα συχνότερα ιατρικά προβλήματα που βασανίζουν τους κατοίκους των σύγχρονων Δυτικών κοινωνιών. Δεν είστε λοιπόν μόνοι σας, εάν υποφέρετε από χρόνια δυσκοιλιότητα, αφού μέχρι και 20% του πληθυσμού στις ΗΠΑ παραπονείται για συμπτώματα δυσκοιλιότητας. Περίπου 100.000 ασθενείς κάθε έτος επισκέπτονται το Γαστρεντερολόγο τους λόγω δυσκοιλιότητας. Σχεδόν όλοι (85%) οι γιατροί χορηγούν από την πρώτη ιατρική επίσκεψη ασθενών με δυσκοιλιότητα καθαρτικά. Όπως θα γίνει φανερό παρακάτω, αυτή η αρχική αντιμετώπιση δε φαίνεται να είναι και η καταλληλότερη.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ;

Η δυσκοιλιότητα δεν αποτελεί νόσο, αλλά ένα σύμπτωμα, που μπορεί να είναι εκδήλωση πολλών παθήσεων ή διαταραχών. Το πρόβλημα αφορά όλες τις ηλικίες, αλλά αυξάνεται με την ηλικία, το βαθμό μη κινητοποίησης των ασθενών, τη συνύπαρξη άλλων παθήσεων, τον αριθμό και το είδος των λαμβανομένων φαρμάκων, ενώ είναι συχνότερο στις γυναίκες. Σύμφωνα με ένα ευρέως χρησιμοποιηθέντα ορισμό, **ως δυσκοιλιότητα ορίζεται η μείωση της συχνότητας των κενώσεων σε λιγότερες από τρεις εβδομαδιαίως ή η ανάγκη για έντονη σύσφιγξη με στόχο την αφόδευση.** Πρόσφατα νεότερα κριτήρια έχουν καθορισθεί για τον ορισμό της ιδιοπαθούς (λειτουργικής) δυσκοιλιότητας. **Δύο ή περισσότερα από τα κριτήρια του Πίνακα 1 καθορίζουν σήμερα πληρέστερα και σαφέστερα εκείνους που υποφέρουν από δυσκοιλιότητα.**

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 :

Διαγνωστικά κριτήρια, Ρώμης II, για την ιδιοπαθή λειτουργική δυσκοιλιότητα.

Για χρονικό διάστημα 12 εβδομάδων, όχι απαραίτητα συνεχόμενων, εντός του τελευταίου έτους να παρατηρούνται δύο ή περισσότερα από τα παρακάτω :

- Αφόδευση με σύσφιγξη σε > Ό των κενώσεων.
- Σκύβαλα ή σκληρής σύστασης κόπρανα σε > Ό των κενώσεων.
- Αίσθημα ατελούς κένωσης σε > Ό των κενώσεων.
- Αίσθημα ορθοπρωκτικής απόφραξης σε > Ό των κενώσεων.
- Χειρισμοί διευκόλυνσης για κένωση (χρήση δακτύλου) σε > Ό των κενώσεων.
- Λιγότερες από τρεις κενώσεις την εβδομάδα.

ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ;

Η αιτιολογία της δυσκοιλιότητας είναι **πολυπαραγοντική, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2.** Συνήθως είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους (> 65 ετών), αφού το 1/3 από αυτούς υποφέρουν από δυσκοιλιότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 :

Αιτίες δυσκοιλιότητας

A. Πρωτοπαθής δυσκοιλιότητα
Λειτουργικές εντερικές διαταραχές (σύνδρομο ευερεθίστου εντέρου).
Αγαγγλιονική νόσος (v. Hirschsprung, v. Chagas).
Ιδιοπαθής ή λειτουργική (κινητική) δυσκοιλιότητα (μυοπάθεια ή νευροπάθεια).
Αποφρακτική λειτουργική δυσκοιλιότητα (ανωμαλίες ορθοπρωκτικής περιοχής).

Β. Δευτεροπαθής δυσκοιλιότητα

Εντερικά μηχανικά ή αποφρακτικά ή οργανικά αίτια (όγκοι, στενώσεις, συστροφή, εκκολπωματώση, ορθοπρωκτική νόσος Crohn).

Εξωεντερικά αίτια :

1. Συστηματικές παθήσεις (υποθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης, υπερασβεσταιμία, πορφυρία, νεφρική ανεπάρκεια).
2. Νευρολογικές παθήσεις (v. Parkinson, σκλήρυνση κατά πλάκας, βλάβη εγκεφαλική ή νωτιαίου μυελού, αυτόνομη νευροπάθεια, βλάβες σπονδυλικής στήλης).
3. Ψυχικές διαταραχές (νευρογενής ανορεξία, κατάθλιψη, ψυχώσεις, σεξουαλική κακοποίηση).
4. Φαρμακευτικά αίτια (σίδηρος, αντιόξινα με αργίλιο, αντικαταθλιπτικά, μείζονα αναλγητικά, αντιχολινεργικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, αντιυπερτασικά και καρδιολογικά φάρμακα).
5. Ανεπαρκής δίαιτα (ελάχιστες φυτικές ίνες, ελάχιστη τροφή).
6. Κύηση
7. Ακίνητοποίηση ασθενών.
8. Επαναλαμβανόμενη καταστολή της έπείξεως για κένωση.

Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ;

Το ατομικό και το κληρονομικό ιστορικό αποτελούν την αρχή της εξέτασης του ασθενούς από το γιατρό του. Η δακτυλική εξέταση του ορθού (αρχικό τμήμα του παχέος εντέρου) είναι απαραίτητη κατά την κλινική εξέταση του πάσχοντος από δυσκοιλιότητα. Αιματολογικές εξετάσεις μπορεί να αποκαλύψουν την αιτία της δυσκοιλιότητας. Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση και η ειλεοκολοσκόπηση παρέχουν σημαντικότερες πληροφορίες και βοηθούν ουσιαστικά (λήψη βιοψιών – ιστολογική εξέταση) στην ανάδειξη βλεννογονικών αλλοιώσεων, οι οποίες σχετίζονται με το σύνδρομο της δυσκοιλιότητας. Η ακτινογραφία του παχέος εντέρου, βαριούχος υποκλυσμός, επίσης προσφέρει σημαντικές πληροφορίες. Περισσότερο εξειδικευμένες εξετάσεις είναι απαραίτητες, εάν ο γιατρός σας κρίνει ότι πρέπει να γίνει αναλυτικότερος έλεγχος της κινητικότητας του εντέρου όπως: αφοδεοσιόγραμμα, έλεγχος ταχύτητας διάβασης παχέος εντέρου και μανομετρία ορθοπρωκτικής περιοχής.

ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ Η ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ ;

Συχνά επηρεάζεται η ποιότητα ζωής εκεί-

νων που υποφέρουν από δυσκοιλιότητα. Η χρόνια δυσκοιλιότητα μπορεί να σχετίζεται με άλλα προβλήματα, όπως : επιδείνωση της αιμορροειδοπάθειας (πόνος, αιμορραγία), πρόπτωση ορθού, ραγάδα πρακτικού δακτυλίου (επίμονος και έντονος πόνος, αιμορραγία) και ενσφήνωση κοπράνων (κοπρόσταση).

ΠΩΣ ΛΥΝΕΤΑΙ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ;

Το είδος της διατροφής και η καθιστική ζωή επηρεάζουν σημαντικά την εμφάνιση της δυσκοιλιότητας. Είναι απαραίτητη η καθημερινή λήψη τροφών που περιέχουν συνολικά τουλάχιστον 20 – 35 γραμμάρια ίνες. **Στον Πίνακα 3 περιλαμβάνονται τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες.** Ειδικότερα η πρωινή λήψη γεύματος με άφθονες ίνες και υγρά (τουλάχιστον ένα ποτήρι νερό) καταπολεμά τη δυσκοιλιότητα και βοηθά στην αφοδευση μετά το πρωινό γεύμα βοηθούμενη και από την αυξημένη κινητικότητα του παχέος εντέρου τις πρωινές ώρες. Αρχικά, για την αποφυγή των ενοχλητικών αισθημάτων του μετεωρισμού και του πόνου της κοιλιάς, είναι προτιμότερη η σταδιακή αύξηση των λαμβανόμενων ινών πρωί και βράδυ με νερό. Τα φρούτα, τα λαχανικά, τα ροφήματα που περιέχουν καφεΐνη και η σωματική άσκηση συνεισφέρουν στην πρόληψη, αλλά και στη βελτίωση της δυσκοιλιότητας. Ακόμη πρέπει να αναφέρετε στο γιατρό σας φαρμακευτική σας αγωγή που πιθανόν να προκαλεί δυσκοιλιότητα. Εάν παρόλη την εφαρμογή των ανωτέρω οδηγιών και συστάσεων η δυσκοιλιότητα δεν αντιμετωπίζεται, τότε το επόμενο θεραπευτικό μέτρο είναι η χορήγηση καθαρτικών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 :

Τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες

ΕΙΔΟΣ ΤΡΟΦΗΣ	ΙΝΕΣ , g/100g	ΕΙΔΟΣ ΤΡΟΦΗΣ	ΙΝΕΣ , g/100g
Σιτάρι	41,2	Βατόμουρο	5,1
Σίκαλη	14,9	Μπιζέλι	4,5
Δαμάσκηνο	11,9	Σπανάκι	4,0
Σταφίδα	8,7	Καρότο	3,5
Βερίκοκο	8,1	Μπρόκολο	2,8
Χουρμάς	7,6	Αχλάδι	2,8
Πίτουρο	6,3	Σόγια	2,6
Σιταρένιο ψωμί	5,7	Μανιτάρια	2,5

Τα καθαρτικά, ανάλογα με τον τρόπο δράσης τους, διακρίνονται κυρίως στα αυξάνοντα τον όγκο των κοπράνων, τα μαλακτικά, τα διεγείροντα την εντερική κινητικότητα και τα αλατούχα και ωσμωτικές δρώντα. **Η χρόνια χρήση καθαρτικών δε συνιστάται, εκτός από σπάνιες περιπτώσεις χρόνιας δυσκοιλιότητας. Η αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας πρέπει να στοχεύει στην καταπολέμηση της αιτίας. Αυξάνοντα τον όγκο των κοπράνων:** Φυσιικοί (πίτυρο σιτηρών), συνθετικοί πολυσακχαρίτες και ψύλλιο. Θεωρούνται τα αθωότερα και το αποτέλεσμα τους εμφανίζεται 12 – 24 ώρες από τη λήψη τους. **Μαλακτικά κοπράνων:** Βασικό συστατικό τους είναι η υγρή παραφίνη (π.χ. Nujol – Parafine oil). **Διεγείροντα την εντερική κινητικότητα :** Η χρόνια χρήση τους, λόγω της εξάρτησης που προκαλούν και των σοβαρών ανεπιθύμητων παρενεργειών τους (ατονία εντέρου και υποκαλιαιμία), πρέπει να αποφεύγεται (π.χ. Dulcolax – Castor oil – Guttalax – Laxatol – X prep – Pursennid). **Αλατούχα και Ωσμωτικές δρώντα:** Τα άλατα του μαγνησίου (π.χ. milk of magnesia), αν και αντενδείκνυνται στους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, μαζί με τα ωσμωτικές δρώντα (π.χ. Importal – Duphalac) αποτελούν τα καθαρτικά που χρησιμοποιούνται συχνότερα σε αποτυχία να αντιμετωπισθεί η δυσκοιλιότητα με τις προηγούμενες οδηγίες. Τέλος υπόθετα ή υποκλυσμοί χρησιμοποιούνται, όταν απαιτείται γρήγορη ανταπόκριση, στο αρχικό τμήμα του παχέος εντέρου (ορθοσιγμοειδές). **Ο γιατρός σας είναι ο μόνος αρμόδιος να αποφασίσει το είδος του καθαρτικού, τη δοσολογία του και τη χρονική διάρκεια χορήγησής του, όταν αποτύχουν όλα τα προαναφερόμενα μέτρα.**

