

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 ευχρηστών φαρμάκων.



καθημερινή ζωή

editorial

Ο ιατρός ως αγγελιοφόρος κακών ειδήσεων

Εισαγωγικά

Η αποκάλυψη της πραγματικής διάγνωσης στον καρκινοπαθή ή τον πάσχοντα από νόσημα το οποίο είναι άμεσα απειλητικό για την ζωή, αλλά και η ανάλυση των προγνωστικών παραμέτρων, της πορείας της νόσου, των διαγνωστικών και θεραπευτικών προβλημάτων και του πιθανού χρονικού διαστήματος επιβίωσης, αποτελούσε πάντοτε σημείο αμφιλεγόμενο και πεδίο αντιπαράθεσης αυτών που υποστηρίζουν την άποψη ότι η αλήθεια θα πρέπει να γνωστοποιείται στον ασθενή χωρίς περικοπές, συντημήσεις και ανακριβείες και αυτών που πρεσβεύουν ότι η πραγματική διάγνωση θα πρέπει να αποκρύπτεται. Το τελευταίο αυτό στηρίζεται στην άποψη σύμφωνα με την οποία η αποκάλυψη της αλήθειας μπορεί να προκαλέσει ανεπανόρθωτη ψυχική κατερείπωση και ίσως απονενομημένες ενέργειες από μέρος του ασθενούς. Εκ προοιμίου θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι, όπως σε πολλές περιπτώσεις, έτσι και στο σημαντικό αυτό θέμα η αλήθεια καταλαμβάνει το μέσον περίπου της αποστάσεως μεταξύ των αντιθεμένων απόψεων.

Στη συνέχεια θα επιχειρηθεί η προσέγγιση του σημαντικού αυτού θέματος τόσο από θρησκευτική-ηθική άποψη, όσο και από καθαρώς επιστημονική και ιατροκοινωνική άποψη, παραθέτοντας και προσωπικές απόψεις, όπου αυτό κατά τη γνώμη του συγγραφέα επιβάλλεται.

Θρησκευτική θεώρηση

Θα μπορούσε ευθέως να υποστηριχθεί ότι η θρησκευτική θεώρηση με βάση την ορθόδοξη διδασκαλία συνιστά την αποκάλυψη της αλήθειας στον ασθενή. Η αποκάλυψη αυτή στηρίζεται στην εκ προοιμίου αποδοχή από τον ασθενή της απόψεως ότι η ζωή είναι δώρο Θεού στον άνθρωπο. Ο ασθενής θα πρέπει να επιδεικνύει υπομονή στην σημαντική αυτή δοκιμασία της υγείας του αναθέτοντας την αντιμετώπισή της στις φροντίδες των θεραπόντων ιατρών και στην επίκληση της θείας χάριτος ως αρωγού των θεραπευτικών προσπαθειών που καταβάλλονται από τους θεράποντες ιατρούς.

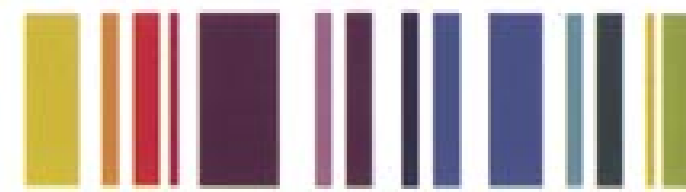
Σύμφωνα με την ηθικοθρησκευτική άποψη, ο τρόπος

αποκάλυψης της αλήθειας από τον ιατρό προς τον πάσχοντα θα πρέπει να διαπνέεται από αγάπη, ανθρωπισμό και διάθεση προσφοράς, ηθικής και ιατρικής. Η εμπειρία διδάσκει ότι ο ασθενής είναι σε θέση να αντιληφθεί απόλυτα αυτή τη διάθεση προσφοράς. Το αποτέλεσμα είναι η επικράτηση γαλήνης και ψυχικής ηρεμίας που είναι εξαιρετικά αναγκαίες για την περαιτέρω πορεία της υγείας του ασθενούς. Η επίδειξη ενδιαφέροντος προς το πρόβλημα του ασθενούς και η προσφορά αγάπης επιβάλλονται όχι μόνο από την Χριστιανική-Θρησκευτική επιταγή, αλλά και από την καθαρώς ιατρική δεοντολογία και πρακτική. Σύμφωνα βεβαίως με τις ορθόδοξες απόψεις, η αγάπη αποτελεί γενεσιουργό πηγή ανώτερων εκδηλώσεων ανθρωπισμού, αφού «*η αγάπη μακροθυμεί, ου ζητεί τα εαυτής, ου λογίζεται το κακόν, ου χαίρει επί τη αδικία, συγχαίρει δε τη αληθεία, πάντα στέγει, πάντα πιστεύει, πάντα ελπίζει, πάντα υπομένει...*» σύμφωνα με τον Απόστολο Παύλο.

Ιατρική-Επιστημονική θεώρηση

Στην καθημερινή κλινική πράξη, οι ιατροί στη μέγιστη πλειονότητα τους, δεν ανακοινώνουν στον ασθενή την ύπαρξη σοβαρής υποκείμενης νόσου, επειδή ενδομύχως δεν επιθυμούν να είναι «*άγγελοι κακών ειδήσεων*». Σε άλλες χώρες και κυρίως τις Η.Π.Α. αλλά και σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης οι ιατροί ανακοινώνουν στον ασθενή το είδος της ασθένειας, έστω και αν η ασθένεια εμπεριέχει το στοιχείο του ανίατου ή του λίαν απειλητικού για τη ζωή. Ιδιαίτερα στις Η.Π.Α. οι ιατροί ανακοινώνουν στον ασθενή ακόμη και το (πιθανό) προσδόκιμο επιβίωσης. Η γνώση των παραμέτρων της νόσου επιτρέπει στον ασθενή να προγραμματίσει την τακτοποίηση εκκρεμών προσωπικών ζητημάτων (οικογενειακών, οικονομικών κλη) και να αποφασίσει επ' αυτών με γνώμονα το απομένον διάστημα της επίγειας ζωής του.

Είναι σύνηθες το γεγονός οι ασθενείς να ζητούν από τον ιατρό να τους γνωστοποιήσει την πραγματική διάγνωση, η διαίσθηση όμως του θεράποντος είναι ότι στην πραγματικότητα επιδιώκουν το αντίθετο. Σε γενικές γραμμές και σε όλες τις



επιστημονικές μελέτες οι οποίες έγιναν σε καρκινοπαθείς τελικού σταδίου, αποδείχθηκε ότι η μέγιστη ηλικιωσιμότητα τους επιθυμούσε να γνωρίζει την πλήρη αλήθεια. Φαίνεται ότι η ειλικρίνεια ενισχύει τις διαπροσωπικές σχέσεις ιατρού και ασθενούς ενώ η ανειλικρίνεια ή οι ασαφείς απαντήσεις δρουν επιβαρυντικά.

Είναι προφανές ότι η ανακοίνωση μιας σοβαρής διάγνωσης προϋποθέτει καλές διαπροσωπικές σχέσεις ιατρού και ασθενούς. Οι σχέσεις αυτές εξαρτώνται κατά μέγιστο βαθμό από τον ιατρό και εκτιμώνται από τον ασθενή, για τον οποίο ο ιατρός αντιπροσωπεύει τη μοναδική ελπίδα και ενδεχομένως λύτρωση από το πρόβλημα που τον κατατρύχει. Η γνωστοποίηση των «κακών ειδήσεων» από τον ιατρό απαιτεί εξαιρετική λεπτότητα και ευγένεια από μέρους του.

Η εμπειρία δείχνει ότι η ανακοίνωση μιας σοβαρής διάγνωσης στον ασθενή θα πρέπει να γίνεται με μεγάλη διάκριση. Ακόμη, η πραγματική διάγνωση θα πρέπει να γνωστοποιείται με σταθερότητα, χωρίς όμως να υπερτονίζεται το ανίκανο στοιχείο της. Αντίθετα θα πρέπει να γίνεται σαφές ότι η κατάσταση είναι αντιμετωπίσιμη με τις διαθέσιμες σήμερα μεθόδους. Αυτό οπίζει τον ασθενή με αισιοδοξία, ενισχύοντας παράλληλα το αμυντικό (ανοσολογικό) του σύστημα, χωρίς παράλληλα να αποκρύπτει την πραγματικότητα.

Η ανακοίνωση της πραγματικής διάγνωσης θα πρέπει να γίνεται επισήμως σε χώρο (γραφείο ιατρού κατά προτίμηση) και με τον ασθενή και ιατρό καθήμενους. Εάν η γνωστοποίηση γίνει επιπόλαια στο διάδρομο του νοσοκομείου ή παρουσία άλλων ασθενών στο κρεβάτι του ασθενούς, το πιθανότερο είναι ότι ο ασθενής θα κυριευθεί από απογοήτευση όχι μόνο για τη δυσάρεστη νόσο αλλά και για τον τουλάχιστον επιπόλαιο, αν όχι αγενή, τρόπο με τον οποίο του γνωστοποιήθηκε η τελική διάγνωση. Φαίνεται ότι η παρουσία στενών συγγενών κατά την ώρα της γνωστοποίησης της νόσου δρα ευνοϊκά ενισχύοντας την ψυχολογική αντίδραση του πάσχοντος. Ακόμη, η συμμετοχή τους στη συζήτηση σχετικά με την πορεία και πρόγνωση της νόσου προσδίδει αίσθημα σχετικής ασφάλειας στον ασθενή. Ο ιατρός θα πρέπει να είναι σαφής, σύντομος, να μεταδίδει στον ασθενή αίσθημα επάρκειας επιστημονικής καθώς και του ότι έχει καταστρώσει σχέδιο αντιμετώπισης. Τέλος, θα πρέπει οπωσδήποτε να βεβαιώσει τον πάσχοντα ότι το ενδιαφέρον του θα εξακολουθήσει να είναι αμείωτο σε όλο το διάστημα της θεραπείας και της παρακολούθησης μετά τους θεραπευτικούς χειρισμούς (εγχείρηση ή χημειοακτινοθεραπεία).

Η κατάσταση μπορεί να περιπλοκαίσει επειδή δεν είναι ασύννητες ο ασθενής να εμφορείται από επιθυμία να του γνωστοποιηθεί η πραγματική διάγνωση, αλλά ταυτόχρονα εύχεται να μπορούσε να του αποκρυβεί η αλήθεια.

Ένα ποσοστό των ασθενών είναι αδύνατο ή τουλάχιστον

δυσχερές να ενημερωθεί για τη σοβαρή νόσο και τις προοπτικές της. Πρόκειται για άτομα με ανώριμη προσωπικότητα, χωρίς οικογενειακή αρωγή ή άτομα με χαμηλό διανοητικό επίπεδο. Άτομα με διαταραγμένη ψυχική υποδομή είναι πιθανό να μη δεχθούν το stress που συνεπάγεται η γνωστοποίηση της αλήθειας.

Φιλοσοφική θεώρηση

Υπάρχει όμως και το φιλοσοφικό στοιχείο της έκφρασης της αλήθειας. Η αναζήτηση της αλήθειας από την επιστήμη αποτελεί τη μία μορφή της. Την άλλη μορφή αποτελεί η αλήθεια ως ηθικό στοιχείο και αρχή, η αλήθεια η οποία διέπει τις ανθρώπινες σχέσεις. Εξ αιτίας όλων των ανωτέρω πιστεύω ότι ο ασθενής θα πρέπει να πληροφορείται την αλήθεια υπό τους όρους και τις προϋποθέσεις που προαναφέρθηκαν.

Συνέπειες της αποκάλυψης της πλήρους αλήθειας

Υποστηρίζεται ότι η αποκάλυψη της πραγματικής διάγνωσης θα έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση καταθλιπτικών εκδηλώσεων και άλλων ανεπιθύμητων ψυχολογικών αντιδράσεων εκ μέρους του ασθενούς. Ακόμη ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει σημεία άρνησης της πραγματικότητας, αδυναμία αποδοχής της διάγνωσης, κρίσεις πανικού, φοβίες θανάτου, αισθήματα ενοχής, ματαιώση των σχεδίων για το μέλλον και ενδοψυχικές συγκρούσεις.

Συμπερασματικώς η αποκάλυψη της αλήθειας στον καρκινοπαθή θα πρέπει να γίνεται με πνεύμα διάκρισης, ηρεμίας και ενδιαφέροντος. Ο ασθενής δεν πρέπει να συμβιώνει με φρούδες ελπίδες και εικονική πραγματικότητα. Αντίθετα έχει μεγάλη ανάγκη επικοινωνίας με τον ιατρό του, στον οποίο επιθυμεί διακαώς να εμπιστευθεί τους φόβους, την αγωνία του για το μέλλον, καθώς και ανάγκη της υποστήριξής του (ψυχολογικής και επιστημονικής) στο πρόβλημά του. Θα πρέπει ο ασθενής να δεχθεί την αλήθεια με ηρεμία, γαλήνη και ελπίδα για το αίσιο τέλος της δοκιμασίας, αναθέτοντας την επίλυση του προβλήματος υγείας στο θεό και στην εφαρμογή των σύγχρονων θεραπευτικών μεθόδων.

ΙΩΑΝΝΗΣ Κ. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ

Ο Ι. Κ. Τριανταφυλλίδης είναι Διευθυντής στο Γαστρεντερολογικό Τμήμα Κρατικού Νοσοκομείου Νίκαιας

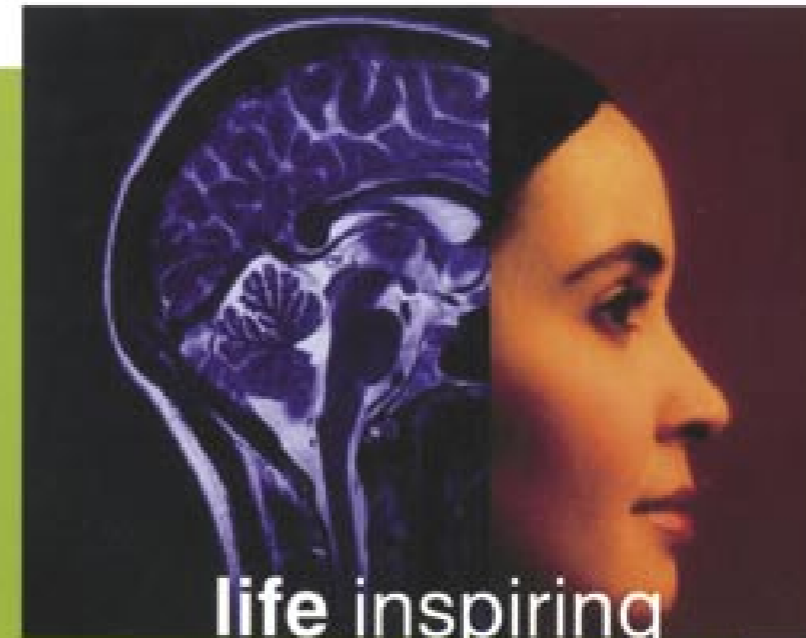
Για την AstraZeneca, μια από τις κορυφαίες φαρμακευτικές εταιρείες στον κόσμο, η ανάπτυξη φαρμάκων που σώζουν ζωές, είναι φυσικό ν' αποτελεί ηθική δέσμευση. Η προσοχή μας όμως, εστιάζεται εξίσου και στην εξασφάλιση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής.

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 απέντησε στην εταιρία **ASTRAZENECA** τον έπαινο για τη διάκρισή της στην ενότητα "ΣΥΝΕΧΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑ"

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΤΕΥΧΟΣ 14



ΕΥΕΙΑ & ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Διμηνιαία Έκδοση του Ελληνικού Ιδρύματος Γαστρεντερολογίας & Διατροφής

Ιδιοκτήτης :
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ &
ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Εκδότης και υπεύθυνος παρά τω νόμω:

Δ. Παπαπαναγιώτου
Δημοσιογράφος

Έδρα: Πατριάρχου Ιωακείμ 30,
106 75 Αθήνα
Τηλ. Fax.: 210 72 31 332,
e-mail: info@eligast.gr
URL : www.eligast.gr

Διευθυντής Σύνταξης:
Χαράλαμπος Τζάθας
Γαστρεντερολόγος

Επιμέλεια-Διόρθωση κειμένων:
Εύα Καραμανώλη
Αλίκη Τζάθα

Δημόσιες Σχέσεις:
Ιωάννης Καραγιάννης
Γαστρεντερολόγος

Θεματικοί Συντάκτες:

Εμμανουήλ Αρχαύλης
Γαστρεντερολόγος (Επικοινωνούμε)

Ιωάννης Δήμας
Κλινικός Διαιτολόγος -
Διατροφολόγος (Περί Διαιτήσης)

ΘΕΜΑΤΑ

- Προβλήματα σεξουαλικότητας και γονιμότητας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ 10
- Μη ειδικές κολίτιδες 20
- Ο Αμίαντος και τα προϊόντα του που εισπνέουμε και πίνουμε, βλάπτουν σοβαρά την υγεία μας 25

ΜΟΝΙΜΕΣ ΣΤΗΛΕΣ

- Διατροφή 18
- Παιδί & Έφηβος 8
- Μικρά & Νόστιμα 23
- Περί Διαιτήσης ... 14
- Επικοινωνούμε 32

ΕΙΔΙΚΕΣ ΣΤΗΛΕΣ

- Μικρές Ιστορίες 7
- Ευεξία 28
- Γεύσεις 30
- Τα Νέα του Ιδρύματος 34

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



**Είμαστε
Ό,τι πετάμε!**

Ο πιο ύπουλος σιωπηλός κίνδυνος για το περιβάλλον και την ανθρώπινη ζωή είναι οι συνήθειές μας. Πέρασαμε απότομα στην ανάπτυξη - πανάκεια, που ευκόλυνε τη ζωή μας μέχρι ακατανίκητης οκνηρίας και ολοκληρωτικής αμνημοσύνης κάποιων πατροπαράδοτων, σωτήριων για το περιβάλλον συνθηκών. Και πηγήκαμε στο σκουπίδι, στο πλαστικό. Το δυστύχημα είναι ότι δεν το συνειδητοποιούμε (μοσχαναθρεμμένοι σε μια αιώνια Κυριακή), παρά μόνον στις απεργίες των υπαλλήλων καθαριότητας. Τότε, εκτονώνουμε τον εκνευρισμό μας καθυβρίζοντας την κυβέρνηση και ησυχάζουμε. Και συνεχίζουμε να πετάμε αστόχαστα αμέτρητες πλαστικές σακούλες, ποτήρια, μπουκάλια..., θεωρώντας ότι η Μητέρα Φύση θα προνοήσει για την ανακύκλωσή τους.

