

# 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  
Φροντίζουμε για καλύτερη Υγεία  
Συνεχώς...

# editorial

## Γενετική Τροποποίηση, πρόοδος ή 'ύβρις' ;

Λέγοντας γενετική τροποποίηση, με τη σημερινή έννοια του όρου, εννοούμε την αλλαγή της σύστασης του γενετικού υλικού κάποιου ζώντος οργανισμού μεταφέροντας ένα ή περισσότερα γονίδια από έναν οργανισμό σε κάποιον άλλο με τη μέθοδο της μοριακής γενετικής μηχανικής. Γενετική τροποποίηση στην κυριολεξία πραγματοποιείται και με τις συμβατικές μεθόδους της επιλεκτικής διασταύρωσης διάφορων συγγενών οργανισμών, με τις οποίες επιτυγχάνουμε βελτιωμένες ποικιλίες, που είναι γενετικά τροποποιημένες σε σχέση με τους μητρικούς τους οργανισμούς. Υπάρχει όμως μια ουσιώδης διαφορά. Με τις συμβατικές μεθόδους η τροποποίηση επιτυγχάνεται σεβόμενη το φράγμα που υπάρχει από τη φύση στη μεταφορά γονιδίων ανάμεσα στα διάφορα ζωικά είδη. Αντίθετα, με τη γενετική μηχανική παραβιάζεται αυτό το φράγμα και γίνεται δυνατή η μεταφορά γονιδίων ανάμεσα σε διαφορετικά είδη, που είτε μπορεί να βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο ζωής (όπως π.χ. από φυτό σε φυτό ή από ζώο σε ζώο), είτε σε διαφορετικό επίπεδο (όπως από έντομο σε φυτό ή από άνθρωπο σε μικρόβιο). Το DNA είναι το βασικό υλικό κάθε ζωντανού οργανισμού και τα γονίδια είναι μικρά κομμάτια του, που περιέχουν τις πληροφορίες για όλα τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που κληρονομούνται από τη μια γενιά στην άλλη. Η σύγχρονη τεχνολογία κατόρθωσε να προσδιορίσει και να μπορέσει να κόψει με «χημικά ψαλίδια» διάφορα γονίδια και να τα μεταφέρει από τον έναν οργανισμό στον άλλον. Προσθέτοντας ή αφαιρώντας γονίδια ανασυνδυάζεται το DNA και δημιουργείται ο καινούργιος τροποποιημένος οργανισμός.

Σκοπός της γενετικής τροποποίησης είναι η δημιουργία οργανισμών με επιθυμητά χαρακτηριστικά. Για τα φυτά και ζώα που προορίζονται για την παρασκευή τροφίμων επιδιώκονται η αύξηση της θρεπτικής τους αξίας, η αύξηση της απόδοσης, η αντοχή στις ασθένειες και το ψύχος, η αντοχή των φυτών στα παρασιτικά, όπως και πολλές άλλες επιθυμητές ιδιότητες. Όλα αυτά επιτυγχάνονται προσθέτοντας στο γενετικά τροποποιημένο οργανισμό το γονίδιο που έχει αφαιρεθεί από κάποιον άλλο οργανισμό, ο οποίος διέθετε αυτή την ιδιότητα. Βλέπουμε λοιπόν ότι η γενετική μηχανική αντιμετωπίζει τα έμβια όντα σαν καθαρώς μηχανικά κατασκευάσματα, επιδεχόμενα ανθρώπινη «επιδιόρθωση». Με τη μηχανοποίηση αυτή των βιολογικών διεργασιών, αλλάζει εντελώς και η αντίληψή μας για την ατομικότητα και τη διαφορετικότητα του κάθε έμβιου όντος. Και είναι πολλοί αυτοί που φοβούνται ότι αυτή η αντίληψη θα καταλήξει αναπόφευκτα και στην ανθρώπινη «βελτίωση», οδηγώντας μας σε μια καινούρια ευγονική.

Οι ανησυχίες και οι αντιρρήσεις που εκφράζονται είναι πάρα πολλές. Το σίγουρο όμως είναι ότι οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις τόσο στο περιβάλλον όσο και στην υγεία δεν

έχουν ακόμα μελετηθεί, γιατί δεν έχει διαρρεύσει ο χρόνος που απαιτείται για την εκτίμησή τους.

Και θα μπορούσε κανένας να διερωτηθεί ως πιο βαθμό άραγε μπορούμε ατιμώρητα να παραβιάζουμε τη φύση; Η εξελιξή μας σαν νοήμονα όντα πάνω στη γη χαρακτηρίζεται από την προσπάθειά μας να πετύχουμε πράγματα που δε θα συνέβαιναν χωρίς να παραβιάσουμε τη φύση κατά κάποιο τρόπο. Κατανοώντας τους φυσικούς νόμους τούς εκμεταλλευθήκαμε και δημιουργήσαμε για μας ένα πιο άνετο και πιο ασφαλές περιβάλλον. Φτιάξαμε τον πολιτισμό μας και το σύγχρονο τρόπο ζωής αλλοιώνοντας προς όφελός μας το φυσικό κόσμο. Σήμερα, μεθυσμένοι από τις δυνατότητες της σύγχρονης βιοτεχνολογίας κάνουμε προσπάθεια να αλλοιώσουμε και το βιολογικό κόσμο με επέμβαση στον ίδιο τον πυρήνα της ζωής, στο DNA δηλαδή. Είναι ίσως η σοβαρότερη παρέμβαση της ανθρώπινης δύναμης στη λειτουργία της φύσης, με εξαίρεση ίσως τη διάσπαση του ατόμου. Μήπως όμως υπάρχει κάποιο όριο που δε θα έπρεπε να το υπερβούμε; Οι αρχαίοι Έλληνες ονόμαζαν ύβρι την αλαζονική συμπεριφορά ή τη διαγωγή που πηγάζει από το αίσθημα μιας υπερβολικής δύναμης. Ο Ευριπίδης είπε ότι ύβρις είναι το να θέλεις να γίνεις ανώτερος από τους θεούς. Μήπως με τη γενετική τροποποίηση, αλλοιώνοντας το βιολογικό κόσμο, φθάνουμε σήμερα στα όρια της ύβρεως με την αρχαία σημασία της λέξης; Ο αμερικανός οικονομολόγος Jeremy Rifkin γράφει πως «κάθε νέα τεχνολογική επανάσταση έχει τόσο όφελος όσο και κόστος. Όσο πιο ισχυρή είναι κάθε τεχνολογία στο να ιδιοποιείται και να ελέγχει τη φύση, τόσο πιο ακριβό είναι το τίμημα που θα αναγκασθούμε να πληρώσουμε για την αποδιοργάνωση και την καταστροφή που θα ξεσπάσει στα οικοσυστήματα και τα κοινωνικά συστήματα που συντηρούν τη ζωή». Ας μην ξεχνάμε και τι συμβολίζει το ότι οι θεοί της μυθολογίας τιμωρούσαν πάντοτε τους θνητούς για κάθε υβριστική τους συμπεριφορά.

Μπορούμε όμως να σταματήσουμε την αναζήτηση της γνώσης; Το ανθρώπινο μυαλό είναι έτσι φτιαγμένο ώστε να αναζητάει τις αιτίες και τους μηχανισμούς των διαφόρων φαινομένων, και όπως το άγνωστο υπάρχει και θα υπάρχει πάντοτε πέρα από το γνωστό, η αναζήτηση της γνώσης θα συνεχίζεται χωρίς να μπορεί να αναχαιτισθεί. Και η ανθρώπινη γνώση, με τη βοήθεια των μηχανών που η ίδια επινόησε, έχει κάνει εκρηκτικές προόδους τα τελευταία χρόνια. Αν όμως στη γνώση δεν μπορεί να μπει φραγμός, η σύνεση μας λέει πως αυστηρός έλεγχος, αν χρειάζεται και φραγμός, πρέπει να μπει στην αχαλίνωτη χρήση της, όσο και αν αυτό είναι δύσκολο, γιατί η αύξηση της γνώσης αυξάνει και τη δύναμη αυτών που την κατέχουν. Εδώ αρχίζει η ευθύνη των πολιτικών.

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΡΑΧΩΒΙΤΗΣ**

Ο Α. Ραχωβίτης είναι Γαστρεντερολόγος

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΤΕΥΧΟΣ 13

**ΘΕΜΑΤΑ**

Εγκυμοσύνη και πεπτικό	8
Κίνδυνοι από τα φάρμακα για τις ΙΦΝΕ	18
Τροφική αλλεργία	24

**ΜΟΝΙΜΕΣ ΣΤΗΛΕΣ**

Διατροφή	26
Παιδί & Έφηβος	10
Μικρά & Νόστιμα	20
Περί Διαίτης ...	16
Επικοινωνούμε	31

**ΕΙΔΙΚΕΣ ΣΤΗΛΕΣ**

Μικρές Ιστορίες	5
Ευεξία	13
Γεύσεις	30
Τα Νέα του Ιδρύματος	34

**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 Αρχαυλής  
Γαστρεντερολόγος (Επικοινωνούμε)

Ιωάννης Δήμας  
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

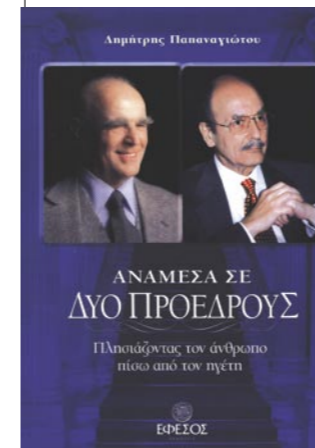
**Σχεδιασμός & Παραγωγή**

**Καλλιτεχνική διεύθυνση:**  
Νικόλαος Αύγουστος Γκεσκέρ  
**Καλλιτεχνική επιμέλεια-DTP:**  
Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου

## Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΜΑΣ ....

### «ανάμεσα σε δύο Προέδρους»

Συνέντευξη στην Εύα Καραμανώλη



Το όνομά του έχει συνδεθεί όχι μόνο με την πορεία της σύγχρονης ελληνικής δημοσιογραφίας, αλλά και με την πρόσφατη ελληνική πολιτική και τη λογοτεχνία... Η ζωή του είναι γεμάτη. Υπήρξε στενός φίλος και πάνω από όλα θαυμαστής, του αείμνηστου Κωνσταντίνου Καραμανλή, πολύτιμος συνεργάτης του πρώην προέδρου της Δημοκρατίας Κωστή Στεφανόπουλου από τη θέση του διευθυντή γραφείου Τύπου της προεδρίας, θέση από την οποία σήμερα συμβουλεύει τον νέο Πρόεδρο της Δημοκρατίας Κάρλο Παπούλια. Παράλληλα συγγραφέας συνολικά πέντε βιβλίων («Αντίο Γουτεμβέργι», «Πέμπτη Εποχή», «Ο τελευταίος Έρωτας», «Γωνία χωρίς Στροφή» και «Ανάμεσα σε δύο Προέδρους»), το τελευταίο εκ των οποίων περιγράφει τη ζωή του με τον Κ. Καραμανλή και τον Κωστή Στεφανόπουλο. «Ανάμεσα σε δύο προέδρους» είναι ο τίτλος του, ανάμεσα σε τρεις θα λέγαμε εμείς με την υποσημείωση ότι ο Δημήτρης Παπαπαναγιώτου κατέχει και ο ίδιος μια προεδρική θέση. Αυτή του Ελληνικού Ιδρύματος Γαστρεντερολογίας... Πρόκειται για ένα βιβλίο γραμμένο σε ύφος πού είναι άμεσο, με ιστορίες και στιγμιότυπα – πέρα από τις κάμερες – δύο πολιτικών ανδρών που συνδέθηκαν με τη σύγχρονη ιστορία της Ελλάδας. Και όλα αυτά μέσα από μια κοφτερή άλλοτε ανθρωπική και άλλοτε δημοσιογραφική ματιά που είναι σε θέση να γνωρίζει ...

Στο τέλος του βιβλίου σας αναφέρεται ότι δεν υπάρχουν πράγματα που δεν γράψατε. Θα υπήρχαν όμως φαντάζομαι και κακές στιγμές. Ποια ήταν η πιο δύσκολη στιγμή σας με τον Καραμανλή και ποια με τον Στεφανόπουλο;

Η πιο δύσκολή μου στιγμή με τον Καραμανλή ήταν όταν τον συνάντησα, αφού είχε ανατραπεί και στη θέση του ήταν ο Σαρτζετάκης. Συναντηθήκαμε στο σπίτι του στην Πολιτεία. «Θα είστε στενοχωρημένος κ. Πρόεδρε» του είπα. «Με βλέπεις στενοχωρημένο; Σου την έφεραν και εσένα όπως και εμένα...» μου απάντησε εννοώντας την αποχώρησή μου από την «Καθημερινή». Ταυτόχρονα αυτή ήταν μία από τις καλύτερες μου στιγμές με τον Καραμανλή γιατί με συνέκρινε με τον εαυτό του. Με τον Στεφανόπουλο η πιο –ας πούμε – δύσκολη στιγμή ήταν την περίοδο της κρίσης στα Ίμια. Γενικώς ο Στεφανόπουλος ήταν ένας ήπιος άνθρωπος. Όλα ευχάριστα ήταν.

Στεφανόπουλος ή Καραμανλής; Κάντε μας μια σύντομη σύγκριση.

Ο Στεφανόπουλος είχε το μέγα προσόν της επικοινωνίας, αν και ήταν κλειστή προσωπικότητα. Κάνω πολλές αναφορές στο συγκεκριμένο χάρισμα στο βιβλίο μου. Τα δέκα χρόνια που ήταν Πρόεδρος της Δημοκρατίας, έδωσε άλλη διάσταση στο θεσμό, πλησίασε τον πολίτη, έδινε μαθήματα δημοκρατίας, δεχόταν σχολεία καθημερινά. Ο Καραμανλής ήταν πιο αποστασιοποιημένος, είχε όμως κύρος και έλεγχε τις καταστάσεις. Παρακολουθούσε τα πάντα. Γενικώς ήταν πολύ διαφορετικοί άνθρωποι μεταξύ τους είχαν όμως και ένα κοινό. Την αγάπη για τον αθλητισμό. Ο Καραμανλής ήταν φιλαθλος του Παναθηναϊκού και δεινός παίκτης του γκολφ. Ο Στεφανόπουλος στήριζε την Παναχαϊκή Πατρών και εκτός από το πόλο που έπαιζε παλιά ο ίδιος στον Αχιλλέα Πατρών, έκανε ποδηλατο και έπαιζε πιγκ – πονγκ.

## Με τον Καραμανλή πώς γνωριστήκατε;

Μέσω της Βλάχου γνώρισα τον Καραμανλή το 1974 όταν ορκίστηκε πλέον και έκανε επίσκεψη στην Καθημερινή. Μετά εκείνος άρχισε να με καλεί. Την Κυριακή τα μεσημέρια έκανε τραπέζια με φίλους του, στο γκολφ, στου Λεωνίδα και έτσι άρχισε η στενότερη επαφή μεταξύ μας. Την πενταετία μάλιστα που ήταν Πρόεδρος ο Σαρτζετάκης οι επαφές μας έγιναν συχνότερες.

## Ξέρω ότι το χρονικό διάστημα είναι λίγιο, αλήθια ποιες είναι οι πρώτες εντυπώσεις σας από τον νυν Πρόεδρο της Δημοκρατίας;

Ο Κάρολος Παπούλιας είναι γνωστός πολιτικός άνδρας, από τη θητεία του στο Υπουργείο Εξωτερικών, μεταξύ άλλων. Έχουν ήδη εκτιμηθεί τα προσόντα του. Η ευθύτητα, το πολιτικό κριτήριο, η δημοκρατικότητά του. Όλα αυτά είναι πολύ καλά εχέγγυα για την πολύ καλή πορεία του στην Προεδρία της Δημοκρατίας.

## Ας πάμε τώρα στα δικά σας προσόντα. Γιατί για να είναι κάποιος στη θέση του Διευθυντή Τύπου του Γραφείου της Προεδρίας επι σειρά ετών, αν μη τι άλλο χρειάζεται δημοσιογραφική εμπειρία, πολιτικό κριτήριο και διπλωματικές ικανότητες. Πώς είναι λοιπόν το να εργάζεται κανείς στο Προεδρικό Μέγαρο;

Είναι εξαιρετικά ενδιαφέρον. Η Προεδρία διαφέρει από όλες τις υπηρεσίες. Δεν είναι Υπουργείο, είναι η στέγη της Πολιτείας. Με πρώτο τον Πρόεδρο να υποδειγματίζει τις συμπεριφορές, όλοι στην Προεδρία βλέπουν τα συμβαίνοντα υπό εθνικό πρίσμα.

## Υπήρξε κάτι που να σας έλειψε, που να νοσταλγήσατε;

Το μόνο στερήθηκα ήταν η εφημερίδα. Όταν ήρθα εδώ ήταν η πρώτη φορά που αναλάμβανα γραφείο Τύπου. Αρχικά λοιπόν, μου έλειπε η εφημερίδα. Γρήγορα όμως και χάριν στη συμπεριφορά του Στεφανόπουλου αλλά και δεδομένης της νέας κατάστασης που επικρατούσε στον Τύπο όπου το επίπεδο έπεφτε συνεχώς, προσαρμόστηκα και ένιωθα ικανοποιημένος από τη νέα μου εργασία.

## Πώς ασχοληθήκατε με τη δημοσιογραφία;

Ξεκίνησα στη σταδιοδρομία μου από την Αθλητική Ηχώ. Ήταν δύσκολη εποχή, οι πόρτες στις πολιτικές εφημερίδες ήταν κλειστές και τα αθλητικά ήταν μια διέξοδος. Στην Ηχώ εκτός από αγώνες ποδοσφαίρου και στίβου έγραφα χρονογραφήματα, σατιρικό στίχο και ευθυμογραφήματα. Το 1952 πήγα ως βοηθός αρχισυντάκτη στην Απογευματινή. Τρία χρόνια αργότερα η Ελένη Βλάχου έβγαζε τις «Εικόνες». Αργότερα δούλεψα εκεί ως αρχισυντάκτης και το 1961 παράλληλα άρχισα να δουλεύω στη Μεσημβρινή και αργότερα στην Καθημερινή. Τον Οκτώβριο του 1967 πήγα ως διευθυντής σύνταξης στον Ταχυδρόμο του Χρ. Λαμπράκη και το 1972 παραιτήθηκα.

## Μιλήστε μου λίγα για την επανέκδοση της Καθημερινής μετά τη δικτατορία και την Ελένη Βλάχου.

Την εποχή εκείνη ήμουν διευθυντής στην Καθημερινή και είχα κληθεί ουσιαστικά να βγάλω ένα νέο φύλλο που είχε πίσω του 70 χρόνια ζωής και μάλιστα μέσα σε 15 ημέρες. Θέλαμε να βγει ανανεωμένη, καινούργια, με μεγάλους τίτλους. Ουμάμαι επρόκειτο να κυκλοφορήσει την Κυριακή και η Ελένη Βλάχου μου ζήτησε να βγει όπως ήταν. Το πρώτο φύλλο βγήκε με την παλιά μορφή. Όταν όμως

συνελήφθησαν οι πρωταίτιοι χωρίς να την ρωτήσω άλλαξα και την έκανα με οκτάστηλο τίτλο και φωτογραφία, όπως ήταν τότε οι αγγλικές εφημερίδες.

## Πώς αντέδρασε η Ελένη Βλάχου;

Όταν πήγα να δω τη Βλάχου θεωρούσα ότι είχα την παραίτηση στο τσεπάκι. «Καλά έκανες και δε με ρώτησες», μου απάντησε εκείνη. «Άλλαξε όλη η εφημερίδα». Η Βλάχου ήταν δημοσιογράφος και όχι εκδότης. Και στη Μεσημβρινή ήταν ενεργή αλλά και στην Καθημερινή συμμετείχε με το χρονογράφημά της, και φυσικά συμμετείχε στις συσκέψεις. Ποτέ όμως δε θέλησε να επιβάλλει τις απόψεις της. Την εφημερίδα ουσιαστικά την έβλεπε το πρωί, όταν κυκλοφορούσε. Ήταν ζωντανή, έξυπνη, ευχάριστη, ευγενική, πάντα ενημερωμένη και η πόρτα του γραφείου της ήταν πάντα ανοιχτή.

