

Υπεύθυνη Αντιμετώπιση της Ηπατίτιδας



We Innovate Healthcare

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

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



25 YEARS
ROCHE HELLAS

Roche (Hellas) A.E. is a member of the Roche Group. Roche is a registered trademark of Roche (Hellas) A.E.

editorial

Περί του ιατρικού λάθους

«Ευτυχείς άνθρωποι οι ιατροί!

Τας μεν επιτυχίας των λούζει ο ήλιος, τας δε αποτυχίας των καλύπτει η γη.»

Bernard Shaw

Τα τελευταία χρόνια οι γιατροί θα πρέπει να αισθάνονται όχι πολύ ευτυχείς, διότι για τις επιτυχίες τους σπανίως ακούν καλή κουβέντα, ενώ για τις αποτυχίες τους (πραγματικές ή όχι) είναι γεμάτα τα περιοδικά, οι εφημερίδες και τα δελτία ειδήσεων. Το θέμα των ιατρικών λαθών συγκινεί, δικαίως, την κοινωνία, γιατί αυτά προκαλούν θλίψη και πόνο που συνδέεται με ανήκεστο βλάβη και ενίοτε θάνατο προσφιλών προσώπων. Πέραν του ανθρώπινου και απολύτως κατανοητού συναισθηματικού παράγοντος, τελευταία έχουμε και την εμπλοκή άλλων, λιγότερο ανιδοτελών και αφιλοχρήματων παραγόντων, όπως είναι τα ΜΜΕ, ασφαλιστικές εταιρείες, δικηγόροι κλπ.

Από την πλευρά της η κοινωνία πρέπει να κατανοήσει ότι και ο γιατρός είναι άνθρωπος και σαν τέτοιος μπορεί να σφάλλει, να υποτιμήσει, να υπερτιμήσει, να πλανηθεί. Η προσέγγιση του αρρώστου μέχρι τη διάγνωση της ασθένειας και την εφαρμογή της ενδεικνυόμενης θεραπείας είναι μια εξαιρετικά πολύπλοκη νοσητική λογική διεργασία, η οποία απαιτεί πολύ καλή εκπαίδευση, οξυδέρκεια, παρατηρητικότητα, φαντασία και συνεχή παρακολούθηση του αρρώστου, δηλαδή παράγοντες υψηλής ευθύνης. Από τη δική τους πλευρά οι γιατροί πρέπει να είναι ενήμεροι για τις τελευταίες εξελίξεις και προόδους της επιστήμης, τις μεταβολές στις δράσεις και τις παρενέργειες των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων, αλλά πάνω από όλα πρέπει να θυμούνται ότι έγιναν γιατροί πρωτίστως για να προσφέρουν και όχι για να κερδίσουν οικονομικά οφέλη, που ούτως ή άλλως είναι ικανοποιητικά από την ένταξη εξάσκηση της ιατρικής. «Επιστήμη χωριζομένη αρετής πανουργία εστί». Αν το κέρδος ήταν ο λόγος που προτίμησαν τη συγκεκριμένη επιστήμη, έκαναν μέγιστο λάθος, ενδεχομένως το θεμέλιο λάθος, συνέπεια του οποίου θα είναι τα αρκετά ιατρικά λάθη που θα επακολουθήσουν. «Μόνο ένας καλός άνθρωπος μπορεί να είναι καλός ιατρός», συνήθιζε να λέει ο Γκαίτε. Η ιατρική, ως κατ' εξοχήν ανθρωπιστική επιστήμη, είναι άρρηκτα δεμένη με την ανιδοτελή προσφορά, την παραμυθία και τη συμπάρασταση στον ασθενή, που πρέπει να είναι συνεχής και σε προσωπική βάση.

Ακόμη όμως κι όταν όλα τα παραπάνω υπάρχουν, κάποιων αρρώστων η κατάσταση δε θα εξελιχθεί θετικά και οι άνθρωποι

θα συνεχίσουν να πεθαίνουν παρά πάσαν προσδοκίαν, γιατί υπεισέρχονται ιδιοσυγκρασιακοί παράγοντες, μιας και όλοι δεν αντιδρούν ομοιόμορφα ούτε στα ίδια νοσογόνα αίτια, ούτε στα ίδια φάρμακα. Ο σοφός δάσκαλός μου στην Παθολογία, Κων/νος Γαρδίκας, συνήθιζε να λέει ότι δεν υπάρχουν ασθένειες αλλά ασθενείς, με την έννοια ότι η ίδια νόσος μπορεί να εκδηλωθεί και να εξελιχθεί τελείως διαφορετικά και η ίδια αγωγή μπορεί να έχει διαφορετικά αποτελέσματα από άρρωστο σε άρρωστο.

Υπάρχουν βέβαια και τα μη συγγνωστά λάθη, εκείνα για τα οποία υπάρχουν ευθύνες. Είναι καθήκον της ιατρικής κοινότητας να δημοσιοποιεί τα λάθη της, αλλά βέβαια με έναν τρόπο που θα στοχεύει στη βελτίωση της γνώσης και τη μελλοντική αποφυγή τους και όχι στην αύξηση της ακροαματικότητας των τηλεοπτικών καναλιών ή των προσπορισμό οικονομικού οφέλους για κάποιους. Αν υπάρχουν γιατροί ανεπαρκείς ή ακατάλληλοι πρέπει να οδηγηθούν σε αναζήτηση άλλης ασχολίας με την ευθύνη των ίδιων των Ιατρικών Ενώσεων. Η συγκάλυψη λαθών οδηγεί σε διόγκωση της καχυποψίας του κοινού και βλάβη, πολλές φορές ανεπανόρθωτα, τη σχέση εμπιστοσύνης που είναι απαραίτητη μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Γι' αυτό τα λάθη μας πρέπει να μας απασχολούν κατά τη διάρκεια των συνεδρίων μας. Μόνο έτσι θα γίνει δυνατόν να κατανοήσουμε τα αίτιά τους και θα αναγκαστούμε να αναζητήσουμε λύσεις για τον περιορισμό τους.

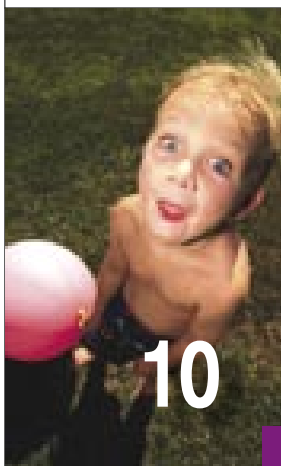
Errare Humanum Est. Όλοι κάνουμε λάθη και δεν αποκλείεται να κάνουμε κι άλλα. Τα λάθη είναι στη φύση του ανθρώπου, απλώς ο γιατρός είναι άνθρωπος με μεγαλύτερες ευθύνες και τα λάθη του κοστίζουν ακριβά. Λάθη κάνουν ακόμα και εξαιρετικοί ιατροί με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και ευσυνειδησίας και αυτό πρέπει να το κατανοήσει και ο κόσμος. Όσο για μας, ας θυμηθούμε τον Ιπποκράτη, ο οποίος θεωρούσε καλύτερο γιατρό τον «σικρόν αμαρτάνοντα», δηλαδή εκείνον που κάνει τα λιγότερα λάθη. Αυτός πρέπει να είναι και ο στόχος μας και μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την πλήρη αξιολόγηση της αλήθειας και όχι με την απόκρυψή της.

ΔΗΜΗΤΡΗΣ Γ. ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗΣ

Γαστρεντερολόγος

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΤΕΥΧΟΣ 15



10



18



20



23

ΕΥΞΙΑ & ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Διμηνιαία Έκδοση του Ελληνικού Ιδρύματος
Γαστρεντερολογίας & Διατροφής

Ιδιοκτήτης :
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ &
ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Εκδότης και υπεύθυνος
παρά τω νόμω:

Δ. Παπαπαναγιώτου
Δημοσιογράφος

Έδρα: Πατριάρχου Ιωακείμ 30,
106 75 Αθήνα

Τηλ. Fax.: 210 72 31 332,

e-mail: info@eligast.gr

URL : www.eligast.gr

Διευθυντής Σύνταξης:

Χαράλαμπος Τζάθας
Γαστρεντερολόγος

Επιμέλεια-Διόρθωση κειμένων:

Εύα Καραμανώλη
Αλίκη Τζάθα

Δημόσιες Σχέσεις:

Ιωάννης Καραγιάννης
Γαστρεντερολόγος

Θεματικοί Συντάκτες:

Εμμανουήλ Αρχαύλης
Γαστρεντερολόγος (Επικοινωνούμε)

Ιωάννης Δήμακας
Κλινικός Διαιτολόγος -
Διατροφολόγος (Περί Διαίτης)

Δημήτρης Καραγιάννης

Γαστρεντερολόγος
(Μικρά & Νόστιμα)

Κώστας Μάρκογλου
Γαστρεντερολόγος (Θέματα)

Βασίλειος Ντελής
Γαστρεντερολόγος (Θέματα)

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

Ιωάννα Παναγιώτου
Παιδιάτρος - Γαστρεντερολόγος
(Παιδί & Έφηβος)

Υπεύθυνη Διαφήμισης :

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

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Δ. Παπαπαναγιώτου

Διευθυντής: Κ. Αρβανιτάκης

Γ. Γραμματέας: Δ. Γ. Καραμανώλης

Ταμίας: Α. Παπασπύρου

Μέλη:

Α. Συνοδινού,

Β. Χ. Γολεμάτης,

Δ. Α. Καπράνος,

Γ. Κητής,

Σ. Δ. Λαδάς,

Ε. Β. Τσιάνος,

Γ. Φωκάς

Σχεδιασμός & Παραγωγή

Καλλιτεχνική διεύθυνση:

Νικόλαος Αύγουστος Γκεσκέρ

Καλλιτεχνική επιμέλεια-DTP:

Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου

ΘΕΜΑΤΑ

Επιπολασμός της χρόνιας
ιογενούς ηπατίτιδας 8

Μη χειρουργική αντιμετώπιση
λιθίασης χοληδόχου κύστης
και χοληδόχου πόρου 13

Το Μεταβολικό Σύνδρομο 23

ΜΟΝΙΜΕΣ ΣΤΗΛΕΣ

Διατροφή 16

Παιδί & Έφηβος 10

Μικρά & Νόστιμα 26

Περί Διαίτης ... 20

Επικοινωνούμε 30

ΕΙΔΙΚΕΣ ΣΤΗΛΕΣ

Μικρές Ιστορίες 6

Ευεξία 18

Γεύσεις 29

Τα Νέα του Ιδρύματος 33



GlaxoSmithKline

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



Συλλέγω λαχανικά από το μπουστάνι της κυρίας Ελένης, ως δείγματα μιας άλλης ηθικής συμπεριφοράς, που παλαιότερα τη θεωρούσαμε δεδομένη.

Διατροφή ΚΙ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ



Στο καφενείο του χωριού μάς πρόσφεραν παράξενες ανθοδέσμες. Ρεβίθια χλωρά μέσα στο φλούδι τους, μόνο τον Ιούλιο τα τρως έτσι. Η τηλεόραση εκείνο το πρωί έδειχνε μια οικοδέσποινα πρωινάδικου να ξεκαρδίζεται στα γέλια. Σκέφτηκα ότι αν είναι αυτό το κόστος για ρεβίθια χλωρά, δεν πειράζει, θα το αντέξω. Κι αυθόρμητα βγήκα από τον εαυτό μου και παρατήρησα τη σκηνή : τα φλούδια των καρπών, λίγο πριν μεσημεριάσει, σ' ένα τασάκι ελληνικού καφενείου.

Στην εφημερίδα μπροστά μου διάβαζα ειδησάρια, μικρά επεισόδια γύρω από το θρίλερ της σύγχρονης διατροφής. Μπαχαρικά Κάπτενς με την ενοχοποιημένη χρωστική ουσία σουδάν βρέθηκαν στην Ουγγαρία. Λαχανικά με επικίνδυνα φυτοφάρμακα ανιχνεύθηκαν σε γερμανικό έδαφος. Ένωθα

προφυλαγμένη απ' αυτό το εχθρικό και επικίνδυνο σύμπαν τρώγοντας τα αυγουλάκια της κυρίας Ελένης, αλλά για πόσο; Αν καταστραφεί η εμπιστοσύνη, αυτός ο δεδομένος συνδετικός ιστός των ανθρωπίνων σχέσεων, τι μπορεί να μας σώσει στο μεγάλο απρόσωπο σούπερ μάρκετ, όπου τα προϊόντα δεν φέρουν την επωνυμία του παραγωγού, ούτε μας προειδοποιούν για την ηθική του;

Επιπλέον, τα φυτοφάρμακα και οι καρκινογόνες χρωστικές ανιχνεύονται τελευταία όλο και συχνότερα εκτός Ελλάδος, γεγονός που δηλώνει την

παθητικότητα των ελεγκτικών μηχανισμών εδώ. Βέβαια, οι εταιρείες φροντίζουν να ερησυχάζουν τα πνεύματα, ειδοποιώντας τον Έλληνα καταναλωτή ότι μόνο τα εξαγώγιμα προϊόντα έχουν πρόβλημα. Προφανώς βασίζονται στην καπηλεία πατριωτισμού, ένα σύστημα που αποδίδει πάντα. Θεωρούν τους καταναλωτές τόσο εύπιστους, ώστε να πιστεύουν ότι υπάρχει ηθική δύο μέτρων και σταθμών: μια για τους «ξένους», που μας είναι αδιάφοροι και τους δηλητηριάζουμε, μια για τους δικούς μας ανθρώπους, που τους φροντίζουμε. Πίστευε και μη ερεύνα...