Όμως η Μητέρα Φύση δεν μπορεί να διασπάσει τα εκατομμύρια τόνους πλαστικού, που καταλήγουν στις παραλίες, σε όλα τα μήκη και πλάτη της Γης. Το μόνο που μπορεί να κάνει είναι να το θρυμματίσει σε πολύ μικρά κομμάτια, σε κόκκους, να φτιάξει μια άλλη άμμο, πλαστική...

Που γίνεται ένα με την άλλη άμμο, την πραγματική και ρυπαίνει θάλασσες κι ωκεανούς. Σχεδόν παντού στον πλανήτη, η άμμος και το νερό περιέχουν μικρότατα, αόρατα στο μάτι σωματίδια από πολυμερή υλικά (νάιλον, πολυεστέρα, ακρυλικά). Κάθε άλλο παρά ακίνδυνα. Κατ' αρχάς, αυτά τα ίδια περιέχουν βιοκτόνα (για να εμποδίζουν ζωντανούς οργανισμούς να προσκολλώνται στην επιφάνειά τους), χρωστικά, πλαστικοποιητές κ.α. Κατά δεύτερον, απορροφούν επιπλέον τοξικές ουσίες από το περιβάλλον και δηλητηριάζουν όσους οργανισμούς τα καταπιούν. Και τα καταπιίνουν όλοι οι θαλάσσιοι οργανισμοί, σπονδυλωτοί και ασπόνδυλοι - στρείδια, καβούρια, καλαμάρια, χταπόδια, μικρά και μεγάλα ψάρια.

Τα οποία με τη σειρά τους καταναλώνονται από τον άνθρωπο. Πόσες φορές σκεφτόμαστε όταν πετάμε ένα πλαστικό ποτήρι στα σκουπίδια ότι θα το καταλώσουμε αργότερα, κοριοποιημένο, μαζί με όλα τα τοξικά που παράγει ο άνθρωπος; Σχεδόν ποτέ. Αγνωστές οι χημικές, το τοξικό, το πλαστικό που απορρίπτουμε ελαφρά τη καρδία θα ξαναγυρίσει - από έναν ή πολλούς «δρόμους» - στο στομάχι μας. Συχνά ακούμε ειδήσεις όπως: ένα εκατομμύριο θαλασσοπούλια και 100.000 θηλαστικά και θαλάσσιες χελώνες πεθαίνουν κάθε χρόνο επειδή καταπίνουν ή μπερδεύονται σε κομμάτια πλαστικού. 'Η': Τα χημικά που κουβαλάει το πλαστικό απελευθερώνονται στα στομάχια των ζώων και προκαλούν βλάβες στο ανοσοποιητικό και αναπαραγωγικό τους σύστημα - θηλυκές πολικές αρκούδες άλλαξαν φύλο έπειτα από κατανάλωση πλαστικού..

Αλλά δεν ευαισθητοποιούμαστε, δεν ιδρώνει το αυτί μας αν το πλαστικό κάνει τις φώκιες να αποβάλλουν ή τα αρσενικά ψάρια να γεννούν αυγά. Καιρός να ιδρώσει, διότι επιπλέον κάνει τα κοριτσάκια γυναίκες πριν από την ώρα τους, εξασθενίζει το ανδρικό σπέρμα, προκαλεί νευρικές διαταραχές, καρκίνους, τερατογενέσεις...Μέχρι τώρα λέγαμε ότι είμαστε αυτό που τρώμε. Καιρός να συνειδητοποιήσουμε ότι είμαστε αυτό που πετάμε.

ΤΑΣΟΥΛΑ ΚΑΡΑΪΣΚΑΚΗ

Η Τ. Καραϊσκάκη είναι Δημοσιογράφος Αναδημοσίευση από το ένθετο περιοδικό «ΟΙΚΟ» της εφημερίδας «Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ»

μητρικός θηλασμός, ένα δικαίωμα του βρέφους

*Ο μητρικός θηλασμός είναι στάση ζωής.
Στάση ζωής των γονιών,
της γυναίκας, του παιδίατρου.*

Στην Ελλάδα τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού κατά το πρώτο εξάμηνο της ζωής είναι πολύ χαμηλά. Τόσο χαμηλά που αποτελούν ένα σημαντικό σύμπτωμα κοινωνικής παθολογίας που πρέπει να προβληματίσει όλους μας.

Η πρόθεση θηλασμού των υποψήφιων μητέρων σύμφωνα με τις ιατρικές εργασίες είναι 90%. Τελικά όμως μόνον ένα μικρό ποσοστό (περίπου 5%) καταφέρνει να θηλάσει αποκλειστικά 6 μήνες. Τον πρώτο μήνα ζωής περισσότερο από το 85% των βρεφών θηλάζει, το ποσοστό όμως αυτό μετά το 2ο μήνα κατακρημνίζεται. Φαίνεται από τις ιατρικές εργασίες ότι βασικός παράγων στη επιτυχία του θηλασμού είναι η πολιτική μητρικού θηλασμού που ασκείται από το μαιευτήριο στο οποίο γεννιέται το βρέφος. Η συχνά γκριζα διαφήμιση των εταιρειών γαλάτων απευθύνεται σε ένα κοινό-στόχο (την ελληνική κοινωνία), που δεν έχει κουλτούρα θηλασμού, διότι μετά το 1960, δηλαδή επί μισό σχεδόν αιώνα, στη χώρα μας προβάλλεται το μοντέλο της τεχνητής διατροφής (formula) ως της κύριας διατροφής των βρεφών. Δεν πρέπει να παραγνωρισθεί το γεγονός ότι στη χώρα μας παραβιάζεται ο Κώδικας Εμπορίας Υποκαταστάτων Μητρικού Γάλακτος.

Οφέλη μητρικού θηλασμού

Το γάλα κάθε θηλαστικού περιέχει σε περίσσεια τα βασικά συστατικά του οργάνου επιβίωσης του είδους. Όργανο επιβίωσης του ανθρώπου είναι ο εγκέφαλος του. Στο μητρικό γάλα περιέχονται όλες οι απαραίτητες ουσίες για την ταχεία ανάπτυξη του εγκεφάλου, που ως γνωστό επιτελείται τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής. Τα τεκμηριωμένα μέχρι σήμερα οφέλη του μητρικού θηλασμού επιγραμματικά είναι:

Πλεονεκτήματα για το παιδί

- Τα θηλάζοντα έχουν υψηλότερο IQ.
- Ο μητρικός θηλασμός δρα ανασταλτικά σε:
 - οξεία και χρόνια μέση ωτίτιδα
 - διάρροια
 - μηνιγγίτιδα
 - νεκρωτική εντεροκολίτιδα
 - ασθματική βρογχίτιδα
 - βρογχιολιτιδα
 - ισουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη
 - παχυσαρκία
 - κοιλιοκάκη
 - φλεγμονώδη νόσο του εντέρου
 - παιδικό καρκίνο

Πλεονεκτήματα για τη μητέρα

- Οι μητέρες που θηλάζουν έχουν λιγότερο συχνά:
 - Καρκίνο μαστού
 - Καρκίνο ωοθηκών
 - Οστεοπόρωση
- Οι μητέρες που θηλάζουν:
 - Έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.
 - Αναπτύσσουν γρηγορότερα δεσμό με το μωρό τους.
 - Εγκαταλείπουν τα μωρά τους σπανιότερα.
 - Προγραμματίζουν σωστότερα τις γεννήσεις, λόγω αντισυλληπτικής δράσης του θηλασμού
 - Έχουν ευκολία στη σίτιση και τις εξόδους από το σπύτι και οικονομία.

Τι λένε οι διεθνείς οργανισμοί

Θα πρέπει να δημιουργηθεί στην Ελλάδα το «φιλικό για το βρέφος νοσοκομείο», όπως το όρισε το 1992 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και η UNICEF (The Baby Friendly Hospital Initiative). Στο φιλικό για το βρέφος νοσοκομείο προστατεύεται το δικαίωμα του βρέφους να θηλάσει από τη μητέρα του και εφαρμόζονται τα 10 βήματα για επιτυχή θηλασμό, που προτάθηκαν στη Γενεύη το 1989 από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και τη UNICEF. Δυστυχώς στη χώρα μας δεν έχει αναγνωρισθεί κανένα μαιευτήριο σαν φιλικό για το βρέφος.

Τα 10 βήματα για επιτυχή θηλασμό:

1. Πρέπει να υπάρχει γραπτή πολιτική για το μητρικό θηλασμό στο Νοσοκομείο ή το Μαιευτήριο.
2. Οι φορείς πρέπει να εκπαιδεύονται, ώστε να γίνονται ικανοί να εφαρμόζουν την πολιτική αυτή.
3. Να ενημερώνονται όλες οι μητέρες για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού.
4. Ο θηλασμός να αρχίζει το πρώτο ημίωρο μετά τον τοκετό.
5. Οι μητέρες να εκπαιδεύονται στην τέχνη του θηλασμού. Σε περίπτωση πρόωρου τοκετού και αναγκαστικού αποχωρισμού από το παιδί τους, οι μητέρες να εκπαιδεύονται στη διατήρηση της γαλουχίας.
6. Στο νεογέννητο να δίνεται μόνο μητρικό γάλα, όχι άλλα υγρά, όχι συμπλήρωμα με ξένο γάλα (formula), εκτός αν υπάρχει ειδικός ιατρικός λόγος.
7. Να εφαρμόζεται το σύστημα «rooming in», δηλαδή το νεογέννητο να είναι στο μαιευτήριο στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα του, 24 ώρες το 24ωρο.
8. Ο θηλασμός να είναι χωρίς ωράριο και απεριόριστος.
9. Να μη δίνονται πιπίλες ή μπιμπερό στα παιδιά που θηλάζουν.
10. Να ιδρυθούν ομάδες υποστήριξης του μητρικού θηλασμού.

Η Αμερικάνικη Παιδιατρική Ακαδημία (1997) συνιστά:

«Ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός είναι η ιδανική και πλήρης διατροφή για τους 6 πρώτους μήνες της ζωής. Ο μητρικός θηλασμός πρέπει να συνεχίζεται και μετά την προσθήκη των στερεών, μέχρι την ηλικία των 12 μηνών, και μπορεί να συνεχισθεί για όσο διάστημα το επιθυμούν η μητέρα και το παιδί». Η οδηγία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας τονίζει ότι ο μητρικός θηλασμός μπορεί να συνεχίζεται και μετά το δεύτερο χρόνο της ζωής.

Δικτυακός τόπος

- Για εθελοντική συμμετοχή στην ελληνική καμπάνια θηλασμού: bfcampaign@yahoo.com
- www.mothereducation.gr

Είναι σημαντικό και επείγον να γίνουν δύο βασικές αλλαγές στην περιγεννητική φροντίδα που παρέχεται στα μαιευτήρια της χώρας και πρέπει ο Έλληνας καταναλωτής να τις απαιτήσει σαν στάνταρ παροχή υπηρεσιών από το μαιευτήριο:

- Να αφιερώνεται το μωρό αμέσως μετά τον τοκετό για μια ώρα γυμνό πάνω στο στήθος της μητέρας του (skin to skin contact) σκεπασμένο με μια κουβέρτα και να αναβάλλονται για αργότερα οι διάφοροι χειρισμοί που συνήθίζονται στα μαιευτήρια (μπάνιο, ζύγιση, αιμοληψία, «επίδειξη» στους οικείους). Στη θέση αυτή το νεογνό θερμορυθμίζει ιδανικά και έχει την ευκαιρία να αρχίσει το θηλασμό όταν εκείνο θα είναι έτοιμο, αμέσως μετά τον τοκετό, γεγονός που δρα ευεργετικά στη διάρκεια και την εδραίωση του θηλασμού.

- Να εφαρμοσθεί επιτέλους το rooming in, δηλαδή η μητέρα να έχει το μωρό μαζί της, στο ίδιο δωμάτιο στο μαιευτήριο, όλο το 24ωρο. Ο βίαιος αποχωρισμός μητέρας παιδιού που επιτελείται στα μαιευτήρια είναι παράλογος, απάνθρωπος, παρωχημένος. Εκτός του ότι αποτελεί πλήγμα για το μητρικό θηλασμό, είναι αιτία λοιμώξεων (σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις, ιώσεις, σηψαιμία). Η φυσιολογική παραγωγή του μητρικού γάλακτος προάγεται, κατά κύριο λόγο, από το θηλασμό. Όταν λοιπόν το μωρό λείπει από το δωμάτιο της μητέρας, θηλάζει μόνο προγραμματισμένα, γεγονός που δρα ανασταλτικά στην παραγωγή επαρκούς ποσότητας γάλακτος από τη μητέρα. Όταν χρειασθεί να ταΐσεται, εκτός προγράμματος, του παρέχεται «ξένο» γάλα, συχνά χωρίς καν να ερωτηθούν οι γονείς. Η χορήγηση ξένου γάλακτος στο μαιευτήριο πρέπει να γίνεται με μεγάλη περισκεψη και μόνον για αυστηρά ιατρικούς λόγους (σύμφωνα με οδηγία του Υπουργείου Υγείας πρέπει να συνοδεύεται από ιατρική γνωμάτευση που να εξηγεί τους λόγους που το βρέφος δεν μπορεί να θηλάσει από τη μητέρα του). Η χορήγηση ξένου γάλακτος είναι μειζων ιατρική πράξη: Σύμφωνα με τα πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα, η διατροφή των 3 πρώτων ημερών της ζωής (αν δηλαδή είναι μητρικός θηλασμός ή ξένο γάλα) έχει μεγάλη επίδραση στο ανοσοποιητικό σύστημα του παιδιού (ανάπτυξη αλλεργίας και αυτοάνοσων νοσημάτων).

ΜΑΡΙΑ-ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ

*Η Μαρία - Αδαμαντία Μαλλιάρου
είναι Παιδιάτρός,*

*Διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Αθηνών,
Επιμελήτρια Α΄ της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών
στο Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία»*



προβλήματα σεξουαλικότητας και γονιμότητας σε ασθενείς με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου (ΙΦΝΕ)

Όπως είναι γνωστό, τα αίτια των προβλημάτων της σεξουαλικής μας ζωής διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τα οργανικά και τα λειτουργικά.

Οργανικά είναι τα αίτια που αφορούν σε ασθένειες, όπως διάφορα συστηματικά νοσήματα, ορμονικές διαταραχές κλπ.

Λειτουργικά είναι τα αίτια που σχετίζονται με την προσωπικότητα και την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ατόμου.

Στις ΙΦΝΕ όλοι γνωρίζουμε ότι το έντερο του ασθενούς φλεγμαίνει σε ποικίλη ένταση και έκταση. Υπάρχει, κατά συνέπεια, δεδομένο οργανικό πρόβλημα. Παράλληλα, είναι

ευνόητο πως ο ασθενής επηρεάζεται και ψυχολογικά, σε άλλοτε άλλο βαθμό, ανάλογα με την προσωπικότητα και την συγκρότησή του. **Επομένως, το εάν και σε ποιο βαθμό θα επηρεαστεί η σεξουαλική ζωή του ασθενούς εξαρτάται κυρίως από τη δραστηριότητα της νόσου, αλλά και την ψυχοσυναισθηματική του κατάσταση.**

Όπως ο οποιοσδήποτε άνθρωπος που έχει γρίπη και νιώθει κακουχία προτιμά την αγκαλιά του Μορφέα από αυτήν του ερωτικού του συντρόφου, έτσι κι ο ασθενής με ενεργό νόσο είναι φυσικό να έχει περιορισμένη ή και καθόλου διάθεση για ερωτική συνεύρεση. Εξάλλου, σε

ορισμένες περιπτώσεις (συνήθως ανάλογα με την εντόπιση της νόσου), η σεξουαλική επαφή μπορεί να είναι επώδυνη, να προσφέρει περιορισμένη ικανοποίηση ή να παρουσιάζει διάφορα άλλα προβλήματα.

Αντιθέτως, ο ασθενής σε καλή ψυχολογική κατάσταση, που εφαρμόζει με ακρίβεια τη φαρμακευτική και υγειονομιακή αγωγή του κι επομένως διατηρεί τη νόσο σε ύφεση ή και υποστροφή, είναι πιθανότατο να μην έχει κανένα πρόβλημα και να απολαμβάνει μία απόλυτα φυσιολογική ερωτική ζωή.



Τι λέει η Βιβλιογραφία (και πώς να τη διαβάσουμε...);

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στη σεξουαλική τους ζωή ασθενείς με ΙΦΝΕ έχουν αποτυπωθεί εδώ και πολλά χρόνια, κυρίως σε μελέτες που διερευνούν την ποιότητα ζωής τους. Εδώ θα πρέπει να υπογραμμιστεί πως χρειάζονται ειδικές γνώσεις προκειμένου να αξιολογηθούν σωστά τα αποτελέσματα των διαφόρων μελετών και να μη θεωρούνται π.χ. αντικρουόμενα, όπως συχνά γίνεται από τους μη ειδικούς. Επί παραδείγματι, τα αποτελέσματα μελετών από εξειδικευμένα κέντρα τριτοβάθμιας περίθαλψης, στα οποία συρρέουν τα πιο βαριά περιστατικά, είναι αναμενόμενο να είναι διαφορετικά - επί τω χείρω- σε σχέση με αυτά μελετών από κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Κατά συνέπεια δεν πρέπει να πανικοβαλλόμαστε, ούτε να χάνουμε την εμπιστοσύνη μας στις σοβαρές πηγές πληροφόρησης.