## Η πορεία σας και η σταδιοδρομία σας είναι λίγιο γνωστές. Η λιγότερο ενδεχομένως γνωστή πτυχή της «επαγγελματικής» σας ζωής είναι ότι είστε Πρόεδρος του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. Αλήθεια κ. Πρόεδρε προσέχετε τη διατροφή σας;

(Χαμογελώντας). Προσπαθώ να τρώω όσο το δυνατόν λιγότερο.

## Κλείνοντας, τι θα συμβουλεύατε τους αναγνώστες μας;

Να παρακολουθούν τα ενδιαφέροντα άρθρα του περιοδικού μας για τη διαίτηση και την ευεξία του σώματος και του πνεύματος...



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 σπασαμιού και το φινό 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 σπασαμιού, όπως ο Μακεδονικός Χαλβάς, σχεδίασε τη διαδικασία παραγωγής με απόλυτο σεβασμό στην υψηλή διατροφική αξία του σπασαμιού.

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 σπασαμιού 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



# Εγκυμοσύνη & Πεπτικό

*Η εγκυμοσύνη είναι ίσως η σημαντικότερη περίοδος στη ζωή κάθε γυναίκας. Το συναίσθημα της αναμονής του μωρού γεμίζει ευτυχία, αλλά πολλές φορές οι αλλαγές στο σώμα και την ψυχολογία της μητέρας την εμποδίζουν να χαρεί αυτό το θαύμα της ζωής. Και αυτό γιατί καθώς η μήτρα μεγαλώνει, πιέζει τα γειτονικά όργανα δημιουργώντας προβλήματα αλλά και γιατί οι ορμονικές μεταβολές προκαλούν αρκετές διαταραχές στην έγκυο. Για το λόγο αυτό κάθε υποψήφια μητέρα πρέπει να ενημερώνεται σωστά για τα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν και να ξέρει πότε πρέπει να επισκεφθεί το γιατρό της.*

## Ναυτία - έμετοι

Από τα συνηθέστερα προβλήματα είναι η ήπια ή μετρίου βαθμού ναυτία και οι έμετοι, ενώ μερικές φορές εμφανίζεται και σιελόρροια. Τα συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως μεταξύ της 6ης και 9ης εβδομάδας της κύησης. Τα συμπτώματα αυτά παρουσιάζονται στο 60-80% των γυναικών και εξαφανίζονται μετά τη 12η εβδομάδα. Πιθανόν τα συμπτώματα αυτά να οφείλονται στην αύξηση των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, στη μείωση της κινητικότητας του άντρου του στόμαχου, τη μείωση της ταχύτητας της γαστρικής κένωσης αλλά πιθανότατα να παίζει κάποιο ρόλο και το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, ένα μικρόβιο που βρίσκεται στο στομάχι ορισμένων εγκύων. Οι περισσότερες γυναίκες δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τη διατροφή και την ενυδάτωσή τους. Σπάνια η ναυτία και οι έμετοι μπορεί να παραμείνουν σε όλη τη διάρκεια της κύησης. Όταν τα συμπτώματα αυτά είναι σοβαρού βαθμού, τότε η κατάσταση ονομάζεται «κακοήθεις έμετοι της κύησης». Η νοσολογική αυτή οντότητα είναι σπάνια (0,1-0,2%) και μπορεί να προκαλέσει σοβαρές διαταραχές ύδατος και ηλεκτρολυτών. Γενικές οδηγίες: Συνιστάται η λήψη μικρών γευμάτων, η αποφυγή επαφής με οσμές και γεύσεις που προκαλούν ναυτία, η αποφυγή των λιπαρών και ογκωδών γευμάτων και μεγάλες ποσότητες υγρών. Να προτιμώνται στέρεες τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες, χυμοί με λεμόνι και το πρωινό να περιέχει μικρή ποσότητα τροφής. Όμως, όπως κάθε οργανισμός είναι διαφορετικός, έτσι κάθε έγκυος θα πρέπει να διαπιστώνει μόνη!

Πότε να επισκεφθεί το γιατρό της : Όταν τα συμπτώματα της ναυτίας και του εμετού είναι πολύ έντονα. Εάν η έγκυος χάνει βάρος και αφυδατώνεται, επιβάλλεται η εισαγωγή της σε νοσοκομείο. Σε αυξημένο κίνδυνο βρίσκονται γυναίκες που κωφορούν για πρώτη φορά, οι νεαρές, όσες έχουν αυξημένο σωματικό βάρος και όσες φέρουν πολυδύμες κυήσεις.

## Δυσκοιλιότητα-αιμορροϊδοπάθεια

Το 11-40% των εγκύων παρουσιάζει δυσκοιλιότητα, ιδίως στο 3ο τρίμηνο της κύησης. Σημαντικό ρόλο και εδώ μπορεί να παίζει η αύξηση των επιπέδων της προγεστερόνης η οποία ελαττώνει την κινητικότητα του παχέως εντέρου. Άλλες αιτίες είναι η πίεση του εντέρου από τη μήτρα, διαιτητικοί και ψυχολογικοί παράγοντες αλλά και πολλά φαρμακευτικά σκευάσματα όπως ο σιδηρός, το ασβέστιο και τα αντιόξινα που λαμβάνουν πολύ συχνά οι έγκυοι κατά τη διάρκεια της κύησης.

Ένα από τα συνηθέστερα προβλήματα που προκαλεί η δυσκοιλιότητα είναι η αιμορροϊδοπάθεια. Οι αιμορροΐδες συχνά υποτροπιάζουν ή πρωτοεμφανίζονται κατά τη διάρκεια της κύησης. Μπορεί να παρουσιάσουν πόνο, κνησμό, να διογκωθούν και να αιμορραγήσουν. Εκτός από τη δυσκοιλιότητα άλλες αιτίες είναι η πίεση των φλεβών από τη μήτρα και οι ορμονικές μεταβολές.

**Γενικές οδηγίες:** Για την καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας απαραίτητη είναι η λήψη πολλών φυτικών ινών, φρούτων και λαχανικών, η λήψη αρκετής ποσότητας νερού αλλά και η σωματική άσκηση. Σε περίπτωση που τα μέτρα αυτά δεν είναι αρκετά, ένα ήπιο μαλακτικό των κοπράνων, όπως το γάλα μαγνησίας, μπορεί να βοηθήσει. Καλό είναι να μη γίνεται κατάχρηση καθαρτικών, διότι προκαλούν κοιλιακά άλγη. Επίσης να αποφεύγεται το καστορέλαιο, γιατί μπορεί να προκαλέσει συσπάσεις της μήτρας.

**Πότε να επισκεφθεί το γιατρό της:** Όταν η δυσκοιλιότητα γίνει πολύ σοβαρή και συνοδεύεται από έντονο πόνο στην κοιλιά ή όταν οι αιμορροΐδες γίνουν πολύ επώδυνες ή αιμορραγούν.

## Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση

Το 30-50% των εγκύων παρουσιάζει συμπτωματολογία γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, ιδίως στο 3ο τρίμηνο της κύησης. Τα συμπτώματα αυτά είναι οπισθοστερνικό καύσος, αναγωγή τροφής (η παλινδρόμηση της τροφής δηλαδή από το στομάχι στον οισοφάγο), έμετοι, ναυτία αλλά και λιγότερο τυπικά συμπτώματα, όπως δύσπνοια, βήχας και πόνος στο θώρακα. Η αιτία αυτών των συμπτωμάτων είναι η επίδραση περισσότερο της προγεστερόνης και λιγότερο των οιστρογόνων στην λειτουργία του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα, η οποία είναι να επιτρέπει

τη διέλευση της τροφής από τον οισοφάγο στο στομάχι και να εμποδίζει την αντίθετη πορεία, αλλά και η αύξηση της πίεσης στην κοιλιά από την μήτρα με αποτέλεσμα να πιέζεται το στομάχι και ο οισοφάγος και να παλινδρομεί το γαστρικό περιεχόμενο.

**Γενικές οδηγίες:** Μικρά και ελαφρά γεύματα, αποφυγή κατάκλισης αμέσως μετά το φαγητό (πρέπει να περιμένει τουλάχιστον 3 ώρες να περιμένει πριν να ξαπλώσει), να αποφεύγει τα λιπαρά, αλκοόλ, σοκολάτα, καφέ, ροφήματα με μεγάλη περιεκτικότητα σε οξέα καθώς και το κάπνισμα. Όταν κοιμάται να χρησιμοποιεί δύο μαξιλάρια, έτσι ώστε ο οισοφάγος να είναι ψηλότερα από το στομάχι.

**Πότε να επισκεφθεί το γιατρό της:** Όταν τα συμπτώματα γίνουν τόσο έντονα που δεν επιτρέπουν στην έγκυο να κοιμάται, όταν υπάρχει έντονος πόνος, όπως και αν παρουσιαστεί δυσκολία στην κατάποση.

## Ηπατική νόσος και κύηση

Η προσβολή του ήπατος δεν είναι συχνή στη διάρκεια της κύησης και είναι αποτέλεσμα ενός μεγάλου εύρους νοσολογικών οντοτήτων. Σπάνια μια γυναίκα η οποία στο παρελθόν δεν είχε κανένα πρόβλημα θα αναπτύξει σοβαρό ηπατικό νόσημα οφειλόμενο στην εγκυμοσύνη. Στην ομάδα των νοσημάτων αυτών ανήκουν:

**Η ενδοηπατική χολόσταση της κύησης:** Η συχνότητά της φτάνει το 0,5-1% στη Σκανδιναβία και το 1/10 των κυήσεων στη Χιλή, γεγονός που υποδηλώνει γενετικούς και πιθανώς περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Το κύριο σύμπτωμα είναι ο κνησμός, ο οποίος εμφανίζεται συνήθως στο τρίτο τρίμηνο της κύησης. Μπορεί επίσης να παρατηρηθούν σκουρόχρωμα ούρα, ίκτερος, επιγαστραλγία ναυτία και έμετοι. Σε βαριές περιπτώσεις συνυπάρχει και στεατόρροια. Συνήθως δεν αναφέρεται προηγούμενο ιστορικό χολόστασης, εκτός εάν έχουν ληφθεί αντιυλληπτικά στο παρελθόν. Τείνει όμως να υποτροπιάζει σε επόμενες κυήσεις. Σε σοβαρές περιπτώσεις υπάρχει αυξημένος κίνδυνος πρόωρων τοκετών, νεογνικών θανάτων και γεννήσεις νεκρών εμβρύων.

**Το οξύ λιπώδες ήπαρ της κύησης (AFLP):** Το σύνδρομο αυτό είναι εξαιρετικά σπάνιο (1/13000 κυήσεις). Τα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται περιλαμβάνουν ναυτία, έμετο, έντονο άλγος στην άνω κοιλιακή χώρα και ίκτερο. Ασκήτης συνυπάρχει στο 50% των ασθενών. Εμφανίζεται συχνότερα σε πρωτόκετες (48%), διδυμες κυήσεις (14%) και σε προεκλαμψία ή εκλαμψία (46%). Η συχνότητα μητρικής θνησιμότητας φτάνει το 18%, ενώ της βρεφικής μέχρι το 23%, εάν υπάρξει πρόωμη διάγνωση και διακοπή της κύησης ή πρώιμος τοκετός.

**Το σύνδρομο HELLP (H=αιμόλυση EL= αυξημένα ηπατικά ένζυμα LP= χαμηλά αιμοπετάλια):** Το σύνδρομο αυτό συχνά εμφανίζεται το τρίτο τρίμηνο της κύησης και είναι άγνωστης αιτιολογίας. Πιθανόν αποτελεί μια υποομάδα γυναικών με

τοξαιμία της κύησης, που έχουν επίσης διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη και ηπατική νόσο. Περίπου το 10% των γυναικών με σοβαρή τοξαιμία της κύησης αναπτύσσουν το σύνδρομο HELLP, το οποίο μπορεί να επιμένει και μετά τον τοκετό.

**Η τοξαιμία της κύησης:** Απαντά στο 5% των κυήσεων. Αυξημένο κίνδυνο αποτελεί η πολύ νεαρή ή η προχωρημένη ηλικία, η πρώτη κύηση, η πολλαπλή κύηση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η προϋπάρχουσα υπέρταση, η μεταμόσχευση ήπατος και το οικογενειακό ιστορικό τοξαιμίας.

Τα κυριότερα συμπτώματα είναι κοιλιακό άλγος, ναυτία και έμετοι.

**Γενικές οδηγίες:** Να γίνεται ο σωστός προγεννητικός έλεγχος, να παρακολουθούνται και να αναγνωρίζονται τυχόν πρώιμα συμπτώματα, έτσι ώστε να μπορεί να προληφθεί μια τόσο σοβαρή κατάσταση.

**Πότε να επισκεφθεί το γιατρό της:** Εάν γίνει κίτρινη η χροιά του δέρματος ή έχει δυνατό πόνο στο άνω μέρος της κοιλιακής χώρας.

## Χολολιθίαση

Η συχνότητα χολολιθίασης είναι αυξημένη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Υπολογίζεται πως το 2,5-12% των εγκύων έχουν χολόλιθους. Η αιτία είναι πιθανόν η αύξηση του κορεσμού της χοληστερόλης στη χολή αλλά και η διαταραχή της κινητικότητας στη χοληδόχο κύστη. Η συμπτωματολογία δε διαφέρει από αυτή των μη εγκύων. Έτσι υπάρχει άλγος στο δεξιό υποχόνδριο, που κατά περιόδους γίνεται κωλικοειδές, πυρετός και ενίοτε έμετοι.

**Γενικές οδηγίες:** Η αποφυγή των λιπαρών φαγητών

**Πότε να επισκεφθεί το γιατρό της:** όταν παρουσιαστεί έντονος πόνος στην κοιλιά, έμετοι, πυρετός ή και ίκτερος (κίτρινη χροιά του δέρματος).

## Ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου

Η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn αποτελούν τους δύο κύριους τύπους ΙΦΝΕ.

Η ΙΦΝΕ μπορεί να έχει επίδραση στην κύηση αλλά και η κύηση μπορεί να επηρεάσει την πορεία της πάθησης.

**Γονιμότητα και κληρονομικότητα:** Η ελκώδης κολίτιδα φαίνεται να έχει μικρή επίδραση στη γονιμότητα. Όσον αφορά στη v.Crohn, υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ότι η γονιμότητα δεν επηρεάζεται και άλλες που αναφέρουν ότι μέχρι και τα 2/3 δεν κατόρθωσαν να καταστούν έγκυοι, ιδίως όταν η νόσος αφορούσε στο παχύ έντερο, πιθανόν επειδή στην κολίτιδα Crohn συνυπάρχει φλεγμονή του περινέου και των ωοθηκών. Ένας επιπλέον λόγος για τη μείωση της γονιμότητας είναι και ο φόβος που έχουν οι ασθενείς για την πορεία της νόσου τους και για το αν επηρεάζεται το νεογνό.

Ο κίνδυνος να εμφανίσει το παιδί ΙΦΝΕ είναι μικρός, αφού η ελκώδης κολίτιδα και η v. Crohn δεν είναι

κλασικά γενετικά νοσήματα.

**Φαρμακευτική αγωγή:** Επειδή ορισμένοι ασθενείς με ΙΦΝΕ λαμβάνουν sulfasalazine, το ενδιαικρόν τους επικεντρώνεται στην επίδραση των φαρμάκων στο έμβρυο. Η sulfasalazine και το 5-aminosalicylic acid και τα κορτικοστεροειδή έχουν ευρέως χρησιμοποιηθεί σε εγκύους χωρίς να αναφερθούν βλάβες στο έμβρυο ή στο νεογνό. Γενικός κανόνας όμως είναι ότι κανένα φάρμακο δεν πρέπει να δίδεται σε καμία έγκυο, εάν δεν είναι άκρως απαραίτητο.

**Η πορεία της κύησης και η ΙΦΝΕ:** Η συχνότητα αποβολής στην ελκώδη κολίτιδα κυμαίνεται από 0,5-13%, ενώ στη νόσο του Crohn η συχνότητα αυξάνεται σε 3-28%. Επίσης υπάρχει αύξηση στη συχνότητα των πρόωρων τοκετών σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η πιθανότητα επιπλοκών στο έμβρυο είναι μεγαλύτερη όταν η ΙΦΝΕ είναι σε έξαρση κατά τη διάρκεια της κύησης και είναι ανεξάρτητη από τη λήψη φαρμάκων.

Η ΙΦΝΕ παραμένει συνήθως αμετάβλητη (70%), εάν είναι ανενεργός κατά τη διάρκεια της συλλήψεως. Εάν η ελκώδης κολίτιδα είναι ενεργός κατά τη διάρκεια της σύλληψης, παραμένει ενεργός ή επιδεινώνεται στο ήμισυ των περιπτώσεων Αντίθετα, στη νόσο Crohn τα 2/3 των περιπτώσεων παραμένουν ενεργά. Εάν εκδηλωθεί πρώτη φορά ΙΦΝΕ κατά τη διάρκεια της κύησης, τότε χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, γιατί μπορεί να εξελιχθεί σε βαριά νόσο.

Υποτροπές έχουν αναφερθεί κατά τη μετά τον τοκετό περίοδο, οι οποίες είναι συνήθως ήπιες. Συχνότερα και σε ποσοστό 40% παρατηρούνται στη νόσο του Crohn.

## Εννέα ευκολότεροι μήνες

Η κύηση αποτελεί μια φυσιολογική και κρίσιμη αναπτυξιακή εμπειρία στη ζωή της γυναίκας, η οποία χαρακτηρίζεται από πολλά αντικρουόμενα συναισθήματα. Η στάση της γυναίκας και του συντρόφου της προς την κύηση προσδιορίζεται από πληθώρα παραγόντων. Ένας από αυτούς είναι η σωστή ενημέρωση της μέλλουσας μητέρας για τις ανάγκες, τους κινδύνους που θα υπάρξουν τους επόμενους εννέα μήνες και τους τρόπους που μπορεί να τους μειώσει ή να τους αντιμετωπίσει. Αυτό θα τη βοηθήσει να αντιμετωπίσει με μεγαλύτερη αισιοδοξία και ευκολία τις απρόβλεπτες καταστάσεις που μπορεί να παρουσιαστούν και έτσι να μπορέσει να διανύσει την περίοδο της εγκυμοσύνης της με περισσότερη αυτοπεποίθηση, τρυφερότητα, ευτυχισμένη για το μητρικό της ρόλο και με λιγότερο άγχος για την κύηση και το παιδί της.

## ΒΑΣΩ ΑΡΒΑΝΙΤΗ

*Η Β. Αρβανίτη είναι Ειδικεύμενη Γαστρεντερολόγος*

## ΕΛΕΝΗ ΛΙΑΚΟΥ

*Η Ε. Λιάκου είναι Ειδικεύμενη Γαστρεντερολόγος*





Οι γαστρεντερίτιδες είναι ένα από τα συχνότερα αίτια νοσηρότητας των παιδιών στις ανεπτυγμένες χώρες. Στις αναπτυσσόμενες χώρες εξακολουθεί να αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου των παιδιών, όπου υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο πεθαίνουν από τη διάρροια 2.5 εκατομμύρια παιδιά μικρότερα των πέντε ετών, παρά την προσπάθεια που γίνεται για την αντιμετώπισή της από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

# Γαστρεντερίτιδες στα Παιδιά

Γαστρεντερίτιδες εκδηλώνονται σε όλη τη διάρκεια του έτους με τη μεγαλύτερη όμως συχνότητα κατά τους καλοκαιρινούς μήνες.

### Αίτια:

Στις ανεπτυγμένες χώρες η πιο συχνή αιτία οξείας γαστρεντερίτιδας είναι οι ιοί, που ευθύνονται για το 70% - 80 % των περιπτώσεων, ενώ τα μικρόβια για το 20%. Τα συνηθέστερα μικρόβια είναι η σαλμονέλλα, το κολοβακτηρίδιο, το καμπυλοβακτηρίδιο και σπανιότερα η σιγκέλλα κ.α. Προσβάλλονται άτομα όλων των ηλικιών, ιδιαίτερα παιδιά προσχολικής ηλικίας.