Το πολύ ανησυχητικό είναι ότι αυτές οι ειδήσεις περνούν πλέον στα φιλά και διάσπαρτες καθώς είναι, μοιάζουν ασήμαντες. Αν όμως τις συνδέσεις, διαπιστώνεις ότι η διατροφή είναι ένα σπονδυλωτό μυθιστόρημα τρόμου. Κάθε εβδομάδα κάτι μικρό, μια αλλόκοτη ιστορία, συνήθως στο εξωτερικό, γεγονός που μας καθησυχάζει αντί να μας γεμίζει ανησυχία για τους υποτυπώδεις ελέγχους στο ξέφραγό μας αμπελι.

Συλλέγω λαχανικά από το μπουστάνι της κυρίας Ελένης, ως δείγματα μιας άλλης ηθικής συμπεριφοράς, που παλαιότερα τη θεωρούσαμε δεδομένη. Ο βασικός λόγος που καταφεύγουμε στα βιολογικά προϊόντα ή γυρνάμε από τις κυριακάτικες εκδρομές φορτωμένοι με κολοκυθάκια απ' το μπουστάνι είναι η βαθιά ανάγκη για εμπιστοσύνη. Όλα τριγύρω μάς ειδοποιούν ότι χάνεται κι εμείς την αναζητάμε με αγωνία, χέρι με χέρι αν γίνεται, καθώς είναι η μόνη σχέση που μπορούμε πλέον να ελέγξουμε.

ΑΜΑΝΤΑ ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ

Η Α. Μιχαλοπούλου είναι Δημοσιογράφος και το κείμενο έχει δημοσιευθεί στην Εφημερίδα «Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ»

Δεν είμαστε ειδικόι στις φωτογραφίες.



Φροντίζουμε όμως να βγαίνουν «φωτεινές».

Η Janssen-Cilag έχει ξαναδώσει το χαμόγελο σε εκατομμύρια ανθρώπους σε όλη τη γη, παράγοντας μερικά από τα πιο αποτελεσματικά φάρμακα που υπάρχουν. Επενδύοντας κάθε χρόνο 2,6 δις δολάρια στην έρευνα, δημιουργήσαμε 80 εντελώς πρωτότυπα σκευάσματα στους τομείς της αιματολογίας, της νεφρολογίας, της ογκολογίας, της ψυχιατρικής, της νευρολογίας, της γυναικολογίας, της μυκτολογίας, 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.

Επιποθασμός της Χρόνιας Ιογενούς Ηπατίτιδας Β και C

Τι άλλαξε την τελευταία δεκαετία (Μετανάστες)

Τα τελευταία δέκα χρόνια έχουν γίνει τεράστια βήματα στην κατανόηση της φυσικής ιστορίας των χρόνιων ιογενών ηπατιτίδων και κυρίως της ιογενούς ηπατίτιδας Β και της ιογενούς ηπατίτιδας C. Αυτό βέβαια ξεκινά από το γεγονός ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ανθρώπων παγκοσμίως έχουν μολυνθεί από τους ιούς αυτούς. Σήμερα πιστεύουμε ότι τουλάχιστον 2 δισεκατομμύρια άνθρωποι στην παγκόσμια κοινότητα έχουν μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας Β, με αποτέλεσμα να υπάρχουν τουλάχιστον 350.000.000 χρόνιας πάσχοντες, το 15-40% των οποίων έχουν κίρρωση ήπατος ή ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα με 500.000 έως 1.200.000 θανάτους ετησίως. Όσο για την ηπατίτιδα C, πιστεύεται ότι υπάρχουν περίπου 180.000.000 – 200.000.000 χρόνιας πάσχοντες στην παγκόσμια κοινότητα με παρόμοια σε ποσοστά προβλήματα.

Οι κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες για την κατανόηση των διαφόρων τύπων, αρχικά των οξέων ιογενών ηπατιτίδων, άρχισαν τις πρώτες δεκαετίες μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο. Το 1967 ο S. Krugman με τους συνεργάτες του έκαναν κατανοητό ότι υπάρχουν τουλάχιστον δύο τύποι ιογενών ηπατιτίδων, δηλαδή η ιογενής ηπατίτιδα που μεταδίδεται παρεντερικά (μέσω του αίματος)- η λεγόμενη τότε ηπατίτιδα εξ' ορού- και η ιογενής ηπατίτιδα που μεταδίδεται από την εντερική οδό (με την κατανάλωση μολυσμένων τροφών ή υγρών). Βέβαια το έναυσμα είχε δοθεί από τους A.M. Prince και συνεργάτες και τους B.S. Blumberg και συνεργάτες το 1964 και το 1965 αντίστοιχα, όταν σε ανεξάρτητες μελέτες τους κατανόησαν και συνέδεσαν ένα αντιγόνο που αργότερα ονομάστηκε αντιγόνο επιφανείας του ιού της ηπατίτιδας Β με μια από τις μορφές της παρεντερικής μεταδιδόμενης ιογενούς ηπατίτιδας, αυτής που σήμερα ονομά-

ζεται ιογενής ηπατίτιδα Β. Θα πρέπει εδώ να τονίσουμε ότι στις λεγόμενες παρεντερικές μεταδιδόμενες ιογενείς ηπατιτίδες μπορεί κανείς να κατατάξει και την ιογενή ηπατίτιδα C και την ιογενή ηπατίτιδα D και κάποιες άλλες μικρότερης κλινικής σημασίας ιογενείς ηπατιτίδες. Ακόμη θα πρέπει να ξέρουμε ότι στις λεγόμενες εντερικές μεταδιδόμενες ιογενείς ηπατιτίδες μπορεί κανείς να κατατάξει τις ιογενείς ηπατιτίδες A και E. Σήμερα όμως δεν ομιλούμε για παρεντερικές και εντερικές μεταδιδόμενες ιογενείς ηπατιτίδες παρά μόνο για ιογενείς ηπατιτίδες A, B, C, D, E που σχετικά συχνότερα απασχολούν τη δημόσια υγεία και για F, G και TT που δεν φαίνεται να δημιουργούν σημαντικά προβλήματα στη δημόσια υγεία. Από τους τύπους αυτούς των ιογενών ηπατιτίδων εκείνοι που μπορεί να μεταπέσουν σε χρόνιες μορφές είναι οι ηπατιτίδες B, C και D.

Η ηπατίτιδα D είναι ένας τύπος ιογενούς ηπατίτιδας που μπορεί να προσβάλλει μόνο άτομα τα οποία έχουν ήδη μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας B ή τα οποία μολύνονται ταυτόχρονα από ιό B και D. Τότε τα άτομα αυτά μπορεί να μεταπέσουν σε χρόνια B και D ιογενή ηπατίτιδα. Μεγαλύτερο κίνδυνο για μετάπτωση σε χρονιότητα έχουν αυτοί που ήδη έπασχαν από χρόνια ιογενή ηπατίτιδα B.

Η ιογενής ηπατίτιδα B μπορεί να μεταπέσει σε χρονιότητα σε ποσοστό που διαφέρει ανάλογα με την ηλικία μόλυνσης από τον ιό. Για παράδειγμα, εάν μολυνθεί ένα άτομο αμέσως μετά τη γέννηση ή λίγο αργότερα, η πιθανότητα για μετάπτωση σε χρονιότητα μπορεί να είναι μέχρι 95%, εάν όμως μολυνθεί στην ενήλικη ζωή, τότε αυτή η πιθανότητα κυμαίνεται από 5% έως 2%.

Η ιογενής ηπατίτιδα C μπορεί να μεταπέσει σε χρονιότητα σε ποσοστό που κυμαίνεται από 65% έως 85% ανεξαρτήτως της ηλικίας μόλυνσης του ατόμου. Εδώ θα πρέπει να πούμε ότι ο ιός της ηπατίτιδας C αναγνωρίστηκε, ουσιαστικά περιγράφηκε το γονιδίωμά του, το 1989 από τους Q. Choo και συνεργάτες του.

Ένα σημαντικό πρόβλημα των χρόνιων ιογενών ηπατιτίδων είναι ότι μπορεί να οδηγήσουν σε κίρρωση του ήπατος και σε ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Για αυτούς τους λόγους οφείλει κανείς να προσπαθήσει να θεραπεύσει τα άτομα με χρόνια ιογενή ηπατίτιδα. Για τη θεραπεία αυτών των ιογενών λοιμώξεων διαθέτουμε σήμερα αρκετές φαρμακευτικές ουσίες, όπως για παράδειγμα για τη χρόνια ιογενή ηπατίτιδα B την ιντερφερόνη, απλή και πεγκυλιωμένη, τη λαμβουδίνη, την αδεφοβίρη και την εντεκαβίρη. Από αυτές τις ουσίες μόνο οι ιντερφερόνες έχουν την πιθανότητα να καταστειλούν πλήρως την ιογενή λοίμωξη και ουσιαστικά να θεραπεύσουν τον πάσχοντα, αλλά σε ποσοστά που κυμαίνονται από 20% έως 35%. Οι υπολοίπες ουσίες μπορεί να καταστειλούν πλήρως τον πολλαπλασιασμό του ιού, όμως θα πρέπει να χορηγούνται σε αρκετές περιπτώσεις για μακρό χρονικό διάστημα, ίσως και εφ' όρου ζωής. Για τη χρόνια ιογενή ηπατίτιδα C διαθέτουμε σήμερα ένα ισχυρό συνδυασμό φαρμάκων, της πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης και της ριμπαβιρίνης που μπορεί να οδηγήσουν σε πλήρη ίαση τον πάσχοντα σε ποσοστό, ανάλογα και με το γονότυπο του ιού, που πλησιάζει το 85%. Οι θεραπείες με τις ιντερφερόνες διαρκούν συνήθως από 6 έως 12 μήνες.

Με αυτά σαν βασικές γνώσεις ας έλθουμε τώρα στο πρόβλημα του επιπολασμού των χρόνιων ιογενών ηπατιτίδων και κυρίως των B και C στον Ελλαδικό χώρο και ας δούμε τι μπορεί να έχει αλλάξει τα τελευταία 10 χρόνια. Η απάντηση στο ερώτημα αυτό έχει σημασία, διότι εάν ο επιπολασμός αυξάνεται, αυτό σημαίνει ότι για πολλά ακόμα χρόνια θα υφίσταται τεράστιο πρόβλημα δημόσιας υγείας και οικονομίας στην Ελλάδα, δεδομένου ότι αφ' ενός οι θεραπείες αυτών των λοιμώξεων είναι μακροχρόνιες, με αποτέλεσμα τεράστια οικονομική αιμορραγία, και αφ' ετέρου οι επιπλοκές από τις χρόνιες αυτές λοιμώξεις –κίρρωση ήπατος, ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα θα αυξηθούν, με συνέπεια τη δημιουργία μεγάλων αναγκών για μεταμοσχεύσεις ήπατος με ότι αυτό συνεπάγεται για την οικογένεια, την πολιτεία και γενικότερα την οικονομία του κράτους.

Ας δούμε λοιπόν τι δεδομένα υπάρχουν όσον αφορά στον επιπολασμό των χρόνιων ιογενών ηπατιτίδων B και C στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες. Θα πρέπει εδώ να τονίσουμε ότι οι μελέτες που υφίστανται είναι ανά περιοχή, σπανίως αν όχι ποτέ αφορούν στο γενικό πληθυσμό και τα συμπεράσματά που μπορεί να εξαγάγει κάποιος υπόκεινται σε σημαντική κριτική. Γεγονός όμως παραμένει, όπως θα αναλυθεί και στη συνέχεια, ότι μεγάλο ποσοστό μεταξύ των μεταναστών στον Ελλαδικό χώρο είναι φορείς του ιού της ηπατίτιδας B ή/και της C με αποτέλεσμα αφ' ενός την πιθανότητα αύξησης του προβλήματος στο γηγενή πληθυσμό, αφ' ετέρου τη δημιουργία αυξημένων αναγκών για θεραπείες, νοσηλείες και πιθανές μεταμοσχεύσεις ήπατος. Αυτό, όπως μπορεί να γίνει αντιληπτό, θα αυξήσει τα προβλήματα στη δημόσια υγεία και οικονομία.

Για τη χρόνια ιογενή ηπατίτιδα B υπάρχουν εκτιμήσεις ότι ο επιπολασμός στο γενικό πληθυσμό πιθανότατα κυμαίνεται από 2% έως 5%.

Σε μια μελέτη που αφορούσε στο γενικό πληθυσμό και που πραγματοποιήθηκε το 1997-8 το ποσοστό φορέων του ιού ηπατίτιδας B ήταν 2.1% (με διακύμανση 1.5%-3.0%). Ειδικότερα σε μελέτες επιπολασμού μεταξύ νεοσύλλεκτων στις ένοπλες δυνάμεις φαίνεται ότι η φορεία του αντιγόνου επιφάνειας του ιού της ηπατίτιδας B (δηλαδή του ίδιου του ιού) έχει πτωτική τάση. Από 3.9% που καταγράφηκε το 1973 μειώθηκε σε 0.9% το 1986 και παραμένει στα ίδια περίπου επίπεδα 0.95% μέχρι το 1998 (τελευταία καταγραφή).

Για τους νοσηλεύμενους στα νοσοκομεία της χώρας υπάρχουν επίσης αναφορές ότι τα τελευταία δέκα χρόνια παρατηρείται μείωση του επιπολασμού (οι νεότερες γενιές των Ελλήνων έχουν μικρότερο επιπολασμό).

Σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, ελληνικής καταγωγής, ο επιπολασμός του αντιγόνου επιφάνειας του ιού της ηπατίτιδας B ήταν 0,3%, ενώ μεταξύ των μεταναστών ήταν πάνω από 4.0%.