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ Η ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ;

Η αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας χειρουργικά είναι σπανιότατη. Ασθενείς μη ανταποκρινόμενοι σε κανένα μη χειρουργικό θεραπευτικό μέτρο και μετά από επίμονο και διεξοδικό έλεγχο της αιτίας της δυσκοιλιότητας πρέπει να καταλήγουν στη χειρουργική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Δρ. Π. ΚΑΣΑΠΙΔΗΣ

Ο Π. Κασαπίδης είναι Γαστρεντερολόγος Διευθυντής Γαστρεντερολογικού Τμήματος της Κεντρικής Κλινικής Αθηνών

Βιολογική γεωργία απαντήσεις σε κάποια ερωτήματα



1. Τι είναι βιολογική γεωργία;

Είναι ένα σύστημα παραγωγής γεωργικών προϊόντων, που βασίζεται στο σεβασμό του περιβάλλοντος και στην ισορροπία των οικοσυστημάτων.

Για την προστασία των καλλιεργειών από εχθρούς και ασθένειες χρησιμοποιούνται καλλιεργητικές πρακτικές, μέθοδοι πρόληψης και ήπια προϊόντα φυτικής ή ορυκτής προέλευσης.

Η θρέψη των φυτών καλύπτεται με χλωρές λιπάνσεις, κομποστοποιημένα ζωικά ή φυτικά υπολείμματα, ακατέργαστα ορυκτά, κ.λ.π.

Δεν επιτρέπεται η χρήση συνθετικών χημικών λιπασμάτων και φαρμάκων.

2. Τι είναι βιολογική κτηνοτροφία;

Είναι ένα σύστημα εκτροφής, που στηρίζεται στη φυσική διαβίωση των ζώων, χρησιμοποιεί ζωοτροφές που έχουν παραχθεί με βιολογικό τρόπο, βασίζεται στην πρόληψη των ασθενειών και περιορίζει στο ελάχιστο δυνατό τη χρήση συνθετικών αλλοπαθητικών φαρμάκων.

3. Ποιος πιστοποιεί τα βιολογικά προϊόντα;

Στην Ελλάδα υπάρχουν τρεις ιδιωτικοί φορείς, ΒΙΟΕΛΛΑΣ, ΔΗΩ και ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ, οι οποίοι πιστοποιούν τα βιολογικά προϊόντα σύμφωνα με τον Καν. (Ε.Ο.Κ.)

2092/91. Οι φορείς αυτοί ελέγχονται για τη σωστή λειτουργία τους από τον Ο.Π.Ε.ΓΕ. Π. (φορέας του Υπουργείου Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων) και από το Ε.ΣΥ. Δ. (Υπεύθυνο για την διαπίστευση φορέων πιστοποίησης).

4. Πώς αναγνωρίζονται τα βιολογικά προϊόντα;

Όταν είναι συσκευασμένα, πρέπει να έχουν το όνομα και το διακριτικό σήμα του πιστοποιητικού οργανισμού που τα έχει πιστοποιήσει. Στα χύμα προϊόντα θα πρέπει ο πωλητής να είναι εφοδιασμένος με πιστοποιητικό εν ισχύ που να αναφέρει τα συγκεκριμένα προϊόντα.

ELPEN A.E.

Η πρωτοπόρος Ελληνική Φαρμακευτική Βιομηχανία

ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Δραστηριότητες:

- ▶ **Αμιγής Έρευνα της ELPEN με ίδιους πόρους**
Σύνθεση, Ανάλυση,
Φαρμακευτική Τεχνολογία,
Φαρμακολογία
- ▶ **Συγχρηματοδοτούμενα Ερευνητικά Προγράμματα**
Ευρωπαϊκή Ένωση, ΓΓΕΤ,
Βιομηχανικός Εταίρος
- ▶ **Υποστήριξη Ερευνητικών Ομάδων με ίδιους πόρους**
Εγκαταστάσεις,
Εξοπλισμός, Αναλώσιμα,
Τεχνική Υποστήριξη



πρωτοπόρος
στην έρευνα

συμβολή
στην ανάπτυξη

2001



ΒΡΑΒΕΙΟ ΑΥΞΗΣΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ 2001



ΕΒΕΑ



5. Πού μπορεί κάποιος να προμηθευτεί βιολογικά προϊόντα;

Σε δεκάδες εξειδικευμένα καταστήματα, στις μεγάλες αλυσίδες Super Market και στις εξειδικευμένες βιολογικές λαϊκές αγορές.

6. Σε τι διαφέρουν τα βιολογικά προϊόντα από τα συμβατικά;

Επειδή η καλλιέργεια τους γίνεται χωρίς τη χρήση συνθετικών χημικών λιπασμάτων και φαρμάκων, δεν περιέχουν υπολείμματά τους.

Επίσης, μελέτες σε ερευνητικά ιδρύματα του εξωτερικού έχουν δείξει ότι τα θρεπτικά συστατικά, οι βιταμίνες και τα ιχνοστοιχεία, που περιέχουν τα

βιολογικά προϊόντα, είναι μέχρι και 30 % περισσότερα σε σχέση με τα αντίστοιχα συμβατικά.

7. Μπορεί τα βιολογικά προϊόντα να περιέχουν γενετικά τροποποιημένους οργανισμούς;

Όχι. Βασικός κανόνας στην καλλιέργεια, την εκτροφή των ζώων αλλά και στη μεταποίησή των βιολογικών προϊόντων είναι η μη χρήση γενετικά τροποποιημένων οργανισμών και των παραγώγων τους.

8. Στα μεταποιημένα βιολογικά προϊόντα χρησιμοποιούνται συντηρητικά;

Στην Κοινοτική νομοθεσία, βάσει της οποίας μεταποιούνται τα βιολογικά προϊόντα, υπάρχουν κάποια ήπια συντηρητικά και πρόσθετα τροφίμων. Υπάρχει όμως και η δυνατότητα χρήσης φυτικής προέλευσης συντηρητικών, που μάλιστα έχουν παραχθεί με βιολογικό τρόπο.

9. Γιατί τα βιολογικά προϊόντα είναι πολύ ακριβότερα από τα αντίστοιχα συμβατικά;

Σε γενικές γραμμές τα βιολογικά προϊόντα είναι ακριβότερα σε ένα ποσοστό που κυμαίνεται από 30 - 50 %. Αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί από τη μείωση της παραγωγής, το μεγαλύτερο κόστος που έχουν τα σκευάσματα που χρησιμοποιούνται στη βιολογική γεωργία και στις περισσότερες

εργατώρες, που απαιτούνται για την καλλιέργεια. Ποσοστά μεγαλύτερα οφείλονται κυρίως στην αυξημένη ζήτηση και στη μειωμένη προσφορά.

10. Ποιο είναι το ποσοστό της βιοκαλλιέργειας στην Ελλάδα; Η ανάπτυξη της βιολογικής γεωργίας στην Ελλάδα ξεκίνησε μετά την εφαρμογή της Κοινοτικής Νομοθεσίας, που στη χώρα μας άρχισε το 1993. Στην υπόλοιπη Ευρώπη υπήρχαν πολύ πριν εθνικοί ή/και ιδιωτικοί κανονισμοί για την παραγωγή βιολογικών προϊόντων. Ως εκ τούτου είναι λογικό να έχουμε σε πολλές από αυτές τις χώρες ποσοστά που κυμαίνονται από 2 - 8 % σε αντιδιαστολή με την Ελλάδα που μετά βίας φθάνει το 1 %.

ΗΛΙΑΣ ΚΑΝΤΑΡΟΣ

Ο Η. Κάνταρος είναι Γεωπόνος, Σύμβουλος Βιολογικής Γεωργίας



Ανακαλύφθηκε το συστατικό του πράσινου τσαγιού που μας προστατεύει από τον καρκίνο

Λονδίνο: Ισπανοί και Βρετανοί επιστήμονες ανακάλυψαν πως το πράσινο τσάι βοηθά στην πρόληψη συγκεκριμένων μορφών καρκίνου, σύμφωνα με άρθρο που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο **Cancer Research**.

Ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου της Μούρσια της Ισπανίας και του Κέντρου Τζον Ιννες της Αγγλίας απέδειξε ότι το συστατικό EGCG, που περιέχεται στο πράσινο τσάι, εμποδίζει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων προσδεδεμένο σε ένα συγκεκριμένο γονίδιο.

Πιο αναλυτικά, το EGCG προσδέεται σε ένα ένζυμο, τη διϋδροφυλλική αναγωγάση (DHFR), η οποία αποτελεί στόχο πολλών αντικαρκινικών φαρμάκων. Έτσι το ένζυμο σταματά να προάγει την παραγωγή νέου DNA στα κύτταρα του όγκου.

Με λίγα λόγια φαίνεται να λειτουργεί κατά τον ίδιο τρόπο με το αντικαρκινικό φάρμακο μεθοτρεξάτη, αλλά στην πράξη μπορεί να έχει λιγότερες παρενέργειες από το σκεύασμα.

«Εντοπίσαμε το ένζυμο σε κύτταρα καρκινικού όγκου στα οποία στοχεύει το EGCG και κατανοήσαμε πως εμποδίζει το ένζυμο να δημιουργήσει νέο DNA. Αυτό σημαίνει ότι είμαστε σε θέση να δημιουργήσουμε νέα αντικαρκινικά φάρμακα βασιζόμενοι στη δομή του μορίου EGCG», εξηγεί ο Δρ Ρότζερ Θόρνλεϊ, που έλαβε μέρος στη μελέτη.