### Τρόπος μετάδοσης :

Γίνεται με μολυσμένα τρόφιμα, με μολυσμένο νερό, από άτομο σε άτομο, καθώς και από κατοικίδια ζώα. Γαστρεντερίτιδες εκδηλώνονται σε όλη τη διάρκεια του έτους με τη μεγαλύτερη όμως συχνότητα κατά τους καλοκαιρινούς μήνες.



ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΓΛΟΥΤΕΝΗΣ

## Η λύση για δίαιτα ελεύθερη γλουτένης



### 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](http://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



**Κλινικές εκδηλώσεις:**

Τα παιδιά με γαστρεντερίτιδα εμφανίζουν διάρροια, η οποία μπορεί να περιέχει βλέννη και αίμα, εάν το αίτιο που την προκαλεί είναι μικρόβιο. Ακόμη, μπορεί να εκδηλώσουν εμέτους, μέτριο πυρετό, ανορεξία ή εάν παραταθούν τα συμπτώματα για αρκετές ημέρες, απώλεια βάρους. Σε ορισμένες περιπτώσεις, εξαιτίας της απώλειας ύδατος και ηλεκτρολυτών από το έντερο, παρουσιάζουν αφυδάτωση, που μερικές φορές είναι σοβαρή.

Οι ιογενείς γαστρεντερίτιδες, που είναι και οι συχνότερες, είναι συνήθως ήπιες, διάρκειας τριών έως πέντε ημερών και αυτοπεριοριζόμενες, δηλαδή υποχωρούν με την εφαρμογή των γενικών μέτρων αντιμετώπισης της διάρροιας, όπως αναφέρεται παρακάτω. Αντίθετα, οι μικροβιακές εκδηλώνονται με βαρύτερα συμπτώματα και χρειάζονται ορισμένες φορές ειδική αντιμετώπιση.

Καλλιέργεια κοπράνων δεν απαιτείται σε όλους τους ασθενείς με οξεία διάρροια, διότι τα περισσότερα επεισόδια είναι ιογενούς αιτιολογίας, ήπια και αυτοπεριοριζόμενα. Καλλιέργεια θα γίνει μόνο μετά από σύσταση του παιδίατρο, σε όλα τα παιδιά ηλικίας μικρότερης των τριών μηνών, επί υποψίας μικροβιακής γαστρεντερίτιδας, σε περίπτωση εμφάνισης επιδημίας ή επαφής με πάσχοντες καθώς και σε παιδιά με χρόνια σοβαρό νόσημα.

**Πού νοσηλεύονται τα παιδιά με γαστρεντερίτιδα:**

Τα περισσότερα παιδιά νοσηλεύονται στο σπίτι. Όμως σε ορισμένα θα απαιτηθεί για τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση νοσηλεία στο Νοσοκομείο. Θα νοσηλευθούν βρέφη και παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας τα οποία έχουν τοξική εμφάνιση ή υψηλό πυρετό ή πυρετό που παρατείνεται πέραν των πέντε ημερών. Ακόμη, νοσηλείας χρήζουν ασθενείς με μεγάλη απώλεια ύδατος και ηλεκτρολυτών, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν έμετοι, ασθενείς με κενώσεις που περιέχουν αίμα, καθώς και άτομα που πάσχουν από σοβαρό χρόνια νόσημα.

**Πώς πρέπει να ενεργήσουν οι γονείς:**

Η θεραπεία του παιδιού με γαστρεντερίτιδα αρχίζει στο σπίτι από τους γονείς, αμέσως μετά την εμφάνιση της διάρροιας, με τη χορήγηση ηλεκτρολυτικού διαλύματος από το στόμα, για την πρόληψη ή διόρθωση της αφυδάτωσης. Τα διαλύματα

αυτά διατίθενται ως εμπορικά σκευάσματα στα φαρμακεία. Οι γονείς ενημερώνουν τον παιδίατρο για τη γενική κατάσταση του ασθενούς και την πορεία της νόσου. Ορισμένα όμως παιδιά, όπως είναι τα βρέφη ηλικίας μικρότερης των έξι μηνών, παιδιά που εμφανίζουν υψηλό πυρετό, συχνή και μεγάλο όγκο διάρροια, παρατεταμένους εμετούς, ευερεθιστότητα ή λήθαργο, χρειάζεται να αξιολογούνται από τον παιδίατρο.

**Αντιμετώπιση οξείας διάρροιας:**

Περιλαμβάνει τη λήψη αποκλειστικά ηλεκτρολυτικού διαλύματος για 3 έως 4 ώρες και την έγκαιρη επανασίτιση, μετά από 4 ώρες ενυδάτωσης, με τη χορήγηση της φυσιολογικής για την ηλικία του παιδιού διατροφής. Τα θηλάζοντα βρέφη συνεχίζουν το μητρικό θηλασμό. Τα βρέφη τα οποία διατρέφονται με βρεφικό γάλα αμέσως μετά το στάδιο της ενυδάτωσης συνεχίζουν με το ίδιο γάλα στην κανονική αραίωση και τη συνήθη ποσότητα. Συνήθως στα περισσότερα δεν απαιτείται αντικατάσταση από ειδικό γάλα. Παιδιά που διατρέφονται με ημίρρευστες ή στερεές τροφές συνεχίζουν τη συνήθη διατροφή τους κατά τη διάρκεια των επεισοδίων διάρροιας. Πρέπει όμως να αποφεύγονται τα αναψυκτικά, οι χυμοί, ο ζελές, διότι μπορεί να επιδεινώσουν τη διάρροια.

Η πρακτική της πλήρους ακαίρεσης της τροφής για ένα εικοσιτετράωρο αντενδείκνυται.

Αντιβιοτικά δίδονται σε ορισμένους ασθενείς με μικροβιακή γαστρεντερίτιδα βάσει των αποτελεσμάτων της καλλιέργειας κοπράνων.

Τα αντιδιαρροϊκά φάρμακα δεν έχουν θέση στη θεραπεία της διάρροιας στα παιδιά.

Σημαντικό προληπτικό μέτρο για την αποφυγή της γαστρεντερίτιδας αποτελεί η τήρηση των κανόνων υγιεινής, όπως είναι το συχνό πλύσιμο των χεριών κυρίως πριν από το γεύμα.

**Συμπέρασμα:**

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι στη γαστρεντερίτιδα τη μεγαλύτερη σημασία έχει η πρόληψη ή η διόρθωση της αφυδάτωσης με τη χορήγηση ηλεκτρολυτικού διαλύματος και η επανασίτιση με την έγκαιρη χορήγηση τροφής. Έτσι, η ανάγκη για εισαγωγή στο Νοσοκομείο για παραπέρα αντιμετώπιση περιορίζεται σε λίγες περιπτώσεις παιδιών που πάσχουν από γαστρεντερίτιδα.

**ΜΑΡΙΑ ΗΛΙΑ**

*Η Μ. Ηλία είναι Παιδίατρος – Γαστρεντερολόγος, Αναπληρώτρια Διευθύντρια της Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων «Π. & Α. Κυριακού»*

*Ο ανθρώπινος σκελετός αποτελεί το στήριγμα όλου του οργανισμού σχηματίζοντας επιπλέον κοιλότητες μέσα στις οποίες προστατεύονται ευαίσθητα όργανα όπως ο εγκέφαλος και η καρδιά. Σε αυτόν οφείλεται η μορφή, το ύψος, η ιδιαιτερότητα των χαρακτηριστικών του προσώπου μας και, λόγω των σημείων στήριξης που παρέχει στο μυϊκό σύστημα, η δυνατότητα κίνησης.*

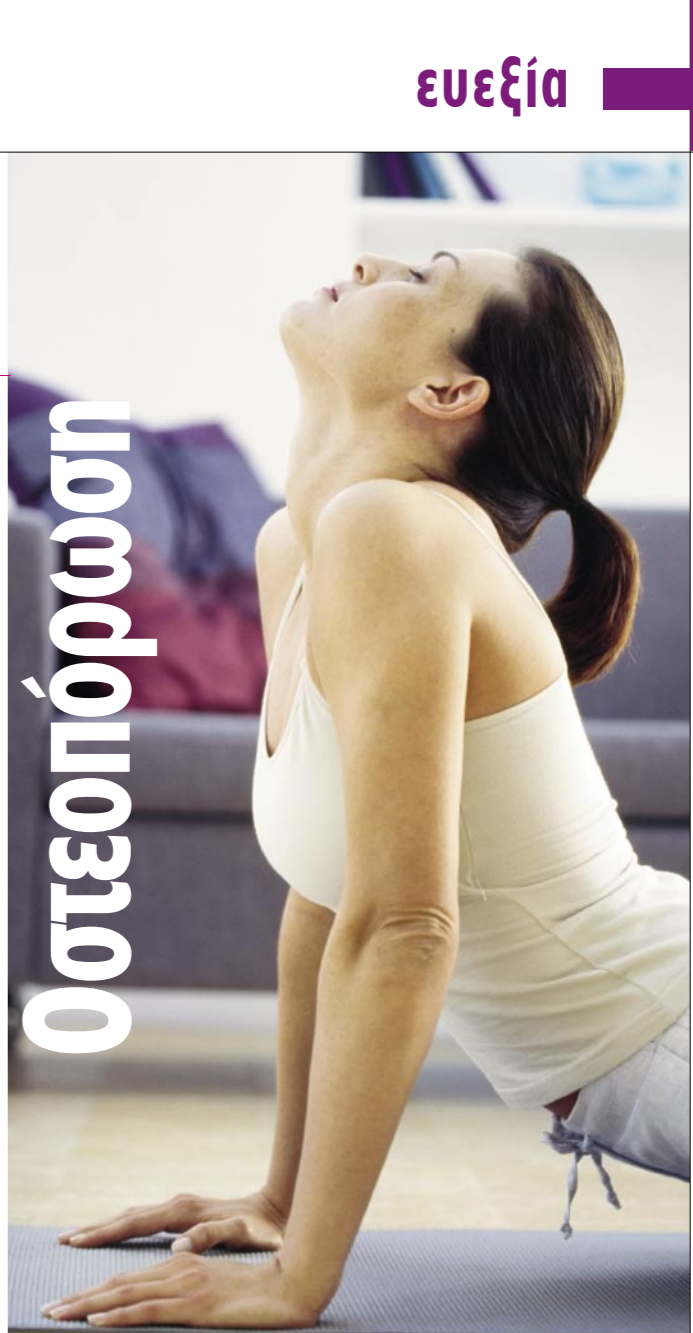
Με τον όρο οστεοπόρωση εννοούμε τη μείωση της πυκνότητας των οστών σε τέτοιο βαθμό ώστε αυτά να γίνονται ιδιαίτερα ευάλωτα σε κατάγματα. Η πάθηση αυτή του σκελετού έχει χαρακτηριστεί από την παγκόσμια επιστημονική κοινότητα ως «σιωπηλή επιδημία», καθώς εγκαθίσταται πραγματικά ύπουλα αλλά και γιατί παράλληλα έχει λάβει διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας. Πρόσφατα στατιστικά στοιχεία δικαιολογούν απόλυτα τον όρο αυτό. Συγκεκριμένα, παγκοσμίως μια στις τρεις γυναίκες και ένας στους οκτώ άνδρες άνω των 50 ετών πάσχουν από οστεοπόρωση. Ήδη στην Ευρώπη αναφέρονται 75 εκατομμύρια ασθενών με τις γυναίκες να προηγούνται με ποσοστό 80%. Με το μέσο όρο ζωής του πληθυσμού της γης να αυξάνεται διαρκώς η οστεοπόρωση αφορά όλο και περισσότερα άτομα. Αν λάβει κανείς υπόψη του ότι η δόμησή του, καταστρέφεται η μικροαρχιτεκτονική του και η εμφάνίζεται μια δαντελωτή μορφή σε αυτό. Το αποτέλεσμα είναι η υπονόμηση της ανθεκτικότητας του οστού και η εμφάνιση οστεοπόρωσης.

Τα αίτια της οστεοπόρωσης είναι πολυπαραγοντικά. Οτιδήποτε επηρεάζει το σχηματισμό της οργανικής βάσης, πάνω στην οποία δεσμεύονται τα μεταλλικά άλατα, που προσδίδουν στο οστό τη χαρακτηριστική του σκληρότητα και αντοχή, ή περιορίζει την παροχή και καθήλωση των μεταλλικών στοιχείων (βασικά των αλάτων ασβεστίου και φωσφόρου), μπορεί να προκαλέσει οστεοπόρωση. Οι σημαντικότερες αναφερόμενες αιτίες είναι:

ρισσότερος κόσμος πιστεύει, είναι ζωντανά όργανα και όχι ένα νεκρό σύνολο μεταλλικών στοιχείων. Περνώντας τη φάση της ανάπτυξης, όπου αυξάνονται σε μήκος αλλά και πάχος, συνεχίζουν να έχουν ενεργό μεταβολισμό σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Διαρκώς επιδιορθώνουν τις φθορές που πραγματικά ύπουλα αλλά και γιατί παράλληλα έχει λάβει διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας. Πρόσφατα στατιστικά στοιχεία δικαιολογούν απόλυτα τον όρο αυτό. Συγκεκριμένα, παγκοσμίως μια στις τρεις γυναίκες και ένας στους οκτώ άνδρες άνω των 50 ετών πάσχουν από οστεοπόρωση. Ήδη στην Ευρώπη αναφέρονται 75 εκατομμύρια ασθενών με τις γυναίκες να προηγούνται με ποσοστό 80%. Με το μέσο όρο ζωής του πληθυσμού της γης να αυξάνεται διαρκώς η οστεοπόρωση αφορά όλο και περισσότερα άτομα. Αν λάβει κανείς υπόψη του ότι η δόμησή του, καταστρέφεται η μικροαρχιτεκτονική του και η εμφάνίζεται μια δαντελωτή μορφή σε αυτό. Το αποτέλεσμα είναι η υπονόμηση της ανθεκτικότητας του οστού και η εμφάνιση οστεοπόρωσης.

**οστεοπόρωση**

- Προχωρημένη ηλικία.
- Ορμονικές διαταραχές (μειωμένα επίπεδα οιστρογόνων στις γυναίκες, σακχαρώδης διαβήτης, υπερθυρεοειδισμός κλπ).
- Εμμηνόπαυση είτε λόγω ηλικίας, είτε μετά από χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών.
- Μειωμένη πρόσληψη ασβεστίου, ιδιαίτερα κατά την περίοδο της ανάπτυξης του σκελετού και μέχρι το 30ο έτος της ηλικίας (τότε τα οστά παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη πυκνότητά τους).
- Έλλειψη σωματικής άσκησης.
- Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.
- Μακροχρόνια χορήγηση κορτικοστεροειδών φαρμάκων.
- Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.
- Μικρό σωματικό βάρος.
- Κληρονομική επιβάρυνση.





Συνήθη σημεία εμφάνισης οστεοπορωτικών καταγμάτων είναι στη σπονδυλική στήλη, στον καρπό και στο ισχίο

# Οστεοπόρωση

Η οστεοπόρωση είναι μια πολύ ύπουλη κατάσταση καθώς αναπτύσσεται σιωπηρά και για μακρό χρονικό διάστημα δε δίνει συμπτώματα ή αυτά είναι τόσο κοινότυπα ή ήπια που διαφεύγουν της προσοχής του ατόμου. Συχνά το πρώτο σύμπτωμα είναι ένα κάταγμα, δηλωτικό της ήδη εγκατεστημένης και συχνά σοβαρής μορφής οστεοπόρωσης. Στις Ηνωμένες Πολιτείες μια στις τρεις γυναίκες ηλικίας 60 έως 70 ετών και δύο στις τρεις άνω των 80 έχουν στο ενεργητικό τους ένα οστεοπορωτικό κάταγμα. Γενικά, η οστεοπόρωση είναι μια κατάσταση που αποτελεί στην πλειονότητά της προνόμιο του γυναικείου πληθυσμού. Έτσι, μετά την ηλικία των 60 ετών η συχνότητα εμφάνισης καταγμάτων αυτής της αιτιολογίας είναι δύο με τρεις φορές μεγαλύτερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους, κυρίως όμως διότι μετά την εμμηνόπαυση παύει για τις γυναίκες η προστατευτική δράση των οιστρογόνων, ενώ παράλληλα η μέγιστη οστική πυκνότητα των γυναικών είναι σαφώς μικρότερη αυτής των ανδρών.

Συνήθη σημεία εμφάνισης οστεοπορωτικών καταγμάτων είναι στη σπονδυλική στήλη, στον καρπό και στο ισχίο. Ειδικά τα σπονδυλικά κατάγματα μπορούν να συμβούν κατά τη διάρκεια απλών, καθημερινών ασχολιών, όπως η άρση ενός αντικειμένου και μάλιστα χωρίς να έχει προηγηθεί κάκωση της περιοχής του σπονδυλικού σώματος. Επιπλέον, τα περισσότερα από αυτά δε διαγιγνώσκονται εγκαίρως. Οι ασθενείς που υποφέρουν από πόνο στη μέση λόγω ενός τέτοιου κατάγματος το αποδίδουν σε κάποια κάκωση της περιοχής ή απλά στην πάροδο της ηλικίας. Οι πιο πολλοί έχουν συμβιβαστεί με την ιδέα ότι παρόμοιοι πόνοι είναι συνδεδεμένοι με τα γηρατειά κι έτσι δε ζητούν συχνά ιατρική βοήθεια. Τα σπονδυλικά κατάγματα, πέρα από τον πόνο και τον περιορισμό της κινητικότητας και λειτουργικότητας της σπονδυλικής στήλης που προκαλούν, έχουν ως αποτέλεσμα την κύρτωση της (κύφωση) και τη μείωση του ύψους του ατόμου. Παράλληλα έχει βρεθεί ότι συνδέονται με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης νέου κατάγματος τόσο σε άλλο σπόνδυλο όσο και σε άλλο σημείο του σώματος, συνήθως σε καρπό και ισχίο. Τα κατάγματα σε άλλα σημεία του σκελετού συμβαίνουν συνήθως μετά από κάκωση, όχι όμως τέτοια που να δικαιολογεί τέτοια εξελίξη. Πάλι από στατιστικά δεδομένα, τα κατάγματα ειδικά του ισχίου συνδέονται σε μεγάλο ποσοστό με αναπηρία, μεγαλύτερο ποσοστό σοβαρών καρδιολογικών και πνευμονολογικών νόσων και υψηλότερη θνησιμότητα από ότι στο γενικό πληθυσμό. Είναι επομένως η οστεοπόρωση μια ύπουλη κατάσταση που υπονομεύει αργά αλλά σταθερά την ποιότητα της ζωής των ασθενών.

Το Ιπποκρατικό ρητό «κάλιο το προλαμβάνει παρά το θεραπεύει» έχει κι εδώ την απόλυτη εφαρμογή. Η οστεοπόρωση είναι δυνατόν να προληφθεί, φτάνει να αποκτηθεί συνείδηση του κινδύνου που αυτή αντιπροσωπεύει από τη νεανική ακόμη ηλικία. Στην ηλικία των 30 ετών ο σκελετός παρουσιάζει τη μεγαλύτερη πυκνότητα στη δομή των οστών του. Από εκεί και έπειτα αρχίζει μια φυσιολογική φθορά των οστών, πολύ αργή και σταδιακή. Τα διάφορα άλλα αίτια (ορμονικά, διαταλογικά, φαρμακευτικά) απλώς επιταχύνουν αυτή την απώλεια της πυκνότητας των οστών. Το κλειδί λοιπόν είναι επίτευξη μέγιστης δυνατής οστικής πυκνότητας νωρίς στην ενήλικη ζωή. Αυτό επιτυγχάνεται με

καλή διατροφή, πλούσια σε ασβέστιο και πρωτεΐνες, σε συνδυασμό με σωματική άσκηση ενάντια στη βαρύτητα (τρέξιμο και περπάτημα). Όσο η ηλικία προχωρά, η καλή διατροφή και η κίνηση, σε συνδυασμό με την αποφυγή του καπνίσματος και της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, μπορούν να ανακόψουν την γρήγορη απώλεια οστικής μάζας. Ιδιαίτερα οι γυναίκες, στις οποίες η επίπτωση της οστεοπόρωσης είναι σαφώς μεγαλύτερη,

προστατεύονται από τα οιστρογόνα μέχρι την εποχή της εμμηνόπαυσης. Από το χρονικό σημείο αυτό και μετά, οπότε παύει η προστατευτική δράση των γυναικείων ορμονών, οι γυναίκες εμφανίζουν τη λεγόμενη μετεμμηνόπαυσιακή οστεοπόρωση. Ιδιαίτερα λοιπόν ο γυναικείος πληθυσμός θα πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη του τον κίνδυνο, που υπονομεύει την καλή του υγεία, και να φροντίζει με ιδιαίτερη έμφαση να τον εξουδετερώσει με καλή διατροφή και κίνηση.