Από προ δεκαετίες μελέτες ανίχνευσης του αντιγόνου επιφάνειας του ιού της ηπατίτιδας B μεταξύ πληθυσμών μεταναστών, ο επιπολασμός του αντιγόνου κυμαίνονταν από 15% έως 22%. Όμως και μεταξύ αυτών των ομάδων σήμερα παρατηρείται μια πτωτική τάση του επιπολασμού της χρόνιας ηπατίτιδας B.

Για την ιογενή ηπατίτιδα C στην Ελλάδα υπάρχουν εκτιμήσεις ότι ο επιπολασμός στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 0.5% έως 0.9%.

Σε νοσοκομειακούς πληθυσμούς ο επιπολασμός της ιογενούς ηπατίτιδας C φαίνεται να κυμαίνεται από 2.0% έως 7.0%.

Σε ομάδες μεταναστών ο επιπολασμός της ιογενούς ηπατίτιδας C κυμαίνεται από 1.7% έως 2.3%.

Σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας ο επιπολασμός της ιογενούς ηπατίτιδας C είναι περίπου 0.2% για τις Ελληνίδες και 1.4% μεταξύ μεταναστριών.

Γενικότερα ο επιπολασμός της ιογενούς ηπατίτιδας C στην Ελλάδα φαίνεται ότι είναι ακόμη σχετικά χαμηλός μεταξύ του γηγενούς πληθυσμού και σχετικά υψηλότερος μεταξύ των μεταναστών.

Σαν μια γενική παρατήρηση μπορεί κανείς να πει ότι ο κίνδυνος από τις ιογενείς

ηπατίτιδες B και C στον ελλαδικό χώρο δε φαίνεται συνολικά να μειώνεται, λαμβάνοντας υπ' όψιν τον τεράστιο αριθμό μεταναστών στην Ελλάδα σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι μόνο το 2001 υπήρχαν στην Ελλάδα 800.000 αλλοδαποί, οι οποίοι αποτελούσαν το 7.2% του πληθυσμού της Ελλάδας.

Συνεπώς απαιτείται εγρήγορση, συστηματικοί έλεγχοι για την αναγνώριση των φορέων των ιών της ηπατίτιδας B και της ηπατίτιδας C, άμεση θεραπεία των πασχόντων και γενίκευση του εμβολιασμού για την ηπατίτιδα B. Προς το παρόν εμβόλιο για την ηπατίτιδα C δεν υπάρχει.

ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑΣ Β. ΤΣΙΑΝΟΣ

Ο Ε.Β. Τσιάνος είναι Καθηγητής Παθολογίας στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων



Ζώντας με ένα ανόρεκτο παιδί

*20% των παιδιών παρουσιάζουν
προβλήματα στην όρεξη
και δυσκολία στη σίτιση.*

Οι διαταραχές αυτές οδηγούν σε δυσάρεστες επιπτώσεις, όπως δυστροφία, ευαισθησία σε λοιμώξεις και άλλα.

Το ανόρεκτο παιδί είναι ένα μικρό αγκάθι για την οικογένεια, πηγή άγχους, ιδίως για τη μητέρα, η οποία εκφράζει μια πραγματικότητα, αλλά πολλές φορές την υπερβολή.

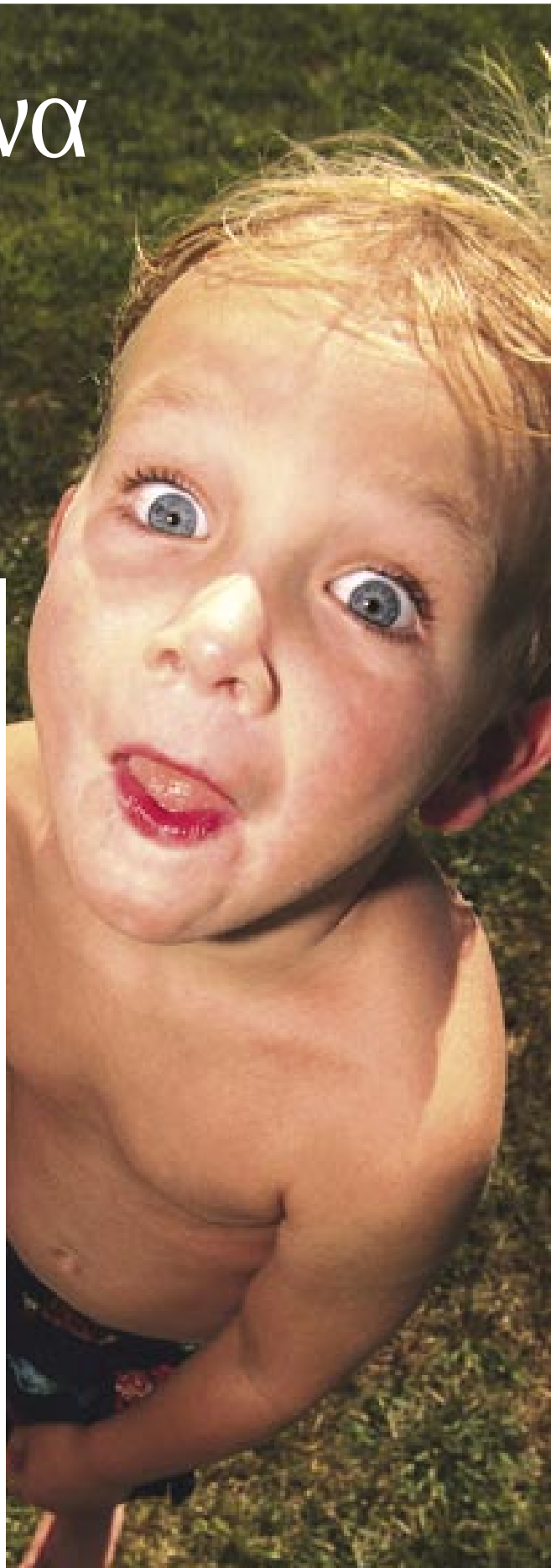
Η αντιμετώπιση ενός παιδιού με ανορεξία είναι δύσκολη, και είναι έργο ομάδας ειδικών. Έχει ποικίλη παθογένεια και αιτιολογία. Άλλοτε εκφράζεται ως διαταραχή της συμπεριφοράς ή ψυχική διαταραχή, άλλοτε όμως έχει οργανικό υπόστρωμα. Σε αναδρομική μελέτη φαίνεται πως στο 6% των παιδιών με τέτοια προβλήματα υπάρχει κάποια οργανική αιτία, 77% των παιδιών έχουν προβλήματα από το πεπτικό, ενώ 17% είναι παιδιά με ιδιαιτερότητα ή ψυχοκινητική διαταραχή.

Πώς εκφράζεται το πρόβλημα;

- α. Περιορισμός στην πρόσληψη**
- β. Εκλεκτικότητα**
- γ. Διάσπαση της προσοχής κατά τη διάρκεια του γεύματος**
- δ. Μεγάλη διάρκεια του γεύματος**

Η εικόνα αυτή μπορεί να αποτελεί και να αντικατοπτρίζει π.χ. αντίδραση για τη διαταραγμένη σχέση των γονιών ή ιδιαίτερο ψυχισμό του παιδιού.

Πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση αποτελεί η κατανόηση των διατροφικών επιλογών, των ικανοτήτων και της σωστής εκτίμησης του πνευματικού επιπέδου των παιδιών από τους γονείς. Όλα αυτά οδηγούν στη δημιουργία μιας καλής ατμόσφαιρας στη διάρκεια του γεύματος. Ορισμένα παιδιά αισθάνονται τρομακτική πίεση στη διάρκεια του γεύματος, ενώ άλλα το απολαμβάνουν, ενώ είναι γνωστή σε όλους η οικεία εικόνα του παιδιού που απορρίπτει! Εκτείνει το κεφάλι προς τα πίσω, κάνει γκριμάτσες δυσάρεσκεις ή απέχθεις και σκορπίζει γύρω-γύρω το φαγητό.



Glutafin[®]

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
κοιλιακάκη και ερπητοειδή δερματίτιδα.

Γραμμή Φροντίδας
800 11 68600

NUTRICIA

clinical

NUMIL Hellas ο.ε.

www.nutricia.gr

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

Θεσσαλονίκη: 1οσ. Ζηργάνου 41 & Περικλέους, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ: 2310.488330, 2310.488462, Fax: 2310.452280



Όλα τα ανόρεκτα παιδιά έχουν στην πραγματικότητα πρόβλημα;

Τα περισσότερα όχι! Πώς θα πεισθούν όμως οι γονείς;

α. Θα πρέπει να γίνει σωστή θερμιδική αξιολόγηση του διαιτολογίου.

β. Να πεισθούν οι γονείς ότι δε θα πρέπει ποτέ να συγκρίνουν το δικό τους παιδί με τα υπόλοιπα.

Είναι γεγονός πως το δεύτερο χρόνο ζωής παρατηρείται μία ελάττωση της όρεξης, ελάττωση στο υποδόριο λίπος και τα παιδιά δείχνουν λεπτότερα.

Η αντίδραση των γονιών είναι η πίεση για υπερφαγία και υπερκατανάλωση.

Στόχος λοιπόν είναι η εκπαίδευση των γονιών ούτως ώστε να κατανοήσουν τις ιδιαιτερότητες κάθε ηλικίας αλλά και να απαλύνουν το δικό τους αίσθημα απέναντι στο πρόβλημα και τους φόβους τους για πιθανή νοσηρότητα από αυτό.

Μια διεργασία - θεραπευτική ίσως-, που επουλώνει τη σχέση γονιού-παιδιού είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση.

Υπάρχουν οργανικά αίτια για την ανορεξία;

Ασφαλώς ναι!

Προβλήματα όπως δυσκοιλιότητα, διαταραχή στην κινητικότητα του πεπτικού, η τροφική αλλεργία, η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση οδηγούν σε σημαντική διαταραχή της όρεξης.

Έτσι, για την αντιμετώπιση τους απαιτούνται ποικίλοι χειρισμοί και η συνεργασία ποικίλων ειδικοτήτων (γαστρεντερολόγοι, διαιτολόγοι, λογοπαιδικοί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί)

Η θερμιδική κάλυψη των παιδιών αυτών είναι δύσκολη και κρίσιμη. Δύο είναι οι παράμετροι που θα ληφθούν υπ' όψιν στην κατηγοριοποίηση των παιδιών με διαταραχή στην όρεξη:

α. Η επιθυμία τους για φαγητό

β. Η ικανότητά τους

Στα παιδιά που επιθυμούν και έχουν ικανότητα ασφαλώς δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα. Παιδιά που επιθυμούν αλλά δεν έχουν την ικανότητα έχουν πιθανά κάποιο παθολογικό αίτιο ανορεξίας, παιδιά που δεν επιθυμούν αλλά έχουν ικανότητες έχουν διαταραχές της συμπεριφοράς.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η αιτιολογία των διαταραχών της όρεξης είναι ιδιαίτερα εκτεταμένη και επηρεάζεται σημαντικά από παράγοντες του περιβάλλοντος καθώς και από οργανικά αίτια.

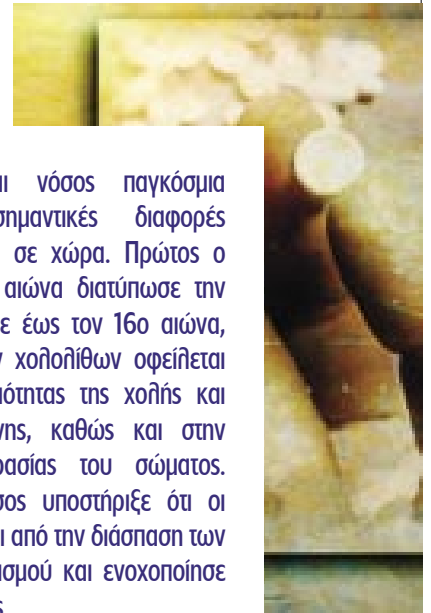
Στην καθημερινή παιδιατρική πράξη, το ανόρεκτο παιδί είναι μία διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση.

Σωστή αξιολόγηση της εικόνας, σαφής διαχωρισμός του παθολογικού από το φυσιολογικό, πειθώ από τον παιδίατρο για το σωστό ή την υπερβολή είναι σημεία “ κλειδιά” που θα βοηθήσουν σημαντικά στην αντιμετώπιση, θα απαντήσουν σε ερωτηματικά και θα απαλύνουν το άγχος.

ΙΩΑΝΝΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ

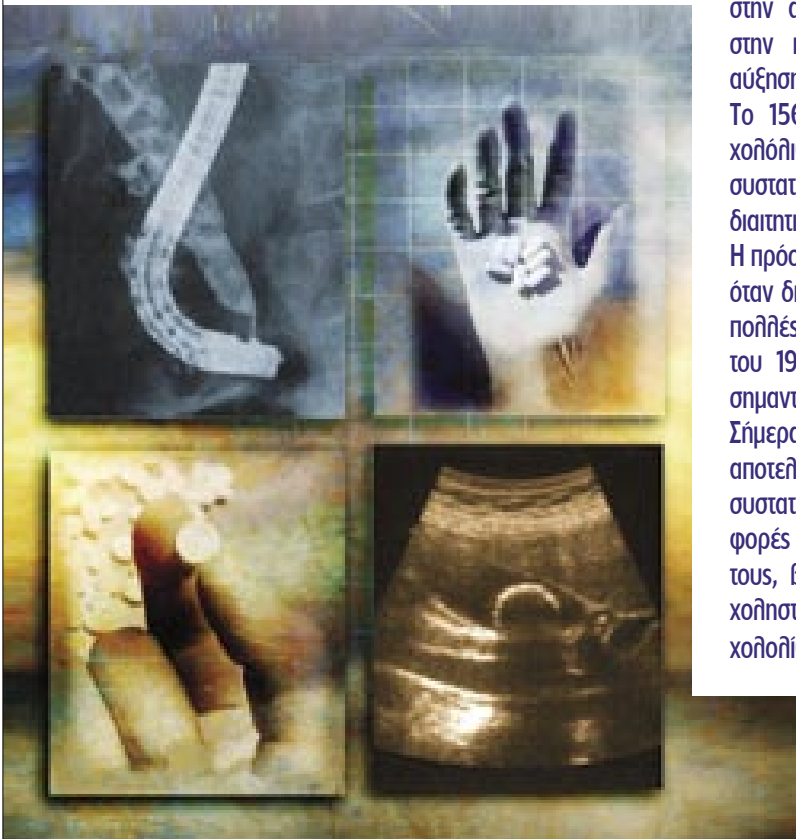
Μη χειρουργική αντιμετώπιση λιθίασης

χοληδόχου κύστης
και χοληδόχου πόρου



Η χοληλιθίαση είναι νόσος παγκόσμια διαδεδομένη με σημαντικές διαφορές συχνότητας από χώρα σε χώρα. Πρώτος ο Γαλλνός τον 2ο μ.Χ. αιώνα διατύπωσε την άποψη που κυριάρχησε έως τον 16ο αιώνα, ότι ο σχηματισμός των χοληλιθίων οφείλεται στην αύξηση της γλυκότητας της χολής και στην παρουσία βιλένης, καθώς και στην αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος. Το 1563 ο Παράκελσος υποστήριξε ότι οι χολόλιθοι σχηματίζονται από την διάσπαση των συστατικών του οργανισμού και ενοχοποίησε διατροφικούς παράγοντες.