«Πρόκειται για την πρώτη φορά που διαθέτουμε επιστημονικά τεκμηριωμένες αποδείξεις για το πώς το EGCG εμποδίζει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων σε συγκεντρώσεις που ανιχνεύονται στο αίμα ατόμων που πίνουν δυο με τρία φλιτζάνια πράσινου τσαγιού ημερησίως», συμπληρώνει ο Δρ Χοσέ Νεπτούνο Ροντρίγκεζ Λόπεζ και τονίζει ότι αυτή τη στιγμή οι ερευνητές χρησιμοποιούν το EGCG ως αφετηρία για το σχεδιασμό νέων αντικαρκινικών φαρμάκων, που θα εξολοθρεύουν τα κύτταρα των καρκινικών όγκων χωρίς να προκαλούν μεγάλες βλάβες στα υγιή κύτταρα.

Τα energy drinks διαβρώνουν την οδοντοστοιχία

Λονδίνο: Τα energy drinks, που καταναλώνουν συνήθως όσοι αθλούνται για να καταπολεμήσουν το αίσθημα αφυδάτωσης, είναι έως και 30 φορές πιο διαβρωτικά από το νερό, σύμφωνα με Βρετανική μελέτη που δημοσιεύει το ειδησεογραφικό δίκτυο **BBC**.

Ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου του Μπίρμινγκχαμ διαπίστωσε ότι τα energy drinks διαλύουν την αδαμαντίνη και την οδοντίνη των δοντιών, διότι έχουν αυξημένα επίπεδα οξύτητας.

Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από αθλητές που φορούσαν προστατευτικά οδοντοστοιχίας, απ' τα οποία ελήφθησαν δείγματα αδαμαντίνης.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι αθλητές υπέφεραν από ξηροστομία, διότι ο οργανισμός τους δεν παρήγαγε αρκετή ποσότητα σialου για να ρυθμίσει την οξύτητα.

Όπως εξηγεί ο Δρ Asker Jeukendrup «υπάρχουν δυο λόγοι που οι αθλητές κινδυνεύουν περισσότερο. Πρώτον διότι όταν γυμνάζονται η παραγωγή σialου μειώνεται, η ξηροστομία αυξάνεται και αυτό με τη σειρά του αυξάνει τη διάβρωση.

Ο δεύτερος λόγος είναι ότι επειδή οι αθλητές ιδρώνουν πολύ, χάνουν περισσότερα υγρά και πρέπει να τα αντικαταστήσουν. Το κάνουν πίνοντας μεγαλύτερες ποσότητες energy drinks από έναν απλό άνθρωπο.

Οι ερευνητές προχώρησαν ένα βήμα πιο πέρα και δημιούργησαν ένα energy drink το οποίο είναι λιγότερο επιβλαβές για την οδοντοστοιχία.



Τριπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του ήπατος διατρέχουν οι διαβητικοί

Νέα Υόρκη:

Αποδεικνύεται τελικά ότι ο διαβήτης είναι ένας ισχυρός παράγοντας κινδύνου εκδήλωσης καρκίνου του ήπατος, σύμφωνα με αμερικανική μελέτη που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο *Gut*.

Ερευνητική ομάδα του Κολεγίου Ιατρικής Μπέιρολ του Χιούστον με επικεφαλής τον Δρ Hashem El-Serag χρησιμοποίησε στοιχεία από τη βάση ιατρικών δεδομένων Surveillance, Epidemiology and End-Results (SEER).

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 2.161 ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω με επιβεβαιωμένο καρκίνο του ήπατος από το 1994 έως το 1999. Η ομάδα ελέγχου απαρτιζόταν από 6.183 άτομα που επιλέχθηκαν τυχαία.

Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι για το 43% των πασχόντων από καρκίνο του ήπατος και το 19% των ατόμων της ομάδας ελέγχου είχε διαγνωστεί διαβήτης κατά τη διάρκεια των τριών ετών που προηγήθηκαν της διάγνωσης του καρκίνου του ήπατος.

Αφού ελήφθησαν υπόψη δημογραφικοί παράγοντες, η πιθανότητα εκδήλωσης καρκίνου του ήπατος ήταν τριπλάσια στους πάσχοντες από διαβήτη συγκριτικά με τα υγιή άτομα.

Μετά τον αποκλεισμό ασθενών με ηπατίτιδα Β ή C, αλκοολική ηπατική νόσο ή αιμοχρωμάτωση, οι πιθανότητες εκδήλωσης καρκίνου του ήπατος ήταν 2,87 έως 3,11 φορές μεγαλύτερες στους διαβητικούς.

Η ύπαρξη της ηπατίτιδας C συσχετίστηκε με 24πλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του ήπατος και όταν συνυπήρχε διαβήτης, ο κίνδυνος ήταν 37πλάσιος.

Ολοκληρώνεται η απόσυρση των τροφίμων με την απαγορευμένη χρωστική Σουδάν 1

Αθήνα:

Σχεδόν δέκα τόνοι τροφίμων -κυρίως σάλτσες-, που είχαν νοθευτεί με την απαγορευμένη χρωστική «ερυθρό του Σουδάν» (Σουδάν 1), έχουν ήδη αποσυρθεί από την ελληνική αγορά, αλλά οι έλεγχοι συνεχίζονται προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι μικρές ποσότητες που τυχόν παραμένουν στα ράφια θα εντοπιστούν, ανακοίνωσε ο ΕΦΕΤ.

«Έχουν αποσυρθεί και οδηγούνται σε καταστροφή περισσότερα από 7.800 κιλά σάλτσας Worcestershire, 50 κιλά σάλτσας Seafood και 1.100 κιλά σάλτσας μουστάρδας Dijon. Κάτι που σημαίνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των υποπταν προϊόντων που έχει διοχετευτεί στην ελληνική αγορά έχει αποσυρθεί. Οι αποσύρσεις όπως και οι έλεγχοι συνεχίζονται μέχρι να διασφαλιστεί ότι έχει αποσυρθεί από την αγορά το 100% αυτών των προϊόντων» αναφέρει ο Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων.

Ο ΕΦΕΤ επισημαίνει ότι δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας, δεδομένου ότι τα επίμαχα προϊόντα καταναλώνονται σε μικρές ποσότητες και ο κίνδυνος για την υγεία είναι μικρός. Το ερυθρό του Σουδάν είναι απαγορευμένο από την ΕΕ καθώς κατατάσσεται στα πιθανά καρκινογόνα.

Ο ΕΦΕΤ ενημερώθηκε στις 18 Φεβρουαρίου μέσω του ευρωπαϊκού συστήματος ανταλλαγής πληροφοριών ότι η πικάντικη σάλτσα με την ονομασία Worcestershire sauce, που παράγεται από την αγγλική εταιρεία Premier Foods, περιείχε την απαγορευμένη χρωστική.

Η σάλτσα αυτή χρησιμοποιείται σε ψημένα κρέατα, σούπες, σαλάτες, κινέζικα και ινδικά φαγητά, σε ποτά και σε κατεψυγμένα έτοιμα προϊόντα.

Ο ΕΦΕΤ ζήτησε αμέσως από την εισαγωγική εταιρεία να αποσύρει την πικάντικη σάλτσα. Στη διάρκεια των ελέγχων βρέθηκε ότι δύο ακόμα προϊόντα περιείχαν την απαγορευμένη χρωστική, η σάλτσα Seafood Colman του ομίλου Unilever UK Foods και η σάλτσα Μουστάρδας Dijon, της εταιρείας McCormick Σκωτίας.

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ

Γιατί κάθε υποψήφια μητέρα πρέπει να ελέγχεται

για την ηπατίτιδα Β

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

Η αυξημένη συχνότητα της χρόνιας ηπατίτιδας, ειδικότερα της ηπατίτιδας Β και των συνεπειών της στη χώρα μας, επιβάλλει το συνεχή και διαρκή έλεγχο όλων των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, όπως και όλων των εγκύων γυναικών και των νεογνών από μητέρες HbsAg θετικές (Αυστραλιανό Αντιγόνο).

Σκοπός του περιγεννητικού προληπτικού ελέγχου για την ηπατίτιδα Β

- Ο προληπτικός έλεγχος όλων των εγκύων γυναικών για την ηπατίτιδα Β κατά τον πρώτο μήνα της εγκυμοσύνης. Ο έλεγχος αυτός θα πρέπει να διενεργείται σε κάθε έγκυο ανεξαρτήτως καταγωγής ή χώρας προέλευσης.
- Η εντόπιση, διάγνωση, θεραπεία και παρακολούθηση των νεογνών που γεννώνται από μητέρες HbsAg θετικές ή από μητέρες με άγνωστο HbsAg.

Γιατί είναι αναγκαίος ο περιγεννητικός προληπτικός έλεγχος της ηπατίτιδας Β;

Υπάρχει αυξημένος και σοβαρός κίνδυνος (40-95%) μόλυνσης του νεογνού από την ηπατίτιδα Β κατά τον τοκετό αλλά και κατά τις πρώτες μέρες ζωής του νεογνού. Η λοίμωξη κατά την νεογνική ηλικία - κίνδυνος έως και 95% - και κατά την παιδική ηλικία - κίνδυνος 50 έως και 90% - (δηλαδή εννέα στα δέκα παιδιά θα έχουν τον ιό της ηπατίτιδας Β), εξελίσσεται σε χρόνια ηπατίτιδα Β με απώτερες συνέπειες την εμφάνιση κίρρωσης του ήπατος και ηπατοκυτταρικού καρκινώματος κατά την ενήλικη ζωή.

Εάν το νεογνό δε μολυνθεί κατά τον τοκετό ή τη νεογνική ηλικία, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να μολυνθεί από τη μητέρα ή άλλο μέλος της οικογένειάς του κατά την παιδική ηλικία.

Γι' αυτό συστήνεται όλες οι έγκυες γυναίκες να ελέγχονται για το HbsAg κατά την αρχική φάση της εγκυμοσύνης και σε κάθε εγκυμοσύνη, έστω και εάν έχει προηγηθεί έλεγχος σε προηγούμενες εγκυμοσύνες. Ο έλεγχος θα πρέπει να γίνεται σε όλες τις εγκύους ασχέτως βαθμού κινδύνου και όχι μόνο σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

Πώς μπορεί να βοηθήσει ο περιγεννητικός έλεγχος;

Μπορεί να προσφέρει τον εργαστηριακό έλεγχο για την ηπατίτιδα Β (στη χώρα μας εξασφαλίζεται από όλα τα ασφαλιστικά ταμεία).

Ο έγκαιρος εντοπισμός της εγκύου με υψηλή μολυσματικότητα (αυξημένη δραστηριότητα του ιού της ηπατίτιδας Β προσφέρει τη δυνατότητα κατάλληλης φαρμακευτικής αντιμετώπισης, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού στο νεογνό. Μπορεί να εξασφαλίσει εγκαίρως τα απαραίτητα εμβόλια και τον εμβολιασμό όπου χρειάζεται αλλά και την προμήθεια και χορήγηση της ανοσοσφαιρίνης έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β, HBIG, για το νεογνό αλλά και για κάθε άτομο της οικογένειας. Αυτό γίνεται για να εξασφαλιστεί το ανάλογο ανοσολογικό δίχτυ προστασίας γύρω από το νεογνό στα αρχικά στάδια της ζωής του.