Παράλληλα με την πολιτική πρόληψης της οστεοπόρωσης, η φαρμακοβιομηχανία έρχεται αρωγός σε αυτή την προσπάθεια με μια πληθώρα φαρμακευτικών σκευασμάτων. Σήμερα υπάρχει η δυνατότητα με τη βοήθεια φαρμάκων να επιβραδυνθεί ο οστικός καταβολισμός, που οδηγεί με μαθηματική ακρίβεια στην οστεοπόρωση, ή να βελτιωθεί η αναδόμηση του οστού. Από τις γνωστές ταμπλέτες ασβεστίου μέχρι τις θεραπείες ορμονικής υποκατάστασης οιστρογόνων και τα διφωσφονικά φάρμακα, η κάθε γυναίκα μπορεί με την καθοδήγηση του υπεύθυνου γιατρού της να βρει τον κατάλληλο συνδυασμό, που θα τη βοηθήσει να αντιμετωπίσει το πρόβλημά της. Οι εξελίξεις στην αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης τρέχουν με ιλιγγιώδη ρυθμό, καθώς το παγκόσμιο ενδιαφέρον είναι τεράστιο. Ήδη κυκλοφορούν σκευάσματα που σε εβδομαδιαία ή ακόμη και σε μηνιαία χορήγηση είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τη λέπτυνση των οστών προστατεύοντας αποτελεσματικά. Παράλληλα νέα ερευνητικά φάρμακα μπαίνουν στο προσκήνιο και το μέλλον προοιωνίζεται εξαιρετικά ενθαρρυντικό.

Επομένως είναι τουλάχιστον απαράδεκτο να ανακαλύπτει ένας ασθενής ότι πάσχει από οστεοπόρωση μετά από κάποιο κάταγμα. Δυστυχώς το όλο θέμα δεν περιορίζεται σε προσωπικό επίπεδο. Το κόστος αντιμετώπισης των καταγμάτων και των συνοδών καταστάσεων που προκαλεί η οστεοπόρωση στον πληθυσμό καταλήγει να είναι δυσβάστακτο για τα ταμεία υγείας των διάφορων χωρών. Κυρίως όμως και πέρα από οικονομικά κριτήρια είναι θλιβερό μια κατάσταση που μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί, αν διαγνωσθεί εγκαίρως, να υπονομεύει την ποιότητα ζωής ενός ολόκληρου πληθυσμού, που παρόλη την προχωρημένη ηλικία του μπορεί να ζήσει μια δραστήρια και παραγωγική ζωή. Οι επιστημονικές συστάσεις για την έγκαιρη διάγνωση της οστεοπόρωσης περιλαμβάνουν τακτικό έλεγχο της πυκνότητας της οστικής μάζας, συνήθως με τη μέθοδο της απορροφησιμετρίας διπλής ενέργειας ακτίνων Χ (DEXA) τόσο για τη διάγνωση της έναρξης της παθολογικής κατάστασης όσο και ως παρακολούθηση αυτής (follow up).

Για να υπάρξει πάντως αποτέλεσμα στην εκστρατεία κατά της οστεοπόρωσης, απαιτείται η γνώση και η εγρήγορση σε ατομικό επίπεδο. Η καλή γνώση του «εχθρού» είναι το πρώτο βήμα για την αναχαίτισή του. Η οστεοπόρωση μπορεί να πάψει να είναι μια «ύπουλη απειλή» όταν βγούμε από την αδράνεια, συνειδητοποιήσουμε ότι μας αφορά σε προσωπικό επίπεδο, κατανοήσουμε τί διακινδυνεύουμε αφήνοντάς την να εξελιχθεί και χρησιμοποιήσουμε τα όπλα που φέρνει στη διάθεσή μας η επιστήμη.

**ΑΘΑΝΑΣΙΑ ΓΙΑΚΟΥΜΗ**  
Η Α. Γιακουμή είναι Ιατρός

# Αίσθημα ελευθερίας & εμπιστοσύνης στην καθημερινή ζωή

Οι θεραπείες για το HIV & την Ηπατίτιδα βελτίωσαν σημαντικά τις ζωές των ανθρώπων, μπορεί όμως να περιορίσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Για ποιότητα ζωής, η Gilead στοχεύει στην ανάπτυξη αποτελεσματικών και εύχρηστων φαρμάκων.



**GILEAD**  
Advancing Therapeutics.  
Improving Lives.

καθημερινή ζωή

# Μεσογειακή διατροφή:

## ο παππούς και η γιαγιά γνώριζαν καλύτερα!

Όλο και πιο συχνά ακούμε ή διαβάζουμε για τη Μεσογειακή Διατροφή. Κάποιοι ίσως ξέρουν ότι είναι η διατροφή των προγόνων μας εδώ στην Ελλάδα, και όχι των ιδιαίτερα μακρινών προγόνων μας απαραίτητα. Πόσο πραγματικά όμως γνωρίζουμε ποια είναι αυτή η διατροφή και το γιατί είναι ωφέλιμη για την υγεία μας σήμερα;

### • Τι είναι η Μεσογειακή διατροφή

Η μεσογειακή διατροφή ξεκίνησε να απασχολεί τη διεθνή κοινή γνώμη στις αρχές της δεκαετίας του '60, όταν από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας πραγματοποιήθηκε μελέτη, στην οποία συμμετείχαν εφτά (7) διαφορετικές χώρες (Ολλανδία, Γιουγκοσλαβία, Ιαπωνία, Φινλανδία, Ιταλία, ΗΠΑ και Ελλάδα). Μελετήθηκαν οι διατροφικές συνήθειες 13.000 ατόμων ηλικίας από 40 έως 59 ετών για περισσότερο από 30 χρόνια. Παρατηρήθηκε ότι οι κάτοικοι των ελαιόπαραγωγικών χωρών της μεσογειακής λεκάνης, με έμφαση στην Ελλάδα (Κρήτη), είχαν μακροζωία και καλύτερη υγεία, ενώ παράλληλα είχαν πολύ μικρότερη

πιθανότητα να πεθάνουν από οποιαδήποτε αιτία, συμπεριλαμβανομένων του καρκίνου και των καρδιαγγειακών νοσημάτων, και είχαν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής συγκριτικά με τους κατοίκους των πλουσιότερων χωρών του Βορρά. Η απλή και λιτή παρασκευή εύγεστων πιάτων – σε συνδυασμό με έναν πιο φυσικό τρόπο διαβίωσης και εργασίας στο ύπαιθρο - εντοπίστηκε ότι σχετίζεται σημαντικά με τις αιτίες των ανωτέρω φαινομένων και έγινε ευρέως γνωστή ως **μεσογειακή διατροφή**.

### • Από τι ακριβώς αποτελείται η Μεσογειακή διατροφή

Ο μεσογειακός τρόπος ζωής αντικατοπτρίζει τα χαρακτηριστικά της διατροφής των κατοίκων της Μεσογείου, έτσι όπως διαμορφώθηκαν ανά τους αιώνες βασιζόμενοι σε μια καθορισμένη χλωρίδα και πανίδα. Κυριαρχείται από αφθονία τροφίμων φυτικής προέλευσης, όπως τα φρούτα, τα λαχανικά, το ψωμί, το ρύζι, τα δημητριακά, τα όσπρια, οι πατάτες και οι ξηροί καρποί. Πρέπει να τονιστεί ότι

τα αναφερθέντα τρόφιμα είναι αποτελεσματικό φυσικό τρόπο καλλιέργειας, δηλαδή συχνά με ελάχιστη επεξεργασία και χωρίς φυτοφάρμακα και λιπάσματα, ενώ ταυτόχρονα η διάθεσή τους είναι εποχιακή και σε μεγάλη ποικιλία.

Το **λίπος** προέρχεται κατά κύριο λόγο από το ελαιόλαδο, τις ελιές, αλλά και το ψάρι. Ενώ απαρτίζει το 40% σχεδόν του ημερήσιου θερμιδικού περιεχομένου σε αντίθεση με το 30% που συνιστά η Αμερικάνικη Ένωση Καρδιοπαθειών, έχει αυξημένο λόγο μονοακόρεστου / κορεσμένου λίπος, συμβάλλοντας έτσι στην αύξηση της HDL χοληστερόλης («καλής») και επηρεάζοντας ελάχιστα τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης («κακής»). Τα τυριά και ειδικά το γιαούρτι αποτελούν την πηγή πρόσληψης **γαλακτοκομικών**, που όμως είναι σε χαμηλά επίπεδα σε ημερήσια βάση.

Το **κοτόπουλο** και το **ψάρι** καταναλώνονται κάθε βδομάδα, ενώ το **κόκκινο κρέας** δεν είναι απαγορευμένο, απλά καταναλώνεται μόλις λίγες φορές το μήνα.

Η συχνότητα κατανάλωσης ζάχαρης που περιέχεται στα **γλυκά** περιορίζεται σε λίγες φορές το μήνα, ενώ συνηθίζεται η χρήση του μελιού.

Τέλος, ένα με δύο ποτήρια **κρασί** βρίσκονται στην ημερήσια διατάξη!

Με μια πιο προσεκτική ματιά μπορούμε εύκολα να παρατηρήσουμε ότι όλα τα θρεπτικά συστατικά διαμορφώνουν ένα μοντέλο διατροφής. Αρχικά, οι ποσότητες του κόκκινου κρέατος είναι αισθητά μικρότερες από αυτές των δημητριακών, λαχανικών και φρούτων. Τα φρέσκα φρούτα και τα λαχανικά είναι πλούσια σε φυτικές ίνες και βιταμίνες Α και C (που επιβραδύνουν τη φθορά των κυττάρων). Τα ακατέργαστα δημητριακά και τα όσπρια προσφέρουν άφθονους υδατάνθρακες για ενέργεια, αλλά και βιταμίνες Β και Ε. Το ασβέστιο και οι απαραίτητες βιταμίνες προσφέρονται από το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα, καθώς και το κοτόπουλο και το ψάρι. Οι ξηροί καρποί, τα άγρια χόρτα και το μέλι συμπληρώνουν όλα τα απαραίτητα μεταλλικά άλατα και ιχνοστοιχεία, όπως και τα μυρωδικά και τα μπαχαρικά. Οι ελιές και το ελαιόλαδο αποτελούν πηγή μονοακόρεστων και ουσιωδών λιπαρών οξέων, αλλά και αντιοξειδωτικών.

Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι κάθε συστατικό του μεσογειακού προτύπου επιφέρει μικρό ευεργετικό αποτέλεσμα,

ωστόσο το σύνολο των συστατικών συνδυασμένων μεταξύ τους αλληλεπιδρούν και οδηγούν σε ορατά οφέλη.

### • Ευεργετικές συνέπειες

Η ευεργετικές επιδράσεις της Μεσογειακής διατροφής στην υγεία του ανθρώπου μελετήθηκαν και επιβεβαιώθηκαν από μια πληθώρα μελετών που αποδεικνύουν ότι αυτός ο τρόπος διατροφής προλαμβάνει παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως είναι η δυσλιπιδαιμία, ο διαβήτης τύπου II, η παχυσαρκία, η υπέρταση, και συνεπώς συνεισφέρει στην πρωτογενή

ασθενείς που έχουν υποστεί έμφραγμα. Αναλυτικότερα παρατηρήθηκαν τα εξής:

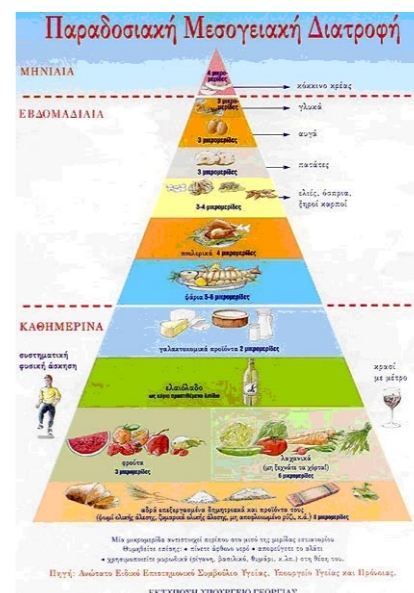
- μείωση των επιπέδων τριγλυκεριδίων, ολικής και LDL χοληστερόλης στο αίμα
- μείωση του κινδύνου αρτηριοσκλήρυνσης
- μείωση του κινδύνου καρκίνου του παχέως εντέρου, του μαστού και του προστάτη
- μείωση του κινδύνου ρευματοειδούς αρθρίτιδας
- μείωση της αρτηριακής πίεσης και της δοσολογίας αντιυπερτασικών φαρμάκων σε ελαφρώς υπερτασικά άτομα
- αυξημένες ποσότητες αντιοξειδωτικών παραγόντων (βιταμίνης Ε και C, αυξημένες ποσότητες ω-3 λιπαρών οξέων (κυρίως αλινολενικό οξύ) και ελαττωμένες ποσότητες ω-6 στο αίμα
- προστασία από την πτώση των εγκεφαλικών λειτουργιών, την απώλεια μνήμης και ασθενειών που σχετίζονται με το γήρας

### • Σήμερα

Τα τελευταία χρόνια βομβαρδιζόμαστε καθημερινά από πληροφορίες έντονα ανησυχητικές για τα τρόφιμα που καταναλώνουμε, τρόφιμα η ποιότητα και η ασφάλεια των οποίων ισχυρά κλονίζεται από την αλόγιστη χρήση λιπασμάτων, φυτοφαρμάκων, συντηρητικών, καρκινογόνων ουσιών, αλλά και μεταλλαγμένων ζωοτροφών. Η μελέτη και η ανάλυση σε επιστημονικό επίπεδο των ευεργετικών επιδράσεων του παραδοσιακού τρόπου διατροφής, της μεσογειακής διατροφής, σε σύγκριση με το δυτικό τρόπο διατροφής (προπαρασκευασμένα και βιομηχανοποιημένα γεύματα, ραφινάρισμένοι υδατάνθρακες, κορεσμένα λίπη), καθώς και η διαρκώς αυξανόμενη εμφάνιση των «ασθενειών της αφθονίας» μας οδηγεί συμπερασματικά στο να ενστερνιστούμε το διατροφικό μοντέλο των παππούδων και των γιαγιάδων μας στοχεύοντας σε καλύτερη ποιότητα ζωής!

### ΕΙΝΑ ΜΟΥΣΤΟΥ

Η Ε. Μούστου είναι Κλινικός Διαιτολόγος, στο Τμήμα Διατροφής, του Νοσοκομείου Αφροδισίων Νοσημάτων «Α. Συγγρός».



και δευτερογενή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου, καθώς και κάποιων μορφών καρκίνου. Πιο συγκεκριμένα, η τελευταία έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 22.000 ενήλικους ανθρώπους στην Ελλάδα και διήρκησε τέσσερα χρόνια έδειξε πως εκείνοι που εφάρμοζαν το μεσογειακό διαιτολόγιο με περισσότερη ευλάβεια εμφάνιζαν κατά 1/3 λιγότερες πιθανότητες να πεθάνουν από καρδιοπάθεια και 24% λιγότερες πιθανότητες να πεθάνουν από καρκίνο. Επιπρόσθετα, ερευνητές από τη Νέα Ορλεάνη ανακοίνωσαν ότι ο μεσογειακός τρόπος διατροφής είναι ο καταλληλότερος για τους

# Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Εντεροπάθειες Κίνδυνοι από τα φάρμακα

Και λοιπόν;... Οι ενημερωμένοι ασθενείς σπάνια κινδυνεύουν.  
Η διαρκής πληροφόρηση και η άγρυπνη παρακολούθηση κάνουν τη θεραπεία πιο ασφαλή

## Χρειάζεται να παίρνω φάρμακα για την ελκώδη κολίτιδα ή τη νόσο του Crohn;

Οι ασθένειες αυτές είναι ιδιοπαθείς, δηλαδή άγνωστης αιτίας. Άρα δε γιαιτρεύονται ριζικά. Τα φάρμακα είναι αναγκαία για να τις τιθα-σεύουν και να τις κρατούν «κοιμισμένες», δηλαδή σε ύφεση. Έτσι μπορείτε να ζείτε ως φυσιολογικός άνθρωπος στην εργασία, το σπίτι, το σχολείο, την παρέα, κλπ.

## Ποια φάρμακα πρέπει να παίρνω;

Τα κυριότερα φάρμακα περιλαμβάνονται στον 1ο πίνακα. Ποια θα πάρετε εξαρτάται από το είδος, την έκταση και τη δραστηριότητα της νόσου και την ηλικία σας. Ορισμένα είναι πιο δραστικά στην ελκώδη κολίτιδα και άλλα στη νόσο του Crohn.

## Είναι ασφαλή αυτά τα φάρμακα;

Δεν υπάρχει ασφαλές φάρμακο. Κάθε φαρμακευτική θεραπεία έχει κινδύνους, καμιά φορά σοβαρούς, αλλά χορηγείται γιατί αποδεδειγμένα θα σας ευεργετήσει πολύ περισσότερο απ' ό,τι θα σας βλάψει.

## Ποιοι είναι οι κίνδυνοι από τη σουλφασαλαζίνη;

Η σουλφασαλαζίνη περιέχει σουλφαπυριδίνη και 5-αμινοσαλικυλικό. Το 15% των ασθενών εμφανίζει ανεπιθύμητες ενέργειες, που οφείλονται κυρίως στη σουλφαπυριδίνη: Ναυτία, έμετος, πονοκέφαλος, ήπια αναιμία ή λευκοπενία (μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων), ανδρική στειρότητα και αλλεργικές αντιδράσεις, άλλοτε ήπιες (πυρετός, εξάνθημα, κρίσεις άσθματος, παροδική πτώση των τριχών) και άλλοτε σοβαρές (ηπατίτιδα, πνευμονίτιδα, παγκρεατίτιδα, περικαρδίτιδα, ακόμη και έξαρση της κολίτιδας). Οι ασθενείς πρέπει να παίρνουν παράλληλα και φυλλικό οξύ.

## Τα σκευάσματα 5-αμινοσαλικυλικού είναι ακίνδυνα;

Όχι εντελώς, αλλά είναι πιο ασφαλή από τη σουλφασαλαζίνη. Δεν προκαλούν ανδρική στειρότητα, αναιμία ή στομαχικές διαταραχές. Όμως το 20% των ασθενών με αλλεργία στη σουλφασαλαζίνη εμ-

φανίζουν την ίδια αλλεργία και στο 5-αμινοσαλικυλικό. Όσοι δεν ανέχονται το γάλα μπορεί να εμφανίσουν διάρροια με τη μεσαλαζίνη, επειδή περιέχει αρκετή λακτόζη. Σπάνια οι υποκλυσμοί μεσαλαζίνης προκαλούν έξαρση κολίτιδας. Μετά από μακρά θεραπεία μπορεί να εμφανισθεί νεφροπάθεια και γι' αυτό πρέπει να παρακολουθείται συχνά η νεφρική λειτουργία.

## Τα κορτικοειδή είναι επικίνδυνα φάρμακα;

Τα κορτικοειδή κατευνάζουν συνήθως αποτελεσματικά τις εξάρσεις της νόσου. Όμως έχουν σημαντικά ανεπιθύμητες ενέργειες (2ος πίνακας), που εξαρτώνται από τη δόση και τη διάρκεια της θεραπείας. Αυτές συνηθέστατα υποχωρούν όταν τελειώσει η θεραπεία, με εξαίρεση την οστεονέκρωση. Όσο λαμβάνετε κορτικοειδή πρέπει να τρώτε ανάλατα φαγητά, να εξετάζετε περιοδικά για καταρράκτη, γλαύκωμα, υπέρταση και διαβήτη, να παίρνετε βιταμίνη D, ασβέστιο ή διφωσφονικά, για να προληφθεί η οστεοπόρωση, και να περιποιείστε το δέρμα σας. Η βουδεσονίδη, ένα νέο κορτικοειδές που χορηγείται ως θεραπεία της τελικής ειλειπίδας, έχει λιγότερες αισθητικές και μεταβολικές ανεπιθύμητες ενέργειες από τα κλασικά κορτικοειδή.