Παίζει ρόλο η προσωπικότητα στην εμφάνιση σεξουαλικών προβλημάτων - και αν ναι, σε ποιο βαθμό;

Τεράστια. Ένας άνθρωπος με συγκροτημένη προσωπικότητα, ρεαλιστής και αισιόδοξος, ο οποίος χωρίς μοιρολατρεία μα με αυτοεκτίμηση έχει φροντίσει να εφαρμόζει τις επιταγές της σύγχρονης ιατρικής και να διατηρεί τη νόσο του σε ύφεση, έχει αυτομάτως επιλύσει και τα όποια προβλήματα ενδεχομένως να είχαν παρουσιαστεί σε κάποια φάση της σεξουαλικής του ζωής. Είναι χαρακτηριστικά τα αποτελέσματα βρετανικής μελέτης σε ασθενείς με νόσο του Crohn. Διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες είχαν παρόμοια προσωπικότητα με την ομάδα ελέγχου, οι άνδρες ήταν περισσότερο νευρωσικοί και εσωστρεφείς σε σχέση με τη δική τους ομάδα ελέγχου, όλοι όμως ζούσαν καλά, συνέχιζαν να εργάζονται, ήλπιζαν ότι η νόσος τους δε θα επιδεινωθεί στο μέλλον και συχνά είχαν βελτιωμένη σχέση με τους συντρόφους τους, έστω κι αν είχαν λιγότερο συχνές σεξουαλικές επαφές. Μάλιστα διαπιστώθηκε ότι η επιτυχής προσαρμογή των ασθενών στις ανάγκες της χρόνιας νόσου πιο συχνά σχετιζόταν με την προσωπικότητά τους παρά με τη δραστηριότητα της νόσου αυτής καθεαυτής.

Τι συμβαίνει στους χειρουργημένους ασθενείς;

Αυτό εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως το είδος της επέμβασης, την αποτελεσματικότητά της, τη δραστηριότητα της νόσου κατά τη συγκεκριμένη περίοδο κλπ. Έτσι,

αν ασθενής με στενωτική νόσο Crohn στο λεπτό έντερο υποβληθεί σε πλαστική της στενώσεως, είναι σχεδόν βέβαιο ότι η επέμβαση δε θα έχει καμία αρνητική επίπτωση στη σεξουαλική του ζωή.

Οι συνηθέστερες επιπλοκές σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε κολεκτομή και ειλεοστομία είναι, για τους μεν άντρες ελάττωση της libido και της σεξουαλικής ικανοποίησης (για τους μεγαλύτερους σε ηλικία απ' ό τι για τους νεότερους, όπως είναι άλλωστε αναμενόμενο), για τις δε γυναίκες δυσπαρευνία, άφθονα κολπικά υγρά, γενικότερη ευαισθησία στον κόλπο κλπ. **Ωστόσο, πρέπει να τονιστεί ότι στις περισσότερες μελέτες διαπιστώνεται πως εκτός από τους λίγους ασθενείς που παρουσιάζουν επιπλοκές, η μεγάλη πλειονότητα εμφανίζει βελτίωση της ποιότητας της σεξουαλικής της ζωής, προφανώς λόγω της βελτίωσης της υγείας μετά την απομάκρυνση του πάσχοντος τμήματος του εντέρου.**

Οι ίδιες επιπλοκές εμφανίζονται και με τις νεότερες επεμβάσεις;

Όχι. Με τις επεμβάσεις τύπου ειλεϊκής νεοληκύθου, καθώς μάλιστα περνά ο καιρός κι αυξάνεται η εμπειρία, οι επιπλοκές γίνονται λιγότερο συχνές έως μηδενικές.

Οι ασθενείς με Νόσο του Crohn και συρίγγια ή αποστήματα έχουν ιδιαίτερο πρόβλημα;

Συνήθως όχι, εάν πρόκειται για ασυμπτωματική νόσο και μάλιστα σε άνδρες. Όμως σε νόσο συμπτωματική και μάλιστα σε παρόξυνση, ιδίως στις γυναίκες δημιουργούνται ουσιαστικά προβλήματα, που οδηγούν σε περιορισμένη σεξουαλική δραστηριότητα έως και πλήρη αποχή λόγω επώδυνης συνουσίας, λοιμώξεων, αισθητικών προβλημάτων κλπ.

Τα παιδιά που μπαίνουν στην εφηβεία αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα;

Καθυστερήση της ήβης συχνά επιπλέκει την κλινική πορεία των ΙΦΝΕ, της Crohn μάλιστα συχνότερα απ' ό τι της ελκώδους κολίτιδας. Κύρια αιτία για την καθυστέρηση αυτή θεωρείται η υποθρεψία. Τελευταία συγκεντρώνονται ενδείξεις ότι υπεισέρχονται αυτόνομα και ορμονικοί παράγοντες, όπως η ελάττωση της τεστοστερόνης στα αγόρια, με φυσιολογικές όμως ή και αυξημένες τις γοναδοτροφίνες (ήτοι τις ορμόνες της υποφύσεως, που κινητοποιούν τις ορμόνες του φύλου).

Η αντιμετώπιση της καθυστερημένης ενήβωσης

περιλαμβάνει την κατάλληλη υπερθερμιδική διαίτα, που θα διορθώσει την υπάρχουσα υποθρεψία και φυσικά τη θεραπεία της φλεγμονής. Μάλιστα από παλαιότερες μελέτες της πορείας και πρόγνωσης των ΙΦΝΕ έχει προκύψει πως, μετά από κολεκτομή και ειλεοστομία σε παιδιά και εφήβους, στα σεξουαλικά ενεργά άτομα η σεξουαλική δραστηριότητα είτε βελτιώθηκε είτε παρέμεινε ανεπηρέαστη. **Παρά δε τις όποιες επιπλοκές της νόσου, για τη μεγάλη πλειονότητα των αρρώστων η ποιότητα της ζωής βελτιώθηκε.**

Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ μπορούν να κάνουν γερά παιδιά;

Φυσικά και μπορούν. Πολλές μελέτες δείχνουν πως τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες με ΙΦΝΕ δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας. Εξαιρέση αποτελούν ορισμένες μικρές υποκατηγορίες ασθενών, όπως άνδρες που μετά από πρωκτοκολεκτομή παρουσίασαν ανικανότητα ως επιπλοκή της επέμβασης, γυναίκες με ελκώδη κολίτιδα μετά από κολεκτομή κλπ. Εξάλλου, η υπογονιμότητα στους άνδρες αποτελεί γνωστή αναστρέψιμη παρενέργεια της σουλφασαλαζίνης, η οποία δεν προκαλείται από το 5-ΑΣΑ.

Σε ό,τι αφορά τη χορήγηση φαρμάκων κατά τη διάρκεια της κύησης και την ασφάλεια του εμβρύου, όλες οι μελέτες συμφωνούν πως τα σαλικυλικά και τα κορτικοειδή δεν επηρεάζουν το έμβρυο (ούτε την πορεία της κύησης) και πως είναι προτιμότερο να ελέγχεται η δραστηριότητα της νόσου με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, παρά να αφήνεται στην τύχη της.

Από τα αντιβιοτικά, η χορήγηση μετρονιδαζόλης είναι ασφαλής για μικρό χρονικό διάστημα, ενώ η σπροφλοξασίνη καλό θα είναι να αποφεύγεται κατά την κύηση και σε μικρά παιδιά, επειδή μπορεί να προκαλέσει αρθροπάθεια.

Πολλές δημοσιεύσεις υποστηρίζουν ότι η αζαθειοπρίνη και η 6-μερκαπτοπουρίνη δεν προκαλούν τερατογένεση, εντούτοις πιστεύεται ότι καλό θα είναι οι γυναίκες που δεν μπορούν να διακόψουν τη χρήση των ανοσοκατασταλτικών κατά την κύηση να μην ενθαρρύνονται να μείνουν έγκυοι.

Η κυκλοσπορίνη στα λίγα περιστατικά που έχει χορηγηθεί δεν έχει προκαλέσει τερατογένεση ή νεφροτοξικότητα στο έμβρυο. Δε συμβαίνει όμως το ίδιο και με τη μεθοτρεξάτη, η οποία είναι τερατογόνος.

Το infliximab τέλος έχει χρησιμοποιηθεί με καλά αποτελέσματα.

ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΖΕΡΒΑΚΑΚΗΣ

Ο Α. Ζερβακάκης είναι Γαστρεντερολόγος



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)

Διατροφή και Καρδιά: μια..... άνοστη σχέση



Η διατροφή του ανθρώπου παίζει ίσως το σημαντικότερο ρόλο για την υγεία του καρδιακού ιστού. Υπάρχουν διάφορες μορφές καρδιακής ανεπάρκειας. Μια κατηγοριοποίηση που περιγράφει αρκετά καλά τις πτυχές των καρδιακών νόσων φαίνεται στον πίνακα 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 1	Δεν εμφανίζεται κάποιο ορατό πρόβλημα (υποκλινική κατάσταση), ούτε και παρατηρείται μειωμένη ικανότητα για φυσική δραστηριότητα
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 2	Υπάρχει μια μικρή μείωση της ικανότητας για φυσική δραστηριότητα, ενώ ο ασθενής νιώθει άνεση σε κατάσταση ηρεμίας
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 3	Υπάρχει σημαντική μείωση της ικανότητας για φυσική δραστηριότητα, ενώ ο ασθενής νιώθει ακόμη άνεση σε κατάσταση ηρεμίας
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 4	Οποιαδήποτε φυσική δραστηριότητα προκαλεί ενόχληση. Συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, πόνος στο στήθος κατά την ηρεμία

Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι στην Κατηγορία 1 ο καρδιακός μυς έχει ήδη αρχίσει να απαιτεί μεγαλύτερη δύναμη σύσπασης, να αυξάνει σε μέγεθος, να συσπάται με γρηγορότερο ρυθμό και να ενεργοποιεί τα νεφρά για διατήρηση μεγαλύτερης ποσότητας αλατιού και νερού. Η κατάσταση αυτή διαρκεί για κάποιο χρονικό διάστημα και μετά χειροτερεύει προχωρώντας στις παρακάτω κατηγορίες.

Η αδυναμία του καρδιακού μυός να λειτουργήσει ως αντλία κυρίως περιγράφεται από τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (congestive heart failure) και την καρδιακή καχεξία (cardiac cachexia).

Συμφορητική Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΣΚΑ)

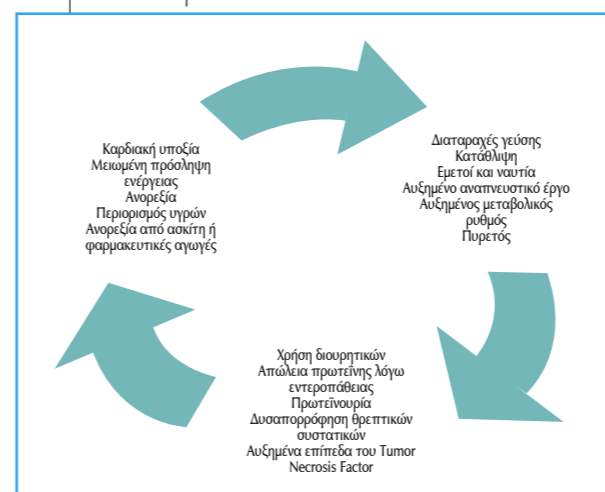
Σε αυτήν την ασθένεια η καρδιά αδυνατεί να «στείλει» ικανή ποσότητα αίματος στην περιφέρεια. Ασθένειες της καρδιάς (μυός, αρτηριών ή αγγείων), υπέρταση και νεφρικές παθήσεις οδηγούν σε ΣΚΑ. Τα περισσότερα περιστατικά προκαλούνται από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Από τη στιγμή που η ασθένεια θα εδραιωθεί υπάρχουν ορισμένα γεγονότα που οδηγούν σε ΣΚΑ, όπως πνευμονική εμβολή, λοίμωξη, αναιμία, αρρυθμία, απόφραξη του μυοκαρδίου και υπερβολική πρόσληψη νατρίου (η 40χρονη επιδημιολογική έρευνα Framingham έφτασε σε αυτά τα συμπεράσματα).

Τα παραπάνω δε συμβαίνουν απλά σε κάποιες μικρές πληθυσμιακές ομάδες, αλλά για παράδειγμα μπορούμε να αναφέρουμε ότι προσβάλλουν περί τα 3 εκατομμύρια ανθρώπους στις ΗΠΑ. Μάλιστα, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνεται και η συχνότητα. Το 1990 το 92% των θανάτων από ΣΚΑ έπληξε ανθρώπους άνω των 65 ετών. Κάθε χρόνο έχουμε τη διάγνωση 400.000 καινούριων περιστατικών στις ΗΠΑ.

Η ΣΚΑ έχει ποσοστά επιβίωσης για τους άντρες 25%, ενώ για τις γυναίκες 38%, το οποίο μας οδηγεί στη βεβαιότητα του πόσο σημαντική είναι η πρόληψη αυτής της νόσου.

Καρδιακή Καχεξία (ΚΚ)

Στο 35% των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια διαγιγνώσκεται για κακή θρέψη (malnutrition) μια κατάσταση γνωστή ως καρδιακή καχεξία. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά λιπώδους και μυϊκού ιστού και κυρίως οφείλεται σε πρωτεϊνική – ενεργειακή υποθρεψία. Ένα σύνθετο εύρημα σε αυτούς τους ασθενείς είναι η υψηλή συγκέντρωση του Tumor Necrosis Factor. Η σημαντική απώλεια μέρους του καρδιακού μυϊκού ιστού οδηγεί σε χαμηλό καρδιακό ρυθμό και κατανάλωση οξυγόνου, οπότε και σε καρδιακή καχεξία. Ο βασικός μεταβολικός ρυθμός πέφτει και η καρδιακή ανεπάρκεια εδραιώνεται. Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι για εξαντλητικές διατροφικές συνταγές η καρδιακή καχεξία είναι ένα σίγουρο αποτέλεσμα.



Φαρμακευτική Αγωγή

Τα φάρμακα τα οποία δίνονται στη ΣΚΑ και ΚΚ ενδεχομένως να επηρεάζουν το διατροφικό status. Ο πίνακας 2 αναφέρει εν περιλήψει τις αλληλεπιδράσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΣΥΝΘΗΣΙΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΟΥ ΔΡΑ ΣΤΗΝ ΔΙΑΘΡΕΠΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

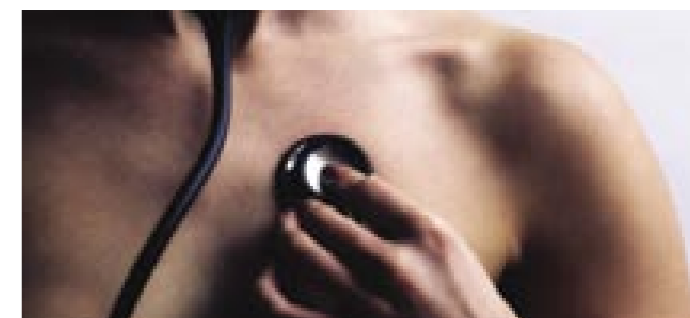
ΕΝΑΛΛΑΓΡΙΑΗ	Θα πρέπει να αποφεύγεται η ταυτόχρονη λήψη υποκατάστατων αλατιού ή λυκόρουζου. Ανορέξια, απώλεια γεύσης, ξηρότητα στόματος, στοματίτιδα, γαστρεντερικά προβλήματα
ΦΟΥΡΟΣΕΜΙΔΗ	Αποφυγή ταυτόχρονης λήψης λυκόρουζου, γαστρεντερικά προβλήματα
ΥΔΡΟΧΛΩΡΘΕΙΑΖΙΔΗ	Αποφυγή ταυτόχρονης λήψης με λυκόρουζο. Αν ταυτόχρονη λήψη με συμπληρώματα ασβεστίου, τότε γαστρεντερικά προβλήματα
ΔΙΓΟΞΙΝΗ	Αποφυγή ταυτόχρονης λήψης φυτικών ινών και λυκόρουζου. Ανορέξια, απώλεια γεύσης, ξηρότητα στόματος, στοματίτιδα, γαστρεντερικά προβλήματα
ΥΔΡΟΛΑΖΙΝΗ	Αποφυγή ταυτόχρονης λήψης λυκόρουζου, γαστρεντερικά προβλήματα
ΜΕΤΟΠΡΟΛΟΗ	Αποφυγή ταυτόχρονης λήψης φυτικών ινών και λυκόρουζου. Ανορέξια, απώλεια γεύσης, ξηρότητα στόματος, στοματίτιδα, γαστρεντερικά προβλήματα

Διατροφική Αγωγή

Η διατροφική αγωγή στις καρδιακές ανεπάρκειες χαρακτηρίζεται από «άνοστα» διατροφικά σχήματα, αφού τις περισσότερες φορές συνιστάται προσεκτική λήψη αλατιού. Ας δούμε αναλυτικότερα τις διατροφικές οδηγίες :

Ενέργεια

Λαμβάνουμε πάντοτε υπόψη μας το βάρος του ασθενούς, τον περιορισμό της φυσικής δραστηριότητας και τη σοβαρότητα της ανεπάρκειας. Έτσι λοιπόν ο υπέρβαρος ασθενής με ΣΚΑ θα πρέπει να ακολουθήσει μια υποθερμιδική δίαιτα (100 με 1200 Kcal), η οποία θα οδηγήσει σε επιθυμητό βάρος που θα μειώσει το φόρτο της καρδιακής λειτουργίας, ενώ ο υποσιτισμένος ασθενής με ΚΚ θα πρέπει να ακολουθήσει ένα τελείως διαφορετικό πλάνο. Δηλαδή θα πρέπει να λαμβάνει έως και 50% περισσότερες θερμίδες από το βασικό του μεταβολισμό.