Γίνεται καθοδήγηση και εκπαίδευση της μητέρας και όλων μελών της οικογένειας γύρω από την ηπατίτιδα Β, τη συχνότητα του κλινικού και του εργαστηριακού ελέγχου των πασχόντων και του εμβολιασμού των νέων μελών της οικογένειας. Ενημερώνονται όλοι οι εμπλεκόμενοι επαγγελματίες υγείας (γυναικολόγοι, μαίες, παιδίατροι, επισκέπτριες υγείας) σχετικά με τον υψηλό κίνδυνο, στον οποίο βρίσκονται το νεογνό, η μητέρα, τα άλλα μέλη της οικογένειας αλλά και οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας από την πιθανή έκθεση στον ιό της ηπατίτιδας Β.

Μακροχρόνια θα βοηθήσει στη μείωση του καρκίνου του ήπατος. Το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β είναι το πρώτο αντικαρκινικό εμβόλιο που εφαρμόζεται σε ευρεία βάση από εικοσαετίας περίπου.

Ποια είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση των νεογνών που γεννώνται από μητέρες HbsAg θετικές;

Χορηγείται υπεράνοση γ-σφαιρίνη HBIG έναντι της ηπατίτιδας Β και η πρώτη δόση εμβολίου έναντι της ηπατίτιδας Β εντός 12 ωρών από τη γέννηση του νεογνού, που μπορεί να γίνει ταυτόχρονα αλλά σε διαφορετικά σημεία και η χορήγηση της 2ης και 3ης δόσεις του εμβολίου έναντι της ηπατίτιδας Β τον 1ο και 6ο μήνα αντίστοιχα.

Επιβεβαιώνεται η επιτυχία ή μη του εμβολιασμού με τη διενέργεια ορολογικού («αιματολογικός») ελέγχου για HbsAb και HbsAg 3 έως 9 μήνες μετά τον εμβολιασμό και επαναλαμβάνεται ο εμβολιασμός, εάν τα αντισώματα HbsAb είναι αρνητικά.



Ποια είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση των νεογνών από μητέρες των οποίων η ανοσία έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β είναι άγνωστη κατά τον τοκετό;

Χορηγείται η πρώτη δόση του εμβολίου έναντι της ηπατίτιδας Β εντός 12 ωρών από τη γέννηση του νεογνού. Γίνεται άμεσα έλεγχος HbsAg στη μητέρα. Χορηγείται στο νεογνό HBIG σε περίπτωση μητέρας HbsAg θετικής.

Αντιμετώπιση των άλλων μελών της οικογένειας ή των ατόμων που περιβάλλουν το νεογνό:

Γίνεται έλεγχος όλων των μελών της οικογένειας για HbsAg, HbsAb και HbcAb και εμβολιάζονται όλα τα άτομα με αρνητικούς δείκτες.

Μακροχρόνια παρακολουθούνται τα HbsAg θετικά άτομα (και της μητέρας) με έλεγχο τρανσαμινασών ανά 4-6 μήνες, δείκτες ηπατίτιδας Β και υπερχολερυθρία ήπατος ανά διαίτη και έλεγχο του HBV DNA PCR, όπου και όποτε κρίνεται σκόπιμο από τον ηπατολόγο ιατρό. Τα άτομα αυτά θα πρέπει να αποφεύγουν να εκτίθενται σε ηπατοτοξικούς παράγοντες (αλκοόλ, φάρμακα, καπνός), όπως επίσης θα πρέπει ενημερώνουν τους επαγγελματίες υγείας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) για την κατάσταση τους και να αποφεύγουν συμπεριφορές που συμβάλλουν στη διασπορά της ηπατίτιδας Β.

Όλα αυτά έχουν σκοπό την περαιτέρω μείωση και τελικά την εξάλειψη από τη χώρα μας της ηπατίτιδας Β, που αποτελεί μάστιγα για άτομα που βρίσκονται σε πλήρη επαγγελματική και οικονομική δραστηριότητα. Η αντιμετώπιση των συνεπειών της απαιτεί μεγάλες σπατάλες ανθρώπινων και οικονομικών πόρων, που είναι δυσβάστακτες για το σύστημα υγείας.

ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΡΩΤΟΠΑΠΑΣ

Ο Α. Πρωτοπαπάς είναι Ειδικός Γαστρεντερολόγος στο Γ.Ν.Ν. Γιαννιτών



4^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Ιδιοπαθών φλεγμονωδών
νοσημάτων του εντέρου

27 - 28 ΜΑΪΟΥ 2005



ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
Electra Palace




TOURS & CONGRESSES S.A.



Η ποιότητα ΖΩΗΣ σε ασθενείς

με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ)

Μια καθημερινή μάχη....

Ποια είναι τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου;

Τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) αποτελούν χρόνια νοσήματα αγνώστου αιτιολογίας και περιλαμβάνουν την ελκώδη κολίτιδα, τη νόσο του Crohn και την αδιευκρίνιστη κολίτιδα. Τα κύρια συμπτώματα είναι οι διαρροϊκές κενώσεις, η αιμορραγία από το ορθό, ο πόνος και ο πυρετός.

Η διάγνωση των νοσημάτων αυτών βοηθήθηκε σημαντικά από την εύκολη ενδοσκοπική προσπέλαση του ανώτερου και κατώτερου πεπτικού, καθώς και από τη δυνατότητα εφαρμογής πολλών νεότερων απεικονιστικών εξετάσεων (αξονική και μαγνητική τομογραφία).

Η θεραπεία των ασθενειών αυτών παρουσιάζει πολλά προβλήματα, απαιτεί συνεχή παρακολούθηση από έμπειρους γιατρούς και χορηγείται συνήθως εφ' όρου ζωής, ενώ κάποιοι ασθενείς χειρουργούνται.

Η αντιμετώπιση των ασθενών με ΙΦΝΕ έχει στόχο την ύφεση της νόσου, όταν αυτή βρίσκεται σε έξαρση, και στη συνέχεια τη διατήρηση της επιτευχθείσας ύφεσης. Το τελικό αποτέλεσμα συμβάλλει στη βελτίωση της λεγόμενης «ποιότητας ζωής» του ασθενούς.

Τι εννοούμε με τον όρο ποιότητα ζωής;

Η υγεία, όπως αυτή ορίζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία κάποιας ασθένειας.

Έτσι, η εξαρτώμενη από την υγεία ποιότητα ζωής (ή εν συντομία η ποιότητα ζωής) περιλαμβάνει τις φυσικές, κοινωνικές και συναισθηματικές εκφράσεις του ατόμου που επηρεάζονται από την κατάσταση της υγείας του.

Είναι γνωστό ότι οι χρόνιες νόσοι εκτός από τη νοσηρότητά τους

δημιουργούν προβλήματα στην καθημερινή ζωή του πάσχοντος επηρεάζοντας τη συναισθηματική του ζωή, την οικογενειακή του κατάσταση και πολλές άλλες παραμέτρους της καθημερινότητας. Η επίδραση αυτή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως:

1. Παράγοντες σχετικούς με το άτομο (ηλικία, φύλο, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, στάση απέναντι στη νόσο)
2. Παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με τη νόσο (βαρύτητα νόσου, συχνότητα υποτροπών, φάρμακα, χειρουργική θεραπεία)

Μπορούμε να «μετρήσουμε» την ποιότητα ζωής;

Για την εκτίμηση και την ποσοτική μέτρηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με ΙΦΝΕ χρησιμοποιούνται διάφορα ερωτηματολόγια, τα οποία διακρίνονται σε γενικά και εξειδικευμένα για τα ΙΦΝΕ. Τα ερωτηματολόγια αυτά περιλαμβάνουν ερωτήματα για τη φυσική δραστηριότητα, τον πόνο, τη συμμετοχή του ασθενούς σε κοινωνικές εκδηλώσεις, την ικανότητα για εργασία, τη συναισθηματική κατάσταση και τη σεξουαλική ζωή.

Στα γενικά ερωτηματολόγια υπάγονται ο SIP (sickness impact profile), ο SF-36, και ο EuroQoL (European Quality of Life).

Στα ειδικά υπάγονται δύο έγκυρα, αξιόπιστα και ευαίσθητα ερωτηματολόγια, το ερωτηματολόγιο για τα ΙΦΝΕ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire IBDQ) και η κάρτα εκτίμησης των ανησυχιών του ασθενούς με ΙΦΝΕ (Rating Form of Inflammatory Bowel Disease Patient Concerns-RFIPC).

Το IBDQ περιλαμβάνει 32 θέματα-ερωτήσεις και χωρίζεται σε 4 μέρη ερωτήσεων (συμπτώματα από το πεπτικό, γενικά συμπτώματα, συναισθηματική κατάσταση, κοινωνική κατάσταση). Σχεδιάστηκε στον Καναδά, όπου εφαρμόστηκε αρχικά σε κλινικές μελέτες, και έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Συμπληρώνεται από τον ίδιο ασθενή

ή από το γιατρό, πράγμα που δεν έδειξε διαφορά στα αποτελέσματα.

Το RFIPC περιλαμβάνει 25 ερωτήσεις, που απαντώνται μόνο από τον ασθενή. Σχεδιάστηκε στην Αμερική, ενώ έχει ήδη χρησιμοποιηθεί μεταφρασμένο στην Αυστρία και Σουηδία. Δίνει έμφαση κυρίως στις υποκειμενικές ανησυχίες του ασθενούς που σχετίζονται με τη νόσο.

Γιατί πρέπει να «μετράμε» την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ΙΦΝΕ;

Συνέπεια της μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι:

1. Η ανίχνευση προβλημάτων σε διαφορετικές ομάδες πληθυσμού των ασθενών με ΙΦΝΕ
2. Η αξιολόγηση των διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων στις ομάδες αυτές (πράγμα που ενδιαφέρει το γιατρό και τις φαρμακευτικές εταιρείες)
3. Ο σχεδιασμός πλέον αποτελεσματικών συστημάτων υγείας που θα βελτιώνουν τελικά την ποιότητα υγείας.

Ποια είναι τα ευρήματα από τη «μέτρηση» σε ασθενείς με ΙΦΝΕ;

Τα φλεγμονώδη νοσήματα είναι αναμενόμενο να επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των πασχόντων από αυτά.

Στην ελκώδη κολίτιδα βρέθηκε ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν σαφή διαταραχή στην κοινωνική και συναισθηματική ζωή. Πολλοί ασθενείς αισθάνονται ευερεθιστότητα και ελαττωμένη σεξουαλική δραστηριότητα, ιδίως στην έξαρση της νόσου. Οι ανησυχίες των ασθενών αφορούν κυρίως στην πιθανή ανάπτυξη καρκίνου, την ανάγκη εγχείρησης και τις παρενέργειες των φαρμάκων. Ωστόσο σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα δεν επηρεάζεται σημαντικά η ικανότητα για εργασία και η φυσική δραστηριότητα.