## Η νόσος μου δεν ελέγχεται με κορτιζόνη κι ο γιατρός μου συνέστησε να πάρω ανοσοκατασταλτικά. Η ιδέα με τρομοκρατεί και θα ήθελα να ξέρω τους κινδύνους της θεραπείας.

Η αζαθειοπρίνη και η 6-μερκαπτοπουρίνη είναι γενικώς ασφαλή φάρμακα. Ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίζονται στο 10-15% των ασθενών αλλά συνηθέστατα είναι ήπιες (όπως ναυτία, έμετος, πυρετός, εξάνθημα και πονοκέφαλος) και υποχωρούν όταν διακοπεί η θεραπεία. Σοβαρότερες είναι η παγκρεατίτιδα, η ηπατίτιδα και η λευκοπενία (που μπορεί να προκαλέσει βαριές λοιμώξεις). Η σουλφασαλαζίνη και λιγότερο η μεσαλαζίνη αυξάνουν την πιθανότητα λευκοπενίας από αζαθειοπρίνη. Ο κίνδυνος ανάπτυξης λεμφώματος είναι πολύ μικρός. Για την ασφάλεια της θεραπείας επιβάλλονται περιοδικές αιματολογικές και ηπατικές εξετάσεις. Η μεθοτρεξάτη έχει ανάλογες ανεπιθύμητες ενέργειες με την αζαθειοπρίνη, αλλά προκαλεί επιπλέον πνευμονία και ίνωση του ήπατος. Ο κίνδυνος για ηπατική κίρρωση είχε υπερτιμηθεί στο παρελθόν. Όπως με την αζαθειοπρίνη, πρέπει να κάνετε περιοδικά αιματο-

### Πίνακας 1.

Συνήθη φάρμακα στις Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Εντεροπάθειες (ΙΦΕΝ)

Προφάρμακα και παράγωγα του 5-αμινοσαλικυλικού

Σουλφασαλαζίνη (Salopyrine®, Azulfidine®)  
Μεσαλαζίνη (Asacol®, Salofalk®, Pentasa®)  
Ολσαλαζίνη (Dipentum®)\*  
Δινatriούχος Βαήσαλαζίδη (Colazal®)\*  
Υποκλυσμοί και υπόθετα μεσαλαζίνης (Asacol®, Salofalk®)

Κλασικά κορτικοειδή

Πρεδνιζόνη, πρεδνιζολόνη και μεθυλπρεδνιζολόνη (Σε δισκία, ενέσιμα διαλύματα, υποκλυσμούς και υπόθετα)

Νεότερα κορτικοειδή

Βουδεσονίδη (Budecol®, Budenofalk®) [Σε δισκία και υποκλυσμούς (Budecoll)]

Ανοσοτροποποιητικά (ανοσοκατασταλτικά)

Αζαθειοπρίνη, 6-μερκαπτοπουρίνη  
Μεθοτρεξάτη  
Ανταγωνιστές της καλσινευρίνης  
Κυκλοσπορίνη (Sandimmune®, Neoral®)  
Tacrolimus (Prograf®)  
Mycophenolate mofetil (CellCept®)

Βιολογικές θεραπείες

Infliximab (Remicade®)  
Adalimumab\*

\* Δε διατίθενται ή δεν έχουν έγκριση για τις ΙΦΕΝ στην Ελληνική αγορά.

λογικές και βιοχημικές εξετάσεις και να λαμβάνετε φυλλικό οξύ. Αν χρειασθεί, ο γιατρός σας θα συστήσει εξειδικευμένες εξετάσεις ήπατος.

Η κυκλοσπορίνη χορηγείται στη βαριά ελκώδη κολίτιδα που δεν ανταποκρίνεται στην κορτιζόνη και σπανιότερα στη νόσο του Crohn. Έχει πολλές αλλά συνήθως αναστρέψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως υπερτίχωση, υπερπλασία των ούλων, μωδιάσματα στα άκρα, υπέρταση, κλπ. Ασθενείς με υποθρεψία και χαμηλή χοληστερόλη μπορεί να παρουσιάσουν επιληπτικές κρίσεις. Πιο ανησυχητικές είναι η νεφροτοξικότητα και οι λοιμώξεις. Απαιτείται στενή παρακολούθηση των επιπέδων του φαρμάκου στο αίμα, της αρτηριακής πίεσης, των λευκών αιμοσφαιρίων, της χοληστερόλης και της νεφρικής λειτουργίας.

Άλλα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, όπως το tacrolimus και το mycophenolate mofetil,

χορηγούνται εναλλακτικά της κυκλοσπορίνης, αλλά έχουν τις ίδιες περίπου ανεπιθύμητες ενέργειες.

## Οι βιολογικές θεραπείες είναι ασφαλείς;

Πολλά βιολογικά φάρμακα δοκιμάζονται αλλά μόνο το infliximab χορηγείται στην Ελλάδα ως θεραπεία της νόσου του Crohn. Όπως με κάθε νέο φάρμακο, μαθαίνουμε καθημερινά από τη χρήση του. Το infliximab μπορεί να προκαλέσει αντιδράσεις στο σημείο της ενδοφλέβιας έγχυσης. Αν δε δοθεί με σωστή περιοδικότητα ή μαζί με ανοσοκατασταλτικά, δημιουργούνται στον οργανισμό αντισώματα, που προκαλούν αλλεργικές αντιδράσεις 7-14 μέρες μετά την έγχυση, με πυρετό, τρόμο, σπασμό των μαστήρων μυών, κλπ. Αυτές αντιμετωπίζονται με αντιαλλεργική θεραπεία. Αν υπάρχει κάπου συλλογή πύου, μπορεί να προκληθεί σήψη. Ασθενείς που δεν έχουν εμβολιασθεί για φυματίωση πρέπει να κάνουν εξέταση Mantoux κι αν είναι θετική να παίρνουν προφύλαξη όσο διαρκεί η θεραπεία. Το infliximab μπορεί να «αφυπνίσει» κοιμισμένα παθογόνα, όπως ο κυτταρομεγαλοϊός ή η λιστέρια. Προκαλεί συχνά αναπνευστικές λοιμώξεις. Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν εξανθήματα που μοιάζουν με ψωρίαση ή ερυθματώδη λύκο. Όλες αυτές όμως είναι σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες και αντιμετωπίζονται με ευχέρεια χωρίς απώτερες επιπτώσεις για τον ασθενή που παρακολουθείται σωστά.

## Σχεδιάζω να μείνω έγκυος. Να διακόψω τη θεραπεία; Ποια από τα φάρμακα αυτά θα βλάψουν το έμβρυό μου;

Η σουλφασαλαζίνη και η μεσαλαζίνη είναι ασφαλή φάρμακα. Η διακοπή τους στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει έξαρση νόσου, που μπορεί να οδηγήσει σε αυτόματα έκτρωση ή θάνατο του εμβρύου. Τα κορτικοειδή καλό είναι να αποφεύγονται, αλλά είναι σωτήρια για τη μητέρα και το έμβρυο αν η νόσος εμφανίσει έξαρση στην κύηση. Αν και έχουν καταγραφεί πολλές γεννήσεις υγιών εμβryών από ασθενείς που έπαιρναν αζαθειοπρίνη, συνιστάται η διακοπή του φαρμάκου 2-3 μήνες πριν να επιχειρηθεί σύλληψη ίσως ακόμη κι από το σύζυγο, αν αυτός είναι ο ασθενής. Τα ίδια περίπου ισχύουν και για την κυκλοσπορίνη. Μεθοτρεξάτη, tacrolimus και mofetil mycophenolate

αντενδείκνυνται. Πρόσφατα ανακοινώθηκαν γεννήσεις υγιών εμβryών από ασθενείς που έπαιρναν infliximab γύρω από τη σύλληψη, αλλά τα δεδομένα δεν είναι επαρκή για την ελεύθερη χρήση του φαρμάκου στην κύηση.

## Μπορώ να περιορίσω τους κινδύνους της θεραπείας;

Ασφαλώς. Κι αυτό γίνεται πολύ απλά με τη διαρκή ενημέρωση, την εγρήγορση αλλά και τη στενή παρακολούθηση από τον γιατρό σας. Σήμερα, δόξα τω Θεώ, υπάρχουν πολλές πηγές απ' όπου μπορείτε να αντλήσετε πληροφορίες για την ασθένειά σας και να τις συζητήσετε με τον γιατρό σας.

### Πίνακας 2.

Ανεπιθύμητες ενέργειες των κορτικοειδών

Ψυχικές

Κατάθλιψη  
Αϋπνία  
Βουλιμία  
Μανιοκατάθλιψη

Μεταβολικές

Νυκτερινοί ιδρώτες  
Διαβήτης  
Λιπώδης εκφύλιση του ήπατος  
Οστεοπόρωση  
Οστεονέκρωση (ιδίως της κεφαλής του μηριαίου οστού)  
Μυϊκή αδυναμία  
Υπέρταση

Οφθαλμικές

Καταρράκτης  
Γλαύκωμα

Κοσμητικές

Ακμή  
Πανσειληνοειδές (πληθωρικό) πρόσωπο  
Υπερτίχωση  
Κυανέρυθρες ραβδώσεις στην κοιλιά και τα στήθη

Επιρρέπεια σε λοιμώξεις

Κακή επούλωση τραυμάτων

ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ Ι. ΜΑΝΤΖΑΡΗΣ

Ο Γ. Ι. Μάντζαρης είναι Επιμελητής Α, στην Α' Γαστρεντερολογική Κλινική, του ΓΝΑ «Ευαγγελισμός»

## Μεταξύ 4ου και 6ου μήνα η εισαγωγή της γλουτένης στη διατροφή των βρεφών

### Νέα Υόρκη:

Για τα παιδιά που κινδυνεύουν να εκδηλώσουν κοιλιοκάκη, η καλύτερη περίοδος εισαγωγής στη διατροφή τους τροφίμων που περιέχουν γλουτένη είναι μεταξύ του τέταρτου και έκτου μήνα ζωής, σύμφωνα με αμερικανική μελέτη που δημοσιεύθηκε στο Journal of the American Medical Association.

Στην κοιλιοκάκη η κατανάλωση τροφών που περιέχουν γλουτένη (όπως το σιτάρι, η σίκαλη και το κριθάρι) μπορεί να προκαλέσει βλάβες στο λεπτό έντερο, με αποτέλεσμα μειωμένη απορρόφηση και συμπτώματα όπως κοιλιακά άλγη, πρήξιμο, διάρροια και απώλεια βάρους.

Ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου του Κολοράντο με επικεφαλής τη Δρ. Τζιλ Νόρρις κατέγραψε τη συχνότητα της κοιλιοκάκης σε 1.560 παιδιά τα οποία ετέθησαν υπό ιατρική παρακολούθηση για σχεδόν πέντε χρόνια. Όλα τα παιδιά είχαν οικογενειακό ιστορικό ή γενετικό υπόβαθρο που αύξανε τον κίνδυνο εκδήλωσης κοιλιοκάκης.

Κατά τη διάρκεια της επανεξέτασης του δείγματος 51 παιδιά είχαν εκδηλώσει κοιλιοκάκη.

Συγκριτικά με τα παιδιά που εκτέθηκαν στη γλουτένη μεταξύ τεσσάρων και έξι μηνών, εκείνα που εκτέθηκαν στη συγκεκριμένη πρωτεΐνη σε μικρότερη ηλικία είχαν έως και 23πλάσιες πιθανότητες εκδήλωσης κοιλιοκάκης. Επίσης η εισαγωγή τροφών που περιέχουν γλουτένη μετά τον έκτο μήνα ζωής τετραπλασίαζε τον κίνδυνο κοιλιοκάκης.

Σχολιάζοντας τη μελέτη ο Δρ Ρίτσαρντ Φαρρελ της Ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ επεσήμανε ότι «η μακροχρόνια παρακολούθηση των συγκεκριμένων ασθενών θα μας βοηθήσει να αποσαφηνίσουμε αν η πρώιμη έκθεση στη γλουτένη συντελεί σε πραγματικά αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης κοιλιοκάκης, σε πρώιμη ηλικία.



## Τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να προκαλέσουν εσωτερική αιμορραγία

### Σικάγο:

Ορισμένα δημοφιλή αντικαταθλιπτικά μπορεί να προκαλέσουν εσωτερική αιμορραγία, όμοια με αυτή που προκαλείται από τη λήψη ασπιρίνης και άλλων σχετικών παυσίπονων, σύμφωνα με αμερικανική μελέτη που παρουσιάστηκε στην Digestive Disease Week.

Ερευνητική ομάδα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Νορθγουέστερν με επικεφαλής το Δρ. Μάικλ Τζόουνς επανεξέτασε τους ιατρικούς φακέλους 549 ασθενών που είχαν εισαχθεί στο νοσοκομείο με οξεία γαστρορραγία και διαπίστωσε ότι η συνεχόμενη χρήση εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης προκαλούσε κίνδυνο αιμορραγίας όμοιο με αυτό που προκαλεί η τακτική χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, όπως η ασπιρίνη, η ιβουπροφαίνη και η ναπροξένη. «Είναι ένα ισχυρό παράδειγμα της ανάγκης οι θεράποντες ιατροί να είναι ιδιαίτερος προσεκτικοί αναφορικά με τις παρενέργειες, ειδικά σε ασθενείς που παίρνουν ταυτόχρονα εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και ΜΣΑΦ», τονίζει ο Δρ Τζόουνς.

Αξιζει να σημειωθεί ότι εκπρόσωπος γνωστής φαρμακευτικής εταιρίας που παρασκευάζει αντικαταθλιπτικά, τα οποία ανήκουν στην προαναφερόμενη κατηγορία, επεσήμανε ότι ήδη υπάρχει σαφής προειδοποίηση στο φύλλο οδηγιών ότι πιθανή παρενέργεια είναι η οξεία γαστρορραγία και οι χρήστες θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί, εφαρμόζοντας πάντα τις οδηγίες που έχουν από το θεράποντα ιατρό τους.



# Modulen

IBD

Η εξειδικευμένη διαίτα για ασθενείς με νόσο Crohn

Το **MODULEN IBD** είναι η μοναδική διατροφή ειδικά σχεδιασμένη για ασθενείς με νόσο του Crohn (Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου) και η οποία περιέχει το φυσικό αντιφλεγμονώδη παράγοντα TGF-b2.



#### ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ

ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΣΗ **4-8** X 50g ημερησίως (διαλυμένης σε νερό)

ΣΤΗΝ ΥΦΕΣΗ **2-3** X 50g ημερησίως (διαλυμένης σε νερό)

## Τα περιττά κιλά εξουδετερώνουν τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος

### Λονδίνο:

Οι πρώην καπνιστές θα πρέπει να προσέξουν, ώστε να μην αυξήσουν πολύ το σωματικό τους βάρος μετά τη διακοπή του καπνίσματος, διότι κάτι τέτοιο μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των πνευμόνων, σύμφωνα με βρετανική μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο The Lancet. Ερευνητική ομάδα του King's College του Λονδίνου με επικεφαλής τη Δρ. Σούζαν Τσιν έθεσε υπό ιατρική παρακολούθηση περίπου 6.600 άτομα από 27 ευρωπαϊκές χώρες.

Οι επιστήμονες έλεγξαν την επίδραση του βάρους και του καπνίσματος στην υγεία των πνευμόνων με διαγνωστικά τεστ της πνευμονικής λειτουργίας για πάνω από μια δεκαετία.

Τα τεστ μετρούσαν τον όγκο του αέρα που μπορούσε ένα άτομο να κρατήσει στους πνεύμονές του και πόσο όγκο αέρα μπορούσε να εξάγει σε ένα λεπτό. Όσο μεγαλύτερα ήταν τα νούμερα, τόσο πιο υγιείς ήταν οι πνεύμονες.

Όπως αναμενόταν, παρατηρήθηκαν διαφορές στην πνευμονική λειτουργία και το βάρος. Οι καπνιστές έτειναν να έχουν τη μεγαλύτερη μείωση της πνευμονικής λειτουργίας με την πάροδο του χρόνου, ενώ οι πρώην καπνιστές είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν πάρει επιπλέον κιλά.

Η αύξηση στο σωματικό βάρος ήταν σημαντικότερη στα άτομα που προσφάτως είχαν διακόψει το κάπνισμα και μικρότερη στα άτομα που είχαν σταματήσει να καπνίζουν αλλά μετά άρχισαν πάλι το τσιγάρο.

Επιπλέον, οι πρώην καπνιστές που πήραν βάρος είχαν χειρότερη πνευμονική λειτουργία από τους πρώην καπνιστές που δεν πήραν επιπλέον κιλά.

Οι ερευνητές υπολόγισαν ότι για έναν άνδρα που διέκοψε το κάπνισμα αλλά πήρε ένα κιλό ανά έτος δεν προκύπτει όφελος όσον αφορά στην πνευμονική λειτουργία, διότι οι δυο παράγοντες (βάρος-διακοπή καπνίσματος) αλληλοακυρώνονται.

Για τις γυναίκες η αντίστοιχη αύξηση βάρους που ακυρώνει το όφελος της διακοπής του καπνίσματος είναι 2,43 κιλά ανά έτος.

«Από τα στοιχεία προκύπτει ότι η αύξηση του σωματικού βάρους είναι ένας σημαντικός παράγοντας στη μείωση των θετικών επιδράσεων της διακοπής του καπνίσματος. Παρεμβάσεις για τη μείωση των περιττών κιλών θα πρέπει να θεωρούνται απαραίτητες για τα άτομα που σταματούν να καπνίζουν», εξηγεί η Δρ Τσιν.



## Το φυλλικό οξύ προλαμβάνει τον ορθοκολικό καρκίνο

### Νέα Υόρκη:

Νεότερη βρετανική μελέτη δείχνει ότι η ανεπαρκής πρόσληψη φυλλικού οξέος ίσως παίζει ρόλο στην εκδήλωση του ορθοκολικού καρκίνου, σύμφωνα με δημοσίευμα του επιστημονικού εντύπου Gut.

Στα άτομα με ορθοκολικά αδενώματα, τα συμπληρώματα φυλλικού οξέος αναστρέφουν τη λεγόμενη υπομεθυλίωση του DNA.

Η μεθυλίωση του DNA είναι μια διαδικασία που χρησιμοποιούν τα υγιή κύτταρα για να απενεργοποιούν συγκεκριμένα γονίδια, η οποία όμως τείνει να ξεφεύγει από τον έλεγχο στα καρκινικά κύτταρα. Τα χαμηλά επίπεδα φυλλικού οξέος ίσως αυξάνουν τον κίνδυνο κακοήθειας προκαλώντας υπομεθυλίωση του DNA και τροποποιώντας την έκφραση συγκεκριμένων γονιδίων.

Η ερευνητική ομάδα του King's College του Λονδίνου με επικεφαλής τη Δρ. Μαρία Πουφουλέτ έλεγξε τη θεωρία ότι τα συμπληρώματα φυλλικού οξέος (400μg/ημέρα) αυξάνουν τη μεθυλίωση του DNA στον ορθοκολικό ιστό σε 31 πάσχοντες από πολύποδες.

Μετά τη λήψη των συμπληρωμάτων, τα επίπεδα του φυλλικού οξέος στον οργανισμό αυξήθηκαν σημαντικά, όπως αναμενόταν και επιβεβαιώνοντας τη θεωρία, οδήγησαν σε αύξηση της μεθυλίωσης του DNA στον κολικό ιστό.

Σχολιάζοντας τη μελέτη, ο Δρ Τζον Μαθερς του Πανεπιστημίου του Νιουκαστλ επισημαίνει ότι «πρέπει να στηριχτούμε στα νέα αυτά δεδομένα για να καθορίσουμε την ιδανική πρόσληψη φυλλικού οξέος προς ελαχιστοποίηση του κινδύνου εκδήλωσης ορθοκολικού καρκίνου».