Πρωτεΐνες

Οι πρωτεϊνικές ανάγκες δεν ξεφεύγουν από τις συνηθισμένες οδηγίες των 0,8 γρ. ανά κιλό στη φυσιολογική διατροφή και 1,5 γρ. ανά κιλό στην παρεντερική.

Υδατάνθρακες

Το ποσό των υδατανθράκων καθορίζεται από τις μετρήσεις σε αρτηριακό διοξειδίο του άνθρακα (αξιολόγηση αερίων του αίματος) και την εμφάνιση υπεργλυκαιμίας.

Αλάτι

Η μη ικανοποιητική ροή αίματος στο νεφρό οδηγεί στην έκκριση των ορμονών (αλδοστερόνη και αντιδιουρητική ορμόνη), οι οποίες οδηγούν στην κατακράτηση υγρών. Η αλδοστερόνη προωθεί την κατακράτηση του αλατιού (νατρίου) και η αντιδιουρητική ορμόνη την κατακράτηση νερού στα απομακρυσμένα σωληνάκια του νεφρώνα. Η ανωτέρω δράση οδηγεί σε οίδημα. Ο κάθε ασθενής έχει τη δική του απόκριση στην κατάσταση αυτή. Κάποιοι ασθενείς με περιορισμό του νατρίου και ξεκούραση σε οριζόντια θέση στο κρεβάτι μπορούν να βελτιώνουν τα συμπτώματα. Έτσι λοιπόν ο αρχικός περιορισμός του νατρίου σε 1 με 2 γρ. μπορεί να δώσει τη θέση του στα 3 με 4 γρ., εάν υπάρξει βελτίωση.

Υπάρχουν 5 σχήματα περιορισμού του νατρίου :

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΣΧΗΜΑΤΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΑΛΑΤΙΟΥ

4 γραμμαρίων νατρίου	Τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε αλάτι αποκλείονται. Επιτρέπεται μισό κουταλάκι γλυκού αλάτι ημερησίως.
2 γραμμαρίων νατρίου	Τρόφιμα υψηλής και μέτριας περιεκτικότητας σε αλάτι αποκλείονται. Επιτρέπεται ένα τέταρτο του κουταλιού γλυκού αλάτι ημερησίως.
1 γραμμαρίου νατρίου	Τρόφιμα υψηλής και μέτριας περιεκτικότητας σε αλάτι αποκλείονται. Δεν επιτρέπεται προσθήκη αλατιού, ενώ απαγορεύονται τα τρόφιμα σε κονσέρβες και τα επεξεργασμένα που περιέχουν αλάτι. Κατεψυγμένος αρακάς και φασόλια, ανάμεικτα λαχανικά και καλαμπόκι αποκλείονται. Το ψωμί αποκλείεται.
500 μιλigr. νατρίου	Ισχύει ότι και στην άνω κατηγορία και επιπρόσθετα αποκλείονται τα ραπανάκια, τα καρότα, τα μαρούλια, το σέλινο, το σπανάκι. Μια τέτοια δίαιτα ακολουθείται για μικρό χρονικό διάστημα.
και 250 μιλigr. νατρίου	Ισχύει ότι στην άνω κατηγορία και επιπρόσθετα οι πρωτεϊνικές τροφές αντικαθίστανται από γάλα και ψωμί με χαμηλό νάτριο. Η δίαιτα αυτή δε χρησιμοποιείται σχεδόν ποτέ.

Είναι χρήσιμο στο σημείο αυτό να αναφέρουμε τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε νάτριο. Έτσι λοιπόν τα καπνιστά κρεατικά, τα λουκάνικα και τα επεξεργασμένα ψάρια και κρεατικά (κονσέρβες) είναι εξ ορισμού υψηλής περιεκτικότητας σε νάτριο. Οι σάλτσες κρεάτων και τα αλατισμένα τοιπς είναι χαρακτηριστικοί εκπρόσωποι της κατηγορίας αυτής, ενώ σημαντικές ποσότητες αλατιού περιέχουν και τα κατεψυγμένα λαχανικά. Επίσης τα τυριά δίνουν μεγάλες ποσότητες νατρίου στη δίαιτα.

Το 1990 ο FDA δημιούργησε ένα σύστημα σήμανσης στα τρόφιμα για την ενημέρωση του καταναλωτή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΗΜΑΝΣΗ ΝΑΤΡΙΟΥ ΣΤΑ ΤΡΟΦΙΜΑ

ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΝΑΤΡΙΟΥ	Λιγότερο από 5 mg. ανά μερίδα. Δεν περιέχει χλωριούχο νάτριο
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΑ ΣΕ ΝΑΤΡΙΟ	35 mg. ή λιγότερο ανά μερίδα
ΧΑΜΗΛΑ ΣΕ ΝΑΤΡΙΟ	140 mg. ή λιγότερο ανά μερίδα
ΜΕΙΩΜΕΝΑ ΣΕ ΝΑΤΡΙΟ	Τουλάχιστον 25% λιγότερο νάτριο ανά μερίδα από το κανονικό τρόφιμο
LIGHT ΣΕ ΝΑΤΡΙΟ	50% λιγότερο νάτριο ανά μερίδα από το κανονικό τρόφιμο
ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΣΘΕΤΟ ΑΛΑΤΙ	Χωρίς προσθήκη νατρίου κατά την επεξεργασία
ΕΛΑΦΡΑ ΑΛΑΤΙΣΜΕΝΑ	50% λιγότερο προστιθέμενο νάτριο από αυτό που προστίθεται συνήθως

Βλέπουμε λοιπόν ότι η διατροφή του καρδιοπαθούς θα πρέπει να ελέγχεται διεξοδικά κυρίως για την περιεκτικότητα σε αλάτι, ενώ σε κάθε περίπτωση θα πρέπει ειδικοί επιστήμονες (κλινικοί διαιτολόγοι με ειδικευση στις καρδιαγγειακές νόσους) να συμβουλευούν τους ασθενείς για μόνιμες αλλαγές στις διατροφικές συνήθειές τους.



ΧΡΗΣΤΟΣ ΠΑΠΑΒΑΓΓΕΛΗΣ

Ο Χ. Παπαβαγγέλης είναι Κλινικός Διαιτολόγος στο Τμήμα Διατροφής ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» Μέλος Πανελληνίου Συλλόγου Νοσοκομειακών Διαιτολόγων (ΠΑ.ΣΥ.ΝΟ.Δ)

Δεν είμαστε ειδικοί 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 μυκτιολογίας, της γαστρεντερολογίας και του χρόνιου πόνου, που έχουν κάνει πιο όμορφη τη ζωή, - και πιο «φωτεινές» τις φωτογραφίες, σε κάθε γωνιά του πλανήτη.



ΛΙΠΑΡΑ ΟΞΕΑ

ΚΑΥΤΕΙΑ

Πριν από τρεις περίπου μήνες, η ομάδα μας είχε την ευκαιρία να βρεθεί στην Φρανκφούρτη στο 2ο συμπόσιο που οργάνωσε η European Federation for the Science and Technology of Lipids με θέμα «Dietary fatty acids and health» και θα θέλαμε να μεταφέρουμε στους αναγνώστες του περιοδικού το κλίμα του Συμποσίου.

Σε προηγούμενα άρθρα (τεύχη 2 και 3 του περιοδικού) είχαμε μιλήσει για την δομή και τους ρόλους των λιπιδίων γενικά και ειδικότερα των λιπαρών οξέων. Θυμίζουμε συνοπτικά ότι **λιπαρά οξέα (Λ.Ο)** έχουν άρτιο συνήθως αριθμό ατόμων άνθρακα και μπορεί να είναι **κεκορεσμένα (saturated fatty acids SAFA) μονοακόρεστα (MUFA) ή πολυακόρεστα (PUFA)**. Επίσης διακρίνονται σε **ω-9, ω-6 ή ω-3** ανάλογα με τη θέση του πρώτου διπλού δεσμού σε σχέση με το ω-άκρο της υδρογονανθρακικής αλυσίδας. Ανάλογα δε με τη διαμόρφωση των διπλών δεσμών χαρακτηρίζονται ως **cis ή trans** λιπαρά οξέα.

Τα λιπαρά οξέα υπάρχουν στο σώμα κυρίως με τη μορφή τριγλυκεριδίων στο λιπώδη ιστό όσο και με τη μορφή φωσφολιπιδίων ή γλυκολιπιδίων κυρίως στις κυτταρικές μεμβράνες. Κυκλοφορούν όμως και ως ελεύθερα λιπαρά οξέα στο αίμα συνδεδεμένα συνήθως σε πρωτεΐνες του ορού. Κύρια πηγή των λιπαρών οξέων του σώματος είναι τα λιπίδια που υπάρχουν στα διάφορα τρόφιμα. Συντίθενται όμως και στο σώμα από άλλες θρεπτικές ύλες κυρίως όταν καταναλώνονται σε ποσότητες μεγαλύτερες από τις ανάγκες του οργανισμού σε αυτές.

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει σαφές ότι τα λιπαρά οξέα δεν είναι απλώς ενεργειακά μόρια αλλά έχουν ποικίλες δράσεις είτε τα ίδια είτε κάποια ενδογενή παράγωγά τους, όπως για παράδειγμα οι προσταγλανδίνες. Κάποιες από τις δράσεις τους τις ασκούν κυρίως αλληλεπιδρώντας με πρωτεΐνες. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην αλληλεπίδραση τους με πρωτεΐνες του πυρήνα και η μέσω αυτών επίδραση τους στη έκφραση των γονιδίων.

Η δράση των λιπαρών οξέων εξαρτάται από το μέγεθος της υδρογονανθρακικής αλυσίδας, τον αριθμό, τη θέση και το είδος του διπλού δεσμού. Ακόμη και λιπαρά οξέα με παραπλήσια δομή μπορεί να διαφοροποιούνται ως προς τη δράση τους. Γίνεται λοιπόν φανερό ότι η σύσταση σε λιπαρά οξέα της καθημερινής μας διαίτας, που είναι η κύρια πηγή λιπαρών οξέων του οργανισμού, έχει μεγάλη σημασία για την υγεία μας.

Πιστεύουμε ότι οι περισσότεροι αναγνώστες γνωρίζουν ότι η αντικατάσταση των ζωικών λιπών από τα φυτικά λάδια προστατεύει από καρδιαγγειακά προβλήματα και ότι αυτό δεν οφείλεται μόνο στην μείωση της κατανάλωσης χοληστερόλης (που δεν υπάρχει στα φυτικά έλαια) αλλά και στο γεγονός ότι τα MUFA και PUFA (συστατικά των φυτικών ελαίων) έχουν διαφορετική επίδραση από τα SAFA (συστατικά των ζωικών λιπών) στην εμφάνιση και την εξέλιξη των αθηρωματικών πλακών που είναι η κύρια αιτία των καρδιαγγειακών παθήσεων. Ποιος όμως είναι ακριβώς ο ρόλος των λιπαρών οξέων στη διαδικασία αυτή δεν φαίνεται να είναι ξεκαθαρισμένο. Πρέπει να αναφέρουμε ότι

στο Συμπόσιο αυτό, είδαμε να αμφισβητούνται ακόμη και παγιωμένες απόψεις σχετικά με το ρόλο των λιπαρών οξέων, όπως για παράδειγμα ότι τα ω-3 Λ.Ο προστατεύουν από την αθηρωμάτωση. Η άποψη που φαίνεται πια να επικρατεί είναι ότι η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων ω-3 Λ.Ο μειώνει μεν τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις, αλλά αυτό δεν οφείλεται σε μειωμένη αθηρωμάτωση αλλά σε σταθερότερη δομή της αθηρωματικής πλάκας και αποφυγή της διάρρηξης της που συντελεί σε μεγάλο βαθμό στην θρόμβωση.

Διατυπώθηκε επίσης η άποψη ότι τα ω-3 λιπαρά οξέα μειώνουν τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις κυρίως λόγω περιορισμού των αρρυθμιών.

Η προστατευτική πάντως δράση των PUFA και ιδιαίτερα των ω-3 στις καρδιαγγειακές παθήσεις, παρά τις διαφορετικές απόψεις σχετικά με τον τρόπο που ασκείται, δεν φαίνεται να αμφισβητείται. Τα τελευταία χρόνια μελετάται επίσης πολύ η εμπλοκή των λιπαρών οξέων και ιδιαίτερα των PUFA στη λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος η οποία φαίνεται να διαφοροποιείται κυρίως από τη θέση των διπλών

δεσμών, καθώς τα ω-6 έχουν φλεγμονώδη ενώ τα ω-3 αντιφλεγμονώδη δράση. Κι ενώ η διαφοροποίηση τους αυτή είχε κυρίως αποδοθεί στον διαφορετικό ρόλο των μεταβολιτών τους (δηλαδή των προσταγλανδινών, λευκοτριενίων των θρομβοξανινών) αναπτύχθηκαν και θεωρίες σύμφωνα με τις οποίες η διαφοροποίηση είναι αποτέλεσμα της διαφορετικής τους επίδρασης στις κυτταρικές μεμβράνες των μακροφάγων και των βακτηριδίων.

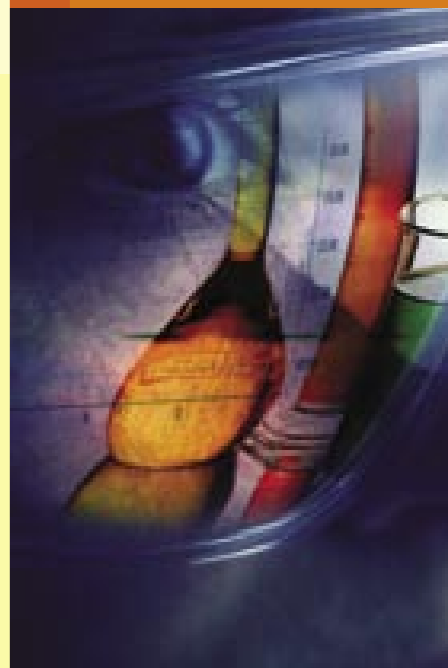
Ανακείμενο εντατικής έρευνας αποτελεί η εμπλοκή των λιπαρών οξέων και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως στην παχυσαρκία τον μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη καθώς και σε κάποιες μορφές καρκίνου. Η αλληλεπίδραση λιπαρών οξέων και παχυσαρκίας μελετάται σε διάφορα επίπεδα. Για παράδειγμα έχει βρεθεί ότι τα μακρίως αλυσίδας Λ.Ο οξειδώνονται δυσκολότερα και αποθηκεύονται ευκολότερα από τα μεσαίως αλυσίδας. Διαφορετική είναι η επίδραση των διαφόρων τάξεων λιπαρών οξέων στην όρεξη. Το λιγνελικό συγκεντρώνει το ενδιαφέρον των ερευνητών καθώς φαίνεται να μειώνει την όρεξη και να προκαλεί κορεσμό. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η επίδραση κυρίως των PUFA στην έκφραση κάποιων γονιδίων ιδιαίτερα αυτών που εμπλέκονται στο μεταβολισμό των λιποκυττάρων. Πολλές ερευνητικές ομάδες, ανάμεσα στις οποίες και η δική μας ασχολούνται με την επίδραση των λιπαρών οξέων της τροφής στη διαφοροποίηση των προλιποκυττάρων σε λιποκύτταρα, μια πορεία που είναι ιδιαίτερα ενεργή κατά την ανάπτυξη υπερπλαστικής παχυσαρκίας σε παιδιά και εφήβους.

Σημαντικό ρόλο φαίνεται να έχουν τα λιπαρά οξέα και στη αντίσταση του οργανισμού στη δράση της ινσουλίνης, φαινόμενο που είναι υπεύθυνο για την εμφάνιση του μη ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη και εδώ όμως παρατηρείται διαφοροποίηση των λιπαρών οξέων ως προς τη δράση τους.

Μεγάλος αριθμός παρουσιάσεων του Συμποσίου ασχολήθηκε με το **CLA (conjugated linoleic acid)** που είναι μίγμα δύο ισομερών του λιγνελικού οξέος (cis 9 trans 12, trans 10 cis 12). Το **CLA** βρίσκεται κυρίως στα γαλακτοκομικά προϊόντα ως προϊόν μεταβολισμού βακτηριδίων που ζουν στο πεπτικό σύστημα των μηρυκαστικών, καθώς και στα υδρογονωμένα λίπη όπου συνυπάρχει και με άλλα trans Λ.Ο. Και ενώ τα trans Λ.Ο ενοχοποιούνται ότι προάγουν την αθηρωμάτωση το **CLA** εμφανίζεται από ορισμένες ερευνητικές ομάδες να προστατεύει από πολλές ασθένειες όπως τον καρκίνο του μαστού και του προστάτη και να έχει ευεργετική δράση στη μείωση του βάρους του σώματος και της αντίστασης του οργανισμού στη δράση της ινσουλίνης. Οι ευεργετικές αυτές δράσεις συχνά αποδίδονται σε ένα από τα δύο ισομερή.

Πιστεύουμε να έγινε σαφές ότι οι διάφορες προστατευτικές ή μη δράσεις δεν αποδίδονται πια σε ολόκληρες τάξεις λιπαρών οξέων, αλλά μάλλον σε κάθε οξύ χωριστά, αφού ακόμη και λιπαρά οξέα της ίδιας τάξης διαφοροποιούνται μεταξύ τους. Αυτό που επίσης πιστεύουμε να έγινε σαφές είναι ότι έχουμε πολλά ακόμη να μάθουμε για την δράση των λιπαρών οξέων ώστε να φτάσουμε στο σημείο να προτείνονται δίαιτες που θα προστατεύουν από την μία ή την άλλη πάθηση. Μέχρι τότε τα μόνα πράγματα που μπορεί να πει κανείς με σχετική σιγουριά είναι ότι:

«Ο περιορισμός στην κατανάλωση των λιπών γενικά, η αντικατάσταση των ζωικών λιπών με φυτικά λάδια, η αύξηση της αναλογίας πρόσληψης ω-3 / ω-6 λιπαρών οξέων κάνουν καλό στην υγεία».