Στη νόσο του Crohn η αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής είναι σαφώς πιο μεγάλη σε σχέση με την ελκώδη κολίτιδα και σχετίζεται με την έξαρση της νόσου. Ακόμη όμως και σε φάση ύφεσης οι ασθενείς παρουσιάζουν προβλήματα κυρίως στον συναισθηματικό και κοινωνικό τομέα και όχι στη

φυσική δραστηριότητα και εργασία.

Όσον αφορά στις ανησυχίες των ασθενών με νόσο του Crohn αυτές είναι παρόμοιες με αυτές της ελκώδους κολίτιδας αλλά με διαφορετική προτεραιότητα.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η ανησυχία των ασθενών με ΙΦΝΕ είναι περισσότερη όσο λιγότερο ενημερωμένοι αυτοί είναι. Το γεγονός αυτό μας δείχνει πόσο σημαντικό είναι να εξηγήει ο γιατρός στον ασθενή για τη νόσο του και πόσο αυτό θα βοηθήσει στη συναισθηματική του κατάσταση και κατά συνέπεια στην ποιότητα ζωής του.

Είναι δυνατόν να επηρεασθεί η ποιότητα ζωής των συγγενών των ατόμων με ΙΦΝΕ;

Είναι γνωστό ότι άτομα με χρόνια νοσήματα μπορούν να αποδιοργανώσουν τη συμπεριφορά ολόκληρης της οικογένειας και να διαταράξουν την ισορροπία μέσα σ' αυτήν. Από τις μέχρι τώρα μελέτες φαίνεται ότι η ποιότητα ζωής των συγγενών των ασθενών με ΙΦΝΕ επηρεάζεται αρνητικά και αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές όταν ο ασθενής βρίσκεται σε νεαρή ηλικία.

Ποια είναι η επίδραση της θεραπευτικής αγωγής στην ποιότητα ζωής;

Η συντηρητική αγωγή με φάρμακα βελτίωσε σημαντικά την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ΙΦΝΕ παράλληλα με την κλινική βελτίωση. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν κυρίως το IBDQ και το RFIPC. Υπάρχουν επίσης μελέτες σύγκρισης διαφόρων φαρμάκων στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (κορτικοειδή, 5ΑΣΑ, Ανοσοκατασταλτικά).

Όσον αφορά στην επίδραση της χειρουργικής επέμβασης στην ποιότητα ζωής των ασθενών με Ελκώδη κολίτιδα, η ολική κολεκτομή επαναφέρει το IBDQ score σχεδόν στα φυσιολογικά επίπεδα, ενώ η κολεκτομή με μόνιμη κολοστομία παρουσιάζουν λιγότερο ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Σε ασθενείς με νόσο του Crohn που υποβλήθηκαν σε εντερεκτομή ή πλαστική στενώσεων διαπιστώθηκε βελτίωση των τιμών ποιότητας ζωής, που δε διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους.

Συμπερασματικά

- η ποιότητα ζωής ασθενών με ΙΦΝΕ, όπως αυτή μετρείται με τα ειδικά ερωτηματολόγια είναι επηρεασμένη αρνητικά (κυρίως σε ασθενείς με νόσο Crohn) και εξαρτάται κατά πολύ από την έξαρση της νόσου
- οι περισσότεροι ασθενείς πάντως εργάζονται κανονικά και εξελίσσονται κοινωνικά
- η επίδραση της θεραπείας βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής
- δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο κάθε ασθενής είναι μια ξεχωριστή προσωπικότητα με τις ανησυχίες και τις ιδιαιτερότητες του και η εφαρμογή των ερωτηματολογίων όπως και η ακολουθούμενη θεραπεία πρέπει κατά το δυνατόν να είναι εξατομικευμένη για το καλύτερο αποτέλεσμα.
- κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία πλαισίου συνεργασίας των εμπλεκόμενων μερών (επιστημονικοί φορείς – κοινωνικοί φορείς), με σκοπό της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ασθενείς με ΙΦΝΕ
- είναι αναγκαία η δραστηριοποίηση των συλλόγων των πασχόντων από ΙΦΝΕ, με σκοπό την αντιμετώπιση των χρόνιων προβλημάτων τους.



Dr. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΚΟΖΙΔΗΣ

Ο Γ. Κοκοζίδης είναι Αναπληρωτής Διευθυντής του Γαστρεντερολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου «Γ. Παπανικολάου»

COOK®

Wilson-Cook Medical GI Endoscopy

FUSION™
WITH IDE TECHNOLOGY

EXPERIENCE THE POWER

A&L MEDICAL SUPPLIES Ltd

Παρμενίδου 6 Παγκράτι, Αθήνα 116 36 Τηλ. 210 7513156 Fax. 210 7015727 e-mail livadas@hol.gr



Ο φίλος μας ο ΓΜ από την Κόρινθο μάς ρωτάει για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει λόγω δυσανεξίας στη γλουτένη. Προ 3 μήνου άρχισε να έχει διάρροιες και ο έλεγχος στον οποίο υπεβλήθη έδειξε ότι «η γλουτένη ενοχλούσε το έντερο του». Μας ρωτάει λοιπόν με ποιο τρόπο μπορεί να προμηθευτεί προϊόντα χωρίς γλουτένη και αν πρέπει να κάνει κάποιες «πο λεπτομερείς εξετάσεις, όπως γαστροσκόπηση κλπ», αφού το πρόβλημα του συνεχίζεται και παραμένει ενοχλητικό.

Αγαπητέ μας φίλε ευχαριστούμε για την επικοινωνία σας. Η κοιλιοκάκη είναι μια χρόνια νόσος του λεπτού εντέρου που προκαλείται από δυσανεξία σε ένα συστατικό του αλευριού καθώς και άλλων δημητριακών, στη γλουτένη. Μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αν και παλαιότερα πιστεύαμε ότι ήταν νόσος των παιδιών. Επίσης, ο τρόπος με τον οποίο παρουσιάζεται ποικίλει : είτε στην κλασική μορφή της (με διάρροια και δυσαπορρόφηση συστατικών των τροφών) ή σχεδόν χωρίς κανένα σύμπτωμα και ανακάλυψη της είτε μετά από βιοψία λεπτού εντέρου είτε με μέτρηση αυτοαντισωμάτων. Παρότι η δυσανεξία στη γλουτένη δε «φεύγει» ποτέ, ωστόσο η συμμόρφωση με μια κατάλληλη διαίτα (με αποφυγή όλων των τροφών που περιέχουν έστω και μικρή ποσότητα γλουτένης) οδηγεί σε μια φυσιολογική ζωή, χωρίς συμπτώματα ή άλλες επιπλοκές της νόσου. Οφείλω να ομολογήσω ότι δεν κατάλαβα με ποιες εξετάσεις βρέθηκε ότι πάσχετε από δυσανεξία στη γλουτένη (κοιλιοκάκη). Ωστόσο από το γράμμα σας συμπεράνα ότι δεν έχετε κάνει ακόμα γαστροσκόπηση και συνεπώς δεν έχει ελεγχθεί ιστολογικά το λεπτό σας έντερο. Η διάγνωση λοιπόν αυτή

βγήκε βάσει καθαρά κλινικών κριτηρίων ή είναι προϊόν ανοσολογικών εξετάσεων και αν ναι, ποιών; Επίσης δεν έγινε σαφές αν ακολουθείτε ήδη μια διαίτα χωρίς γλουτένη και αν ναι για πόσο χρονικό διάστημα και πόσο πιστά. Αφού ακόμα ψάχνετε πως θα προμηθευτείτε τροφές χωρίς γλουτένη, υποθέτουμε ότι, αν ακολουθείτε κάποια διαίτα, αυτή έχει σαν βάση τροφές του εμπορίου που θεωρείτε ότι δεν έχουν γλουτένη (π.χ. καλαμποκάλευρο). Πρέπει να σημειώσουμε όμως ότι οι τροφές αυτές πολύ συχνά έχουν σε μεγάλο βαθμό πρόσμειξη συστατικών που έχουν γλουτένη.

Νομίζουμε ότι θα πρέπει να τα συζητήσετε αυτά με το γιατρό σας. Εφόσον έχει τεθεί με ασφάλεια η διάγνωση της κοιλιοκάκης-συμβατή ιστολογική εξέταση λεπτού εντέρου και θετικά αντισώματα, δικαιούστε (πρακτικά όλα τα ασφαλιστικά ταμεία παρέχουν) ποσότητα προϊόντων χωρίς γλουτένη κάθε μήνα δωρεάν. Σε αυτά περιλαμβάνονται διάφοροι τύποι ζυμαρικών, αρτοσκευάσματα καθώς και αλεύρι (όλα βεβαίως χωρίς γλουτένη). Ο γιατρός του ταμείου σας θα σας εξηγήσει τις διαδικασίες που χρειάζονται για να γίνει η έναρξη της παροχής αυτής και από πού θα τα παραλαμβάνετε. Επίσης η επικοινωνία σας με ομάδα πασχόντων από κοιλιοκάκη θα σας βοηθήσει να αντιμετωπίσετε καλύτερα τη νόσο δίνοντας σας χρήσιμες και πρακτικές συμβουλές. Προς το παρόν σας στέλνουμε στο fax που μας δώσατε μερικές χρήσιμες πληροφορίες.

Η φίλη μας ΕΧ από τον Πειραιά μάς ρωτάει για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει με το στομάχι της από τη λοίμωξη από το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Λόγω δυσπεψίας υποβλήθηκε το τελευταίο χρόνο σε 3 συνολικά γαστροσκοπήσεις, όπου δε βρέθηκε τίποτα άλλο από γαστρίτιδα λόγω του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού. Ο γιατρός αρχικά της συνέστησε θεραπεία με τριών ειδών φάρμακα για 15 ημέρες, τα οποία όμως αναγκάστηκε να σταματήσει λόγω έντονης διάρροιας. Ο γιατρός άλλαξε κάποιο από τα αντιβιοτικά, γιατί πίστευε ότι πιθανότατα αυτό ήταν το αίτιο των διαρροιών, χωρίς όμως σπουδαία διαφορά. Παρότι προσπάθησε όσο μπορούσε, κατάφερε συνολικά να πάρει αγωγή για 3 την 1η φορά και 4 μέρες την 2η φορά. Ο τρίτος ενδοσκοπικός έλεγχος έδειξε ότι το μικρόβιο παρέμεινε. Μας ρωτάει λοιπόν τι μπορεί να κάνει .