Προειδοποιεί όμως ότι η επίπτωση της αυξημένης πρόσληψης φυλλικού οξέος σε πληθυσμό με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του εντέρου χρειάζεται προσοχή, διότι μελέτες σε ζώα έχουν δείξει ότι το φυλλικό οξύ ίσως προάγει την ανάπτυξη όγκων.



ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ

## Δεν είμαστε ειδικόι στις φωτογραφίες.



Φραντίζουμε 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 έχουν κάνει πιο όμορφη τη ζωή, - και πιο «φωτεινές» τις φωτογραφίες, σε κάθε γωνιά του πλανήτη.

**JANSSEN-CILAG**  
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.

# Τροφική αλλεργία

## Τί είναι τροφική αλλεργία:

*Πολλοί ενήλικες παραπονούνται ότι είναι αλλεργικοί σε κάποιες τροφές. Από μελέτες προκύπτει ότι το ποσοστό αυτών που αναφέρουν «αλλεργία» σε τροφές είναι περίπου 30%. Στην πραγματικότητα μόνο ένα μικρό ποσοστό από αυτούς έχει πραγματική τροφική αλλεργία. Έτσι, μόνο το 1-2% των ενηλίκων πάσχει από τροφική αλλεργία, καθώς αυτή προϋποθέτει την ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού. Η συχνότητα της τροφικής αλλεργίας είναι μεγαλύτερη στα παιδιά, επηρεάζοντας το 5% αυτώ*

## Πώς προκαλείται η τροφική αλλεργία;

Η αλλεργική αντίδραση προκαλείται από τις πρωτεΐνες που περιέχει η υπεύθυνη για την αλλεργία τροφή. Το ανοσοποιητικό σύστημα από λάθος αναγνωρίζει μια μη βλαπτική τροφική πρωτεΐνη σαν επιβλαβή και στην προσπάθειά του να προστατέψει τον οργανισμό παράγει συγκεκριμένα αντισώματα (κυρίως IgE) ενάντια σε αυτή την πρωτεΐνη. Την επόμενη φορά που θα καταναλωθεί η συγκεκριμένη τροφή τα αντισώματα την αναγνωρίζουν και το ανοσοποιητικό σύστημα απελευθερώνει μεγάλες ποσότητες από χημικές ουσίες (κυρίως ισταμίνη), οι οποίες προκαλούν την εμφάνιση αλλεργικής αντίδρασης. Η αντίδραση μπορεί να είναι άμεση ή καθυστερημένη (εκδήλωση συμπτωμάτων εντός λεπτών ή αρκετές ώρες μετά την κατανάλωση της υπεύθυνης τροφής αντίστοιχα).

## Παράγοντες κινδύνου για τροφική αλλεργία

Άτομα με αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση τροφικής αλλεργίας είναι αυτά που έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό (παρουσία συγγενών με οποιαδήποτε μορφή αλλεργίας) και τα παιδιά. Στους ενήλικες το γαστρεντερικό σύστημα είναι πιο ώριμο και η πιθανότητα να απορροφήσει ο οργανισμός αλλεργιογόνες τροφές είναι μικρότερη.

## Τροφές που προκαλούν αλλεργία

Η πιο γνωστή μορφή τροφικής αλλεργίας είναι η αλλεργία στις τροφές που περιέχουν την πρωτεΐνη γλουτένη. Η νόσος που αφορά στην αλλεργία στη γλουτένη είναι γνωστή σαν κοιλιοκάκη ή εντεροπάθεια από γλουτένη. Τα συμπτώματα της νόσου περιλαμβάνουν τη διάρροια, τον κοιλιακό πόνο, το μετεωρισμό, και την αναιμία.

Αν και δυνητικά κάθε τροφή μπορεί να προκαλέσει αλλεργία, η τροφική αλλεργία στην Ευρώπη και την Αμερική αφορά συνήθως σε περιορισμένο αριθμό τροφών, με κυριότερες το γάλα, τα αυγά, τους καρπούς, τα προϊόντα από σιτάρι και τα ψάρια / οστρακοειδή. Οι προαναφερόμενες τροφές ευθύνονται για το 90% των περιπτώσεων τροφικής αλλεργίας. Τα φρούτα και τα λαχανικά προκαλούν συνήθως μια ηπιότερη μορφή τροφικής αλλεργίας, η οποία ονομάζεται στοματικού τύπου αλλεργία. Οι πρόσφατες αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες και το άνοιγμα των αγορών σε «περιέργες» τροφές φαίνεται να είναι υπεύθυνα για την παρατηρούμενη αύξηση του αριθμού των τροφικών αλλεργιών και των δυνητικά αλλεργιογόνων τροφών.

Αν και πολλά ψάρια/οστρακοειδή θεωρούνται δυνητικά αλλεργιογόνες τροφές, αλλεργία έχει επιβεβαιωθεί μετά από κατανάλωση γαρίδας, καλαμαριού, ξιφίας και μπακαλιάρου. Πρέπει να παρατηρήσουμε ότι η αλλεργία σε ένα είδος ψαριού αφορά συνήθως και στα υπόλοιπα και ότι είναι διαβίου αλλεργία. Από την κατηγορία των ξηρών καρπών, τα στραγάλια, τα καρύδια, τα φουντούκια και τα αράπικα φιστίκια αποτελούν τα πιο συχνά αναφερόμενα αλλεργιογόνα. Στην κατηγορία των λαχανικών το σέλινο, το καρότο και το κολοκύθι θεωρούνται τα κυριότερα αλλεργιογόνα, ενώ αλλεργία έχει αναφερθεί και μετά από κατανάλωση κρεμμυδιού, μαρουλιού και σκόρδου. Πολλά από τα αποκαλούμενα εξωτικά φρούτα

(μάνγκο, μπανάνα, αβοκάντο) αλλά και από τα παραδοσιακά (μήλα, αχλάδια, ροδάκινα, πεπόνι, καρπούζι) ενοχοποιούνται για την πρόκληση τροφικής αλλεργίας.

## Συμπτώματα

Η τροφική αλλεργία στους ενήλικες αποτελεί είτε αλλεργική αντίδραση που ξεκίνησε στην παιδική ηλικία και συνεχίζεται, είτε αντίδραση που εμφανίζεται για πρώτη φορά. Στα παιδιά η τροφική αλλεργία αποτελεί την πρώτη εκδήλωση της ατοπικής αλλεργίας και τα πιο συχνά αλλεργιογόνα είναι το γάλα, τα αυγά και τα ψάρια. Η εμφάνιση τροφικής αλλεργίας μετά την εφηβεία σχετίζεται με τροφές όπως τα λαχανικά, οι ξηροί καρποί, τα οστρακοειδή και τα φρούτα. Από τις μελέτες στους ενήλικες φαίνεται ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν τροφική αλλεργία σε μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τους άντρες.

Η ένταση και το είδος των αλλεργικών συμπτωμάτων εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά της αλλεργιογόνου πρωτεΐνης, τη διάρκεια έκθεσης στην υπεύθυνη τροφή και από την παρουσία εκ γενετής ή επίκτητης ευαισθησίας. Το γαστρεντερικό σύστημα αποτελεί το σύστημα που συνήθως προσβάλλεται, αν και αρκετά συχνά τα συμπτώματα δεν είναι έκδηλα. Τα συχνότερα συμπτώματα περιλαμβάνουν ναυτία, εμετό, κοιλιακό πόνο, μετεωρισμό και διάρροια. Οι εκδηλώσεις από το δέρμα είναι συχνές και περιλαμβάνουν κνησμό, εξάνθημα, αίσθημα μυρμηγκιάσματος και οίδημα, ενώ τα συμπτώματα από το αναπνευστικό, όπως το άσθμα και η ρινίτιδα, είναι λιγότερο συχνά. Συστηματικές εκδηλώσεις (οίδημα λάρυγγα με αδυναμία αναπνοής, ταχυκαρδία, ίλιγγος, πτώση της αρτηριακής πίεσης, απώλεια συνείδησης) με τη μορφή του αναφυλακτικού shock είναι σπάνιες, αλλά αν συμβούν, είναι συνήθως θανατηφόρες.

## Διάγνωση

Η διάγνωση της τροφικής αλλεργίας είναι δύσκολη, βασίζεται στο καλό κλινικό ιστορικό (καλή περιγραφή των συμπτωμάτων, οικογενειακό ιστορικό, ημερολόγιο ακριβούς διαίτας), στη φυσική εξέταση (αποκλεισμός άλλων

ιατρικών παθήσεων) και σε κατάλληλες διαγνωστικές εξετάσεις (δερματικές ή ανοσοενζυμικές δοκιμασίες).

Η δερματική δοκιμασία καθορίζει την αντίδραση του οργανισμού σε συγκεκριμένη τροφή. Μικρή ποσότητα της «ύποπτης» τροφής τοποθετείται στην πλάτη ή στον πήχη και με τσίμπημα μιας βελόνας ελάχιστη ποσότητα τροφής εισέρχεται κάτω από το δέρμα. Η εμφάνιση εξανθήματος ή ο σχηματισμός ενός μικρού εξογκώματος στο δέρμα εντός 15 λεπτών επιβεβαιώνει τη διάγνωση της αλλεργίας.

Η ανοσοενζυμική δοκιμασία βασίζεται στη λήψη αίματος και στον προσδιορισμό των ειδικών IgE αντισωμάτων μετά την κατανάλωση της «ύποπτης» τροφής. Η μέθοδος αυτή δεν είναι 100% ακριβής.

Η τεκμηρίωση της τροφικής αλλεργίας μπορεί να γίνει και με την εφαρμογή της δίαιτας αποκλεισμού. Για 1-2 εβδομάδες εξαιρούνται από το διαιτολόγιο οι πιθανολογούμενες αλλεργιογόνες τροφές και στη συνέχεια προστίθεται κάθε φορά στη διατροφή από μία τροφή, με ταυτόχρονη παρακολούθηση για την εμφάνιση αλλεργίας.

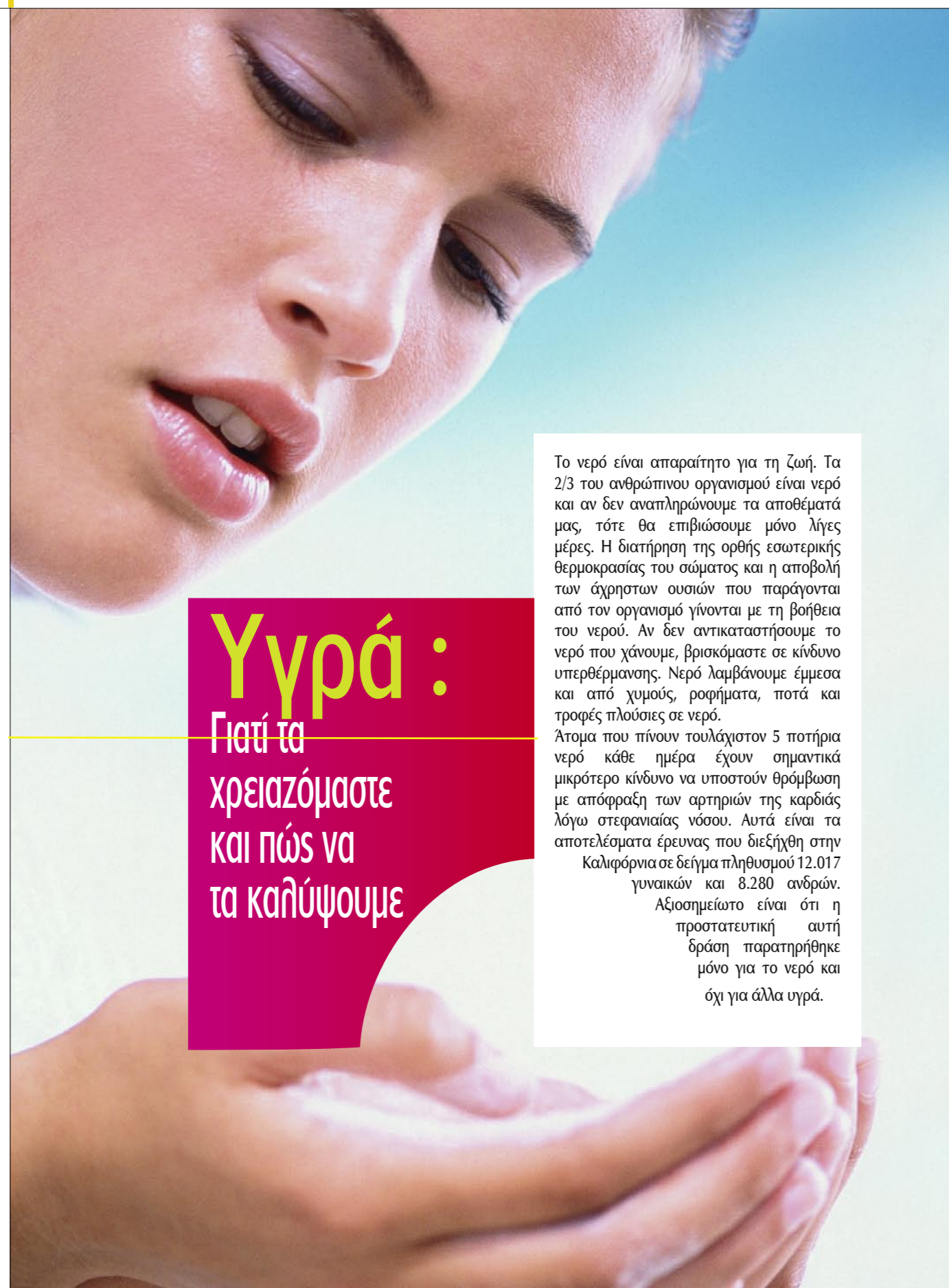
## Αντιμετώπιση

Δυστυχώς μέχρι σήμερα δεν υπάρχει φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία της αλλεργίας. Σε ήπιες περιπτώσεις, η χορήγηση αντιϊσταμινικών μετά την κατανάλωση αλλεργιογόνων τροφών βοηθάει στη μείωση της έντασης των συμπτωμάτων. Σε σοβαρές περιπτώσεις αναφυλαξίας απαιτείται επίσκεψη στο νοσοκομείο για την άμεση χορήγηση ενέσιμης αδρεναλίνης.

Η προσεκτική μελέτη των συστατικών των τροφών και η αυστηρή αποφυγή των υπεύθυνων για την εμφάνιση αλλεργίας τροφών αποτελεί το μοναδικό τρόπο αποφυγής της αλλεργίας. Έτσι, ασθενείς με τροφική αλλεργία θα πρέπει να γνωρίζουν καλά τι τρώνε και πίνουν και αυτοί με ιστορικό σοβαρής αλλεργίας να έχουν πάντα μαζί τους κάποιο αναγνωριστικό στοιχείο (π.χ ταυτότητα, περικάρπιο). Άτομα με σοβαρή μορφή τροφικής αλλεργίας συνιστάται να έχουν πάντα μαζί τους αδρεναλίνη.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗΣ**  
*Ο Γ. Καραμανώλης είναι Γαστρεντερολόγος*





## Υγρά :

Γιατί τα  
χρειάζομαστε  
και πώς να  
τα καλύψουμε

Το νερό είναι απαραίτητο για τη ζωή. Τα 2/3 του ανθρώπινου οργανισμού είναι νερό και αν δεν αναπληρώνουμε τα αποθέματά μας, τότε θα επιβιώσουμε μόνο λίγες μέρες. Η διατήρηση της ορθής εσωτερικής θερμοκρασίας του σώματος και η αποβολή των άχρηστων ουσιών που παράγονται από τον οργανισμό γίνονται με τη βοήθεια του νερού. Αν δεν αντικαταστήσουμε το νερό που χάνουμε, βρισκόμαστε σε κίνδυνο υπερθέρμανσης. Νερό λαμβάνουμε έμμεσα και από χυμούς, ροφήματα, ποτά και τροφές πλούσιες σε νερό.

Άτομα που πίνουν τουλάχιστον 5 ποτήρια νερό κάθε ημέρα έχουν σημαντικά μικρότερο κίνδυνο να υποστούν θρόμβωση με απόφραξη των αρτηριών της καρδιάς λόγω στεφανιαίας νόσου. Αυτά είναι τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη στην Καλιφόρνια σε δείγμα πληθυσμού 12.017 γυναικών και 8.280 ανδρών.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η προστατευτική αυτή δράση παρατηρήθηκε μόνο για το νερό και όχι για άλλα υγρά.

# ELPEN Α.Ε.

Η πρωτοπόρος Ελληνική Φαρμακευτική Βιομηχανία

## ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

πρωτοπόρος  
στην έρευνα

### 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



συμβολή  
στην ανάπτυξη

2001

ΒΡΑΒΕΙΟ ΑΥΞΗΣΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ 2001



ΕΒΕΑ



### Τι συμβαίνει αν δεν πίνουμε αρκετό νερό;

Οι περισσότεροι άνθρωποι δε συνειδητοποιούν ότι έχουν αφυδατωθεί, γιατί έχουν συνηθίσει να μην πίνουν νερό. Ο οργανισμός χρησιμοποιεί και άλλους μηχανισμούς, για να ρυθμίσει το ισοζύγιο του νερού που χρειάζεται. Σε περίπτωση που το επίπεδο νερού στον οργανισμό μειωθεί, τότε υπάρχουν μηχανισμοί που μειώνουν την απώλεια νερού διαμέσου των νεφρών. Οι νεφροί έχουν την ικανότητα να **συμπυκνώνουν** τα ούρα μειώνοντας έτσι την απώλεια **νερού μέσω αυτών**. Όμως υπάρχουν καταστάσεις που το ισοζύγιο του νερού γίνεται αρνητικό. Είναι τότε που δημιουργείται ο κίνδυνος της αφυδάτωσης. Η αφυδάτωση προκαλεί αίσθημα κόπωσης, μείωση των λειτουργικών ικανοτήτων του οργανισμού, δυσκοιλιότητα, ζαλάδα και συχνά μπορεί να οδηγήσει σε πονοκεφάλους.

Σε πολύ προχωρημένη αφυδάτωση επέρχεται απώλεια της συνείδησης, ταχυκαρδία, νεφρική ανεπάρκεια και τέλος μπορεί και ο θάνατος. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η αρτηριακή πίεση πέφτει επικίνδυνα, οπότε μειώνεται η κυκλοφορία του αίματος με αποτέλεσμα να μη γίνεται καλή οξυγόνωση των ιστών και να μην τροφοδοτούνται οι ιστοί και τα όργανα με τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά.

### Πώς θα ξέρω αν έχω αφυδατωθεί;

Η δίψα είναι το κυριότερο σήμα που **στέλνει** ο οργανισμός μας για να μεταδώσει το μήνυμα ότι χρειάζεται νερό. Ένας καλός τρόπος για να γνωρίζεις κανείς εάν πίνει αρκετό νερό είναι από το χρώμα των ούρων του. Αν έχουν ανοικτό κίτρινο χρώμα τότε η ποσότητα του νερού είναι επαρκής, αν είναι πιο σκούρα τότε πρέπει να καταναλωθεί περισσότερο νερό.

### Πόσο νερό χρειάζομαι;

Σε ένα ήπιο κλίμα σαν και το δικό μας οι περισσότεροι από μας χρειαζόμαστε 6-8 ποτήρια υγρών τη ημέρα: **για παράδειγμα νερό, φρουτοχυμούς, τσάι ή καφέ** για να διατηρηθεί η ισορροπία. Παρόλα αυτά αν έχουμε ιδρώσει πολύ λόγω ζέστης ή άσκησης, τότε οι απαιτήσεις αυξάνονται. Ένας καλός οδηγός είναι να πίνουμε ένα παραπάνω λίτρο νερό για κάθε ώρα εντατικής άσκησης. Τα ειδικά ισοτονικά ποτά μπορούν να αποδειχθούν χρήσιμα σε ανθρώπους που γυμνάζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα, αλλά για τους περισσότερους το νερό είναι αρκετό.