**ΜΑΙΡΗ ΜΑΥΡΗ-ΒΑΒΑΓΙΑΝΝΗ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΓΚΟΥΝΤΟΠΟΥΛΟΥ
ΣΕΒΗ ΚΑΡΑΛΙΩΤΑ
ΧΡΥΣΑΝΘΗ ΓΚΟΝΤΙΝΟΥ**

*Οι Α. Γκουντοπούλου,
Σ. Καραλιώτα και Χ. Γκοντίνου
είναι μεταπτυχιακές φοιτήτριες Βιοχημείας*

Μη Ειδικές Κολίτιδες

Ο όρος «κολίτιδα» χρησιμοποιείται από το κοινό για να περιγράψει λειτουργικές διαταραχές και φλεγμονώδεις καταστάσεις του παχέος εντέρου. Στις λειτουργικές διαταραχές υπάγεται το ευερέθιστο έντερο ή κοινώς λεγόμενη «σπαστική κολίτιδα», που κατά το πλείστον οφείλεται σε ψυχολογικούς κυρίως παράγοντες. Τα αίτια που προκαλούν φλεγμονή στο παχύ έντερο είναι πολυάριθμα, με πιο συνηθισμένα τα λοιμώδη (ισί, μικρόβια, μύκητες κ.α), τα φαρμακευτικά (καθαρτικά, αντιφλεγμονώδη φάρμακα κ.α), τα αγγειακά (ισχαιμία εντέρου), την ακτινοθεραπεία, τις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσους (ελκώδης κολίτιδα, νόσος Crohn) και πολλά άλλα λιγότερο συχνά. Μία σημαντική κατηγορία κολίτιδων με ιδιαίτερο ενδιαφέρον κυρίως τα τελευταία χρόνια είναι «οι μη ειδικές κολίτιδες», που θα απασχολήσουν την παρούσα ενότητα. Στις μη ειδικές κολίτιδες ανήκουν η μικροσκοπική, η λεμφοκυτταρική και η κολλαγονική κολίτιδα, παθήσεις για τις οποίες επικρατούσε μεγάλη σύγχυση στη διεθνή βιβλιογραφία τουλάχιστον μέχρι πρόσφατα. Τα τελευταία ωστόσο χρόνια φαίνεται να συγκλίνουν οι απόψεις στο ότι κλινικά πρόκειται για μία και μόνο νόσο - τη μικροσκοπική κολίτιδα - που έχει σαν κύριο χαρακτηριστικό τη χρόνια υδαρή διάρροια, παρότι ο ενδοσκοπικός και ακτινολογικός έλεγχος του παχέος εντέρου είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια. Η μικροσκοπική κολίτιδα διακρίνεται σε δύο υπότυπους, τη λεμφοκυτταρική και την κολλαγονική κολίτιδα. Για να διαγνωσθεί ο υπότυπος της μικροσκοπικής κολίτιδας, επιβάλλεται κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης να ληφθούν πολλαπλές βιοψίες από τα διάφορα τμήματα του παχέος εντέρου και στα δείγματα να γίνει ιστολογική εξέταση στο μικροσκόπιο. Με αυτή την εξέταση και στους δυο υπότυπους παρατηρείται χρόνια φλεγμονή στο βλεννογόνο που βρίσκεται στο εσωτερικό τοίχωμα του εντέρου, ενώ διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την πάχυνση μιας στιβάδας του που αποτελείται από κολλαγόνο, χαρακτηριστικό εύρημα της κολλαγονικής κολίτιδας.

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

Παλαιότερα η μικροσκοπική κολίτιδα πιστευόταν πως ήταν σπάνια νόσος, τα τελευταία όμως χρόνια ο αριθμός των διαγνωσμένων περιπτώσεων παρουσιάζει θεαματική αύξηση, πιθανώς λόγω της καλύτερης κατανόησης της φύσης της νόσου και της ευκολότερης αναγνώρισής της με τα σύγχρονα διαγνωστικά μέσα. Σήμερα πια διαγιγνώσκεται στο 10% περίπου των ασθενών που διερευνώνται για χρόνια διάρροια.

Η μικροσκοπική κολίτιδα είναι συχνότερη μεταξύ 60 και 70 ετών, αν και μπορεί να παρουσιασθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, σε μεμονωμένες δε περιπτώσεις ακόμη και σε παιδιά. Εμφανίζει υπερχρή στο γυναικείο φύλο, ιδίως η κολλαγονική κολίτιδα, που η συχνότητά της είναι 9-20 φορές υψηλότερη στις γυναίκες. Αντίθετα, στη λεμφοκυτταρική κολίτιδα δεν παρατηρείται διαφορά στην κατανομή των δύο φύλων.

Αν και έχουν δημοσιευθεί περιπτώσεις εμφάνισης μικροσκοπικής κολίτιδας σε μέλη κάποιων οικογενειών περισσότερα του ενός, όπως επίσης και σε ασθενείς που πάσχουν από ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, δεν έχει διευκρινιστεί προς το παρόν εάν πρόκειται για απλή συνύπαρξη ή υπάρχει κληρονομική προδιάθεση. Πρέπει να τονισθεί ότι από τις μέχρι τώρα έρευνες δεν έχει παρατηρηθεί αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου στους ασθενείς με μικροσκοπική κολίτιδα, αν και απαιτούνται μακροχρόνιες μελέτες ώστε αυτό να επιβεβαιωθεί.

Κλινικά, εκτός από το κύριο σύμπτωμα της χρόνιας ή διαλείπουσας υδαρούς τύπου διάρροιας, που συχνά περιλαμβάνει και νυκτερινές κενώσεις, πολλοί ασθενείς με μικροσκοπική κολίτιδα παρουσιάζουν κοιλιακούς πόνους και μικρή απώλεια βάρους, ενώ τάση για αφόδευση χωρίς αποτέλεσμα και ακράτεια κοπράνων εμφανίζεται μόνο στη μειονότητα των περιπτώσεων. Πόνοι στις αρθρώσεις, ρευματοπάθειες, θυρεοειδοπάθεια και αυτοάνοσες παθήσεις (ρευματοειδής αρθρίτιδα, σακχαρώδης διαβήτης, κ.α)

παρουσιάζονται συχνά σε αυτούς τους ασθενείς. Εδώ θα πρέπει να επισημάνουμε ότι στο 2-10% των ασθενών που πάσχουν από μικροσκοπική κολίτιδα συνυπάρχει και μία άλλη νόσος με παρόμοια συμπτώματα, που λέγεται κοιλιοκάκη. Στις περιπτώσεις λοιπόν που τα ενοχλήματα δεν υποχωρούν με τη θεραπεία, ο γιατρός θα πρέπει να πάρει βιοψίες και από το λεπτό έντερο, ώστε να αποκλεισθεί σαν αίτιο διάρροιας η κοιλιοκάκη.

Η διάγνωση λοιπόν της μικροσκοπικής κολίτιδας και των υπότυπων της, όπως προαναφέρθηκε, γίνεται με την ιστολογική εξέταση των δειγμάτων που λαμβάνονται με βιοψία από το παχύ έντερο. Ο υπόλοιπος εργαστηριακός έλεγχος συνήθως είναι φυσιολογικός, εκτός ορισμένων περιπτώσεων, όπου μπορεί να παρατηρηθεί ελαφρά αναιμία, συνήθως σιδηροπενική, αύξηση της ΤΚΕ, των ανοσοσφαιρινών και διαφόρων αυτοαντισωμάτων (αντιπυρηνικά, αντιθυροειδικά κ.α), υπολευκωματιναιμία και διαταραχές των ηλεκτρολυτών. Τέλος, στην μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων παρατηρείται συχνά αύξηση των λευκοκυττάρων.

Επί φυσιολογικού ενδοσκοπικού ελέγχου, είναι σημαντικό, πριν αποδοθεί η συμπτωματολογία ενός ασθενούς στη μικροσκοπική κολίτιδα, να αποκλεισθούν αίτια που προκαλούν χρόνια υδαρή διάρροια, όπως κατάχρηση καθαρτικών ή λήψη άλλων φαρμάκων, διάρροια ενδοκρινούς αιτιολογίας, δυσασπορρόφηση υδατανθράκων κ.λ.π. Επίσης, στις περιπτώσεις όπου η χρόνια διάρροια θεωρήθηκε ότι οφείλεται σε σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και παρατηρείται προοδευτική επιδείνωση της κατάστασης (απώλεια βάρους κ.λ.π), θα πρέπει να αναθεωρηθεί η διάγνωση με πρόσθετο έλεγχο, λόγω της πιθανότητας να υποκρύπτεται μικροσκοπική κολίτιδα.

Όσον αφορά στην αιτιοπαθογένεια της νόσου, που παραμένει ακόμη άγνωστη, έχουν πιθανολογηθεί αρκετοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί, από τη δυσλειτουργία του

ανοσοποιητικού συστήματος και την αυτοανοσία έως και την ενοχοποίηση φαρμακευτικών ουσιών και λοιμώξεων.

Ωστόσο, παρά την άγνωστη προς το παρόν αιτιολογία της μικροσκοπικής κολίτιδας, για τη θεραπεία της χρησιμοποιούνται διάφορες μη ειδικές αγωγές που στην πλειονότητά τους είναι αποτελεσματικές. Κατ' αρχήν, συνιστάται αποφυγή ή διακοπή μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, καφεΐνης, αλκοόλ και γαλακτομικών προϊόντων, που πιθανολογείται ότι προκαλούν έξαρση ή επιδείνωση της νόσου. Κατά την έναρξη της θεραπείας, σε περιπτώσεις ελαφριάς ή μέτριας διάρροιας, μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορα φάρμακα, όπως αντιδιαρροϊκά (λοπεραμιδη κ.α), βισμούθιο, αμινοσαλικυλικά ή χολεστυραμίνη, με αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα. Εάν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί στις προαναφερόμενες θεραπείες, υψηλή αποτελεσματικότητα προσφέρουν τα κορτικοστεροειδή και σε ορισμένες περιπτώσεις τα ανοσοκατασταλτικά, που πρέπει να χορηγούνται πάντα με φειδώ λόγω των πολλών παρενεργειών που παρουσιάζουν. Τέλος, σπανίως θα απαιτηθεί χειρουργική επέμβαση και μόνο σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή και κινδυνεύει η ζωή του ασθενούς. Η ιδανική διάρκεια της θεραπείας δεν είναι καθορισμένη, αλλά εμπειρικά, όταν υποχωρήσουν τα συμπτώματα, η αγωγή μπορεί να διακοπεί μετά από 6-8 εβδομάδες, ενώ αν εμφανισθεί πρώιμη υποτροπή, θα πρέπει να χορηγηθεί μακροχρόνια δόση συντήρησης.

Ολοκληρώνοντας, μπορούμε να αναφέρουμε περιληπτικά ότι οι μη ειδικές κολίτιδες, παρότι μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των πασχόντων, θεωρούνται καλοήθεις παθήσεις, έχουν χρόνια ή διακοπτόμενη από μεσοδιαστήματα ομαλότητας κλινική πορεία και θεραπεύονται πλήρως, είτε αυτόματα είτε κατόπιν θεραπείας μετά από 3-4 χρόνια στο 60-93% των περιπτώσεων.

ΚΛΕΙΣΘΕΝΗΣ ΤΣΑΜΑΚΙΔΗΣ

Ο Κ. Τσαμακίδης είναι Επιμελητής της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του ΑΟΝΑ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

Το κάπνισμα εξασθενεί τη μνήμη

Λονδίνο:

Η παρατεταμένη βαριά χρήση νικοτίνης έχει αρνητική επίδραση στη μνήμη, σύμφωνα με βρετανική μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο Drug and Alcohol Dependence.

Ομάδα ερευνητών από τα Πανεπιστήμια του Νιούκαστλ, της Ουαλίας, του Νορθούμπρια, του Γουέστμινστερ και του Τέσιντι ζήτησε από 700 άτομα να συμπληρώσουν μέσω διαδικτύου ειδικά ερωτηματολόγια, στα οποία οι ίδιοι οι συμμετέχοντες έπρεπε να βαθμολογήσουν τη μακροπρόθεσμη μνήμη τους, όπως για παράδειγμα το αν θα θυμούνταν να στείλουν ευχετήριες κάρτες γενεθλίων.

Επίσης οι ερωτήσεις περιελάμβαναν τη μεσοπρόθεσμη μνήμη δηλαδή το αν μπορούσαν να θυμηθούν που είχαν τοποθετήσει διάφορα πράγματα.

Οι ερευνητές έλαβαν υπόψη τους και το πόσο κάπνιζαν οι συμμετέχοντες. Βαρείς καπνιστές θεωρήθηκαν όσοι κάπνιζαν περισσότερα από 15 τσιγάρα την εβδομάδα, ενώ ελαφρύς καπνιστής είναι αυτός που κάπνιζε ένα έως τέσσερα τσιγάρα την εβδομάδα.



Από την επεξεργασία των δεδομένων διαπιστώθηκε ότι οι καπνιστές ανέφεραν ότι έκαναν περισσότερα λάθη αναφορικά με τη μακροπρόθεσμη μνήμη συγκριτικά με τους μη καπνιστές. Καθοριστική ήταν η επίδραση του καπνίσματος και στη μεσοπρόθεσμη μνήμη. Για παράδειγμα ένας τυπικός καπνιστής ανέφερε 22% περισσότερα σχετιζόμενα με τη μνήμη προβλήματα από ένα μη καπνιστή και περίπου 12% περισσότερα προβλήματα συγκριτικά με εκείνους που κάπνιζαν σχετικά μικρό αριθμό τσιγάρων.

Καταλήγουν λοιπόν στο συμπέρασμα ότι η χρόνια, βαριά χρήση νικοτίνης σχετίζεται με εξασθένηση της μεσοπρόθεσμης μνήμης, αν και η ακριβής φύση των αρνητικών επιπτώσεων δεν είναι γνωστή.

Σωματικό βάρος γέννησης και θηλασμός επηρεάζουν τον κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού

Νέα Υόρκη:

Οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με μεγαλύτερο του φυσιολογικού σωματικό βάρος γέννησης ή που δεν είχαν τραφεί με μητρικό γάλα φαίνεται να αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού, σύμφωνα με αμερικανική μελέτη που παρουσιάστηκε στο συνέδριο της Αμερικανικής Εταιρείας για την Έρευνα του Καρκίνου.

Ερευνητική ομάδα της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Μπάφαλο με επικεφαλής τη Δρ Μανταλένα Μπάρμπα ανέλυσε στοιχεία που αφορούσαν 2.382 γυναίκες οι οποίες είχαν πάρει μέρος στη μελέτη Western New York Exposures and Breast Cancer Study το χρονικό διάστημα 1996-2001 με ατομικές συνεντεύξεις.

Πλήρεις πληροφορίες τελικά συλλέχθηκαν για 845 συμμετέχουσες για τις οποίες είχε διαγνωστεί καρκίνος του μαστού κατά τη διάρκεια της μελέτης και για 1.573 ιδίου προφίλ υγιείς γυναίκες. Οι επιστήμονες συνέκριναν τις πάσχουσες με τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου λαμβάνοντας υπόψη ήδη γνωστούς παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης καρκίνου του μαστού, όπως την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το δείκτη μάζας σώματος, το ιστορικό καλοήθους όγκου, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, τους μήνες θηλασμού, την ηλικία της εμμηναρχής, την ηλικία της πρώτης κύησης, τον αριθμό των κυήσεων και την ηλικία της εμμηνοπαύσης για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Η επεξεργασία των δεδομένων αποκάλυψε ότι οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες των οποίων το βάρος γέννησης ήταν μεγαλύτερο από τα 3.855 κιλά και οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που δεν είχαν τραφεί με μητρικό γάλα είχαν σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού συγκρινόμενες με προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες των οποίων το σωματικό βάρος γέννησης ήταν από 2.494 κιλά έως 3.175 κιλά και οι οποίες είχαν τραφεί με μητρικό γάλα.

Κάτι αντίστοιχο δεν ίσχυε για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

Η σειρά γέννησης δε συσχετίστηκε με κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού ούτε στις προεμμηνοπαυσιακές, ούτε στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

«Τα ευρήματά μας υποστηρίζουν τη θεωρία ότι γεγονότα στα αρχικά στάδια της ζωής της γυναίκας επηρεάζουν το μετέπειτα κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού. Περαιτέρω έρευνα βασιζόμενη σε στοχευμένες μελέτες είναι απαραίτητη, προκειμένου να κατανοήσουμε σε βάθος τον υποκείμενο βιολογικό μηχανισμό», εξηγεί η Δρ Μπάρμπα.

Μεταμοσχευμένα ηπατικά κύτταρα μπορούν να παράγουν ινσουλίνη

Νέα Υόρκη:

Η ινσουλίνη παράγεται από τα νησιδικά κύτταρα στο πάγκρεας, αλλά Ισραηλινοί επιστήμονες κατάφεραν να «πεισουν» ώριμα ηπατικά κύτταρα να κάνουν το ίδιο, σύμφωνα με μελέτη που δημοσιεύεται στο Proceedings of the National Academy of Sciences. Μάλιστα η παραγωγή ινσουλίνης αυξήθηκε εις ανταπόκριση των επιπέδων της γλυκόζης, μιμούμενη αυτό που συμβαίνει στον οργανισμό.

Η ερευνητική ομάδα του Ενδοκρινολογικού Ινστιτούτου του Ισραήλ με επικεφαλής τη Δρ Σάρα Φέρμπερ πήρε ένα γονίδιο, το PDX-1, που είναι ενεργό στο πάγκρεας και το δωδεκαδάκτυλο, και το μετέφερε στα ανθρώπινα ηπατικά κύτταρα χρησιμοποιώντας έναν ιό για τη μεταφορά.