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία σας. Δυστυχώς δε μας γράφετε με ποιο τρόπο βρήκε ο γιατρός σας τη λοίμωξη από το μικρόβιο. Αν την είδε δηλαδή μόνο με τη δοκιμασία ταχείας ανίχνευσης του μικροβίου ή (και) με βιοψίες, το οποίο που θα μας έδειχνε πόσο προχωρημένη είναι η γαστρίτιδα. Επίσης δε μας αναφέρετε την ηλικία σας, ούτε βεβαίως ποια σχήματα θεραπείας σας έδωσε τις δύο φορές που δοκιμάσατε να το εκριζώσετε. Λίγο πολύ όλα τα αντιβιοτικά μπορεί να προκαλέσουν παρενέργειες στο γαστρεντερικό σύστημα είτε με τη μορφή επιγαστραλγίας, ναυτίας ή δυσάρεστης γεύσης είτε με τη μορφή διάρροιας. Εφόσον δοκιμάσατε δύο φορές αλλά πάντα η διάρροια ήταν το πρόβλημα που σας ανάγκαζε να σταματήσετε, νομίζω το επόμενο

βήμα είναι να χρησιμοποιήσετε κάποιο από τα ισχυρά σχήματα για την εκρίζωση του μικροβίου, όπως είναι ο συνδυασμός κάποιου αναστολέα αντλίας πρωτονίων και δύο αντιβιοτικών (κυρίως της κλαριθρομυκίνης και της αμοξυκλίνης, εφόσον βεβαίως δεν υπάρχει αλλεργία σε αυτά τα φάρμακα). Ο σωστός χρόνος λήψης τους (πριν ή μετά το φαγητό) θα βοηθήσει σημαντικά στη μείωση των παρενεργειών, όπως και η σωστή διατροφή κατά την περίοδο λήψης τους. Ο συνδυασμός τους με προβιοτικά, είτε μέσω της διατροφής (γιαούρτι), είτε στην φαρμακολογική τους μορφή, έχει βρεθεί ότι βοηθά σημαντικά στη διάρροια, που σχετίζεται με λήψη αντιβιοτικών και συνεπώς στην καλύτερη συμμόρφωση του ασθενούς με την αγωγή εκρίζωσης. Βεβαίως πρέπει (και είμαστε σίγουροι ότι ο γιατρός σας το έχει κάνει ήδη) να καταλάβετε ότι η πιθανότητα να σας βοηθήσει η (επιτυχής) εκρίζωση στα συμπτώματα σας είναι μικρή. Όπως αναφέραμε και πιο πάνω, δε μας γράφετε αν στις τυχόν βιοψίες που λήφθηκαν βρέθηκε κάτι άλλο ανησυχητικό, ούτε την ηλικία σας ή αν στην οικογένεια σας υπάρχει κάποιος που παρουσίασε κάτι σοβαρό στο στομάχι. Συνεπώς θα πρέπει να αξιολογήσετε, σε συνεννόηση πάντα με τον γιατρό σας, αν τα ενδεχόμενα οφέλη που θα σας προσφέρει μια τρίτη προσπάθεια εκρίζωσης δικαιολογούν την ταλαιπωρία που θα υποστείτε.

**EMMANOYHA APXAYΛHΣ
MAPINA KONTOU**
*H.M. Κοντού
είναι Γαστρεντερολόγος*

Προσοχή: Η στήλη αυτή δεν ανακαθιστά 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.



OLYMPUS

Changing The Face of Modern Medicine



ΚΕΝΤΡΙΚΑ:
Ιουλιανού 2, Μεταμόρφωση
144 51 Αθήνα
Τηλ. Κέντρο: 210 2806200
Fax: 210 2806210
email: admin@protoncy.gr

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ:
Ελλησπόντου 6, Καλαμαριά
551 32 Θεσσαλονίκη
ΤΗΛ.: 2310 452936, 2310 452998
FAX: 2310 452893
email: admin@protoncy.gr



ΜΑΓΕΙΡΙΤΣΑ

Συνταγή από τις Σητέες

Υλικά δια 10 άτομα

- 2 συκωταριές αρνίσιας (όχι τις σπλήνες)
μερικά έντερα αρνιού
- ½ κιλό κρεμμυδάκια φρέσκα
- ½ ματσάκι άνηθο
- ½ ποτήρι του νερού χυμό ντομάτας
- 1 μαρούλι (φιλοκόβουμε τα τρυφερά φύλλα)
- 5 κουταλάκια του γλυκού ρύζι (Balli)
- ζωμό (από 2 κιλά μοσχάρι βρασμένο μαζί με τα κόκκαλα)
αλάτι και πιπέρι
- 5 αυγά
- χυμό 2 λεμονιών (ίσως και περισσότερων)

Εκτέλεση

Πλένουμε καλά τα έντερα. Τα γυρίζουμε και τα τρίβουμε με αλάτι και λεμόνι και τα ξεπλένουμε καλά. Πλένουμε το ίδιο καλά τις συκωταριές. Ζεματίζουμε τα έντερα πολύ λίγο, ενώ τις συκωταριές τις βράζουμε καλά. Τα στραγγίζουμε και τα κόβουμε σε μικρά κομματάκια. Κόβουμε τα έντερα ανά μισό πόντο και δε βάζουμε όλα τα πλεμόνια, διαλέγουμε 2 κομμάτια (τα καλύτερα). Ζεσταίνουμε σε μια μεγάλη

κατσαρόλα βούτυρο και ρίχνουμε τα κρεμμυδάκια, έως ότου μαραθούν. Προσθέτουμε τα εντόσθια και τα εντεράκια και τα τσιγαρίζουμε καλά. Τα σβήνουμε με το ζωμό, ρίχνουμε και το χυμό ντομάτας, αλάτι, πιπέρι, το φιλοκομμένο μαρούλι και τον άνηθο. Αφήνουμε να σιγοβράσουν τα υλικά για μισή ώρα, ρίχνουμε το ρύζι και αφήνουμε τη μαγειρίτσα να σιγοβράσει για ακόμη 20 λεπτά. Έπειτα την

αποσύρουμε από τη φωτιά. Χτυπάμε τα αυγά με το χυμό από τα λεμόνια και ρίχνουμε λίγο λίγο από το ζουμί της μαγειρίτσας. Ξαναβάζουμε την κατσαρόλα σε σιγανή φωτιά και ρίχνουμε το αυγολέμονο στη μαγειρίτσα ανακατεύοντάς την χωρίς όμως να την αφήσουμε να βράσει. Σερβίρουμε αμέσως.

Καλή επιτυχία!

Μάρια Γ. Τριανταφύλλου

Το Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής προκηρύσσει για το ακαδημαϊκό έτος Σεπτέμβριος 2005 – Ιούνιος 2006 τις κάτωθι υποτροφίες :

- 1) Υποτροφία «Βασίλειος Χ. Βογιατζόγλου», ύψους 10.000 €. Αφορά Γαστρεντερολόγο που εργάζεται στη Θεσσαλονίκη και επιθυμεί να μετεκπαιδευτεί σε κέντρο του εξωτερικού για χρονικό διάστημα 6 έως 12 μηνών.
Το ποσό της υποτροφίας είναι χορηγία της Προέδρου του Δ.Σ. «ΦΑΝΝΥ Α.Ε.» (FENA) κ. Φάννυς Κάτσου, εις μνήμη Βασιλείου Χ. Βογιατζόγλου.
- 2) Υποτροφία «Νικόλαος Γιαννίκος», ύψους 6.000 €. Αφορά Ιατρό με ενδιαφέρον και γνωστικό αντικείμενο το πεπτικό σύστημα, ανεξαρτήτως ειδικότητας, ή Διαιτολόγο ή Επιστήμονα Διατροφής, προκειμένου να μετεκπαιδευτεί σε κέντρο του εξωτερικού για χρονικό διάστημα 6 έως 12 μηνών.
Το ποσό της υποτροφίας είναι συγχορηγία του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. και της κ. Ελευθερίας Ρώμα – Γιαννίκου, εις μνήμη του Γαστρεντερολόγου Νικολάου Γιαννίκου.
- 3) Υποτροφία «Νικόλαος Κράθλιος», ύψους 5.000 €. Αφορά ειδικεύμενο Γαστρεντερολόγος ο οποίος επιθυμεί να μετεκπαιδευτεί για διάστημα έξι μηνών κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου της ειδικότητός του, ως ο νόμος ορίζει, σε κέντρο του εξωτερικού.
Το ποσό της υποτροφίας είναι χορηγία του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ., εις μνήμη του Γαστρεντερολόγου Νικολάου Κράθλιου.
- 4) Το ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. δέχεται αιτήσεις Ιατρών Γαστρεντερολόγων για χορηγίες μετεκπαίδευσης ή συμμετοχής σε Ερευνητικά Προγράμματα Κέντρων του Εξωτερικού για περιορισμένη χρονική διάρκεια (1 – 6 μήνες).

Προθεσμία υποβολής υποψηφιοτήτων η Πέμπτη 30 Ιουνίου 2005.

Πληροφορίες δίδονται από τα γραφεία του Ιδρύματος Γαστρεντερολογίας και Διατροφής, Πατριάρχου Ιωακείμ 30, 106 75 Αθήνα, Τηλ. 210 72 31 332 και από το δικτυακό τόπο www.eligast.gr.

Προϋποθέσεις Υποψηφιότητας

1. Υποψηφιότητα δύνανται να υποβάλλουν Ειδικεύμενοι Ιατροί στη Γαστρεντερολογία μετά τη συμπλήρωση του τρίτου έτους ειδικότητας ή Ειδικεύμενοι Ιατροί ανεξάρτητα από το χρόνο λήψεως ειδικότητας. Επίσης ειδικεύμενοι Διαιτολόγοι ή Επιστήμονες σχετικοί με τη διατροφή.
2. Ηλικία : Μέχρι 40 ετών.
3. Ικανοποιητική γνώση της αντίστοιχης ξένης γλώσσας.

Δικαιολογητικά

1. Αίτηση του Υποψηφίου
2. Λεπτομερές Βιογραφικό Σημείωμα στο οποίο να εμφανίζεται η σταδιοδρομία, η εμπειρία, το επιστημονικό και ερευνητικό έργο του υποψηφίου.
3. Επιστολή αποδοχής του υποψηφίου από το Κέντρο του Εξωτερικού που θα γίνει η μετεκπαίδευση, όπου θα αναφέρεται και το αντικείμενο αυτής.
4. Οικονομική κατάσταση του ίδιου ή της οικογενείας του όπως προκύπτει από την τελευταία φορολογική δήλωση.
5. Συστατική επιστολή από δύο ιατρούς – μέλη του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. προκειμένου περί Ιατρών, και δύο επιστημόνων σχετικών με τη διατροφή, προκειμένου για διαιτολόγους.
6. Συνέντευξη με τα μέλη της Επιτροπής Υποτροφιών του Ιδρύματος.