Εκτός από τις καιρικές συνθήκες και το είδος εργασίας και με την αύξηση της ηλικίας το σώμα χάνει από τις λειτουργικές του ικανότητες, που του επιτρέπουν να διατηρεί το ισοζύγιο του νερού. Επιπρόσθετα, στους ηλικιωμένους ο οργανισμός χάνει περισσότερο νερό από τα ούρα και την εφίδρωση. Στους ηλικιωμένους λοιπόν χρειάζεται περισσότερη προσοχή, ώστε να μην υποστούν αφυδάτωση. Να τονίσουμε επίσης ότι οι ηλικιωμένοι δε νιώθουν τόσο έγκαιρα τη δίψα σε περίπτωση αφυδάτωσης όσο οι νέοι. Για το λόγο αυτό συστήνεται στους ηλικιωμένους να πίνουν νερό ακόμη και πριν να νιώσουν διψασμένοι.

Σωστό είναι να γίνει αναφορά και στα άτομα που έχουν προβλήματα υγείας και είναι περισσότερο ευάλωτα στην αφυδάτωση. Ο πυρετός, η διάρροια, οι εμετοί είναι καταστάσεις που αυξάνουν σοβαρά τον κίνδυνο αφυδάτωσης. Τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι που έχουν πρόβλημα υγείας είναι ακόμη περισσότερο ευάλωτοι στην αφυδάτωση. Υπάρχουν φάρμακα τα οποία αυξάνουν την απώλεια νερού από το σώμα. Τέτοια φάρμακα είναι για παράδειγμα τα διουρητικά, που χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση της υψηλής πίεσης.

### Και αν δε μου αρέσει να πίνω νερό;

Μερικοί άνθρωποι βρίσκουν το νερό άγευστο και ένας τρόπος να το κάνουν ενδιαφέρον είναι να προσθέσουν μερικές φέτες λεμόνι. Αραιωμένοι χυμοί φρούτων είναι επίσης ένας καλός τρόπος για να προσλάβουμε νερό, όπως επίσης και τα ζεστά αφεψήματα βοτάνων. Συνιστούμε όμως την αποφυγή αεριούχων ποτών με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη, γιατί αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη θερμιδική πρόσληψη και

αύξηση βάρους, ενώ η συχνή κατανάλωση ζαχαρωδών ποτών δεν κάνει καλό στα δόντια.

Δεν πρέπει επίσης να ξεχνούμε ότι εκτός από το νερό που πίνουμε, ορισμένα φρούτα ή τρόφιμα είναι πολύ καλές πηγές νερού. Για παράδειγμα το καρπούζι, το πεπόνι, τα καρότα, το μαρούλι, η ντομάτα, το μπρόκολο, το μήλο, τα πορτοκάλια, το γκρέιπφρουτ περιέχουν περισσότερο από 80% νερό. Επίσης η προσθήκη μπαχαρικών και μικρής ποσότητας αλατιού (εφόσον δεν υφίσταται υπέρταση) θα αυξήσει το αίσθημα της δίψας, άρα και της κατανάλωσης νερού.

### Τι γίνεται με την καφεΐνη στον καφέ και το τσάι;

Ροφήματα όπως τσάι και καφές και μερικά αεριούχα περιέχουν καφεΐνη, η οποία προκαλεί ήπια διούρηση και επομένως οδηγούν σε επιπλέον απώλεια υγρών. Παρόλα αυτά η κατανάλωση υγρών με καφεΐνη είναι προτιμότερη από το να μην πίνουμε τίποτα. Αν πίνετε πολύ καφέ, τσάι ή αναψυκτικά τύπου κόλα **καλό είναι να καταναλώνετε παράλληλα και άλλα υγρά για να αυξήσετε την πρόσληψη νερού, ή να δοκιμάσετε τα χωρίς καφεΐνη προϊόντα.**

### Συμπέρασμα

Το πιο σημαντικό πράγμα που πρέπει να θυμάται κανείς όταν προσπαθεί να αλλάξει διατροφικές συνήθειες είναι να κάνει τις αλλαγές σταδιακά. Αν δεν καταναλώνετε πολλά υγρά, ξεκινήστε με 1 ή 2 εξτρα ποτά κάθε μέρα και μετά προσθέστε άλλα 2 σε λίγες μέρες και συνεχίστε μέχρι να φτάσετε τα 8 την ημέρα. Μετά από 2-3 εβδομάδες θα έχετε υιοθετήσει μια πιο υγιεινή και μόνιμη αλλαγή στη διατροφή σας.

### ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΣ

Ο Π. Παπαχρήστος είναι  
Διαιτολόγος-Διατροφολόγος

### ΓΕΩΡΓΙΑ ΙΣΑΡΗ

Η Γ. Ίσαρη είναι Κλινικός  
Διαιτολόγος-Διατροφολόγος

# Αδιάκοπη Αναζήτηση της Ύψους

# Galenica

με συνέπεια και ευθύνη



Galenica a.e.

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

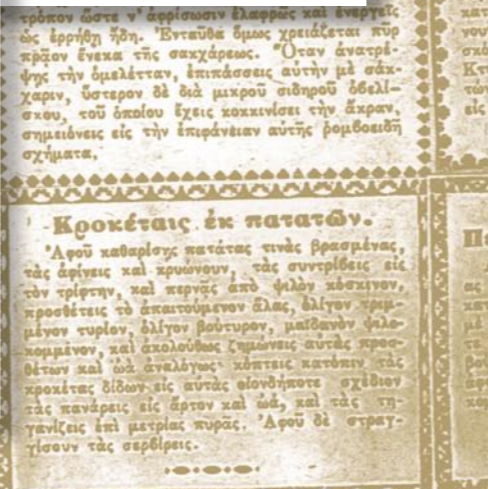
# Οδηγίες μαγειρικής και σημειώσεις άξια παρατηρήσεως

## 1 Κολλοκύνθα γεμιστά

Κόψατε τας κολοκύνθας εις δύο αφού προηγουμένως καθαρίσητε αυτάς, αφαιρέσατε την ψύχαν με την λαβήν κοχλιαρίου, γεμίσατε αυτάς με κημάν εις βόλους, επιπάσσατε ελαφρώς με άλευρον διπύρου άρτου και ψησατε εις χύτραν με ταμάχιον βουτύρου και με ολίγον ζωμόν. Όταν κάμπτωνται υπό τον δάκτυλον είναι εψημένα.

## 2 Μελιτζάνας ιμάμ μπαϊλτί

Λαμβάνεις μελιτζάνας, κόπτεις τας άκρας, αφαιρείς τον φλοιόν από τα τέσσαρα μέρη, τας σχίζεις από τα τέσσαρα μέρη από τα οποία αφήρεσας τον φλοιόν και τας αλατίζεις επί μίαν ώραν. Κόπτεις ολίγα κρόμμυα, τα γιαχνίζεις, προσθέτεις ολίγον σκόροδον εις φέτας, ολίγον ψιλοκομμένον μαϊδανόν, ολίγας τομάτας κεκομμένες εις φέτας, ολίγα δαφνόφυλλα, πέπερι και άλας, τα αφίνεις και γιαχνίζονται ακόμη επ' ολίγον, παραγεμίζεις τας μελιτζάνας αφού πρώτον τας πλύνης και τας κοκκινίσης εις το τηγάνιον με ολίγον καλόν έλαιον. Τότε τας θέτεις εις караβάναν και τας ψήνεις εις τον φούρνον.



Από τη συλλογή Μαρίας Β. Ξουργιά.



Η φίλη μας AN μας έστειλε ένα ηλεκτρονικό γράμμα ρωτώντας μας για το πρόβλημα που την απασχολεί. Είναι 51 ετών και από την παιδική της ηλικία έχει πονοκεφάλους, που εμφανίζονταν αν έμενε νηοτική για πολλές ώρες, καθώς και δυσπεψία. Πριν από 5 χρόνια υποβλήθηκε σε χολοκυστεκτομή. Τώρα πια (δε διευκρινίζει ωστόσο η φίλη μας πότε άρχισε να είναι τα ενοχλήματα τόσο συχνά και έντονα) εμφανίζει πονοκέφαλο που προοδευτικά γίνεται πιο έντονος. Η ίδια το συνδυάζει με την ποσότητα υγρών που υπάρχουν στο στομάχι της. Πράγματι, όταν αυτός γίνει πολύ έντονος, αναγκάζεται να κάνει εμετό. Αποβάλλει μεγάλη ποσότητα υγρών (κίτρινον, χωρίς υπολείμματα τροφών). Αυτό οδηγεί σε σταδιακή μείωση της κεφαλαλγίας. Ωστόσο, όπως μας γράφει, αν προλάβει να φάει κάτι πριν αρχίσει να πονάει, τότε ο πονοκέφαλος δεν εμφανίζεται. Έτσι έχει μάθει και την ημέρα το προλαμβάνει, όχι όμως και την νύκτα. Οπότε σχεδόν κάθε βράδυ περί τις 3:00πμ αρχίζουν τα προβλήματα. Υποβλήθηκε σε γαστροσκόπηση, που έδειξε ήπια οισοφαγίτιδα και διαφραγματοκήλη καθώς και ήπια βολβίτιδα. Ο γιατρός της συνέστησε δίαιτα (την οποία ούτως ή άλλως ακολουθούσε από πριν) καθώς και λανσοπραζόλη (φάρμακο για μείωση του οξέος στο στόμαχο), σουλπιριδη (ηρεμιστικό του πεπτικού) και τριμεμπουτίνη (ρυθμιστικό της κινητικότητας του πεπτικού). Μας ρωτάει λοιπόν τι θα πρέπει να κάνει.

Αγαπητή μας φίλη, ευχαριστούμε για την επικοινωνία σας αυτή. Διαβάσαμε με προσοχή το γράμμα σας και οφείλω να ομολογήσω ότι μας προβληματίσε αρκετά. Όπως τα περιγράφετε, τα ενοχλήματα σας μας απομακρύνουν από κάποια πάθηση του πεπτικού. Σε αυτό συνηγορεί και η γαστροσκόπηση, όπου το μόνο πρακτικό εύρημα ήταν η οισοφαγίτιδα και αυτή πιθανότατα ήταν αποτέλεσμα των εμετών που έχετε. Δεν υπάρχει κάποια αρρώστια του στομάχου ή κάποιου άλλου οργάνου της κοιλιάς που να προκαλεί πονοκέφαλο. Αντίθετα, αρκετές παθήσεις που έχουν σαν προεξάρχον σύμπτωμα την κεφαλαλγία συνοδεύονται από άλλοτε άλλης έντασης συμπτωματολογία από το πεπτικό σύστημα, στην οποία περιλαμβάνονται ναυτία και εμετός. Οι παθήσεις αυτές ξεκινούν από πολύ απλές, όπως είναι οι λειτουργικές διαταραχές (που κοινά ονομάζονται ψυχολογικά ή ψυχοσωματικά συμπτώματα), αρκετά συνηθισμένες, όπως η ημικρανία, και τέλος αρκετά σοβαρές, όπως διάφοροι όγκοι. Ωστόσο, όπως μας περιγράφετε, τα ενοχλήματα σας δεν ταιριάζουν με κάποια από αυτές, λόγω της χρονιότητας, της σχεδόν καθημερινής συχνότητας τους και κυρίως λόγω της σχέσης που έχουν με το φαγητό. Σε καμία από αυτές δε θα περιμένουμε ύφεση ή αποτροπή της κεφαλαλγίας όταν προλαβαίνετε να φάτε. Επίσης τα λειτουργικά ενοχλήματα σχεδόν ποτέ δεν ξυπνούν τον ασθενή. Αντίθετα εσείς μας αναφέρετε ότι ο πονοκέφαλος έρχεται σχεδόν κάθε βράδυ, χωρίς όμως να μας διευκρινίζετε αν ξυπνάτε από αυτόν ή κάτι άλλο διακόπτει τον ύπνο σας και ακολούθως συνειδητοποιείτε ότι πονάτε. Θεωρούμε ότι το επόμενο βήμα, πριν να χαρακτηρίσουμε

αμιγώς «ψυχολογικά» τα ενοχλήματα σας, είναι μια καλή νευρολογική εκτίμηση (είτε από τον οικογενειακό σας γιατρό είτε από κάποιο ειδικό νευρολόγο). Αυτός θα αποφασίσει αν χρειάζεται και κάποια άλλη συμπληρωματική εξέταση (όπως Αξονική τομογραφία κλπ). Επίσης ένας έλεγχος των σπλάχνων της κοιλιάς (με υπερηχογράφημα ή αξονική τομογραφία) θα μας αποκλείσει την περίπτωση η ναυτία να είναι αποτέλεσμα προβλήματος των χοληφόρων ή του παγκρέατος. Στο μεταξύ συνεχίστε τη δίαιτα σας. Τα φάρμακα που σας έδωσε ο γαστρεντερολόγος σας (και κυρίως η λανσοπραζόλη) θα βοηθήσουν στην επούλωση των πληγών του οισοφάγου (οισοφαγίτιδα) μέχρι να επιλυθεί το πρόβλημα σας.

Η αναγνώστριά μας AM από την Αθήνα μάς ρωτά για το πρόβλημα της με την παλινδρόμηση που την ταλαιπωρεί. Είναι 67 ετών και εδώ και 15 χρόνια λαμβάνει φάρμακα «για τα αρθρικά», που την ενοχλούν πολύ. Ωστόσο τα τελευταία 2-3 χρόνια μας λέει ότι έχει πολύ έντονα συμπτώματα γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης και μια ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού πέρουσι έδειξε ότι υπάρχει και ήπια οισοφαγίτιδα. Για το λόγο αυτό πρέπει να παίρνει κάθε μέρα ένα δισκίο ομεπραζόλης, χωρίς όμως σημαντική βελτίωση. Μας ρωτάει λοιπόν τι πρέπει να κάνει καθώς και αν υπάρχει κάποια συσχέτιση της παλινδρόμησης με τα φάρμακα που παίρνει για τα αρθρικά. Παρότι δε μας γράφετε ποιο ακριβώς φάρμακο παίρνει για τα αρθρικά σας, πρέπει να υποθέσουμε ότι λαμβάνετε κάποιο μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες φάρμακο (ΜΣΑΦ) ή ασπιρίνη. Δεν έχει περιγραφεί κάποια συσχέτιση των φαρμάκων αυτών με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (είτε με τη μορφή της πρόκλησης ή της επιδείνωσης της νόσου). Σε σπάνιες περιπτώσεις το δισκίο μπορεί να «κολλήσει» στον οισοφάγο και να διαλυθεί εκεί προκαλώντας έλκη. Αυτός είναι και ο λόγος που συνιστούμε να λαμβάνονται τα φάρμακα αυτά πάντα σε όρθια θέση με αρκετό νερό. Βεβαίως δεν πρέπει να ξεχνάμε τα πολλά προβλήματα που μπορεί να προκαλέσουν κυρίως στο στομάχι αλλά και στο υπόλοιπο πεπτικό σύστημα. Αυτά τα προβλήματα ακριβώς ήταν και ο λόγος που οδήγησε στη δημιουργία νέας γενιάς ΜΣΑΦ (τους λεγόμενους Cox-2 αναστολείς), που προκαλούν σπανιότερα τέτοια προβλήματα. Ωστόσο άλλα φάρμακα (όπως κάποια καρδιολογικά ή για την αρτηριακή υπέρταση κλπ) επιδεινώνουν τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, κυρίως αποδυναμώνοντας τη (λειτουργική) βαλβίδα που χωρίζει το στόμαχο από τον οισοφάγο. Δυστυχώς δε μας γράφετε αν παίρνετε κάποια άλλα φάρμακα εκτός από τα ΜΣΑΦ και την ομεπραζόλη. Όσον αφορά στην οισοφαγίτιδα σας και τα συμπτώματα που αυτή σας προκαλεί, εκτός των γενικών κανόνων τρόπου ζωής (όπως μικρά συχνά γεύματα, αποφυγή κατάκλισης αμέσως μετά το φαγητό, ανύψωση της κεφαλής κλπ), η αύξηση της δόσης του φαρμάκου θα επιφέρει ύφεση των ενοχλημάτων και επούλωση των βλαβών. Τα φάρμακα αυτά (οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων) είναι εξαιρετικά ασφαλή και συνεπώς η αύξηση της δόσης δε

μας προβληματίζει.

Η φίλη μας MN από την Αθήνα, 30 ετών, νοσηλεύτρια μάς ρωτάει για το πρόβλημα που την απασχολεί εδώ και αρκετό καιρό. Μας γράφει ότι έχει ενοχλήσεις, όπως οπισθοστερνικό άλγος (χαμηλά στο στήρνο) και συσφικτικό πόνο που αντανακλά στην πλάτη. Τα ενοχλήματα αυτά εμφανίζονται μόνο όταν το στομάχι είναι άδειο. Επισκέφθηκε ένα γαστρεντερολόγο που θεώρησε ως πιθανότερη αιτία των ενοχλήματων της τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και της χορήγησε δισκία εσομεπραζόλης. Με τα φάρμακα αυτά αναφέρει ότι είδε βελτίωση, ωστόσο συνεχίζει κάθε βράδυ να έχει τα πιο πάνω συμπτώματα. Μας λέει επίσης ότι έχει υποβληθεί πριν από 3 χρόνια περίπου σε γαστροσκόπηση, που έδειξε μόνο λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, για την οποία και πήρε θεραπεία. Η φίλη μας καταλήγει ρωτώντας μας αν πιστεύουμε ότι έχει παλινδρόμηση μόνο (η ίδια μας λέει ότι πιστεύει ότι έχει «σκέτη οισοφαγίτιδα»), τονίζοντας ότι θα ήθελε, αν γίνεται, να αποφύγει μια νέα γαστροσκόπηση.

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία σας. Διαβάσαμε με προσοχή το γράμμα σας. Η συμπτωματολογία που μας περιγράφετε, παρότι θα μπορούσε να οφείλεται σε Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, ωστόσο δεν είναι και η τυπικότερη μορφή της. Οι ενοχλήσεις σας έχουν χαρακτήρα που θα θυμίζε και πεπτικό έλκος, αφού μας αναφέρετε ότι αισθάνεστε πόνο χαμηλά στο στήρνο, ο οποίος αντανακλά στην πλάτη και εμφανίζεται με άδειο στομάχι. Μας λέτε ότι ακόμα και τώρα (που παίρνετε ισχυρά φάρμακα για τη μείωση της παραγωγής οξέος από το στομάχι) εμφανίζεται κάθε βράδυ, χωρίς ωστόσο να μας διευκρινίζετε αν δε σας αφρίζει να κοιμηθείτε ή σας ξυπνάει. Επίσης δε μας λέτε πόσα δισκία εσομεπραζόλης (και πόσων mg ανά δισκίο) σας έχει δώσει ο γιατρός που συμβουλευθήκατε. Θα ήταν απίθανο μια γαστροοισοφαγική

παλινδρόμηση να μην ανταποκρινόταν σε μια δόση διπλάσια της συνήθους. Το ότι πριν από 3 χρόνια δε σας βρήκε οισοφαγίτιδα, δηλαδή σημαντικού βαθμού γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, που να έχει προκαλέσει πληγές (διαβρώσεις ή έλκη) στον οισοφάγο σας, καθιστά δύσκολο να έχετε αναπτύξει τώρα οισοφαγίτιδα και κυρίως βαριά-ανθεκτική (αντίθετα με ότι πιθανά πιστεύετε αγαπητή μας φίλη, η οισοφαγίτιδα είναι αποτέλεσμα σοβαρής παλινδρόμησης και όχι μια ήπια μορφή αυτής). Επίσης, δε μας αναφέρατε αν μετά την αγωγή που πήρατε εναντίον του Ελικοβακτηριδίου, υποβληθήκατε σε κάποια εξέταση (γαστροσκόπηση ή δοκιμασία αναπνοής), για να ελεγχθεί το αποτέλεσμα της θεραπείας. Με δύο λόγια, παρότι μας λέτε ότι θέλετε να αποφύγετε μια νέα γαστροσκόπηση, ωστόσο αυτή είναι η εξέταση που θα μας λύσει όλα τα πιο πάνω προβλήματα και θα μπορούμε έτσι να σας βοηθήσουμε αποτελεσματικά να ξεφύγετε από τις ενοχλήσεις σας.