Η πρόοδος στην μελέτη των χοληλιθίων αρχίζει όταν διαπιστώνεται ότι η χολή αποτελείται από πολλές ουσίες και κυρίως όταν στις αρχές του 19ου αιώνα απομονώνεται ένα από τα σημαντικότερα συστατικά της, η χοληστερίνη. Σήμερα είναι γνωστό ότι πράγματι οι χολόλιθοι αποτελούνται πράγματι από φυσιολογικά συστατικά της χολής και ότι υπάρχουν πολλές φορές σημαντικές διαφορές στη σύστασή τους, βάσει της οποίας τους διακρίνουμε σε χοληστερνικούς, χολοχρωστικούς και μικτούς χοληλιθούς.



Οι χοληστερινικοί χολόλιθοι είναι οι συχνότεροι (80%). Στη χώρα μας το ποσοστό της χοληστερινικής χολολιθίασης βρέθηκε ότι είναι 75,5%. Η βασική προϋπόθεση για τον σχηματισμό χοληστερινικών χολολιθών είναι η περίσσεια χοληστερίνης στην χολή, δηλαδή η ύπαρξη υπερκορεσμένης ή «λιθογόνου» χολής, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει, ότι επί παρουσίας λιθογόνου χολής θα σχηματιστούν απαραίτητα χολόλιθοι. Η μετατροπή της φυσιολογικής χολής σε λιθογόνο, οφείλεται σε διαταραχές της σχέσης της χοληστερίνης, της λεκθίνης και των χολικών αλάτων. Προδιαθεσικοί παράγοντες σχηματισμού χοληστερινικών χολολιθών είναι :γενετικοί, φύλλο, ηλικία, φάρμακα, παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, νόσοι λεπτού εντέρου κ.α.

Ο ιατρός οφείλει να σταθμίσει πολλούς παράγοντες πριν συστήσει χειρουργική θεραπεία (χολοκυστεκτομή- λαπαροσκοπική, διαδερμική, «ανοικτή») ή την συντηρητική θεραπεία σε κάθε χολολιθιασικό ασθενή. Αναλυτικότερα η συντηρητική θεραπεία μπορεί να είναι:

1. Η από του στόματος χορήγηση ουσιών που διαλύουν τους χολόλιθους.

Για την επιλογή αυτής της θεραπείας οι χολόλιθοι πρέπει να μην είναι μεγαλύτεροι από 5-10 χιλ. , η χοληδόχος κύστη θα πρέπει να λειτουργεί καλά και τα χοληφόρα δεν πρέπει να αποφράσσονται από χολόλιθους. Επίσης θα πρέπει να αποφεύγονται ορισμένα φάρμακα (όπως η χλωροφαιμπράτη και η χολεστυραμίνη). Το ποσοστό των ασθενών που πληρούν τα κριτήρια είναι συνήθως μικρότερο του 10%, ενώ το ποσοστό της επιτυχίας μετά 1-2 χρόνια συνεχούς θεραπείας κυμαίνεται από 60-80%. Οι ουσίες που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για διάλυση των χολολιθών είναι το αρκτοδοεoxycholic οξύ (UrsoDeoxyCholic Acid) και το χηνοδοεoxycholic οξύ (ChenoDeoxyCholic Acid), τα οποία χρησιμοποιούνται μόνα τους ή σε συνδυασμό. Η διάρκεια της θεραπείας με αυτές τις ουσίες, εξαρτάται από τον τύπο, το μέγεθος και τον αριθμό των χολολιθών και συνήθως κυμαίνεται μεταξύ 3 μηνών μέχρι και 2 χρόνων. Η χρήση αυτών των ουσιών σε θεραπευτικές δόσεις είναι απόλυτα ασφαλής αν και η πιθανότητα διάρροιας επιβάλλει την κατάτμηση της ημερήσιας δόσης σε 2-3 φορές/24ωρο. Κατά την διάρκεια της χορήγησης τους, πρέπει να ελέγχονται οι τρανσαμινάσες και σε περίπτωση αύξησης τους να μειώνεται η δόση του φαρμάκου. Η μέθοδος έχει πιθανότητες επιτυχίας μόνο αν η αγωγή είναι συνεχής χωρίς διακοπή. Ο συνεχής ιατρικός έλεγχος είναι απαραίτητος.

2. Εξωσωματική λιθοτριψία

Με την μέθοδο αυτή δεν επιτυγχάνεται πλήρης διάλυση των χολολιθών της χοληδόχου κύστης, αλλά διάσπασή τους σε μικρότερα τεμαχίδια ή άμμο(2-3 χιλ.), τα οποία στην συνέχεια αποβάλλονται από την χοληδόχο κύστη ή διαλύονται με την από του στόματος χορήγηση διαλυτικών ουσιών, που ήδη αναφέρθηκαν. Η μέθοδος εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1985 στην Δυτική Γερμανία. Τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι της τελευταίας τεχνολογίας και χρησιμοποιούν κρουστικά κύματα που παράγονται έξω από το σώμα του ασθενή, εστιάζομενα στον χολόλιθο τον οποίο διασπούν ανεξάρτητα από την χημική του σύσταση. Η θεραπεία διαρκεί περίπου 20-60 λεπτά ενώ ανάλογα με το μέγεθος, τον τύπο και τον αριθμό των λίθων μπορεί να χρειαστούν παραπάνω από μία θεραπευτικές συνεδρίες. Η εξωσωματική λιθοτριψία συνήθως είναι αποτελεσματική σε μεγάλους μονήρεις λίθους της χοληδόχου κύστης ενώ αντενδείκνυται σε εγκύους, ασθενείς με υποψία χολοκυστίτιδας ή κακής λειτουργικότητας χοληδόχου κύστης και με διαταραχές της ηχητικότητας. Η ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή του σφιγκτήρα του Oddi σε προβλήματα αποβολής των διασπασθέντων χολολιθών από τον χοληδόχο πόρο χρησιμοποιείται σπάνια, όταν θεωρηθεί απαραίτητη.

3. Ενδοσκοπική αφαίρεση χολολιθών από τον χοληδόχο πόρο.

Η μέθοδος αποτελεί μια ακόμη πρόοδο στη μη χειρουργική θεραπεία της χολολιθίασης. Η εκτέλεση της μεθόδου απαιτεί ενδοσκοπιο πλαγίας όρασης μέσω του οποίου γίνεται καθετηριασμός του φύματος του Vater, σφιγκτηροτομή και αφαίρεση εν συνεχεία των λίθων του χοληδόχου πόρου με την χρησιμοποίηση ειδικών καθετήρων δια του φύματος μετά την σφιγκτηροτομή, ενώ μεγάλοι λίθοι (>2.5 εκ.) υποβάλλονται προηγουμένως σε λιθοτριψία. Αν υπάρξει η παραμικρή αμφιβολία για αυτόματη έξοδο, τότε αμέσως μετά την σφιγκτηροτομή εισάγεται ο καθετήρας-μπαλόνι στο χοληδόχο πόρο και παρασύρει τις πέτρες, την λάσπη ή τα συγκρίματα στο στόμιο της τομής. Όταν οι λίθοι είναι μεγαλύτεροι από 15 μέχρι 20 χιλ. τότε επιχειρείται η εξαγωγή τους με λαβίδα-καλάθι. Οι περισσότεροι συγγραφείς αναφέρουν ποσοστά επιτυχίας αφαίρεσης λίθων μετά σφιγκτηροτομή 85-90%. Οι επιπλοκές της σφιγκτηροτομής είναι σπάνιες και χαρακτηρίζονται ως πρώιμες ή όψιμες και περιλαμβάνουν αιμορραγία,

διάτρηση, παγκρεατίτιδα, χολαγγειίτιδα και ενσφήνωση λίθου. Επείγουσα χειρουργική επέμβαση χρειάζεται στο 2-3% και κυρίως για αιμορραγία. Η θνητότητα είναι >1%.

4. Άλλες επεμβατικές μέθοδοι

A. Η ενίσχυση φωτός από εκπομπή ακτινοβολίας που έχει υποστεί διέγερση το γνωστό LASER έχει εφαρμοστεί πειραματικά για λιθοτριψία. Σε λίθους της χοληδόχου κύστης, τοποθετείται διαδερμικός καθετήρας-βραχιόνας LASER ο οποίος έρχεται σε επαφή με τον λίθο και τον θρυμματίζει. Σε λίθους του χοληδόχου πόρου ο καθετήρας LASER εισάγεται στον πόρο δια μέσου του ενδοσκοπίου και αφού έρθει σε επαφή με τον λίθο προκαλεί τον θρυμματισμό του.

B. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζει η διαδερμική διάλυση χολολιθών με χημικές ουσίες (όπως το MTBA-μεθυλτετραβουτυλαιθέρας) η οποία βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο. Η μέθοδος αυτή μπορεί να εφαρμοστεί σε συμπτωματικούς ασθενείς με λειτουργούσα χοληδόχο κύστη ανεξαρτήτως αριθμού και μεγέθους των λίθων, στους οποίους αντενδείκνυται η χολοκυστεκτομή.

Μετά την θεραπεία της χολολιθίασης (χειρουργική ή συντηρητική), χρειάζεται ελάττωση του σωματικού βάρους (σε υπέρβαρους ασθενείς), μείωση της χοληστερίνης με σωστή διαίτα πλούσια σε φυτικές ίνες (π.χ. άφθονα λαχανικά) και χαμηλή σε λιπαρά έτσι ώστε να εμποδιστεί η δημιουργία νέων χολολιθών. Συνιστώνται μικρά γεύματα κατά την διάρκεια της ημέρας με τα οποία επιτυγχάνεται συχνή σύσταση της χοληδόχου κύστης.



ΧΡΥΣΟΣΤΟΜΟΣ Ν. ΚΑΛΑΝΤΖΗΣ

Ο Χ. Ν. Καλαντζής είναι Ειδικευμένος στη Γαστρεντερολογική Κλινική του ΝΙΜΤΣ

Αδιάκοπη Αναζήτηση της Ύψους



Galenica

με συνέπεια και ευθύνη



Galenica a.e.

• ΑΘΗΝΑ: ΑΜΑΡΕΩΣ 2, ΤΗΛ: 210 52 91 700 • ΟΕΕ: ΚΗ ΚΟΥΝΤΟΥΡΙΔΟΥ & ΦΑΞΙΑΝΟΥ 2, ΤΗΛ: 23 10 54 26 85 • <http://www.galenica.gr>

Αλληλεπίδραση φαρμάκων & διατροφής

Τα φάρμακα έχουν επιθυμητές αλλά και ανεπιθύμητες δράσεις. Τόσο οι μεν όσο και οι δε μπορούν να επηρεαστούν από τη διατροφική κατάσταση των ατόμων και το είδος της τροφής. Οι θρεπτικές ύλες δηλαδή μπορούν να επηρεάσουν την απορρόφηση, το μεταβολισμό και την απέκκριση των φαρμάκων, αλλά και τα φάρμακα μπορούν να επηρεάσουν την πρόσληψη, την πέψη, την απορρόφηση, το μεταβολισμό και την απέκκριση των θρεπτικών υλών. Είναι λοιπόν μακρύς ο κατάλογος των γνωστών αλληλεπιδράσεων και συνεχώς εμπλουτίζεται. Φυσικά ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι αλληλεπιδράσεις εκείνες που έχουν δυσάρεστες επιπτώσεις στην υγεία. Το πρόβλημα γίνεται πολύ πιο σοβαρό για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, που συχνά πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και χρειάζεται να παίρνουν φάρμακα για μεγάλο χρονικό διάστημα, συνήθως πολλά μαζί. Παρακάτω γίνεται προσπάθεια αναφοράς και κατάταξης κάποιων παραδειγμάτων γνωστών αλληλεπιδράσεων φαρμάκων και διατροφής.

Επίδραση φαρμάκων στην πρόσληψη τροφής.

Είναι πολλά τα φάρμακα που επηρεάζουν την όρεξη, τη γεύση, την όσφρηση ή προκαλούν ερεθισμό στο στόμα, μείωση ή αύξηση της έκκρισης σιέλου και τέλος ναυτία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα φαρμάκων που μειώνουν την όρεξη είναι οι αμφεταμίνες, ενώ κάποια αντιισταμινικά διεγείρουν την όρεξη οδηγώντας συχνά σε παχυσαρκία.