Προϋπόθεση για τη χορήγηση της υποτροφίας είναι η δέσμευση του υποψηφίου για τη συμμετοχή του σε ερευνητικό πρόγραμμα του Κέντρου Μετεκπαίδευσης. Σε κάθε δημοσίευση ή ανακοίνωση του ερευνητικού έργου θα αναφέρεται ότι ήταν υπότροφος του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. ή χορηγού του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

1. Στις 26 - 2 - 2005 πραγματοποιήθηκε στο ξενοδοχείο ELECTRA PALACE διάλεξη από τον πρόεδρο του παραρτήματος καθηγητή κ. Αηφρακιάδη Θωμά με θέμα «Η γενετική τροποποίηση στο ζωικό βασίλειο». Ακολούθησε η κοπή της βασιλόπιτας του παραρτήματος για το 2005. Παρέστησαν οι πρωτανικές αρχές του ΑΠΘ και μέλη του ιδρύματος.
2. Το παράρτημα της Θεσσαλονίκης μετά από πρόταση της κυρίας Τσάρα, μέλους της επιτροπής, έλαβε μέρος στην Δ.Ε.ΤΡΟ.Π. της HELEXPO από 14 - 17/3/2005 με περίπτερο, που χορηγήθηκε δωρεάν από την HELEXPO. Ο σκοπός της παρουσίας μας ήταν η ενημέρωση του κοινού με συμβουλές που αφορούσαν τα νοσήματα του πεπτικού και τη διατροφή. Διενεμήθη έντυπο υλικό του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. Στην εκδήλωση αυτή έλαβαν μέρος οι κ.κ. Γ. Κοκοζίδης, Α. Ηλίας, Ε. Γαργάλα, Ι. Δήμας, Θ. Μάρης.

3. Στις 18 και 19/3/2005 πραγματοποιήθηκε το 1ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ με θέμα: «Η Γαστρεντερολογία στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη». Το σεμινάριο έγινε στα πλαίσια των σκοπών του ιδρύματος, σχετικά με την ενημέρωση νέων Ιατρών, μη γαστρεντερολόγων, σε νεώτερα δεδομένα που αφορούν την γαστρεντερολογία. Η οικονομική ενίσχυση του σεμιναρίου έγινε από φαρμακευτικές εταιρίες (BIANEE AE, ELPEN, JANSSEN, GALENICA, ROCHE, MEDICUS, GILEAD, GLAXO). Το σεμινάριο είχε επιτυχία, με 80 εγγραφές Ιατρών και Ικανοποιητικό ακροατήριο. Το πλέον σημαντικό ενδιαφέρον του σεμιναρίου ήταν η διάλεξη της καθηγήτριας κυρίας Α. Τριχοπούλου, η οποία ανέπτυξε το πρόγραμμα ΕΠΙΚ (Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Ιατρικής και Κοινωνίας) και συζήτησε με το ακροατήριο. Την κυρία Τριχοπούλου προσφώνησε ο Διευθυντής του Ιδρύματος καθηγητής κύριος Κ. Αρβανιτάκης. Πριν από τη διάλεξη δόθηκε συνέντευξη από την κα Τριχοπούλου στη Δημοτική Τηλεόραση. Στην κυρία Τριχοπούλου δόθηκε από

τον Γ.Γ. του παραρτήματος βιβλίο – ρεύκωμα με φωτογραφίες της παιδιατρικής πόλεως της Θεσσαλονίκης ως ευχαριστήριο δώρο.

4. Στις 23/3/2005 το παράρτημα της Θεσσαλονίκης του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ εκπροσωπήθηκε από τον Γ.Γ. κύριο Γ. Κοκοζίδη, σε εκδήλωση που πραγματοποιήθηκε η Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική του ΑΠΘ στο Τεληόγειο Ίδρυμα με θέμα τη διατροφή.



ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟ ΒΟΛΟ

Η Λέσχη Βόλου προγραμματίζει εκδήλωση για το κοινό την Παρασκευή 20 Μαΐου 2005 και ώρα 20:30, στο ιδιόκτητο κτίριο της στην παραλία της πόλεως, στην οποία έχει κληθεί να ομιλήσει ο Γενικός Γραμματέας του Ιδρύματος Γαστρεντερολόγος κ. Δ.Γ. Καραμανώλης με θέμα : «Η Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου και ο ρόλος της διατροφής». Στην εκδήλωση θα κληθούν να λάβουν μέρος εκτός από τα μέλη της λέσχης και τα μέλη του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. από τη Μαγνησία.

ΧΟΡΗΓΟΙ ΚΑΙ ΔΩΡΗΤΕΣ μέχρι 31/03/2005

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε :

Θέμης Χομορίτης, Βόλος	30 €	Ανθή Κωσταρίδου, Ρόδος	15 €	Γεώργιος Φυτιλής, Λάρισα	15 €
Σταμάτης Ψαραύτης, Μαρούσι	30 €	Ιωάννα Πολυχρονά, Ρόδος	15 €	Αντώνιος Καραντώνης, Θεσσαλονίκη	15 €
Ιωάννης Θεοδοσίου, Ρόδος	15 €	Ελένη Γεράκη, Γλυφάδα	150 €	Περικλής Μπόμπολας, Αθήνα	15 €
Βασίλειος Βαρσάμης, Σιάτιστα	15 €	Χριστίνα Ιωαννίδου, Καβάλα	50 €	Χριστίνα Σαμαρά, Π. Ψυχικό	65 €
Νεκτάριος Γαλάνης, Λαμία	20 €	Γεωργία Σταυροπούλου, Ελασσόνα	30 €	Γεώργιος Ευσταθίου, Π. Φάληρο	100 €
Χρυσούλα Κωστάκου, Λάρισα	20 €	Μαρίνα Ζαχαράκη, Πισκοκέφαλο Σητείας	15 €	Εμμανουήλ Κεφάλας, Πετρούπολη	30 €
Ασπασία Αποστολίδου, Θεσσαλονίκη	15 €	Ασημένια Καρδαμάκη, Χανιά	30 €	Μαρία Μπρουζάκη, Ρόδος	30 €
Άννα Δούβρη, Χαλάνδρι	15 €	Θεόφιλος Παπαναστασίου, Βόλος	50 €	Σοφία Γιαννάκου, Καρύστος	15 €
Ιωάννης Σινόπουλος, Βριλήσσια	15 €	Αθανάσιος Δραγογιάννης, Βόλος	50 €	Βασίλειος Κέκης, Αθήνα	15 €
Σταύρος Τσερίπης, Αγ. Παρασκευή	15 €	Κωνσταντίνος Αντωνόπουλος, Καρδίτσα	15 €	Γεώργιος Δεληδήμος, Φάρσαλα	15 €
Χρήστος Παπαναστασίου, Παπάγου	15 €	Εμμανουήλ Στεφανάκης, Αγ. Παρασκευή	710 €	Αναστάσιος Χατζηδάκης, Ιαλισός Ρόδου	30 €
Γεώργιος Γεωργιάδης, Θεσσαλονίκη	20 €	Δημήτριος Σιούτης, Αργυρούπολη	50 €	Γεώργιος Αγγελάκης, Πειραιάς	15 €
Παναγιώτης Κεμπεράς, Εκάλη	50 €	Γεώργιος Σακίλης, Αθήνα	50 €	Γεώργιος Καραυζάκης, Κηπούπολη	15 €
Γεώργιος Σαλίκας, Καβάλα	50 €	Έφη Αναστασίου, Λάρισα	20 €	Βασίλειος Πετρίδης, Ρόδος	20 €
Κυριακή Κοντοδήμου, Θεσσαλονίκη	50 €	Νάνα Γουλή, Αθήνα	15 €	Φανή Σιδερέα, Ρόδος	15 €
Χαράλαμπος Δοντάς, Αμφικλεία Φθιώτιδος	150 €	Σούλα Γραμμενίδου, Λάρισα	20 €	Αγγελική Σωτήρου, Χίος	15 €
Κωνσταντίνος Βαρυτιμάδης, Ελληνικό	50 €	Λένα Ζαχαρή, Φάρσαλα	15 €	Άννα Σούλου, Αθήνα	15 €
Ιωάννης Γουλής, Θεσσαλονίκη	50 €	Σούλα Κίττα, Λάρισα	15 €	Πολυτίμη Τζανέτου, Αργυρούπολη	30 €
Περικλής Ματθαίου, Παπάγου	50 €	Βέτα Λεβαντή, Λάρισα	30 €	Σοφία Βανδύρου, Αμφιάλη	15 €
Ιωάννης Γιαμαλής, Αθήνα	50 €	Λόλα Χουλιάρα, Λάρισα	15 €	Χριστίνα Μουστακλή, Παγκράτι	15 €
Δημήτριος Πολύμερος, Χαλάνδρι	50 €	Δημήτριος Παπαδημητρίου, Λάρισα	35 €	Ελένη Βασιλογίου, Εκάλη	15 €
Κωνσταντίνος Κέλλας, Βόλος	30 €	Γεώργιος Σκακκαλιδηδής, Λάρισα	15 €	Ράνια Καρακώστα, Α. Λίσια	15 €
Κανέλλα Αγγελοπούλου, Ηλιούπολη	30 €	Χαρίλαος Σταμέλος, Λάρισα	15 €	Σοφία Κωνσταντινίδου, Έδεσσα	15 €
Ιωάννα Κορέλη - Μπουλουγούρη, Χαλκίδα	30 €	Γεώργιος Αλεξανδράκης, Αθήνα	50 €	Γεωργία Ρουσινού, Ξυλόκαστρο	15 €
Ελένη Αβλιχίου, Σητεία	15 €	Έλλη - Σοφία Τριποδάκη, Κηφισιά	15 €	Σταματία Σκαρμαλιωράκη, Παλαϊκάστρο Σητείας	15 €
Δημήτριος Τζαβέλλας, Ιερισσός Χαλκιδικής	15 €	Δημήτριος Βασιλείου, Θεσσαλονίκη	40 €	Ζωή Αγγελοπούλου, Αθήνα	15 €
Γεράσιμος Τρίτσης, Καλλιθέα	15 €	Γεώργιος Πουλιάνος, Αθήνα	50 €	Δέσποινα Δελαπύρα, Ρόδος	15 €
Γεώργιος Καλαντζόπουλος, Αθήνα	15 €	Ιωάννης Μαγιώσης, Καρδίτσα	20 €	Νικόλαος Αποστόλου, Φάρσαλα	20 €
Νικόλαος Σταματόπουλος, Αθήνα	30 €	Αθανάσιος Πετρίδης, Χολαργός	100 €	Ιωάννης Κεφάλας, Καλαμάτα	15 €
Μαρία Παταγεωργίου, Ρόδος	15 €	Κατερίνα Παναγιώτου - Μπασαγιάννη, Αθήνα	50 €	Δημήτριος Τζιμούρας, Πολιτεία	15 €
Αικατερίνη Τζαμαδάνη, Θεσσαλονίκη	15 €	Ελένη Τσώνου, Μαρούσι	15 €	Γεώργιος Κοτρώνης, Πετράλωνα	15 €
Ιωάννης Κεράνης, Σύρος	30 €	Ευθύμιος Αναστάσης, Ζωγράφου	15 €	Ευστάθιος Ποιμάνης, Ναύπλιο	15 €
Αγγελής Λιάγκουρας, Αρχαία Ολυμπία	100 €	Θεόδωρος Έλληνας, Καλλιθέα Σπερχειάδας	30 €	Δημήτριος Κουρμπουτζής, Κυπαρίσι Ρεϊχιάς	15 €
Φλώρα Δερμεντζόγλου, Ν. Σμύρνη	15 €	Γεώργιος Τζανέτος, Αγ. Ιωάννης - Κιάτο	30 €	Δημήτριος Χρόνης, Λάρισα	50 €
Μαρία Μυριάλλη, Ρόδος	15 €	Κωνσταντίνος Ζησόπουλος, Φάρσαλα	15 €	Γεωργία Ζουμποπούλου, Αθήνα	40 €
Ανθή Λαμπτήρη, Θεσσαλονίκη	15 €	Κωνσταντίνος Μάγγαλος, Δράμα	15 €	Έλλη Δρόσου, Αθήνα	50 €
Στυλιανός Μεγαλοοικονόμου, Πειραιάς	15 €	Κωνσταντίνα Αντωνοπούλη, Δράμα	15 €	Γεώργιος Βελέντζης, Κοζάνη	15 €
Αντώνης Ποτήρης, Αρχιπολις Ρόδου	20 €	Γεώργιος Σκουμπής, Άργος	15 €	Κωνσταντίνος Καραβιάς, Βαθύ Ιθάκης	30 €
Κωνσταντίνος Βεστιάκης, Ρόδος	20 €	Αθανάσιος Μπαντής, Τρίκαλα	15 €	Ευαγγελία Παπαχρήστου, Παπάγου	15 €
Χρήστος Λεοντίδης, Κομοτηνή	50 €	Άγγελος Σπυράνης, Δροσιά	15 €		
Ηλίας Μπουζάκης, Χανιά	100 €	Γεώργιος Γερούλης, Παράλιοι Άστρος Κυνουρίας	15 €	In Memoriam :	
Δημήτριος Χριστοδούλου, Ιωάννινα	50 €	Διονύσιος Βούλατσος, Μέγαρα	50 €	Ελευθερία Ρώμα - Γιαννίκου, Αγ. Παρασκευή	1000 €
Εμμανουήλ Μερικάς, Αθήνα	50 €	Κώστας Γιαννέλος, Αθήνα	15 €	(Μνήμη Νικολάου Γιαννίκου)	
Ιωσήφ Λαδόπουλος, Θεσσαλονίκη	15 €	Αθηνά Κορώνη, Πειραιάς	15 €	Βασιλική Γέμου - Εργασαέτη, Νορβηγία	350 €
Μαρία Φωτουλάκη, Θεσσαλονίκη	15 €	Ανάργυρος Γεωργιάδης, Αίγινα	15 €	(Μνήμη Νικολάου Γιαννίκου)	
Κωνσταντίνα Καρασούλη, Θεσσαλονίκη	15 €	Ηλίας Μαλεβήτης, Αθήνα	15 €	Ευστάθιος Παπαβασιλείου, Ν. Ψυχικό	100 €
Θεοδώρα Σπανού, Θεσσαλονίκη	15 €	Δέσποινα Λίλα, Νίκαια	50 €	(Μνήμη Νικολάου Γιαννίκου)	
Ιωάννης Δήμας, Θεσσαλονίκη	15 €	Αλέξιος Υφαντής, Ν. Κηφισιά	50 €	Πέτρος Γ. Καραμανώλης, Φάρσαλα	50 €
Δημήτριος Παπανδρέου, Θεσσαλονίκη	15 €	Σταύρος Τάκης, Αθήνα	15 €	(Μνήμη Νικολάου Γιαννίκου)	
Αλέξανδρος Σιγάλας, Θεσσαλονίκη	15 €	Παναγιώτης Κασσιπιδής, Χολαργός	15 €	Όλγα Ιγνατιάδου, Αθήνα	50 €
Σπύρος Ελευθεριάδης, Θεσσαλονίκη	15 €	Ανατολή Ιωσηφιδου, Κερασίνη	15 €	(Μνήμη Γονέων)	
Δημήτριος Παλιούρας, Θεσσαλονίκη	15 €	Μαρία Φαφαλιού, Αθήνα	50 €	Χαράλαμπος & Μύριαμ Καραολιδη, Μελίσσια	40 €
Παναγιώτης Τσιληκαριδής, Θεσσαλονίκη	15 €	Νεκτάριος Ανδρεαδάκης, Ηράκλειο	15 €	(Μνήμη Θεοχάρη Καραολιδη)	
Ελένη Κρυωνά, Θεσσαλονίκη	15 €	Ελένη Μυστακίδη, Καλλιθέα	15 €	Αντώνης Στεργιδής, Μελίσσια	30 €
Μαίρη Αλεξάκη, Πειραιάς	20 €	Καλλιρρόη Ντελή - Καραχρήστου, Αγρίνιο	15 €	(Μνήμη Αλεξανδρος Στεργιδη)	
Δημήτριος Κουμουτσάκος, Πειραιάς	30 €	Κωνσταντίνος Κίσιτς, Ιωάννινα	50 €	Ντίνα Χατζηιωάννου, Λάρνακα / Κύπρος	30 €
Κωνσταντίνος Δημητρίου, Αθήνα	40 €	Μάριος Μπονέλλης, Αθήνα	15 €	(Μνήμη Ονώριου Χατζηιωάννου)	
Αθανάσιος Αντωνίου, Φάρσαλα	50 €	Κωνσταντίνος Μακρικόκωστας, Βέροια	15 €	Δημήτρης Γ. Καραμανώλης, Παπάγου	100 €
Μαγδαληνή Αρζόγλου, Καλαμάτα	15 €	Αλέκος Παλιγιδής, Καβάλα	15 €	(Μνήμη Λάκη Βαϊρακλήτση)	
Χρήστος Ανδρεάδης, Καλλιθέα	15 €	Μαργαρίτα Βέλιου - Ζύγκρη, Ιωάννινα	15 €		
Νικόλαος Αργυρός, Μεσολόγγι	20 €	Θωμάς Λουκάγκος, Σέρρες	15 €		
Αλέξανδρος Πηγιώτης, Αγ. Παρασκευή	50 €	Παναγιώτης Σπυριδων, Αθήνα	50 €		
Παναγιώτης Ξιάρχος, Θεσσαλονίκη	50 €	Ιωάννης Καραϊτιανός, Αθήνα	100 €		
Νικόλαος Φρόνας, Ρόδος	50 €	Νίκη Σαχινίδου, Κηφισιά	15 €		
		Σπύρος Χάσκος, Αθήνα	30 €		

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 αλλή και αφ' ετέρου για να εξασφαλίσουν την αποστολή του περιοδικού και των εντύπων και τον επόμενο χρόνο.

Υπεύθυνη Αντιμετώπιση της Ηπατίτιδας



We Innovate Healthcare

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στη Roche (Hellas) A.E.

Roche (Hellas) A.E. Αλαμάνας 4 & Δελφών, 151 25 Μαρούσι, Αττική, τηλ.: 210 6166100, fax: 210 6166159



25 YEARS
ROCHE HELLAS

Roche is a registered trademark of Roche Holding AG, Basel, Switzerland



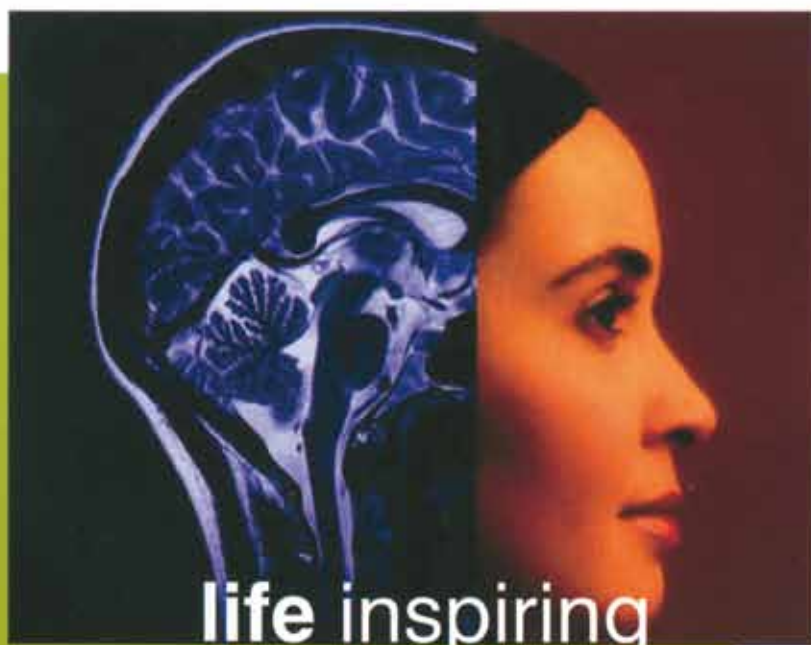
Για την **AstraZeneca**, μια από τις κορυφαίες φαρμακευτικές εταιρείες στον κόσμο, η ανάπτυξη φαρμάκων που σώζουν ζωές, είναι φυσικό ν' αποτελεί ηθική δέσμευση. Η προσοχή μας όμως, εστιάζεται εξίσου και στην εξασφάλιση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής.

Και στους **πέντε βασικούς τομείς φαρμάκων** μας αναζητούμε κάτι παραπάνω από το ψυχρό, καθαρά επιστημονικό και κλινικά αποτελεσματικό. Προσπαθούμε ν' ανακαλύψουμε φάρμακα με τα οποία οι ασθενείς θα μπορούν να συνυπάρχουν και κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά απ' αυτή.

Η επένδυσή μας στην έρευνα έχει αποδώσει ένα ευρύ φάσμα πρωτοποριακών φαρμάκων. Φάρμακα που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής. Είμαστε ένας από τους κορυφαίους προμηθευτές φαρμάκων στον κόσμο.

Ο υπέρτατος στόχος μας είναι απλός. Να σταματήσουμε τον πόνο και να ανακαλύψουμε θεραπείες για όσες αρρώστιες εξακολουθούν να μαστίζουν την ανθρωπότητα.

Ίσως να μην το καταφέρουμε ποτέ αλλά δεν θα σταματήσουμε ποτέ την προσπάθεια.



life inspiring
ideas



ΑΡΙΣΤΕΙΑ
Κοινωνικής
προσφοράς

ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΔΙΑΦΗΜΙΖΟΜΕΝΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Στα **Αριστεία Κοινωνικής Προσφοράς 2003**, ο Σύνδεσμος Διαφημιζομένων Ελλάδος απέννησε στην εταιρία **ASTRAZENECA** τον **έπαινο** για τη διάκρισή της στην ενότητα **"ΣΥΝΕΧΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑ"**