Ο φίλος μας NP με την ευκαιρία της συμπλήρωσης της ηλεκτρονικής αίτησης για εγγραφή στην ΕΛΙΓΑΣΤ μάς συγχαίρει για την ενδιαφέρουσα θεματολογία του περιοδικού μας, αλλά ωστόσο αναρωτιέται αν είναι συναφής με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο μέσος ασθενής. Συγκεκριμένα μας ρωτά αν μπορεί να περιμένει ουσιαστικά όφελος από τη χρήση των ευβιοτικών και προβιοτικώνσκευασμάτων σε περιόδους έξαρσης της ελκώδους κολίτιδας που τον ταλαιπωρεί.

Στην αντιμετώπιση των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου πολλές μέθοδοι και φάρμακα έχουν δοκιμασθεί. Ανάμεσα σε αυτά, παράγοντες όπως τα στεροειδή, η μεσαλαζίνη, τα ανοσοτροποποιητικά και οι βιολογικοί παράγοντες, όπως αντισώματα έναντι του παράγοντα νεκρώσεως του όγκου άλφα, έχουν δώσει πολύ καλά αποτελέσματα. Ωστόσο, άλλες καινούργιες θεραπείες βρίσκονται ακόμα υπό διερεύνηση. Μια από αυτές είναι η χορήγηση

ευβιοτικών, δηλαδή μικροοργανισμών που ανήκουν στη φυσιολογική χλωρίδα του ανθρώπου (του παχέος εντέρου) και που η χορήγηση τους αναμένεται να έχει θεραπευτικά αποτελέσματα. Παρότι έχουν χρησιμοποιηθεί για πολλούς άλλους λόγους από μακρού (τις περισσότερες φορές με πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα), είτε σαν θεραπεία, είτε σαν συμπλήρωμα άλλων θεραπευτικών μέσων, είτε τέλος για πρόληψη εμφάνισης κάποιας νόσου, η χρησιμοποίησή τους στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου έχει ξεκινήσει περίπου μια δεκαετία πριν. Τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακά σε κάποιες μορφές αυτών και κυρίως στη ληκυθίτιδα, μια φλεγμονή που εμφανίζεται σε αρρώστους που έχουν υποβληθεί σε κολεκτομή για ελκώδη κολίτιδα και δημιουργία νεοληκώθου από έλικες λεπτού εντέρου. Σε άλλες μορφές της νόσου (είτε δηλαδή σαν θεραπεία μιας παρόξυνσης της, είτε σαν θεραπεία συντήρησης της ύφεσης που έχει επιτευχθεί με κάποια άλλα θεραπευτικά σχήματα) τα αποτελέσματα των διαφόρων μελετών είναι αντικρουόμενα. Συνεπώς προς το παρόν μπορούμε μόνο να περιμένουμε να διευκρινισθεί ποιο από τα ευβιοτικά (ή κάποιος συνδυασμός τους), σε τι δοσολογία και για πόσο διάστημα θα μπορούσε να βοηθήσει. Μέχρι τότε βεβαίως θα συζητήσετε με το γιατρό που σας παρακολουθεί για μια πιο «κλασική» αντιμετώπιση του παροξυσμού από τον οποίο μας γράφετε ότι υποφέρετε.

Η κυρία KK μάς γράφει για το πρόβλημα της μητέρας της. Αυτή (52 ετών σήμερα) βρέθηκε να πάσχει από κοιλιοκάκη. «Ο γιατρός μας, μας έδωσε ένα έντυπο για το ίδρυμα σας, για να επικοινωνήσουμε μαζί σας, ώστε να μας στείλετε μια λίστα με όλα τα τρόφιμα που περιέχουν γλουτένη και πρέπει να αποκλειστούν από τη διατροφή της.» Μας ζητάει λοιπόν ένα κατάλογο με τα φαγητά που μπορεί να καταναλώνει ένας ασθενής που πάσχει από τη νόσο αυτή. Αγαπητή μας φίλη, ευχαριστούμε

για την επικοινωνία. Όπως ίσως διαβάσατε και στο προηγούμενο τεύχος, η διάγνωση της κοιλιοκάκης είναι μια διάγνωση που τίθεται αφ' ενός μετά από ενδελχρή και αρκετά πολύπλοκο έλεγχο, αφ' ετέρου αφορά σε μια χρόνια νόσο που επηρεάζει τον/την ασθενή εφ' όρου ζωής. Ειλικρινά, μου είναι δύσκολο να φανταστώ ότι ένας γιατρός «έθεσε» τη διάγνωση της κοιλιοκάκης σε μια ασθενή και μετά το μόνο που έκανε είναι να σας δώσει ένα έντυπο ενός ιδρύματος για «περισσότερες πληροφορίες». Αναρωτιέμαι λοιπόν πόσο καλά τεκμηριωμένη είναι η διάγνωση της κοιλιοκάκης. Έχουμε μόνο κλινική υπόνοια; Υπάρχει συμβατή ιστολογική εικόνα από το λεπτό έντερο; Υπάρχουν αυτοαντισώματα; Και είναι σημαντικό να έχουν γίνει όλα αυτά πριν από την έναρξη της δίαιτας χωρίς γλουτένη, γιατί όλες σχεδόν οι βλάβες υποστρέφουν μετά από ένα διάστημα πιστής τήρησης της δίαιτας αυτής. Αυτό έχει όχι μόνο σημασία, όπως γράψαμε και στο φιλο μας από την Κόρινθο, για καθαρά ιατρικούς λόγους, αλλά και για πρακτικούς, αφού μετά από καλά τεκμηριωμένη διάγνωση της νόσου αυτής ο ασθενής (εν προκειμένω η μητέρα σας) δικαιούται δωρεάν χορήγησης ειδικών προϊόντων (όπως αλεύρι, ζυμαρικά, μπισκότα κλπ), που δεν περιέχουν τη γλουτένη. Όπως μας ζητήσατε, σας αποστέλλουμε ένα συνοπτικό κατάλογο με τις τροφές που επιτρέπονται και απαγορεύονται με τη συμβουλή (για μια ακόμα φορά) να μην ξεκινήσει η μητέρα σας τη δίαιτα αυτή πριν η διάγνωση της κοιλιοκάκης να έχει τεκμηριωθεί επαρκώς.

EMMANΟΥΗΛ ΑΡΧΑΥΛΗΣ  
ΜΑΡΙΝΑ ΚΟΝΤΟΥ

Η Μ. Κοντού είναι Γαστρεντερολόγος

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.

# 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

## ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟ ΒΟΛΟ

Η Λέσχη Βόλου πραγματοποίησε εκδήλωση για τα μέλη της και τα μέλη του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. στη Μαγνησία με θέμα «Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου και η σημασία της διατροφής». Προσκεκλημένος ομιητής ήταν ο Γ. Γραμματέας του Ιδρύματος, Γαστρεντερολόγος κ. Δ.Γ. Καραμανώλης και προήδρευσε ο Διευθυντής του Ιδρύματος Καθηγητής Κωνσταντίνος Αρβανιτάκης. Προσφωνήσεις έγιναν από την Πρόεδρο της Λέσχης Βόλου κ. Μαρία Γ. Γαλιανού ενώ τα βιογραφικά των ομιητών παρουσιάσε στο κοινό ο Αντιπρόεδρος της Λέσχης, Δικηγόρος Δημήτρης Β. Νάστος. Παρέστησαν περίπου 300 μέλη της τοπικής κοινωνίας μεταξύ των οποίων οι Γαστρεντερολόγοι Φ. Γεροβασιλής, Σ. Πουρναράς και Π. Γρηγοριάδης και ο Χειρουργός κ. Ι. Βαρδούλης. Χορηγός της Εκδήλωσης ήταν η Φαρμακευτική Εταιρεία ΒΙΑΝΕΞ, Αφοί Γιαννακόπουλοι.



## ΧΟΡΗΓΟΙ ΚΑΙ ΔΩΡΗΤΕΣ μέχρι 31/05/2005

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε :

Ιωάννα Αθανασοπούλου, Βούλα	15 €	Μαρία Αντωνόγλου, Ρόδος	20 €	Ξενοφών Τεκτεζόγλου, Ν. Μάκρη	50 €
Αικατερίνη Κολοκυθά, Αθήνα	15 €	Κωνσταντίνος Τζουβάρας, Βόλος	15 €	Χριστίνα Καραφωτιά, Νεοχώρι Τριπόλεως	15 €
Αλέξανδρος Τριάντης, Αγρίνιο	15 €	Ξένα Κανελλοπούλου, Αθήνα	15 €	Ιωάννης Λιβανός, Αγ. Νικόλαος - Βοιών Λακωνίας	15 €
ION A.E.	215 €	Βασιλική Τζελέπη, Θεσσαλονίκη	15 €	Μαριάννα Νίκου, Ιωλκός Βόλου	15 €
Γεώργιος Αλεξιάδης, Ναύπλιο	40 €	Βασίλειος Κατσαμάγκος, Κορυδαλλός	15 €	Κωνίνας Παπαδογεωργόπουλος, Πατάγιο	20 €
Ευαγγελία Μανίκα, Ζωγράφου	20 €	Κωνσταντίνος Καμβρογιάννης, Βόλος	15 €	Ιωάννης Κοκκίδης, Αθήνα	15 €
Σταυρούλα Παπαθεοχάρη, Αθήνα	15 €	Αναστασία Παπαδοπούλου, Ρόδος	15 €	Απόστολος Ζαχαρίας, Ιωάννινα	15 €
Γιαννίτσα Κορδάτου, Χολαργός	20 €	Πάυλος Βασιλείου, Φάρσαλα	30 €	Διονύσιος Βουβάκης, Αίγινα	15 €
Κλεισθένης Τσαμακίδης, Ν. Χαλκηδόνα	50 €	Χριστίνα Χατζηδάκη, Πατάγιο	15 €	Λαμπρινή Νεντίδου, Ορεστιάδα	15 €
Μπάμπης Μασούρας, Περιστέρι	20 €	Γεώργιος Βουρλούμης, Περιστέρι	15 €	Νικόλαος Αναγνωστόπουλος, Λάρισα	20 €
Χρήστος Ιατρού, Φάρσαλα	20 €	Πόλα Λιούλια, Αθήνα	15 €	Μελέπιος Γραμματικός, Λουτούφι Θηβών	15 €
Δημήτριος Καραγιάννης, Αιγάλεω	65 €	Ελένη Παπαγεωργίου, Αθήνα	50 €	Εμμανουήλ Κοκολογιαννάκης, Περιστέρι	15 €
Χρήστος Μαργαρίτης, Καστανέα Κονίσης	15 €	Γεωργία Μίντζα, Πάτρα	15 €	Σούλα Ανανιάδου - Καρατζά, Βόλος	50 €
Οδυσσεύς Ζαχαρίας, Φάρσαλα	15 €	Θριανή Κουβελάκη, Αθήνα	15 €	Μαρία Καραλή, Αγρίνιο	30 €
Γλυκερία Λάμπρου, Πύργος	50 €	Ιωάννης Κωνσταντινίδης, Θεσσαλονίκη	15 €	Θωμάς Νοΐσας, Ιωάννινα	15 €
Χριστίνα Κουνένη, Παιανία	15 €	Χρήστος Χατζηγιάννης, Θεσσαλονίκη	15 €	Τζούλια Σταμπολουπούλου, Αθήνα	20 €
Δημοσθένης Λούκουτος, Φάρσαλα	50 €	Άννα Μανωλοπούλου, Θεσσαλονίκη	15 €	Μαρία Σαλάκα, Ιαλισός Ρόδου	15 €
Αθανάσιος Γρηγορίου, Θεσσαλονίκη	15 €	Ευδοκία Καραμανίδου, Θεσσαλονίκη	15 €	Ευθυμία Βλαστού, Κερασίνη	20 €
Θωμάς Καλτσάς, Τρίκαλα	65 €	Ιουλία Αρβανίτη, Θεσσαλονίκη	15 €	Αθανάσιος Γκάντος, Κοζάνη	15 €
Χρήστος Αντωνόπουλος, Ηλιούπολη	50 €	Απόστολος Χουλιβάς, Θεσσαλονίκη	15 €	Γεώργιος Ταμβακόλογος, Σπάρτη	100 €
Αναστάσιος Κουγιουμτζάν, Αγ. Παρασκευή	50 €	Κυριακή Αγαδάκου, Θεσσαλονίκη	15 €	Όλγα Θάνου, Θεσσαλονίκη	15 €
Θεόδωρος Τσιγκρής, Αθήνα	15 €	Ιωάννης Πολυράκης, Θεσσαλονίκη	15 €	Βασιλική Παπαδοπούλου, Θεσσαλονίκη	15 €
Σοφία Τσιγανίδου, Γιαννιτσά	30 €	Κωνίνας Μπαλασής, Θεσσαλονίκη	15 €	Άγγελος Αποστολίδης, Λεβεντοχώρι Κιλκίς	15 €
Κωνσταντίνος Δαδάκης, Αθήνα	50 €	Χρήστος Τρεμόπουλος, Θεσσαλονίκη	15 €	Αδών Αδαμόπουλος, Πικέρμι	50 €
Ειρήνη Χατζηκωνσταντίνου, Ρόδος	15 €	Παρασκευή Χαληγιάννη, Κομοτηνή	30 €	Ανθούλα Στεφάνου, Θεσσαλονίκη	50 €
Κατερίνα Δρόσου, Αθήνα	50 €	Άγγελική Μακρή, Βόλος	15 €	Δημοσθένης Μέκρας, Βόλος	15 €
Natasha Lemos, London	50 €	Πάυλος Γκανούρης, Κηφισιά	15 €	Θεοδόσιος Αγαπητός, Άνοιξη	20 €
Λυκούργος Ιατρού, Φάρσαλα	15 €	Δημήτριος Μακρής, Διδυμότειχο	50 €	Καλλιόπη Αυγουστίνακη, Σητεία	50 €
Πολύβιος Μπλέτσας, Φάρσαλα	20 €	Νατάσα Μπέγκα, Ιωάννινα	15 €	Ελένη Θεοχαρίδου, Σέρρες	50 €
Μαρία Βαγιονάκη, Αθήνα	50 €	Παρασκευή Τσαντίλα, Λαμία	15 €	Ιωάννης Ν. Πατίλης, Αθήνα	15 €
Αικατερίνη Εξαρχου, Μεταμόρφωση	15 €	Ευστάθιος Κριαράς, Πειραιάς	15 €	Ανδρομάχη Αλαμάνου, Αγ. Παρασκευή	15 €
Βασίλειος Χαρτσιάς, Ν. Ερυθραία	30 €	Αργυρώ Μορφίδου, Θεσσαλονίκη	15 €		
Ολυμπία Συρπούλου, Βέροια	15 €	Αθανάσιος Πανάγρης, Θεσσαλονίκη	15 €		
Ελένη Πόντικα, Ρόδος	15 €	Νικόλαος Γιάτης, Κάτω Μάρμαρα Ιωαννίνων	50 €		
Μαρία Τσοπανιά, Αγ. Δημήτριος	15 €	Σάββας Τσιβελεκίδης, Λάρισα	50 €		
Βενετία Σπιβακτά, Νεάπολη Λακωνίας	15 €	Παναγιώτης Ασμίνης, Σαλαμίνα	70 €		
Daisy O' Farrell - Παπαδοπούλου, Θεσσαλονίκη	15 €	Κωνσταντίνος Μανουσάκης, Πειραιάς	80 €		
Παρασκευά Βαφειάδης, Θεσσαλονίκη	15 €	Ιωάννης Δημητρίου, Θεσσαλονίκη	15 €		
Θεόδωρος Γιαννακόπουλος, Αθήνα	15 €	Γεωργία Πουλλή, Ρόδος	15 €		
Νικόλαος Καλαντζής, Μαρούσι	50 €	Αντώνιος Γεωργιάδης, Αθήνα	80 €		
Χρυσούλα Γκέσιου, Δράμα	15 €	Αντώνιος Στουφής, Αθήνα	15 €		
Κωνσταντία Κοκόση, Αγ. Παρασκευή	15 €	Κωνσταντίνος Γαλιάνης, Π. Φάληρο	15 €		
Ανδρέας Τσαταλιδής, Μαρούσι	50 €	Κούλα Ιωάννου, Κάντζα	30 €		
Άππλος Νικόλαου, Ελευσίνα	15 €	Αντίγονος Ντόβας, Βόλος	60 €		
				In Memoriam :	
				Ιωάννης Καραϊβάνος, Αθήνα	100 €
				(Μνήμη Βασιλείου Γεωργιάδου)	
				Σύλβια Μακρή, Λάρισα	15 €
				(Μνήμη Εμμανουήλ Καραμανώλη)	
				Παναγιώτα Ιπλιζιάν, Κηφισιά	150 €
				(Μνήμη Ορέστη Ψάλτη)	
				Πολυξένη Λαδάκη, Άλιμος	200 €
				(Μνήμη Θεανώς Τουτουτζή)	
				Δημήτρης Γ. Καραμανώλης, Πατάγιο	100 €
				(Μνήμη Ευαγγελίας Β. Καρατζά)	

# AstraZeneca



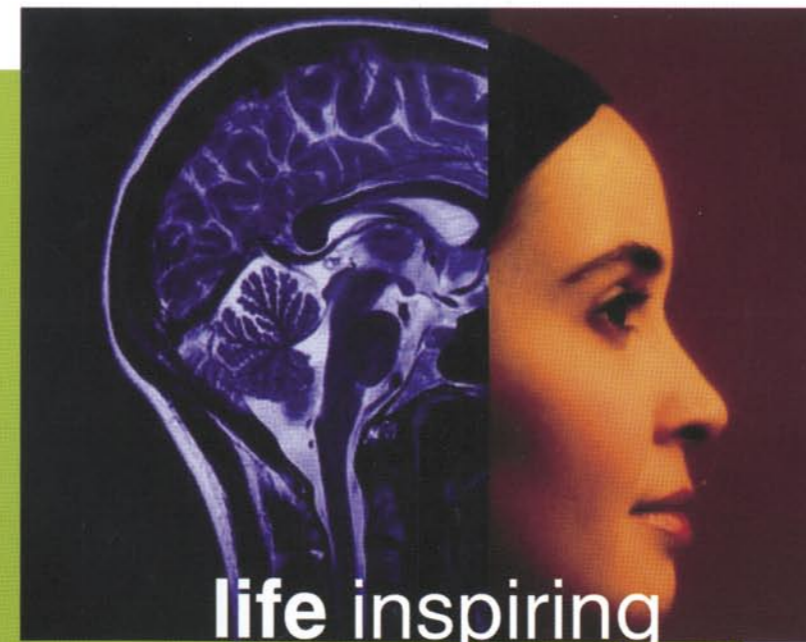
Για την **AstraZeneca**, μια από τις κορυφαίες φαρμακευτικές εταιρείες στον κόσμο, η ανάπτυξη φαρμάκων που σώζουν ζωές, είναι φυσικό ν' αποτελεί ηθική δέσμευση. Η προσοχή μας όμως, εστιάζεται εξίσου και στην εξασφάλιση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής.

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.**



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"**

**ΠΡΟΣ ΤΑ ΜΕΛΗ** Όσοι καταθέτουν χρήματα ανώνυμα στις τράπεζες επ' ονόματι του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. παρακαλούνται να ενημερώνουν τη Γραμματεία αφ' ενός μεν για ν[ ] και τον επόμενο χρόνο.



GlaxoSmithKline

**Για να νιώθουν  
οι άνθρωποι  
καλύτερα  
και να ζούν  
περισσότερο**



ΜΑΙΟΣ/ΙΟΥΝΙΟΣ 2005

ΤΕΥΧΟΣ 13

# ΕΥΕΞΙΑ



## & ΔΙΑΤΡΟΦΗ

### Μεσογειακή διατροφή

*Ο παππούς και η γιαγιά  
γνώριζαν καλύτερα!*

### Εγκυμοσύνη & Πεπτικό

*ναυτία, έμετοι...*

### Γαστρεντερίτιδες στα παιδιά

*αίτια, τρόποι μετάδοσης...*



Για 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. Νόθηνα 1, 714 09 Ηράκλειο Κρήτης, Τηλ.: 2810 235 307