Επίδραση φαρμάκων στην πέψη και απορρόφηση της τροφής.

Τα φάρμακα μπορούν να επηρεάσουν την πέψη και την απορρόφηση της τροφής με πολλούς τρόπους:

- α) Μεταβάλλοντας την οξύτητα του γαστρεντερικού σωλήνα, όπως για παράδειγμα τα αντιόξινα φάρμακα, που περιορίζουν σημαντικά την απορρόφηση του σιδήρου και οδηγούν σε έλλειψή του.
- β) Μεταβάλλοντας την κινητικότητα του εντέρου, όπως τα υπακτικά φάρμακα, που αυξάνουν την ταχύτητα με την οποία η τροφή διέρχεται από το παχύ έντερο επηρεάζοντας έτσι την απορρόφηση βιταμινών και ανόργανων συστατικών που κυρίως απορροφώνται από αυτό το τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα. Είναι λοιπόν φυσικό η χρόνια χρήση υπακτικών φαρμάκων να οδηγεί στην έλλειψη των συστατικών αυτών.
- γ) Αναστέλλοντας τη δράση πεπτικών ενζύμων, όπως το αντιβιοτικό φάρμακο νεομυκίνη, που μειώνει τη δραστηριότητα της παγκρεατικής λιπάσης, ενζύμου απαραίτητου στην πέψη των λιπών.
- δ) Καταστρέφοντας το εντερικό επιθήλιο, όπως συμβαίνει με φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία.
- ε) Δεσμεύοντας τις θρεπτικές ύλες, όπως για παράδειγμα τα αντιόξινα φάρμακα που δεσμεύουν το φωσφόρο, απαραίτητο ανόργανο συστατικό για τον οργανισμό.

Επίδραση φαρμάκων στην απέκκριση θρεπτικών υλών.

Η πλέον συνήθης επίδραση φαρμάκων στην απέκκριση των θρεπτικών υλών είναι αυτή των διουρητικών φαρμάκων που επιδρούν στην απέκκριση ανόργανων συστατικών, κυρίως ασβεστίου, καλίου, μαγνησίου και ψευδαργύρου.

Επίδραση της τροφής στην απορρόφηση φαρμάκων.

Κλασικό παράδειγμα επίδρασης τροφής στην απορρόφηση φαρμάκου αποτελεί η επίδραση του ασβεστίου και του σιδήρου στην απορρόφηση του αντιβιοτικού τετρακυκλίνης. Όταν τα ανόργανα αυτά συστατικά λαμβάνονται μαζί με το αντιβιοτικό συνδέονται με αυτό μειώνοντας την απορρόφηση τόσο του αντιβιοτικού όσο και των ανόργανων συστατικών. Για το λόγο αυτό συνιστάται να μη λαμβάνεται το αντιβιοτικό συγχρόνως με γάλα ή προϊόντα γάλακτος, η δε λήψη συμπληρωμάτων διατροφής που περιέχουν σίδηρο πρέπει να πραγματοποιείται τουλάχιστον δύο ώρες μετά τη λήψη του φαρμάκου. Κάποια φάρμακα απορροφώνται καλύτερα όταν λαμβάνονται κατά τη διάρκεια γεύματος, όπως για παράδειγμα το αντιμυκητιακό φάρμακο γκριζεοφουλβίνη, ενώ άλλων η απορρόφηση αυξάνεται όταν το στομάχι είναι άδειο, όπως συμβαίνει με την ορμόνη θυροξίνη.

Επίδραση τροφής στην απέκκριση φαρμάκων

Η οξύτητα των ούρων επηρεάζει την απέκκριση των φαρμάκων. Για παράδειγμα, η μεγάλη οξύτητα των ούρων, που πιθανόν να οφείλεται σε όξινες θρεπτικές ύλες όπως η βιταμίνη C, μειώνει την απέκκριση της επίσης όξινης ασπιρίνης αυξάνοντας έτσι την παραμονή της στον οργανισμό.

Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων- διατροφής που επηρεάζουν το μεταβολισμό.

Τα τελευταία χρόνια δίνεται μεγάλη σημασία σε αυτού του τύπου τις αλληλεπιδράσεις, καθώς φαίνεται ότι είναι υπεύθυνες για πολλές από τις παρενέργειες

των φαρμάκων αλλά και για προβλήματα που εμφανίζονται κατά το μεταβολισμό των θρεπτικών υλών. Θέση «κλειδί» σ' αυτές τις αλληλεπιδράσεις παίζει το ένζυμο κυτόχρωμα P450 3A4 (CYP3A4), που είναι υπεύθυνο για το μεταβολισμό του 50% περίπου των φαρμάκων και του οποίου η δραστηριότητα επηρεάζεται από τα συστατικά ορισμένων τροφίμων. Για παράδειγμα, η ταυτόχρονη χορήγηση φαρμάκων που μεταβολίζονται μέσω του CYP3A4, όπως η κυκλοσπορίνη, με χυμό εσπεριδοειδών και κυρίως του γραφεφρούιτ έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της βιοδιαθεσιμότητας του φαρμάκου. Απαιτείται λοιπόν προσαρμογή της δοσολογίας του φαρμάκου σε άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες των συγκεκριμένων χυμών.

Υπάρχουν πολλά φάρμακα που δρουν μιμούμενα ή ανταγωνιζόμενα τη δράση κάποιων βιταμινών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα δομικά ανάλογα της βιταμίνης K, οι κουμαρίνες, που χορηγούνται ως αντιπηκτικά φάρμακα ανταγωνιζόμενα τον καθοριστικό ρόλο της βιταμίνης K στην πορεία της πήξης του αίματος. Είναι φανερό ότι στην περίπτωση αυτή το είδος της διατροφής και συγκεκριμένα η ποσότητα βιταμίνης K που κάποιος καταναλώνει θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για τον καθορισμό της δόσης του αντιπηκτικού φαρμάκου. Άλλο χαρακτηριστικό παράδειγμα για αυτού του τύπου τις αλληλεπιδράσεις είναι το φαρμάκου μεθοτρεξάτη, που χρησιμοποιείται σε κάποιες μορφές καρκίνου και στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, με τη βιταμίνη φολικό οξύ. Η χημική δομή της μεθοτρεξάτης είναι ανάλογη αυτής του φολικού οξέος και ανταγωνίζεται τη δράση του. Η ασπιρίνη επίσης μπορεί να επηρεάσει το μεταβολισμό του φολικού οξέος, διότι το ανταγωνίζεται ως προς τη σύνδεσή του με την πρωτεΐνη μεταφοράς του. Η χρόνια χορήγηση της ασπιρίνης λοιπόν θα πρέπει να ακολουθείται από τη χορήγηση συμπληρώματος διατροφής με φολικό οξύ. Ένα ακόμη παράδειγμα αποτελεί η αλληλεπιδράση της τυραμίνης, συστατικού ορισμένων τροφίμων (π.χ. τυριού, κρέατος, προϊόντων ζύμωσης) με αντικαταθλιπτικά φάρμακα που είναι αναστολείς του ενζύμου ΜΑΟ (μονοαμινο-οξειδάση), το οποίο φυσιολογικά απενεργοποιεί τη τυραμίνη. Η τυ-

ραμίνη λοιπόν στα άτομα που παίρνουν τα φάρμακα αυτά συσσωρεύεται στον οργανισμό και προκαλεί αύξηση της πίεσης, ημικρανίες, ζαλάδες κ.α.

Σε όλα τα είδη αλληλεπιδράσεων φαρμάκων και διατροφής που αναφέρθηκαν σημαντικό ρόλο παίζουν και άλλοι παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλης, καφέ κ.α. Οι ηλικιωμένοι, τα παιδιά και οι καπνιστές φαίνεται ότι εμφανίζουν συχνά προβλήματα υγείας που οφείλονται σε παρενέργειες αυτών των αλληλεπιδράσεων. Ιδιαίτερο πρόβλημα αποτελεί και η εκτεταμένη πια χρήση συμπληρωμάτων διατροφής. Η παρουσία στον οργανισμό κάποιων θρεπτικών υλών δε ασυνήθιστα υψηλές δόσεις ευνοεί τις αλληλεπιδράσεις με φάρμακα και την εμφάνιση παρενεργειών. Η αντιμετώπιση αυτής της απειλής είναι πολύ δύσκολη, αν όχι αδύνατη.

Σίγουρα όμως ο καθένας από εμάς μπορεί να μειώσει τους κινδύνους με τα εξής μέτρα: α) περιορίζοντας τα φάρμακα, αλλά και τα συμπληρώματα διατροφής που καταναλώνει στα απολύτως απαραίτητα, β) ζητώντας και ακολουθώντας τη συμβουλή γιατρού για τη λήψη οποιουδήποτε φαρμάκου, ακόμη και του πιο κοινού, γ) διαβάζοντας προσεκτικά τις οδηγίες που υπάρχουν μέσα στη συσκευασία των φαρμάκων και δ) ενημερώνοντας το γιατρό για τις διατροφικές του συνήθειες. Το μεγάλο βάρος όμως πέφτει στην πλάτη των ειδικών, δηλαδή των φαρμακευτικών εταιρειών, που πρέπει να ενημερώνουν γιατρούς, φαρμακοποιούς και νοσηλευτές, αλλά και των ίδιων των γιατρών, φαρμακοποιών και νοσηλευτών, που απ' ενός πρέπει να ενημερώνονται, απ' ετέρου να ενημερώνουν σωστά τους ασθενείς. Είναι φανερό ότι την κύρια ευθύνη έχει ο οικογενειακός γιατρός που θα πρέπει να γνωρίζει τις διατροφικές συνήθειες των ασθενών και να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στην επιλογή φαρμάκων και στις συμβουλές προς αυτούς. Ευθύνη όμως έχει και η πολιτεία και οι αρμόδιες υπηρεσίες, που πρέπει να ευαισθητοποιήσουν την κοινή γνώμη σε αυτό το τόσο σοβαρό θέμα.

Αρωματικά - Φαρμακευτικά φυτά

ΟΙ ΓΝΩΣΤΟΙ ΜΑΣ ΑΓΝΩΣΤΟΙ

*Γνωριμία με
τον υπέροχο κόσμο
των Αρωματικών -
Φαρμακευτικών φυτών.*

Η Ελληνική χλωρίδα είναι μια από τις πλουσιότερες σε αυτοφυή αρωματικά και φαρμακευτικά φυτά, όπως η ρίγανη, η μέντα, η λεβάντα, το δενδρολίβανο, η αρμπαρόριζα, ο βασιλικός, το δίκταμο, ο κρόκος, η δάφνη, ο λυκίσκος, ο μάραθος, η μαντζουράνα, το γιασεμί, η μαστίχα και εκατοντάδες άλλα.

Τα περισσότερα αρωματικά φυτά που φύονται στην Ελλάδα ανήκουν στην οικογένεια Lamiaceae (Labiatae, χειλανθή). Ως χώρα, αν και γνωρίζουμε ελάχιστα για την αξιοποίησή του, διαθέτουμε έναν τεράστιο φυτικό πλούτο που παραμένει ακόμη ανεκμετάλλευτος.

Τα αρωματικά - φαρμακευτικά φυτά αποτελούν μια μικρή, αλλά ιδιαίτερα εξελιγμένη ομάδα ειδών του φυτικού βασιλείου. Περιλαμβάνει περίπου 13.000 είδη αρωματικών φυτών και 60.000 είδη φαρμακευτικών φυτών, τα οποία ταξινομούνται σε περίπου 50 οικογένειες.

Οι όροι αρωματικά και φαρμακευτικά φυτά δεν αντιστοιχούν σε κάποια σαφή βοτανική ή άλλη διάκριση, αλλά είναι εμπειρικοί και για εμπορική χρήση.

Αρωματικά (aromatics) θεωρούνται τα φυτά που έχουν ευχάριστη οσμή (λόγω της ύπαρξης σε ορισμένα φυτικά όργανα πτητικών χημικών ουσιών - αιθέρια έλαια) και χρησιμοποιούνται στην παρασκευή αρωμάτων ή άλλων εύοσμων προϊόντων.

Φαρμακευτικά (medicinals, therapeutics) είναι αυτά που παράγουν ουσίες με θεραπευτική για τον άνθρωπο δράση. Συχνά συναντούμε και τον όρο βότανα (herbs) για όσα φυτά έχουν ευεργετική δράση για τον άνθρωπο.

Η ποιοτική και ποσοτική σύσταση των αιθέριων ελαίων που λαμβάνονται από τα αρωματικά φυτά καθορίζει την θεραπευτική ή τοξική τους χρήση.

Οι μεγάλοι μοριακού βάρους χημικές ενώσεις απαντούν σε μεγάλες συγκεντρώσεις και από οικονομικής σκοπιάς θεωρούνται μεγάλου όγκου – μικρής αξίας προϊόντα, που χρησιμοποιούνται συνήθως ως πρώτες ύλες στην βιομηχανία τροφίμων (π.χ. φυτικά έλαια, λιπαρά οξέα, υδατάνθρακες).

Οι μικρού μοριακού βάρους χημικές ενώσεις είναι πιο περιορισμένες στο φυτικό βασίλειο και ονομάζονται δευτερογενείς μεταβολίτες καθώς επιδρούν με άγνωστο μέχρι σήμερα τρόπο στο μεταβολισμό του φυτού. Παιζουν δε συχνά πολύ σημαντικό ρόλο στη βιολογία του φυτού, καθώς μπορεί να ελκύουν έντομα για την επικονίαση και γονιμοποίηση των φυτών ή να αποτελούν τη χημική άμυνα των φυτών απέναντι σε μικροβιολογικές προσβολές ή επιθέσεις από έντομα. Χαρακτηρίζονται ως μικρού όγκου – μεγάλης αξίας προϊόντα και χρησιμοποιούνται εμπορικά στην παραγωγή βιολογικά δραστικών ουσιών για φάρμακα, αρώματα, εντομοκτόνα κ.α.