Περισσότερα από τα μισά μολυσμένα ώριμα και εμβρυικά ηπατικά κύτταρα μπόρεσαν να αποθηκεύσουν και να εκκρίνουν ινσουλίνη.

Τα PDX-1 ηπατικά κύτταρα όχι μόνο παράγαν, αποθήκευσαν και έκριναν ινσουλίνη με ένα ρυθμιστικό τρόπο, αλλά επίσης μείωσαν το διαβήτη όταν εμφυτεύτηκαν σε διαβητικά ποντίκια. «Η τεχνική αντιπροσωπεύει μια νέα προσέγγιση στη γενετική μηχανική. Επιτρέπει στους συγκεκριμένους ιστούς να αποκτήσουν μια νέα ταυτότητα και λειτουργία, χωρίς να τροποποιούν την αρχική γενετική πληροφορία», εξηγεί η Δρ Φέρμπερ.

Επομένως η συγκεκριμένη προσέγγιση επιτρέπει στο διαβητικό ασθενή να είναι επίσης ο δότης του δικού του θεραπευτικού ιστού. Ωστόσο θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα αρχικά πειράματα σε ανθρώπους δεν πρόκειται να γίνουν άμεσα.

Εντεροϊός κοξάκι ίσως κρύβεται πίσω από αιφνίδιους θανάτους στη Θεσσαλία

Αθήνα:

Επείγουσα επιδημιολογική μελέτη ξεκινά στη Θεσσαλία με εντολή του υπουργού Υγείας, καθώς υπάρχουν υποψίες ότι εντεροϊός κοξάκι κρύβεται πίσω από 13 αιφνίδιους θανάτους.

Ο πρόεδρος του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων επιβεβαίωσε στον Ant1 την έναρξη της έρευνας και εξήγησε ότι από το Σεπτέμβριο του 2004 έως το φετινό Μάρτιο έχουν σημειωθεί αρκετοί ύποπτοι θάνατοι, κυρίως σε νέους 25 έως 45 ετών, και σε οκτώ περιπτώσεις ανιχνεύθηκε εντεροϊός, χωρίς να έχει ακόμα διευκρινιστεί ότι πρόκειται για κοξάκι.

«Σε ορισμένες περιπτώσεις πράγματι ανιχνεύθηκε ο ιός» είπε στον Ant1 ο Νίκος Λεγάκης, καθηγητής μικροβιολογίας και συνεργάτης του ΚΕΕΛ. «Είναι όμως τρομερά δύσκολο να πούμε ότι οι θάνατοι οφείλονται στον ιό κοξάκι», τόνισε.

Οι ιοί Cocksackie B μπορούν να προκαλέσουν μυοκαρδίτιδα και περικαρδίτιδα. Ο Cocksackie B3 είχε αναστατώσει τη χώρα πριν από τρία χρόνια, καθώς είχε προκαλέσει αρκετά κρούσματα μυοκαρδίτιδας-περικαρδίτιδας και τρεις θανάτους. Πέρυσι το Δεκέμβριο, ένα τετράχρονο αγόρι είχε χάσει τη ζωή του στα Τρίκαλα από τον ίδιο τύπο, ενώ ένα ακόμα αγόρι χρειάζεται πλέον μεταμόσχευση καρδιάς.

Ο Cocksackie B3 εμφανίζεται συνήθως τους καλοκαιρινούς και τους φθινοπωρινούς μήνες, αφού οι υψηλές θερμοκρασίες ευνοούν την ανάπτυξη του.

Ο καθηγητής Παιδιατρικής Α. Κωνσταντόπουλος είχε επισημάνει παλαιότερα ότι τα κρούσματα είναι πολύ λίγα, αλλά συμπτώματα που πρέπει να ανησυχήσουν τον ασθενή είναι ο υψηλός πυρετός, η διάρροια και οι έμετοι.

Ο Αμίαντος και τα προϊόντα του που εισπνέουμε και πίνουμε βλάπτουν σοβαρά

την υγεία μας

Τι είναι ο αμίαντος ή ασβεστος ; (διεθνής ονομασία)

Είναι ινώδες ορυκτό, συνδυασμός πυριτικού ασβεστίου, σιδήρου και μαγνησίου.

Υπάρχουν δύο κατηγορίες αμιάντου: Α. **Αμφιβολιτικός** (Amphibole) ή χρωματιστός αμίαντος Β. **Οφειτικός** (serpentine) ή λευκός αμίαντος

Ποιες είναι οι ιδιότητές του και πού οφείλει το όνομά του;

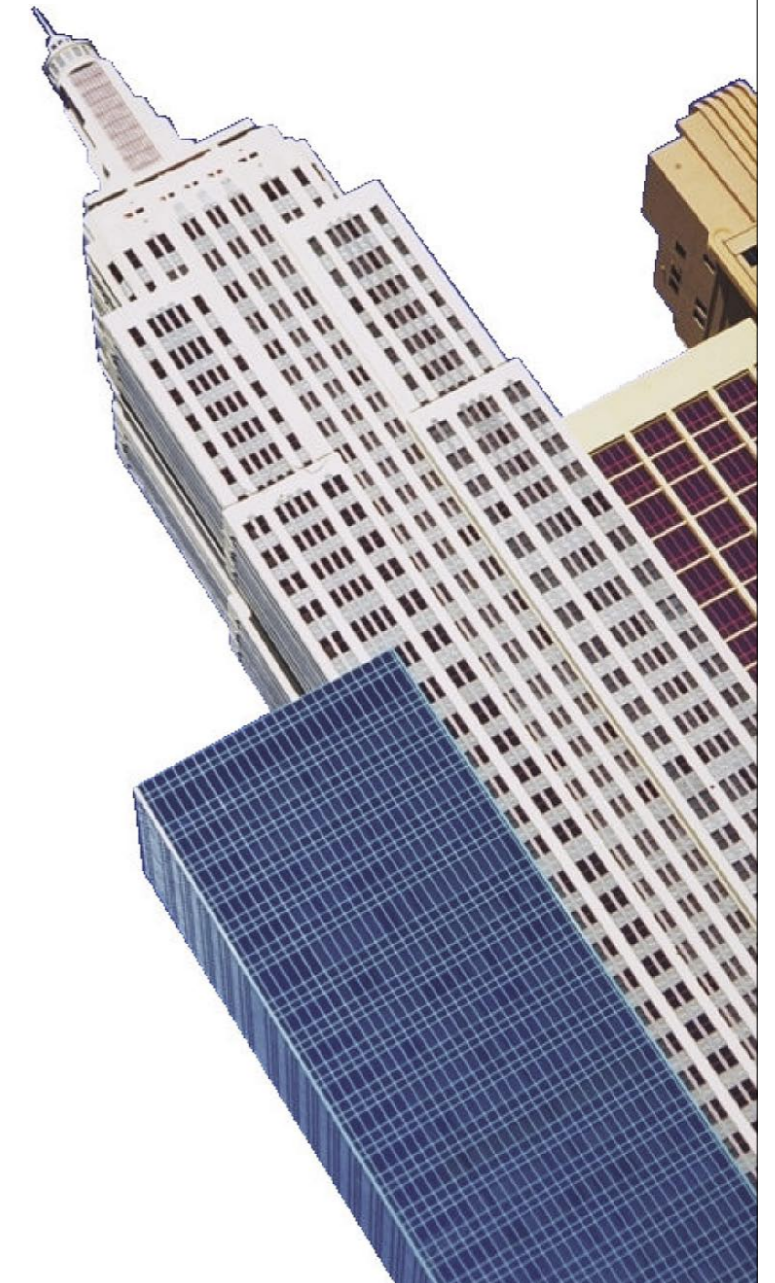
Έχει θερμοανθεκτικές και θερμομονωτικές ιδιότητες, μεγάλη αντοχή στα οξέα (θειικό οξύ) και αλκάλια (καυστική σόδα). Έτσι η ελληνική λέξη αμίαντος σημαίνει κάτι που δε «μυιίνεται», δηλαδή δε λερώνεται και δε μαυρίζει από τη φωτιά. Η ελληνική λέξη άσβεστος (asbestos των Αγγλοσαξωνών) χαρακτηρίζει κάτι που δε σβήνει (φυτίλια αμιάντου στις παλιές λάμπες ή τα "lux").

Πού βρίσκονται τα πλουσιότερα κοιτάσματα αμιάντου;

Αυστραλία, Νότια Αφρική, Πρώην Σοβιετική Ένωση, Καναδάς. Στις Ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλαμβάνεται η Ιταλία, η Κύπρος και η Ελλάδα, που αποτελεί την κύρια αμιαντοπαραγωγό χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (περιοχή Δ. Μακεδονίας & Ηπείρου).

Πού χρησιμοποιείται ο αμίαντος και τα προϊόντα του;

1. Υλικά οικοδομών από αμιαντοσιμεντό, όπως αμιαντοσιμεντόπλακες (φούρνων, τζακιών, καπνοδόχων), αμιαντοσιμεντοσωλήνες (ύδρευσης, άρδευσης, αποχέτευσης, αμιαντούδρομοί)
2. Ανθεκτικά στη φωτιά μονωτικά τοιχώματα, σανίδες κλπ
3. Μονώσεις καλωδίων και θερμομονώσεις οικιακών συσκευών (π.χ. κουζίνας, ηλεκτρικά σίδερα, τостієρες, φούρνοι, ψυγεία, πλυντήρια)
4. Υλικά τριβής (τακάκια φρένων – φερμουίτ)



5. Προϊόντα υφαντικής (κουβέρτες, γάντια, ζώνες ασφαλείας, το ασημί υλικό που καλύπτει τις σιδερώστρες) κλπ

Ποιο είναι το **πολύ σοβαρό** μειονέκτημα αυτού του **πολύ** χρήσιμου υλικού;

Όταν φθαρεί το υλικό του αμιάντου, μπορεί να απελευθερώσει στο περιβάλλον τεράστιο αριθμό αόρατων λεπτότατων ινών, οι οποίες εισέρχονται στον ανθρώπινο οργανισμό με την εισπνοή και την πόση με συνέπεια πολύ σοβαρές νοσηρές καταστάσεις.

Πόσο επικίνδυνος είναι ο αμιάντος ;

Πρόκειται για υλικό που μετατρέπεται σε υψηλής επικινδυνότητας προϊόν, καθότι είναι **ισχυρό καρκινογόνο**, δηλαδή επιδρά και στο γενετικό υλικό (DNA), ώστε να δημιουργείται υπόβαθρο κληρονομικότητας, αλλά και στο στάδιο προαγωγής της καρκινογένεσης μέσω κυτταρικού πολλαπλασιασμού. Δρα **αθροιστικά** (συσσωρεύεται, διότι τα μακροφάγα κύτταρα στην προσπάθειά τους να αποβάλουν τις ίνες αμιάντου αποτυγχάνουν, ενώ τα ίδια θανατώνονται) και **πολλαπλασιαστικά** (με την προσθήκη και άλλων καρκινογόνων ουσιών, όπως το κάπνισμα, η μόλυνση του περιβάλλοντος κλπ.)

Ποιες νοσηρές καταστάσεις προκαλεί ο αμιάντος ;

Επιδημιολογικές μελέτες αλλά και πειραματικές και κλινικές έρευνες έδειξαν ότι ο αμιάντος φαίνεται να σχετίζεται με :

1. Αμιάντωση ή ασβέστωση – ίνωση πνευμόνων (συνήθως επαγγελματική νόσος). Πρόκειται για αλληπαλλήλες φλεγμονές του πνευμονικού ιστού μετά από χρόνια εισπνοή ινών αμιάντου, που έχουν σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία ουλών και την ελάττωση της αναπνευστικής λειτουργίας με κατάληξη την αναπνευστική ανεπάρκεια.
2. Κακοήθη νεοπλασμάτα
 - α. Μεσοθηλίωμα υπεζωκότος (θώρακας), μεσοθηλίωμα περιτοναίου (κοιλία)
 - β. Καρκίνος βρόγχων. Εμφανίζεται μετά από πάροδο ετών έκθεσης σε αμιάντο και ειδικά σε καπνιστές.
 - γ. Καρκίνος άλλων οργάνων, λάρυγγα, στομάχου, εντέρου, παγκρέατος, νεφρών, οφθαλμών, ωθηκών, μαστού κλπ.
 - δ. Λεμφώματα, οξεία μυελογενής λευχαιμία

Με ποια όργανα ανιχνεύονται οι ίνες αμιάντου στον αέρα και το νερό ;

Οι ποσοτικές και ποιοτικές αναλύσεις του αμιάντου στον αέρα και το νερό γίνονται με τη βοήθεια διάφορων τύπων ηλεκτρικών μικροσκοπίων (scanning και transmission electron microscopy).

Ποια είναι η σχέση αμιάντου και καρκίνου ;

- Ο βαθμός της σχέσης ποικίλει ανάλογα με :
- α. τη μορφολογία των ινών (ίνες > 8 μικρών και διάμετρο < 0,25 μικρά)
 - β. το χρόνο έκθεσης
 - γ. τον τρόπο έκθεσης
 - δ. τη συγκέντρωση ινών στον αέρα και στο νερό (0,5 ίνες /ml αέρα)
 - ε. τον τύπο αμιάντου (κροσιδολίτης μπλε ο πιο επικίνδυνος, αμοσιίτης καφέ, χρυσολίτης λευκός)
 - στ.τη συνύπαρξη άλλων παθογενετικών παραγόντων (κάπνισμα, μόλυνση περιβάλλοντος)

Υπάρχει ασφαλές όριο έκθεσης στον αμιάντο;

Παρ' ότι δίνεται από τις υγειονομικές υπηρεσίες ορισμένων Ευρωπαϊκών Κρατών (Δανία, Σουηδία) κατώτερο όριο 0,5 ίνες/ml αέρα, σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας δεν υπάρχει ασφαλές όριο έκθεσης στον αμιάντο. Οι επιστήμονες έχουν εκφράσει την εξής άποψη: για να προλάβεις τα νεοπλασμάτα από αμιάντο, η έκθεση σ' αυτόν θα πρέπει να είναι μηδενική.

Ποια μέτρα προστασίας πρέπει να λαμβάνονται κατά του αμιάντου;

- α. **Φθαρμένο προϊόν αμιάντου:** να επισκευάζεται ή να αντικαθίσταται
- β. **Σκόνη αμιάντου:** να χρησιμοποιείται απορροφητική σκούπα ή υγρό πανί
- γ. **Επιφάνειες από αμιαντοσιμέντο:** να καλύπτονται από ειδική βαφή κατά της διάβρωσης
- δ. Προϊόντα αμιαντοσιμέντου που υφίστανται **πριόνισμα, σπάσιμο, τρύπημα** θα πρέπει να βρέχονται
- ε. Υλικά αμιάντου να τοποθετούνται σε ισχυρούς σάκους με προειδοποιητική επιγραφή.

Υπάρχουν υποκατάστατα αμι-

άντου και ποιες προδιαγραφές πρέπει να εκπληρώνουν;

Δεν έχει βρεθεί μέχρι τώρα κάποιο υλικό που να συνδυάζει όλες τις ιδιότητες του αμιάντου (χωρίς αυτό να είναι πάντοτε απαραίτητο) και για όλες τις χρήσεις στη σύγχρονη τεχνολογία. Κάποια άλλα υλικά ή ο συνδυασμός αυτών μπορούν να καλύψουν κάθε ιδιότητα του αμιάντου αρκεί να εκπληρώνουν ορισμένες προδιαγραφές, όπως : να είναι βιολογικά ακίνδυνα ή λιγότερο επικίνδυνα από τον αμιάντο, να βρίσκονται σε επαρκείς ποσότητες και οικονομικά συμφέροντα. Τα υλικά αυτά είναι :

- α) Γύψος (πυροπροστασία)
- β) καολίνη
- γ) ελαφρόπετρα (κίσσηρις)
- δ) τέφρα υψικάμινου
- ε) γυαλί
- στ) σύγχρονα κεραμικά υλικά

Σε ποιες κυρίως περιπτώσεις επιβάλλεται η δραστηριοποίηση των κοινωνικών φορέων και η άμεση παρέμβαση της πολιτείας;

- α. Αμιαντοσιμεντοσωλήνες ύδρευσης (η οποιαδήποτε φθορά απελευθερώνει ίνες αμιάντου στο πόσιμο νερό **και στην ατμόσφαιρα των κατοικιών** στον οποίον το νερό υπάρχει). Η χρήση εμφιαλωμένου νερού δε λύνει, όπως γίνεται αντιληπτό, το τεράστιο πρόβλημα.
- β. Αμιαντοσιμεντόπλακες φούρνων (αναπόφευκτη η βρώση ειδών αρτοποιίας)
- γ. Δομικά υλικά αμιάντου σχολικών κτιρίων και νοσοκομείων (προσβάλλονται ευπαθείς ομάδες πληθυσμού).

Αποτελεί βασική αρχή κοινωνικής υγιεινής η πρόληψη του καρκίνου και άλλων νόσων και ως εκ τούτου **επιβεβλημένη είναι η ανάγκη ευαισθητοποίησης και παρέμβασης** των κοινωνικών φορέων και της πολιτείας για αντιμετώπιση των παραπάνω περιπτώσεων. Η υγεία, η ποιότητα ζωής του ανθρώπου και το μέλλον του ανθρωπίνου είδους δεν είναι και σε καμία περίπτωση δεν θα έπρεπε να αποτελούν αντικείμενα οικονομικής εκμετάλλευσης και συνδιαλλαγής.



ΔΗΜΗΤΡΗΣ Β.ΖΗΣΗΣ

Ο Δ. Β. Ζήσης είναι Γαστρεντερολόγος Αναπληρωτής Διευθυντής στο Γ.Π.Ν. Πειραιά "ΤΖΑΝΕΙΟ"

ELPEN A.E.