Ιστορική αναδρομή και Οικονομική σημασία των αρωματικών – φαρμακευτικών φυτών.

Από πολύ παλιά ο άνθρωπος γνώριζε και εμπιστευόταν τα αρωματικά και φαρμακευτικά φυτά για τις θεραπευτικές και αντιμικροβιακές τους ιδιότητες, κάτι που συνεχίζεται μέχρι και σήμερα με τη χρήση τους είτε αυτούσια, είτε ως δραστικά συστατικά.

Στην αρχαιότητα τα χρησιμοποιούσαν και για καλλωπιστικούς σκοπούς, για την λεύκανση των δοντιών, την ενδυνάμωση των ούλων, τον καθαρισμό της επιδερμίδας αλλά και ενίσχυση των γεύσεων στη μαγειρική.

Γνωστή και η εργασία του Ιπποκράτη, ο οποίος γύρω στο 400 π.Χ. συνέταξε μια λίστα με περισσότερα από 400 φάρμακα με ουσίες από βότανα και φαρμακευτικά φυτά, εκ των οποίων οι μισές και πλέον χρησιμοποιούνται και σήμερα. Και ίσως να ήταν αυτός ο μοναδικός συνδυασμός της γευστικής απόλαυσης και θεραπευτικής αξίας των αρωματικών φυτών που τον οδήγησε στην πρόταση:

«Κάνε την τροφή φάρμακο σου - και το φάρμακο τροφή σου».

Καθ' όλη τη διάρκεια της ιστορίας του ανθρώπου τα αρωματικά φυτά αποτελούσαν έναν από τους σπουδαιότερους μοχλούς ανάπτυξης του διεθνούς εμπορίου, καθώς ήταν περιζήτητα και εισάγονταν στην Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία και

μετά στην Ευρώπη από πολύ μακρινές χώρες. Από τον 19ο αιώνα και μετά ξεκινάει η εμπορική καλλιέργεια τους και η ανάπτυξη της βιομηχανίας αρωμάτων, καλλυντικών, άλλα και η χρήση τους από την βιομηχανία τροφίμων και ποτών. Με την ανάπτυξη της τεχνολογίας και την παραγωγή συνθετικών χημικών ουσιών, υποκατάστατων των αιθέριων ελαίων και των άλλων ουσιών που λαμβάνονταν από τα αρωματικά φυτά, η σημασία τους περιορίστηκε.

Τα τελευταία όμως χρόνια υπάρχει αναθέρμανση του ενδιαφέροντος για τα αρωματικά και φαρμακευτικά φυτά, λόγω της ευαισθητοποίησης των καταναλωτών και της απαίτησης για ασφαλέστερα και πιο υγιεινά τρόφιμα και προϊόντα.

Αυτό έχει οδηγήσει βαθμιαία στον περιορισμό της κατανάλωσης συνθετικών φαρμάκων και της χρήσης συνθετικών ουσιών στα τρόφιμα και στην επιστροφή της παγκόσμιας βιομηχανίας τροφίμων, ποτών, καλλυντικών και φαρμάκων σε φυσικές πρώτες ύλες.

Οι κυριότερες χρήσεις των αρωματικών φυτών είναι είτε ως φυτικό υλικό νωπό ή ξερό, είτε ως αιθέριο έλαιο. Μετά τη συστηματική μελέτη πολλών φυτών, αναπτύχθηκαν νέες ουσίες και χρήσεις, όπως για παράδειγμα η αρωματοθεραπεία, μια θεραπευτική τεχνική που χρησιμοποιεί ως βάση της διάφορα αιθέρια έλαια. Εντυπωσιακή είναι και η διαπίστωση πως τα χημικώς παρασκευασμένα υποκατάστατα αιθέριων ελαίων είχαν μειωμένη απόδοση ως προς τη θεραπευτική, αρωματική και αρτυματική τους ουσία σε σύγκριση με τα φυσικώς παραγόμενα από αρωματικά φυτά αιθέρια έλαια.

Καλλιέργεια των Αρωματικών/ Φαρμακευτικών φυτών – Βιολογική καλλιέργεια

Στη χώρα μας, όπως αναφέρθηκε και στην αρχή, φύεται ένας μεγάλος αριθμός αρωματικών φυτών από έρποντα, ποώδη, θαμνώδη έως και δενδρώδη, των οποίων η παρουσία και ανάπτυξη ευνοείται από τις εδαφοκλιματικές συνθήκες που επικρατούν.

Η ανάπτυξη του κλάδου της καλλιέργειας αρωματικών φυτών θα πρέπει να στηρίζεται στη διάδοση και επέκταση των καλλιεργούμενων ειδών, τα οποία έχουν τη μεγαλύτερη οικολογική αλλά και οικονομική απόδοση για τον Έλληνα παραγωγό. Με την καλλιέργεια τους επιδιώκεται η αξιοποίηση και η προστασία των άγονων εδαφών ορεινών και ημιορεινών περιοχών και η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των κατοίκων των περιοχών αυτών.

Στο πλαίσιο των συστημάτων αειφόρου ανάπτυξης, άλλα και λόγω των ιδιοτήτων τους, τα αρωματικά – φαρμακευτικά φυτά μπορούν να καλλιεργηθούν εύκολα και με πολύ

χαμηλές εισροές, σε βιολογική καλλιέργεια και σε συνδυασμό με μελισσοκομικές εκμεταλλεύσεις.

Λόγω των ενδογενών ουσιών που περιέχουν έχουν αυξημένη αντίσταση σε εχθρούς – σε πολλές δε περιπτώσεις προστατεύουν και άλλα συγκαλλιεργούμενα φυτά.

Οι απαιτήσεις τους σε θρεπτικά στοιχεία είναι πολύ μικρές καθώς είναι προσαρμοσμένα στο μεσογειακό περιβάλλον (όπως η ρίγανη και το θυμάρι).

Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται τόσο η ισορροπία του οικοσυστήματος όσο και η παραγωγή ενός υψηλής αξίας προϊόντος, απαλλαγμένου από οποιαδήποτε πιθανά υπολείμματα αγροχημικών.

Τα παραπάνω έρχονται σε πλήρη ταύτιση με την επιθυμία των σύγχρονων καταναλωτών για προϊόντα φυσικά και όχι συνθετικά, άλλα και καθαρά από χημικές ουσίες και φυτοφάρμακα. Θα ήταν άλλωστε παράδοξο να ακολουθεί κάποιος τη φιλοσοφία και θεραπευτική αγωγή της αρωματοθεραπείας ή άλλων εναλλακτικών μορφών ιατρικής κάνοντας χρήση αρωματικών φυτών που έχουν παραχθεί υπό συνθήκες εντατικής καλλιέργειας με χρήση φυτοφαρμάκων.

Χρήση αρωματικών/ φαρμακευτικών φυτών ως καλλωπιστικών, στην Ανθοκομία.

Εκτός από τα παραπάνω, ενδιαφέρον παρουσιάζει η χρησιμοποίηση των αυτοφυών αρωματικών φυτών της ελληνικής χλωρίδας ως καλλωπιστικά σε αστικούς κήπους, πλατείες και πάρκα. Πέρα από την οικονομική τους εκμετάλλευση στο πλαίσιο εναλλακτικών μορφών κηποτεχνίας, η παραπάνω εφαρμογή συμβάλλει και στην προστασία του περιβάλλοντος.

Πολλά από τα αρωματικά αυτά φυτά είναι αειθαλή και ανθεκτικά στις υψηλές θερμοκρασίες και την ξηρασία. Η εγκατάσταση και ο πολλαπλασιασμός είναι γρήγορος και η ανάπτυξη τους μεγάλη. Τα αιθέρια έλαια, όπως και στην περίπτωση της καλλιέργειας τους, τα προστατεύουν από τους εχθρούς και προσελκύουν στα άνθη τους ωφέλιμα έντομα που τα βοηθούν στην επικονίαση.

Η φροντίδα που απαιτούν είναι ελάχιστη και το κόστος συντήρησής τους είναι σχετικά χαμηλό. Με τη χρήση τους θα περιοριζόταν η χρησιμοποίηση των ξενικών και απαιτητικών σε φροντίδες και εισροές ειδών, που χρησιμοποιούνται σήμερα στην κηποτεχνία.

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

Ο Π. Παπαδόπουλος είναι Σύμβουλος Βιολογικής Γεωργίας και Εναλλακτικής Κηποτεχνίας

Γιατί τρώμε αυτά που τρώμε Πώς επιλέγουμε τρόφιμα...

Φανταστείτε ότι στέκεστε μπροστά σε έναν μπουφέ με τρόφιμα κάθε λογής, σε όλες τις μορφές και από όλα τα μέρη του κόσμου, κρατώντας ένα πιάτο που όσο και να το γεμίσετε, δε θα χωρέσει παρά ελάχιστα από τα τρόφιμα που περιμένουν μπροστά σας. Αλήθεια, θα κλείσετε τα μάτια και θα πάρετε στην τύχη τα πρώτα φαγητά που θα πιάσετε; Το πιθανότερο είναι να περιηγηθείτε αρκετή ώρα μπροστά στις λιχουδιές προτού αποφασίσετε, με τα μάτια και κυρίως τη μύτη σας ανοιχτά. Γιατί όμως να συμβαίνει αυτό; Η απάντηση δεν είναι τόσο απλή όσο φαντάζει, αλλά αποτελεί το ζητούμενο ενός σημαντικού πεδίου έρευνας, που ονομάζεται ψυχολογία των διατροφικών επιλογών. Βέβαια, ίσως κάποιοι να αναρωτηθούν τι αξία έχει μια τέτοια γνώση των παραγόντων που επηρεάζουν τις διατροφικές επιλογές μας, πέρα από την ικανοποίηση της επιστημονικής περιέργειάς μας. Η απάντηση όμως στο γιατί τρώμε αυτά που τρώμε είναι εξαιρετικά σημαντική για να προλάβουμε ή να αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά διάφορες διαταραχές της διατροφικής μας συμπεριφοράς, όπως εμφανίζονται π.χ. στην παχυσαρκία.

Γυρίζοντας πίσω στο χρόνο...

Από την αρχή της εξέλιξης του ο άνθρωπος, όπως και όλα τα ζώα, έπρεπε να τραφεί για να επιβιώσει. Η τροφή όμως δεν ήταν πάντα και παντού διαθέσιμη στην ίδια μορφή. Έπρεπε λοιπόν να αναπτύξει ένα αποτελεσματικό σύστημα για την ταξινόμηση των τροφίμων σε κατάλληλα και ακατάλληλα προς κατανάλωση, διακρίνοντας αυτά που ήταν ακίνδυνα και επαρκώς θρεπτικά για την επιβίωσή του από εκείνα που μπορεί να τον δηλητηρίαζαν ή απλώς να μην ήταν επαρκώς θρεπτικά. Η όσφρηση και η γεύση μας είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές γι' αυτή τη δουλειά, ενώ ο εγκέφαλός μας φαίνεται να έχει αναπτύξει ειδικά συστήματα επιβράβευσης για την κατανάλωση κατάλληλων

προς βρώση τροφίμων (κάποιοι υποστηρίζουν πως οι ίδιες οι νοητικές λειτουργίες του εγκεφάλου μας αναπτύχθηκαν προκειμένου πρώτα από όλα να εξυπηρετούν την εύρεση της κατάλληλης τροφής). Βέβαια τα πράγματα άλλαξαν πολύ σε ότι αφορά στη διαθεσιμότητα τροφής στο περιβάλλον μας από τότε που έπρεπε να κυνηγήσουμε ή να συλλέξουμε την τροφή μας μέχρι σήμερα που η τροφή μας περιμένει στα ράφια των σουπερ-μάρκετ ή στη σχάρα του κοντινότερου φαστ-φουντ. Ο ανθρώπινος οργανισμός όμως φέρει ακόμα τα «σημάδια» εκείνων των διατροφικά δύσκολων καιρών (για τους οποίους είναι ουσιαστικά ακόμη προσαρμοσμένος γενετικά), «σημάδια» όπως:

- τη ροπή προς κατανάλωση τροφίμων με γεύση γλυκιά (ο εγκέφαλος καταναλώνει γλυκόζη και μόνο – είναι πραγματικά εκλεκτικός!...) ή αλμυρή (η πρόσληψη νερού και ηλεκτρολυτών είναι κρίσιμη για την επιβίωση)
- την αποφυγή κατανάλωσης τροφίμων με πικρή γεύση (τα περισσότερα δηλητήρια είναι πικρά),
- την αναζήτηση του πιο πλούσιου σε θερμίδες και λιπαρά τροφίμου,
- την τάση προς αναζήτηση καινούργιων θρεπτικών τροφίμων (που θα αυξήσουν την ποικιλία της διατροφής μας άρα και την επάρκεια σε θρεπτικά συστατικά),
- την επιφύλαξη, ταυτόχρονα με την περιέργεια, απέναντι σε καινούριες τροφές (που μπορεί να είναι επικίνδυνες για την υγεία),
- την προτίμηση («εξειδικευμένη πείνα») τροφίμων που είναι πλούσια σε κάποιο συγκεκριμένο θρεπτικό συστατικό, όταν τα αποθέματά του στο ανθρώπινο σώμα εξαντλούνται,
- τη μη προτίμηση (υποτίμηση) τροφίμων που καταναλώνονται διαρκώς για μεγάλο χρονικό διάστημα, ώστε να προωθηθεί η εφαρμογή ποικιλίας στην κατανάλωση τροφίμων.