Η πρωτοπόρος Ελληνική Φαρμακευτική Βιομηχανία

ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Δραστηριότητες:

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

πρωτοπόρος στην έρευνα

συμβολή στην ανάπτυξη

2001



ΒΡΑΒΕΙΟ ΑΥΞΗΣΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ 2001

ELPEN

EBEA

Προστατευτικά μέτρα κατά τη διάρκεια του καύσωνα

Γενικές Οδηγίες Προφύλαξης

Το ντύσιμό μας πρέπει να είναι κατά το δυνατό ελαφρύ, άνετο και ανοιχτόχρωμο. Το υλικό του ρουχισμού να είναι πορώδες ούτως ώστε να διευκολύνεται ο αερισμός του σώματος και η εξάτμιση του ιδρώτα.

Η χρήση του καπέλου και γενικά καλύμματος επβάλλεται, με υλικό φυσικά που να επιτρέπει καλό αερισμό του κεφαλιού.

Η χρήση μαύρων ή σκουρόχρωμων γυαλιών που προστατεύουν τα μάτια από την έντονη αντανάκλαση του ήλιου είναι απαραίτητη.

Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο. Παραμονή σε σκιερά και δροσερά μέρη. Αποφυγή χώρων όπου επικρατεί συνωστισμός.

Αποφυγή βαριάς σωματικής εργασίας, ιδιαίτερα μάλιστα σε χώρους με υψηλή θερμοκρασία, άπνοια και μεγάλη υγρασία. Αποφυγή βαδίσματος για πολλή ώρα ή τρεξίματος κάτω από τον ήλιο.

Πολλά χλιαρά ντους στη διάρκεια της ημέρας. Καλό θα είναι επίσης να τοποθετούνται υγρά πανιά στο κεφάλι και στον λαιμό σαν προστατευτικά μέτρα.

Μικρά σε ποσότητα και ελαφρά γεύματα με έμφαση στη λήψη φρούτων και λαχανικών και περιορισμός στα λιπαρά.

Λήψη άφθονων υγρών (νερού και χυμών φρούτων). Αν η εφίδρωση είναι μεγάλη τότε συστήνεται η πρόσθετη λήψη αλατιού για να κρατηθεί το επίπεδο των υγρών στον οργανισμό. Επίσης συνιστάται η αποφυγή λήψης οινοπνευματωδών ποτών.

Αποφυγή πολύωρων ταξιδιών με διάφορα μέσα συγκοινωνίας κατά τη διάρκεια της υψηλής ζέστης.

Άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα (αναπνευστικά, καρδιαγγειακά, κλπ) θα πρέπει να συμβουλευτούν τον θεράποντα γιατρό τους για εφαρμογή ειδικών για την περίπτωσή τους οδηγιών. Ιδιαίτερα όσοι παίρνουν φάρμακα να συμβουλευτούν τον γιατρό τους αν πρέπει να τα συνεχίσουν και σε ποια δοσολογία γιατί μερικά έχουν την ιδιότητα να αυξάνουν τη θερμοκρασία του σώματος.

Οδηγίες για τα νεογνά και τα βρέφη

- Τα νεογνά πρέπει να είναι ντυμένα όσο γίνεται πιο ελαφρά. Προτιμότερο είναι τα χέρια και πόδια τους να είναι ελεύθερα και να μην τυλίγονται σε πάνες.
- Όταν κάνει ζέστη να προσφέρονται συχνά εκτός από το γάλα (μητρικό ή άλλο) και υγρά όπως χαμομήλι, νερό κλπ.
- Τα βρέφη και κυρίως τα μεγαλύτερα παιδιά καλό είναι να τρώνε περισσότερα χορταρικά και φρούτα και λιγότερα λίπη.
- Καλό είναι τα παιδιά να μην παραμένουν πολλή ώρα στον ήλιο μετά το μπάνιο και να φορούν πάντα καπέλο.

Οδηγίες για την προστασία των ηλικιωμένων

Το πολύ ζεστό και υγρό περιβάλλον είναι επικίνδυνο για τους ηλικιωμένους. Επειδή η μετατροπή του διαμερίσματος στη μεγάλη ζέστη είναι δύσκολη υπόθεση, προτιμότερη είναι η μετακίνηση του ηλικιωμένου σε δροσερότερες περιοχές της χώρας, όταν βέβαια υπάρχει η δυνατότητα.

Αν η μετακίνηση σε θάλασσα ή βουνό δεν είναι εύκολη, η παραμονή του ηλικιωμένου στα κατώτερα διαμερίσματα πολυώροφων σπιτιών είναι σχετικά εύκολη λύση.

Το δωμάτιο ή το σπίτι γενικά κατά τη διάρκεια της ζεστής ημέρας πρέπει να είναι ερμητικά κλειστό, αφού έχει δροσιστεί και μείνει ανοιχτό όλη τη νύχτα.

Οι οικογένειες που έχουν ηλικιωμένα άτομα, καλό θα είναι να φροντίζουν να μην τα εγκαταλείπουν μόνα τους, σε περίπτωση θερινών διακοπών ή πολυήμερης απουσίας από το σπίτι.

Σε αντίθετη περίπτωση πρέπει να εξασφαλίσουν κάποιο άτομο για την καθημερινή τους φροντίδα.

Προβλήματα – Διαταραχές – Νοσήρα Φαινόμενα

Παρά τις διακυμάνσεις της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος ο οργανισμός του ανθρώπου έχει την ικανότητα να προσαρμόζεται και να διατηρεί σταθερή τη θερμοκρασία του. Αυτό το κατορθώνει μόνο μέχρι ενός ορίου (43°C) πέρα από το οποίο δεν μπορεί να αντιδράσει. Τότε αρχίζουν να εμφανίζονται διάφορες λειτουργικές διαταραχές και ελαφρά ή βαριά νοσήρα φαινόμενα.

Ένα από αυτά είναι η θερμική εξάντληση, η οποία εμφανίζεται μετά από παρατεταμένη έκθεση του ατόμου (ώρες ή ημέρες) σε υψηλές θερμοκρασίες. Πρόκειται για παροδική ανεπάρκεια του καρδιαγγειακού συστήματος σ' ένα θερμικό stress.

Τα αρχικά συμπτώματα είναι πονοκέφαλος, ίλιγγοι, ανορεξία, ανία, έντονο αίσθημα εξάντλησης τα οποία καταλήγουν σε ξαφνική και μικρής διάρκειας κατάρρευση. Η αρτηριακή πίεση είναι χαμηλή και υπάρχει ταχυκαρδία. Το δέρμα είναι ψυχρό και υγρό. Οι κόρες είναι διασταλμένες. Η θερμοκρασία είναι φυσιολογική. Το σύνδρομο αποδίδεται σε μέτρια απώλεια ύδατος και χλωριούχου νατρίου. Η θεραπεία είναι απλή και συνίσταται στη μεταφορά του ατόμου σε δροσερό περιβάλλον και τη χορήγηση ύδατος και χλωριούχου

νατρίου (αλάτι), συνήθως ενδοφλέβια λόγω της ναυτίας.

Μια άλλη λειτουργική διαταραχή είναι η θερμοπληξία. Η θερμοπληξία εμφανίζεται όταν η θερμοκρασία του περιβάλλοντος είναι πολύ υψηλή και η σχετική υγρασία της ατμόσφαιρας είναι πάνω από 70% γεγονός που δυσκολεύει και εμποδίζει την εξάτμιση του ιδρώτα και την αποβολή θερμότητας του σώματος. Υπάρχουν όμως και άλλοι παράγοντες που βοηθούν στο να πάθει κανείς θερμοπληξία. Μερικοί από αυτούς είναι η βαριά σωματική εργασία, η παρατεταμένη βάδιση κάτω από τον ήλιο, η περιβολή με θερμά σκούρου χρώματος ρούχα που απορροφούν μεγάλο ποσό ηλιακών ακτινών, η ανεπαρκής λήψη νερού, τα άφθονα και βαριά γεύματα και η κατάχρηση αλκοολούχων ποτών.

Τα αρχικά συμπτώματα της θερμοπληξίας είναι η έντονη και ακατανίκητη δίψα και η ξηρότητα του στόματος, του φάρυγγα και του δέρματος. Στη συνέχεια εμφανίζεται ερυθρότητα του προσώπου που συνοδεύεται από άφθονο ιδρώτα, ζάλη, πόνο στο κεφάλι και στο στήθος, κατάπτωση του οργανισμού, αδυναμία στα πόδια και μυϊκές κράμπες, δυσφορία, ταχυσφυγμία, δύσπνοια και βουητά στα αυτιά. Ο πυρετός είναι πάντα σταθερός και μπορεί να φθάσει τους 42°C. Τέλος εμφανίζονται λιποθυμικά φαινόμενα και ο θερμοπληκτος πέφτει ανίσθητος.

Τα παχύσαρκα άτομα και εκείνα που πάσχουν από αναπνευστικές και καρδιαγγειακές παθήσεις, οι αλκοολικοί, οι ηλικιωμένοι και κυρίως τα βρέφη, των οποίων ο οργανισμός δεν έχει την ικανότητα να αντιδρά και να προσαρμόζεται στις μεταβολές της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος, προσβάλλονται ευκολότερα από θερμοπληξία.

Πρώτες Βοήθειες

- Μεταφέρουμε τον θερμοπληκτο χωρίς χρονοτριβή σε μέρος δροσερό, ευάερο, σκιερό ή κάτω από δέντρα αν υπάρχουν. Τον ξαπλώνουμε ανάσκελα και απομακρύνουμε τους περιέργους που συγκεντρώνονται για να μην εμποδίζουν τον αερισμό.
- Αφαιρούμε τα βαριά ρούχα και του αερίζουμε το σώμα με οποιοδήποτε πρόχειρο μέσο (π.χ. βεντάλια ή χαρτόνι).
- Τοποθετούμε ψυχρά επιθέματα (κομπρέσες ή παγοκύστη) στο μέτωπο και στο κεφάλι.
- Βρέχουμε το πρόσωπο, τον λαιμό, το στήθος και γενικά το σώμα με κρύο νερό.
- Κάνουμε ζωηρές εντριβές στα άκρα, χέρια και πόδια, με κατεύθυνση από κάτω προς τα πάνω.
- Δίνουμε να εισπνεύσει ξύδι, αιθέρα ή αμμωνία και αν μπορεί να πει του δίνουμε άφθονα υγρά και μικρές ποσότητες αλατιού για να αναπληρώσει αυτό που έχασε ο οργανισμός του εξαιτίας της μεγάλης εφίδρωσης.
- Αν η κατάστασή του είναι πολύ βαριά πρέπει να κληθεί επειγόντως γιατρός ή να μεταφερθεί στο νοσοκομείο.

Φυλλάδιο «Προστατευτικά μέτρα για τον καύσωνα» από την ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.



ΚΑΛΑΜΑΡΑΚΙΑ ΓΕΜΙΣΤΑ

Συνταγή από την Άμπελο Σάμου



Υλικά

- 10 καλαμαράκια (μέτρια στο μέγεθος)
- 5 κουταλιές σούπας λάδι
- 1 μεγάλο κρεμμύδι τριμμένο
- 1 κουτί ντοματάκια κονκασέ ή 5 ώριμες ντομάτες τριμμένες
- 1/2 φλιτζάνι τσαγιού ψηλοκομμένος μαιντανός
- 10 κουταλάκια του γλυκού ρύζι νυχάκι
- αλάτι, πιπέρι
- 1 κουταλάκι του γλυκού ζάχαρη
- 1 σκελίδα σκόρδο
- 1 ποτηράκι του κρασιού άσπρο κρασί

Εκτέλεση

Κόβουμε το κεφάλι με τα μουστάκια από κάθε καλαμάρι. Τα καθαρίζουμε καλά, στο εσωτερικό κυρίως, και τα στραγγίζουμε. Όλα τα μουστάκια τα κόβουμε σε μικρά κομματάκια. Βάζουμε το κρεμμύδι με το μισό λάδι να μαραθεί και προσθέτουμε τα μουστάκια, τα οποία σωτάρουμε μέχρι να φύγουν τα υγρά τους. Στη συνέχεια τα σβήνουμε με το μισό κρασί, προσθέτουμε

αλάτι, πιπέρι και το ρύζι, αρχικά για δύο βόλτες μόνο του και μετά ρίχνουμε τις 2 ντομάτες ή το 1/3 του κουτιού. Βράζουν για λίγο και τα αποσύρουμε από τη φωτιά προσθέτοντας το μαιντανό. Παράλληλα, σε απλωτή κατσαρόλα βράζουμε τις υπόλοιπες ντομάτες με το υπόλοιπο λάδι και το μισό κουταλάκι ζάχαρη, αλάτι, πιπέρι και μια σκελίδα σκόρδο για πέντε λεπτά, ώστε να γίνει μια σάλτσα ελαφρώς δεμένη. Παίρνουμε ένα ένα τα καλαμαράκια και τα γεμίζουμε με ένα κουταλάκι μέχρι τα 3/4

τους και τα κλείνουμε με οδοντογλυφίδα. Τα τοποθετούμε προσεκτικά στην κατσαρόλα και τα αφήνουμε να σιγοβράσουν για μια ώρα μισοσκεπασμένα. Προσέχουμε η σάλτσα τους να είναι ελαφρώς δεμένη, δηλαδή να έχει ζουμάκι και όχι μόνο το λάδι τους. Με τον ίδιο τρόπο γίνονται στο ταψάκι ή πυρέξ στο φούρνο. Σερβίρονται ζεστά με τηγανιτές πατάτες και συνοδεύονται με κρασί **Golden Samaina** δροσερό.

Καλή επιτυχία!
Πόπη Ευγενικού - Κόμπα

Αδιάκοπη Αναζήτηση της Ύψους



Galenica

με συνέπεια και ευθύνη



Η φίλη μας ΔΜ από την Αθήνα μάς ρωτάει για την ασφάλεια φαρμάκων για την παλινδρόμηση που την ταλαιπωρεί. Η φίλη μας απόκτησε πρόσφατα ένα υγιές κοριτσάκι αλλά μαζί ήρθαν και έντονα συμπτώματα παλινδρόμησης με έντονο οπισθοστερνικό καύσος (όλη την ημέρα, αλλά κυρίως μετά το φαγητό και με την κατάκλιση), ερυγές, σιελόρροια και αίσθημα αναγωγής φαγητών και περιεχομένων του στομάχου, τα οποία έκαναν τη ζωή της πολύ δύσκολη. Ο γιατρός που επισκέφθηκε της είπε ότι πιθανότατα αυτά οφείλονται σε γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο και της συνέστησε να πάρει έναν αναστολέα αντλίας πρωτονίων (φάρμακο δηλαδή που μειώνει την παραγωγή οξέος από το στομάχι). Ωστόσο, επειδή η φίλη μας θηλάζει την κόρη της, έχει αμφιβολίες για την ασφάλεια του φαρμάκου (για το παιδί της). Διάβασε επίσης στη μπροσούρα του φαρμάκου ότι δεν υπάρχουν δεδομένα για την ασφάλεια του στα νεογνά ή και στην έγκυο και συνεπώς διερωτάται τι πρέπει να κάνει για να ανακουφισθεί με ασφάλεια από τα ενοχλητικά συμπτώματά της.

Ευχαριστούμε για το γράμμα σας. Θα συμφωνήσουμε με το γιατρό σας ότι τα συμπτώματά σας, όπως μας τα περιγράφετε στο γράμμα σας, θυμίζουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Δυστυχώς δε μας αναφέρετε αν είχατε παρόμοια προβλήματα και στο παρελθόν και κυρίως κατά την εγκυμοσύνη σας, όπου λόγω μηχανικών (πίεση του στομάχου από τη διογκωμένη μήτρα)

αλλά κυρίως ορμονικών διαταραχών η παλινδρόμηση (ή ακόμα και οι έμετοι) είναι εξαιρετικά συχνή, ακόμα και σε γυναίκες που δεν είχαν στο παρελθόν παρόμοια προβλήματα. Επίσης δε μας γράφετε αν κατόπιν σύστασης του γιατρού σας (ή από μόνη σας) έχετε προσαρμόσει τον τρόπο ζωής σας (μικρά συχνά γεύματα, αποφυγή ορισμένων τροφών, χρησιμοποίηση περισσότερων μαξιλαριών κλπ) ή αν δοκίμασατε πιο απλά (και πιο ασφαλή) φαρμακευτικά σκευάσματα, όπως τα αντιόξινα. Αν τα έχετε κάνει αυτά, βοήθησαν; Όσον αφορά στους αναστολείς αντλίας πρωτονίων, ενώ υπάρχουν αρκετά δεδομένα για την ασφάλειά τους ακόμα και σε μακροχρόνια χρήση μεγάλων δόσεων καθημερινά σε ενήλικες, τα δεδομένα για την ασφάλεια τους σε βρέφη ή θηλάζουσες μητέρες είναι ελάχιστα. Για αυτό το λόγο οι φαρμακοβιομηχανίες συστήνουν την αποφυγή σε αυτούς τους πληθυσμούς, ενώ τα φάρμακα αυτά δεν έχουν λάβει έγκριση σε χώρες όπως οι ΗΠΑ για βρέφη μικρότερα του ενός έτους. Αυτό όμως δε σημαίνει ότι δεν έχουν δοθεί σε αυτούς τους ασθενείς, χωρίς ωστόσο να υπάρχει κάποιο πρόβλημα. Παρότι λοιπόν φαίνεται ότι είναι ασφαλή φάρμακα, όπως σε όλες τις ιατρικές αποφάσεις πάντα πρέπει να προσμετρώνται τα προσδοκώμενα οφέλη έναντι των ενδεχομένων κινδύνων. Συνεπώς πρέπει να συνηγορηθούν το πόσο επηρεάζει τη ζωή σας η παλινδρόμηση, πόσο καιρό έχετε θηλάσει και πόσο καιρό ακόμα σκοπεύετε να θηλάσετε το παιδί σας.