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)



Η εξελιξη μας ως ανθρώπινου είδους λοιπόν έχει δημιουργήσει μια βιολογική βάση για τις διατροφικές επιλογές μας επηρεάζοντας ως ένα βαθμό το τι μας αρέσει (γλυκά ή αλμυρά τρόφιμα, πλούσια σε θερμίδες και λιπαρά) και το τι όχι. Ωστόσο, οι διατροφικές αρέσκειές μας δεν καθορίζονται αποκλειστικά και μόνο γονιδιακά. Και το σημαντικότερο: το τι μας αρέσει και τι όχι δεν είναι και ο μόνος λόγος για το τι επιλέγουμε να φάμε!

Δεν τρώμε πάντα αυτό που μας αρέσει...

Ας πάρουμε για παράδειγμα κάποιον που του **αρέσει** το τυρί φέτα, αρέσκεια η οποία και εξηγείται μερικώς από όσα είπαμε παραπάνω (η φέτα είναι αλμυρή, πλούσια σε λιπαρά και θερμίδες). Ο ίδιος άνθρωπος όμως έχει υπερλιπιδαιμία και ο γιατρός του του έχει συστήσει να αποφεύγει την αγαπημένη του φέτα, σύσταση την οποία και ακολουθεί **προτιμώντας** τη μυζήθρα (που είναι χαμηλότερης περιεκτικότητας σε λιπαρά). Ωστόσο, κάποιος απόγευμα αποφασίζει να εκτραπεί λιγάκι από τις συμβουλές του γιατρού και πηγαίνει στο μπακάλικο της γειτονιάς του για να αγοράσει λίγο τυρί φέτα. Με απογοήτευση διαπιστώνει ότι το μπακάλικο δε διαθέτει τη μάρκα της φέτας που συνήθως αγοράζει, ενώ δεν έχει αρκετά χρήματα για μια άλλη πιο ακριβή μάρκα. Καταλήγει έτσι να καταναλώνει (**χρησιμοποιεί**) πάλι μυζήθρα στο βραδινό του.

Το παραπάνω παράδειγμα δείχνει πόσο δύσκολο είναι να εξηγηθούν οι διατροφικές επιλογές μας μελετώντας μόνο το τι μας αρέσει και τι όχι, ενώ παράλληλα δείχνει μερικώς ότι η επιλογή ενός τροφίμου υπόκειται στον έλεγχο κοινωνικών, οικονομικών και πολιτισμικών παραγόντων, που συνεργούν με τη βιολογική μας καταβολή. Τελικά, φαίνεται ότι οι διατροφικές αρέσκειές μας, οι διατροφικές προτιμήσεις μας και η χρήση των τροφίμων στη διατροφή μας, ή πιο απλά οι διατροφικές επιλογές μας, είναι αποτέλεσμα του συνδυασμού τριών πηγών πληροφόρησης ή εμπειρίας: της βιολογικής μας κληρονομιάς, την οποία φέρουμε στα γονιδιακά μας (για την οποία μιλήσαμε), του πολιτισμικού μας περιβάλλοντος και της μοναδικής για τον καθένα μας ατομικής εμπειρίας.

Πες μου από πού είσαι να σου πω... τι τρώς!

Η καταλληλότερη ερώτηση που μπορούμε να

θέσουμε σε κάποιον για να προβλέψουμε τις διατροφικές του επιλογές είναι σε ποια κοινωνική ομάδα έχει μεγαλώσει. Κάθε τόπος, με τη διαθεσιμότητα των δικών του πόρων και με την κοινή εμπειρία – γνώση των ανθρώπων του για τη διατροφή – αναπτύσσει τη δική του άποψη για το τι και πώς πρέπει να καταναλώσει, αυτό που ονομάζουμε «κουζίνα» – μαγειρική. Το πόσο μας καθορίζει διατροφικά η μαγειρική του τόπου στον οποίο ζούμε ή από τον οποίο καταγόμαστε φαίνεται στις διατροφικές επιλογές των μεταναστών δεύτερης ή και τρίτης γενιάς, που δεν χάνουν ποτέ κάποιες από τις διατροφικές ιδιαιτερότητες του τόπου τους, ακόμα κι αν έχουν ενσωματωθεί πλήρως στο νέο τους κοινωνικό περιβάλλον. Στη σύγχρονη παγκοσμιοποιημένη κοινωνία δε, όπου επιχειρείται η τάση ομογενοποίησης γεύσεων και επιλογών προς άφελος πολυεθνικών βιομηχανιών τροφίμων και διατροφής, η «εθνική κουζίνα» του κάθε τόπου φαίνεται πως αποτελεί την απάντηση σε πολλά προβλήματα που «πηγάζουν» από την παραπάνω ομογενοποίηση (π.χ. «μεσογειακή διατροφή» για πρόληψη ασθενειών).

Βέβαια, η μαγειρική κάθε τόπου αποτελεί έναν από τους τρόπους με τους οποίους το περιβάλλον μας επηρεάζει τις επιλογές μας. Το περιβάλλον μας μπορεί να επηρεάσει το τι επιλέγουμε να φάμε και με άλλους τρόπους, έμμεσους (όπως η «εθνική κουζίνα») ή άμεσους. Το διατροφικό παράδειγμα των προσώπων γύρω μας (ειδικά εκείνων που εκτιμούμε περισσότερο – π.χ. γονείς), η τεχνολογία και βιομηχανία τροφίμων που κάνει διαθέσιμα διάφορα τρόφιμα στο περιβάλλον μας (π.χ. στα ράφια του σούπερ – μάρκετ) και το μάρκετινγκ που αναπτύσσεται στην αγορά τροφίμων, είναι κάποιες ακόμα από τους έμμεσους τρόπους που το περιβάλλον μας επηρεάζει τις επιλογές μας. Αλλά και άμεσα το περιβάλλον επηρεάζει τις επιλογές μας, όπως με τη διδαχή από τους οικείους μας (ειδικά στα πρώτα χρόνια της ζωής μας) για το τι πρέπει να τρώμε και τι όχι, ή με την ενημέρωση – γνώση που παρέχεται από οργανώσεις, ιδρύματα, ειδικούς και Μ.Μ.Ε. (π.χ. κυβερνητικές ή μη κυβερνητικές οργανώσεις, διαιτολόγους, ιατρούς) για την καταλληλότητα ή μη τροφίμων.

Περί ορέξεως.....

Τέλος, ίσως ο σημαντικότερος κρίκος στην αλυσίδα των παραγόντων από την οποία «αιωρούνται» οι διατροφικές μας επιλογές είναι η προσωπική εμπειρία του καθενός από εμάς σχετικά με τις τροφές και τα τρόφιμα.

Ένα ευρύ φάσμα ιδιαίτερων εμπειριών, που ξεκινούν από το ξεχωριστό για τον καθένα μας γευστικό αποτέλεσμα της κατανάλωσης ενός τροφίμου και φτάνουν μέχρι και τη διασύνδεση της κατανάλωσης ενός τροφίμου με θετικές ή αρνητικές στιγμές της ζωής μας, επηρεάζει το τι μας αρέσει, τι δε μας αρέσει ή ακόμα και το τι μας αηδιάζει ως τρόφιμο. Ακόμα και άτομα της ίδιας οικογένειας, με το ίδιο διατροφικό περιβάλλον περίπου μπορεί να παρουσιάζουν σημαντικότητες αποκλίσεις σε ότι αφορά στις διατροφικές τους αρέσκειες και επιλογές.

Μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις στην προσπάθεια ενός διαιτολόγου να καταρτίσει το διατροφικό πρόγραμμα ενός ανθρώπου είναι το πρόγραμμα αυτό να ικανοποιεί όχι μόνο τις βιολογικές ανάγκες του ασθενή (σε θερμίδες, θρεπτικά συστατικά), που εύκολα διευκρινίζονται και ικανοποιούνται, αλλά και τις ιδιαίτερες ανάγκες της ψυχολογίας του τις οποίες καλύπτει το φαγητό με την πολυπλοκότητα των ρόλων του. Η μακροπρόθεσμη συμμόρφωση του ασθενούς με το πρόγραμμα, το αν θα το ακολουθήσει ή όχι δηλαδή σε βάθος χρόνου, εξαρτάται από το αν αυτό «σέβεται» τις ιδιαίτερες προσωπικές του ανάγκες και προτιμήσεις σε όλα τα επίπεδα. Για το λόγο αυτό δεν υπάρχει ένα και μόνο διατροφικό πρόγραμμα για όλους τους ασθενείς, αλλά ένα και μόνο εξατομικευμένο διατροφικό πρόγραμμα για κάθε ασθενή.

Επιστροφή στον μπουφέ....

Συμπερασματικά, στον πλούσιο μπουφέ από τον οποίο ξεκινήσαμε την αναζήτηση της εξήγησης των διατροφικών μας επιλογών, δε θα διαλέξουμε τρόφιμα στην τύχη. Οι επιλογές μας θα έχουν ομοιότητες και διαφορές από αυτές των άλλων, οι οποίες θα πηγάζουν από τη βιολογική μας καταβολή, τις διατροφικές πληροφορίες του περιβάλλοντός μας και την ατομική εμπειρία και ψυχολογία μας. Σίγουρα πάντως ο καθένας από εμάς θα απομακρυνθεί από τον μπουφέ με ένα πιάτο που θα είναι απολύτως μοναδικό. Μοναδικό όσο και ο καθένας από εμάς!

ΙΩΑΝΝΗΣ ΔΗΜΚΑΣ

Το μεταβολικό σύνδρομο

Τι είναι το μεταβολικό σύνδρομο;

Τα άτομα πάσχουν από το μεταβολικό σύνδρομο όταν έχουν αρκετές διαταραχές του μεταβολισμού τους ταυτόχρονα—όπως παχυσαρκία, υψηλή πίεση και υψηλή χοληστερόλη. Αυτό το σύνδρομο επηρεάζει τουλάχιστον έναν στους πέντε υπέρβαρους ανθρώπους! Κάνοντας μερικές θετικές αλλαγές στον τρόπο ζωής σας μπορείτε να μειώσετε ή ακόμα και να αφανίσετε μερικά από τα συστατικά του συνδρόμου.

Το μεταβολικό σύνδρομο (που επίσης αναφέρεται ως το σύνδρομο της αντίστασης στην ινσουλίνη ή και σύνδρομο X) είναι σοβαρό, γιατί όλες οι παράμετροι που το αποτελούν μπορεί να οδηγήσουν σε επιπλοκές συμπεριλαμβανομένης της σκλήρυνσης των αρτηριών, καθώς και έναν αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακή και νεφρική νόσο. Εάν έχετε μια από τις παραμέτρους του συνδρόμου, έχετε αυξημένο κίνδυνο για να αποκτήσετε μια ή περισσότερες από τις άλλες. Όσο περισσότερες παραμέτρους έχετε, τόσο περισσότερους κινδύνους διατρέχετε για την υγεία σας.

Παχυσαρκία /
Σηλαχχνικό λίπος

Υπέρταση
(Υψηλή αρτηριακή πίεση)

Δυσλιπιδαιμία

Αντίσταση στην ινσουλίνη

Παχυσαρκία / Σπληγχνικό Λίπος

Η παχυσαρκία συχνά διαπιστώνεται με τον καθορισμό του BMI (δείκτη μάζας σώματος). Αυξήσεις ιδιαίτερα στο σπληγχνικό λίπος (σώμα σε σχήμα μήλου αντί για σώμα σε σχήμα αχλαδιού) έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο.

Υπέρταση (Υψηλή αρτηριακή πίεση)

Η υπέρταση από καιρό έχει συσχετιστεί με την καρδιαγγειακή νόσο, το εγκεφαλικό, καθώς και με νεφρική νόσο.

Δυσλιπιδαιμία

Τα λιπίδια είναι λιπαρές ουσίες οι οποίες είναι απαραίτητες για τη σωστή λειτουργία του σώματος. Η δυσλιπιδαιμία παρουσιάζεται όταν οι ποσότητες των λιπιδίων στο αίμα είναι υψηλότερες ή χαμηλότερες από το φυσιολογικό.

Για χρόνια ακούγαμε για τους κινδύνους της «υψηλής χοληστερόλης». Αυτό αναφέρεται σε μια αύξηση στην χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη ή LDL χοληστερόλη, τη συχνά ονομαζόμενη «κακή» χοληστερόλη. Υπάρχει ακόμα η «καλή» χοληστερόλη, η υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη ή HDL χοληστερόλη. Γενικά, όσο πιο χαμηλή είναι η LDL ενός ατόμου και όσο πιο υψηλή είναι η HDL του, τόσο το καλύτερο. Άλλα λιπίδια του αίματος, τα λεγόμενα τριγλυκερίδια, μπορούν επίσης να είναι υψηλά στη δυσλιπιδαιμία. Η δυσλιπιδαιμία παρουσιάζεται όταν η LDL είναι υψηλή, η HDL είναι χαμηλή, τα τριγλυκερίδια είναι υψηλά ή ισχύει ένας συνδυασμός των παραπάνω. Η δυσλιπιδαιμία συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο.

Αντίσταση στην ινσουλίνη

Πολλοί επιστήμονες πιστεύουν ότι η αντίσταση στην ινσουλίνη είναι ένας από τους κύριους παράγοντες που είτε επιτρέπουν ή προκαλούν την ανάπτυξη των παραμέτρων του μεταβολικού συνδρόμου. Ο οργανισμός μας παράγει ινσουλίνη για τη μεταφορά σακχάρου (γλυκόζης) στα κύτταρα, ώστε να τη χρησιμοποιήσουν ως ενέργεια. Η παχυσαρκία επιδεινώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη αυξάνοντας τη δυσκολία των κυττάρων να ανταποκριθούν στην ινσουλίνη. Ο οργανισμός μας αντιδρά με το να ελευθερώνει περισσότερη ινσουλίνη, για να παρακάμψει την αντίσταση στην ινσουλίνη. Όταν το σώμα δεν μπορεί να παράγει αρκετή

ινσουλίνη για να υπερκεράσει την αντίσταση στην ινσουλίνη, τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα αυξάνονται, γεγονός που τελικά οδηγεί σε διαβήτη.