Η φίλη μας ΔΣ από την Αθήνα μάς γράφει για το πρόβλημα της δυσκοιλιότητας, που την ταλαιπωρεί από χρόνια. Διάφορα βότανα, όπως και τα φύλλα Αιγύπτου, τη βοηθούν, αλλά δεν ξέρει τι μπορεί να γίνει μακροχρόνια. Ευχαριστούμε για την επικοινωνία σας. Δυστυχώς δε μας γράφετε τι εννοείτε λέγοντας ότι είστε δυσκοιλια. Πολλοί ασθενείς νομίζουν ότι είναι δυσκοιλιοί, επειδή δεν έχουν κένωση καθημερινά, πράγμα που δεν είναι απαραίτητο. Τα διάφορα βότανα, όπως για παράδειγμα τα φύλλα Αιγύπτου που μας αναφέρετε, έχουν χρησιμοποιηθεί από αιώνες για μεγάλα χρονικά διαστήματα χωρίς να έχει παρατηρηθεί κάποια σοβαρή παρενέργεια πέρα της εξάρτησης (κυρίως ψυχολογικής) από αυτά για να επιτευχθεί κένωση. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα τους δεν έχει διευκρινισθεί ακόμα επαρκώς. Επίσης δε μας γράφετε τις υπόλοιπες συνήθειές σας ή τα φάρμακα που λαμβάνετε. Πολλά φάρμακα προκαλούν δυσκοιλιότητα και μερικές φορές είναι δυνατόν να αντικατασταθούν με άλλα που δεν έχουν αυτή την παρενέργεια. Παρότι δε φαίνεται να είναι τόσο δραστικό όσο πιστεύαμε παλαιότερα, σε κάθε άτομο (ιδίως σε αυτούς που παραπονιούνται για δυσκοιλιότητα) συστήνεται μια πιο υγιεινή διατροφή (και τρόπος ζωής γενικά), με περισσότερες φυτικές ίνες (φρούτα, λαχανικά, χορταρικά κλπ) άφθονα υγρά και άσκηση, που είναι σίγουρα πιο ασφαλής και πολλαπλώς πιο ωφέλιμη (και όχι μόνο στο πρόβλημα της δυσκοιλιότητας) από τη χρήση

των βοτάνων ή σκευασμάτων που αναφέρετε.

Ο κύριος ΦΔ από την Καλαμάτα μάς ρωτάει για το πρόβλημα που παρουσιάστηκε στη φίλη του μετά την εγχείρηση για έντονη παλινδρομική νόσο. Η φίλη του πρόσφατα υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική επέμβαση λόγω ανθεκτικής παλινδρομικής νόσου. Από τότε, όπως μας γράφει ο φίλος μας, άρχισαν άλλα προβλήματα, όπως δυσκολία να καταπεί, με αποτέλεσμα να αποφεύγει το φαγητό και να έχει χάσει αρκετά κιλά και βεβαίως να νιώθει αδυναμία. Τα φάρμακα και οι επεμβάσεις (διαστολές) που της έκανε ο γιατρός της δε βοήθησαν ιδιαίτερα. Μας ρωτά λοιπόν τι μπορεί να γίνει από εδώ και πέρα.

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Η αντιπαλινδρομική επέμβαση είτε γίνεται με ανοικτό χειρουργείο είτε τώρα πια λαπαροσκοπικά θεωρείται μια επέμβαση ασφαλής με πολύ καλά λειτουργικά αποτελέσματα τις περισσότερες φορές. Σπάνια μπορεί να εμφανιστούν επιπλοκές, όπως αδυναμία για αποβολή του πλεονάζοντος αέρα από το στομάχι (με ρέψιμο) και συνεπώς με έντονο βασανιστικό φούσκωμα ή αυτές που μας αναφέρετε, δηλαδή δυσκολία στην κατάποση. Όταν συμβαίνει αυτό, σημαίνει ότι η διόρθωση έγινε περισσότερο «σφικτήρ» από όσο έπρεπε αλλά επίσης ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα στην κινητικότητα (στο τρόπο που προωθεί το βλωμό (μπουκιά)) του οισοφάγου. Αυτή η διαταραχή προϋπήρχε της

25^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ



Θεσσαλονίκη 5-8 Οκτωβρίου 2005

Συνεδριακό Κέντρο
"Ν. Γερμανός"
Helexpro Δ.Ε.Θ.

Οργάνωση-Γραμματεία Συνεδρίου:
Inventics A.E.

Αδριανουπόλεως 1 Καλαμαριά, 551 33 Θεσσαλονίκη,
τηλ/fax: +30 2310 801455

E-mail: congress@gastro2005.org • www.gastro2005.org

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 προσαρτάται 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.

επεμβάσεως, αλλά «φανερώνεται» μετά από αυτή. Θα ήταν ενδιαφέρον αν μπορούσε η φίλη σας να θυμηθεί αν και πριν από την επέμβαση αισθανόταν το φαγητό να «κολλάει» καμιά φορά στην προσπάθεια της κατάποσης ή αν είχε υποβληθεί πριν την επέμβαση σε μελέτη της κινητικότητας του οισοφάγου (μανομετρία). Μπορεί τέλος η παλινδρόμηση να έχει προκαλέσει ήδη στένωση του αυλού του οισοφάγου. Όλα αυτά θα πρέπει να τα συζητήσετε με το γαστρεντερολόγο που θα επαναξιολογήσει τις εξετάσεις που είχατε κάνει προ της επεμβάσεως και θα προγραμματίσει καινούριες για να αντιμετωπισθεί επιτέλους το πρόβλημα της φίλης σας.

Η φίλη μας ΚΑ από την Αθήνα μάς ρωτά για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει η κόρη της. Κατά διαστήματα εδώ και χρόνια εμφανίζει παροξυσμικό εμετό που διαρκεί 1-3 μέρες. Παρότι είναι τελείως υγιής κατά τα μεσοδιαστήματα, ο εμετός είναι τόσο έντονος που δεν μπορεί να δουλέψει ικανοποιητικά, ενώ χρειάστηκε και κάποιες φορές να μεταβεί σε νοσοκομεία λόγω αφυδάτωσης που της προκαλεί. Εκτός από ήπια οισοφαγίτιδα ένας αρκετά εξανθηλικός έλεγχος (μάλιστα μερικές από τις εξετάσεις, όπως μας λέει η φίλη μας, έχουν ήδη πραγματοποιηθεί 3-4 φορές στο διάστημα των χρόνων που η κόρη της ταλαιπωρείται) δεν κατέδειξε κάποια αιτία του προβλήματος.

Επειδή έχει απελπιστεί μας ρωτάει αν υπάρχει κάτι που θα μπορούσε να γίνει.

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία σας. Δυστυχώς δε μας αναφέρετε αν μαζί με τον εμετό η κόρη σας εμφανίζει διαταραχές από άλλα όργανα, όπως ίλιγγο, εμβοές ώτων κεφαλαλγία κλπ, συμπτώματα που θα μας κατεύθυναν σε παθήσεις του εγκεφάλου ή των αυτιών σαν αίτιο του προβλήματος. Δε μας γράφετε επίσης αν τα επεισόδια αυτά τα έχει συνδυάσει με περιόδους άγχους και είναι ψυχογενούς συνεισφοράς ή αν εμφανίζονται όταν προσπαθεί να χάσει βάρος, αφού δεν πρέπει να ξεχνάμε τις διαταραχές όρεξης σαν αίτιο (προκλητών) εμετών σε μια νέα (όπως καταλαβαίνουμε) γυναίκα. Εφ' όσον μας γράφετε

ότι έχουν αποκλεισθεί οι οργανικές αιτίες εμετών και δεν υπάρχουν οι παράγοντες που αναφέρθηκαν πιο πάνω πρέπει να αποκλεισθούν σπάνιες διαταραχές, όπως το κυκλικό εμετικό σύνδρομο, ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από επεισόδια εμετών με ή χωρίς κοιλιακό άλγος και πυρετό, χωρίς κάποια ευρήματα στον έλεγχο ή συμπτώματα στο μεσοδιάστημα των κρίσεων και με ικανοποιητική ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή.

**EMMANOYHΛ APXAYHΛS
MAPINA KONTOU**

*H M. Kontou
είναι Γαστρεντερολόγος*

τα νέα του ιδρύματος

ΥΠΟΤΡΟΦΙΕΣ

Το Δ.Σ. μετά από εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου απένειμε τις κάτωθι υποτροφίες:

ΥΠΟΤΡΟΦΙΑ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Χ. ΒΟΓΙΑΤΖΟΓΛΟΥ
Κωνσταντίνος Δημακόπουλος,
Γαστρεντερολόγος. Μετεκπαίδευση στο Royal Free Hospital London. Χορηγός ΦΑΝΝΥ Α.Ε. (FENA), Θεσσαλονίκη

2) Κωνσταντίνος Γερασιμίδης, Διατροφολόγος.
Μετεκπαίδευση στο Human Nutrition University of Glasgow. Χορηγός ΕΛΙΓΑΣΤ -

Department of Health and Human Services,
Maryland U.S.A. Χορηγός ASTRAZENECA.

ΥΠΟΤΡΟΦΙΑ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΙΑΝΝΙΚΟΣ.
1) Σεβαστή Καραλήωτα, Βιοχημικός. Μετεκπαίδευση στο Boston Medical Center Place, Boston U.S.A. Χορηγοί ΕΛΙΓΑΣΤ & Ελευθερίας Ρώμα - Γιαννίκου

ΥΠΟΤΡΟΦΙΑ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΡΑΛΛΙΟΣ
1) Θεόδωρος Εμμανουήλ, Ειδικευόμενος Γαστρεντερολόγος. Μετεκπαίδευση στο Blackpool General Hospital, England. Χορηγός ΕΛΙΓΑΣΤ

ΑΛΛΕΣ ΧΟΡΗΓΙΕΣ

- 1) Ιωάννης Βουγαδιώτης, Γαστρεντερολόγος.
Για ολοκλήρωση της Μετεκπαίδευσής του στο Νοσοκομείο Bambino Gesù, Roma / Italy.
2) Γεώργιος Καραμανώλης, Γαστρεντερολόγος.
Για ολοκλήρωση της Μετεκπαίδευσής του στο Department of Gastroenterology, University Hospital of Leuven του Βελγίου.

ΧΟΡΗΓΟΙ ΚΑΙ ΔΩΡΗΤΕΣ μέχρι 21/07/2005

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε :

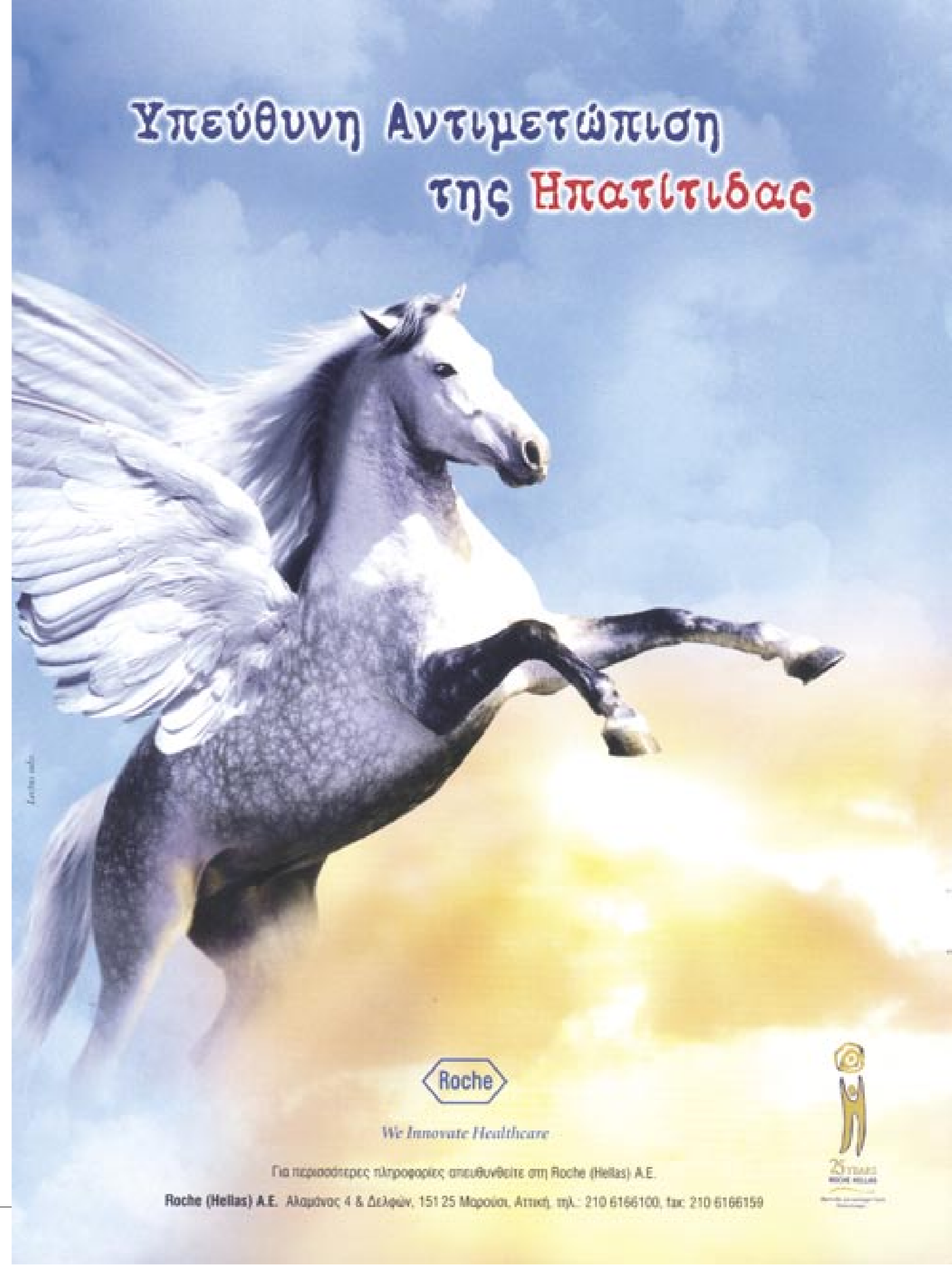
Ελένη Κοντού, Αθήνα 15 €
Γρηγόριος Γαβριήλ, Κέρκυρα 50 €
Ιωάννης Σαββόπουλος, Μαγούλα Αττικής 80 €
Ιάκωβος Πλημμυρίδης, Π. Φάληρο 15 €
Ιωάννης Κατσογιρδάκης, Αθήνα 40 €
Μοναχή Αικατερίνη Μπαγκέρη, Αίγιο 15 €
Μαρία Κατεμίδου, Έδεσσα 15 €
Πύρρος Αστέριος, Πυλαία Θεσ/κης 25 €
Μαρία Σφυρη, Μοσχάτο 15 €
Παναγιώτης Ξηρογιάννης, Αγ. Ανάργυροι 20 €
Λεωνίδας Δεμέστιχας, Πειραιάς 20 €
Παναγιώτης Φήρας, Αυλωνάρι Αλιβερίου 15 €
Σωτήριος Γεωργόπουλος, Πειραιάς 15 €
Αναστασία Παρασκευοπούλου - Χωματά, Αλεξάνδρεια Ημαθίας 15 €

ARCHIRODON NV,
Κατασκευαστική Εταιρεία, Αγ. Παρασκευή 3000 €
Χαρίκλεια Φράγκου, Νίκαια 15 €
Τριαντάφυλλος Αλαμάνης, Φάρσαλα 100 €
Σοφία Συρίγα, Ν. Ηράκλειο 15 €
Αθανασία Οδ. Χρόνη, Μαρούσι 50 €
Δημήτριος Μαγκλίνης, Αγ. Ανδρέας Μεσολογγίου 10 €
Σπύρος Ρίζος, Ν. Ηράκλειο 50 €
Γεώργιος Κουσιάκης, Αργυρούπολη 15 €
Κωνίνας Τσάγκας, Αθήνα 100 €
Ευαγγελία Κυράνου, Νάουσα 42 €
Θεανώ Κατερίνη, Πολύγυρος 15 €
Στυλιανή Στυλιανίδου, Θεσσαλονίκη 15 €
Αντώνιος Ορφανός, Ρόδος 20 €
Δήμητρα Τζήζη, Χαλάνδρι 60 €

In Memoriam :

Ανδρόνικος Γαλάνης 50 €
(Μνήμη Μιλτιάδη Γαλάνη)
Πολυξένη Σίμου 50 €
(Μνήμη Γεωργίου Α. Σίμου)
Αθανάσιος Πρεκατές 150 €
(Μνήμη Ιατρού Αχιλλέα Πρεκατέ)
Δημήτριος Γ. Καραμανώλης 100 €
(Μνήμη Ιατρού Αχιλλέα Πρεκατέ)

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



Υπεύθυνη Αντιμετώπιση της Ηπατίτιδας

της Ηπατίτιδας

Roche

We Innovate Healthcare

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

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





GlaxoSmithKline

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



Για περισσότερες πληροφορίες απευθύνεστε στο επιστημονικό τμήμα της GlaxoSmithKline

• Α. Κηφισός 266, 152 32 Χαλάνδρι, Τηλ.: 210 6892100 • Αδριανουπόλεως 3, 551 33 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 433788

• Εθνική οδός Πατρών-Αθηνών 51Α, 264 41 Πάτρα, Τηλ.: 2631 437 362 • Α. Κνωσού 255 & Α. Μέλινα 1, 734 09 Ηράκλειο Κρήτης, Τηλ.: 2810 235 367

gsk by GSK ACTIVITIES KEY

ΙΟΥΛΙΟΣ/ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2005

ΤΕΥΧΟΣ 14

ΕΥΕΞΙΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ 6899



& ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Διατροφή και καρδιά

μία ...άνοστη σχέση

Μητρικός Θηλασμός

Ένα δικαίωμα του βρέφους

Λιπαρά οξέα

και υγεία