Παρότι δεν υπάρχει καθολική συμφωνία ακόμα για τις παραμέτρους του μεταβολικού συνδρόμου ή για τους ατομικευμένους παράγοντες κινδύνου για κάθε παράμετρο, γνωρίζουμε ότι το σύνδρομο αυτό θέτει ένα σημαντικό κίνδυνο υγείας και αποτελεί μέγιστο πρόβλημα που αφορά στο σύγχρονο τρόπο ζωής μας. Υπάρχουν όμως κάποιοι τρόποι για να μειώσετε τον κίνδυνο από το μεταβολικό σύνδρομο.

Μειώνοντας τους παράγοντες κινδύνου

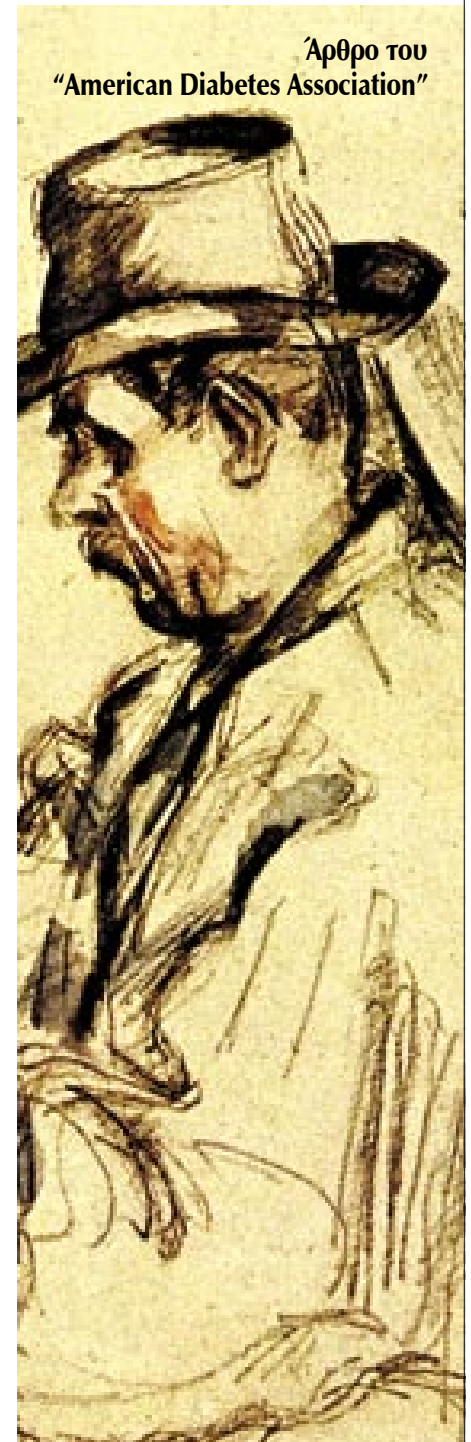
Απώλεια βάρους: Η παχυσαρκία είναι ένας πολύ μεγάλος συντελεστής σε πολλά από τα συστατικά του μεταβολικού συνδρόμου. Με την απώλεια βάρους και τη διατήρηση – ακόμα και 5 κιλά μπορούν να κάνουν τη διαφορά - μπορείτε σημαντικά να βελτιώσετε την υγεία σας. Συνεργαστείτε με την ομάδα ιατρικής φροντίδας, για να προγραμματίσετε μια δίαιτα που θα σας βοηθήσει να χάσετε βάρος και να διατηρήσετε ένα υγιές βάρος και συγχρόνως να συμπεριλαμβάνει όλες τις τροφές που απολαμβάνετε.

Αυξήστε τη Σωματική Δραστηριότητα: Η σωματική δραστηριότητα καίει το πλεονάζον λίπος και αυξάνει τη μυϊκή μάζα βοηθώντας τον οργανισμό να καίει θερμίδες πολύ πιο αποτελεσματικά. Συζητήστε με τους ειδικούς για ένα πρόγραμμα σωματικής δραστηριότητας, το οποίο θα είναι ασφαλές και αποτελεσματικό για εσάς. Δε χρειάζεται να γραφτείτε στο γυμναστήριο ή να αγοράσετε ειδικό εξοπλισμό για να γίνετε πιο δραστήριοι. Απλά μπορείτε να κάνετε βόλτα με το σκύλο σας. Χρησιμοποιήστε τις σκάλες αντί για τον ανελκυστήρα. Κάνετε διαλείμματα περπατήματος στη δουλειά. Κάνετε δραστηριότητες που απολαμβάνετε. Έτσι θα κρατήσετε μακροπρόθεσμα ένα πρόγραμμα σωματικής άσκησης.

Χαμηλώστε την Αρτηριακή Πίεση: Η απώλεια βάρους και η αυξημένη σωματική δραστηριότητα μπορεί να μειώσουν την αρτηριακή πίεση. Όταν χρειασθεί περισσότερη παρέμβαση, μπορεί να σας συνταγογραφηθεί φαρμακευτική αγωγή για να βοηθήσει στη μείωση της αρτηριακής πίεσης.

Χαμηλή Χοληστερόλη: Συνήθως η σωματική δραστηριότητα και η δίαιτα χαμηλή σε κορεσμένα λίπη και υψηλή σε ίνες, καθώς και ενδεδειγμένα φάρμακα μπορεί να βοηθήσουν στο να επανέλθουν στο φυσιολογικό τα επίπεδα των λιπιδίων.

Σταματήστε το Κάπνισμα: Το κάπνισμα είναι γνωστό ότι χειροτερεύει κατά πολύ τις επιπτώσεις στην υγεία και ιδιαίτερα σε ότι έχει να κάνει με το μεταβολικό σύνδρομο. Πολλά προγράμματα για τη διακοπή του καπνίσματος είναι διαθέσιμα στους καπνιστές. Οπότε μιλήστε με τους ειδικούς για τρόπους με τους οποίους μπορείτε να κόψετε το κάπνισμα και να αποτρέψετε την αύξηση του βάρους.



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

ΕΒΕΑ

Το 84% των μαθητών τρώει πρωινό στο σπίτι

Αθήνα:

Το 84% των μαθητών παίρνουν πρωινό στο σπίτι (71%) ή στο σχολείο, ωστόσο οι επιλογές των παιδιών που διατρέφονται στο κυλικείο δεν είναι οι καλύτερες, αφού φαίνεται ότι επιλέγουν προϊόντα υψηλής θερμιδικής αξίας, με μεγάλη περιεκτικότητα σε λίπη και φτωχά σε βιταμίνες, σύμφωνα με έρευνα της Ελληνικής Καταναλωτικής Οργάνωσης (Ε.ΚΑΤ.Ο.) στα σχολεία της Θεσσαλονίκης και της Αθήνας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε πριν από τη λήξη του σχολικού έτους για τη συγκέντρωση στοιχείων σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες των μαθητών, το πώς αυτές συνδέονται με τις διατροφικές συνήθειες των γονέων τους, καθώς και στοιχεία για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται και λειτουργούν τα σχολικά κυλικεία. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε δείγμα 2.800 μαθητών, που κλήθηκαν να συμπληρώσουν σχετικό ερωτηματολόγιο.

Πολλά ήταν και τα παιδιά που δήλωσαν ότι δεν αγοράζουν τίποτα από το κυλικείο, διότι δεν εμπιστεύονται τα προϊόντα του, χαρακτηρίζοντάς τα ανθυγιεινά και ακατάλληλα. Ωστόσο, προμηθεύονται προϊόντα από γειτονικά καταστήματα εκτός σχολείου, τα οποία για να επισκεφθούν μερικές φορές χρειάζεται να παραβιάσουν σχολικά κάγκελα, κλπ.

Το 96% των μαθητών απάντησε ότι οι δαπάνες για τη διατροφή στο σχολείο κυμαίνονται από 8 έως 15,50 ευρώ εβδομαδιαίως, ενώ στις πρώτες θέσεις των προτιμήσεών τους για τις αγορές στο κυλικείο βρίσκονται η τυρόπιτα, το σοκολατούχο γάλα και το αναψυκτικό.

Από την έρευνα προκύπτει εξάλλου ότι ανησυχητικό ποσοστό μαθητών δε γνωρίζει τη διάκριση μεταξύ υγιεινών τροφίμων και μη, και ταυτόχρονα δεν υπάρχει καμία απαίτηση τα υγιεινά προϊόντα να συμπεριληφθούν στα σχολικά κυλικεία. Ακόμα και τα παιδιά που αναγνωρίζουν τα φρούτα, το γάλα και το μαύρο ψωμί ως βασικά στοιχεία μιας υγιεινής και ισορροπημένης διατροφής δηλώνουν ότι στο κυλικείο τους θα ήθελαν μεγαλύτερη ποικιλία σε γλυκά, μαστίχες και αναψυκτικά. Εντυπωσιακή είναι η προτίμηση των παιδιών σε προϊόντα όπως το κουλούρι και η μπουγάτσα, τα οποία δεν μπορούν μεν να χαρακτηριστούν ως ανθυγιεινά, δε συντελούν όμως και στη βελτίωση της διατροφής των παιδιών.

Εξάλλου «απαίτηση» πολλών παιδιών είναι να πωλούνται τσιγάρα και αλκοόλ στο σχολικό κυλικείο.

Μόνο το 30% των μαθητών προτιμά να παίρνει φαγητό από το σπίτι παρά να αγοράζει από το κυλικείο.

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία η Ε.ΚΑΤ.Ο. προτείνει την εισαγωγή μαθήματος διατροφής στα σχολεία από το δημοτικό, ενώ το ήδη υπάρχον μάθημα της Οικιακής Οικονομίας θα πρέπει να αποκτήσει το κύρος που του αρμόζει και να διδάσκεται με τρόπο που να προσελκύει το ενδιαφέρον των μαθητών.

Επιπλέον η προσπάθεια βελτίωσης των συνθηκών υγιεινής και της ποιότητας των προσφερόμενων τροφίμων από τα σχολικά κυλικεία θα πρέπει να συντονίζεται από ένα φορέα ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για τους ελέγχους υγιεινής, τη δημιουργία του «εγχειριδίου ορθής λειτουργίας κυλικείων», την οργάνωση σεμιναρίων εκπαίδευσης του προσωπικού σε θέματα διατροφής και υγιεινής καθώς και για την ενημέρωση των γονέων για θέματα ασφάλειας τροφίμων στο χώρο των σχολείων.

Η Ε.ΚΑΤ.Ο. έχει προετοιμάσει υλικό για σεμινάρια και παιχνίδια για την εκπαίδευση μαθητών του δημοτικού, ενώ ακόμα κυκλοφορεί το ημερολόγιο του 2002 αφιερωμένο στη διατροφή το οποίο διατίθεται σε άτομα ή σε σχολεία, όπου τα παιδιά σημειώνουν τη καθημερινή τους δίαιτα καθώς ζωγραφίζουν, χρωματίζουν, φτιάχνουν ομοιοκαταληξίες και άλλα πολλά.



Η πολιομυελίτιδα θα μπορούσε να εξαλειφθεί από τον πλανήτη έως το τέλος του έτους

Γενεύη:

Η επανέναρξη του προγράμματος εμβολιασμών στη Νιγηρία, έπειτα από την υποχώρηση των σκληροπυρηνικών μουσουλμάνων, δημιουργεί ελπίδες ότι η πολιομυελίτιδα θα έχει εξαλειφθεί από ολόκληρο τον κόσμο έως το τέλος του 2004, ανακοίνωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

«Το τελευταίο εμπόδιο για την ανοσοποίηση κατά της πολιομυελίτιδας έχει απομακρυνθεί» δήλωσε στο Γαλλικό Πρακτορείο Ειδήσεων ο Ντέβιντ Χέιμαν, ανώτατος αξιωματικός του ΠΟΥ, αρμόδιος για την εκρίζωση της ασθένειας.

Πέρυσι, οι αρχές στις πολιτείες Καντούνα και Κάνο της Νιγηρίας είχαν διακόψει το πρόγραμμα εμβολιασμού των παιδιών που ξεκίνησε ο ΠΟΥ, καθώς ορισμένοι μουσουλμάνοι ηγέτες υποστήριζαν ότι οι ΗΠΑ είχαν μολύνει σκόπιμα τα εμβόλια με ασθένειες, με στόχο να αποδεκατίσουν τον αφρικανικό πληθυσμό.

Έκτοτε στη Νιγηρία αντιστοιχεί το 80% των κρουσμάτων πολιομυελίτιδας παγκοσμίως.

Η κατάσταση αναμένεται τώρα να βελτιωθεί, καθώς στη διάρκεια του Σαββατοκύριακου και οι δύο πολιτείες επέτρεψαν την επανέναρξη του προγράμματος.

Σύμφωνα με τον Χέιμαν, τα αποτελέσματα των εμβολιασμών σε άλλες χώρες όπου υπάρχει η ασθένεια - το Αφγανιστάν, την Αίγυπτο, την Ινδία, το Πακιστάν και το Νίγηρα - είναι «πολύ ενθαρρυντικά».

Η πολιομυελίτιδα είναι οξεία μόλυνση του γαστρεντερικού συστήματος, ενίοτε και του νευρικού, η οποία οφείλεται στον πολιοϊό. Προκαλεί παράλυση, έως τετραπληγία, αναπνευστική ανεπάρκεια και, σε σπάνιες περιπτώσεις, θάνατο.

Το εμβόλιο που χρησιμοποιεί ο ΠΟΥ χορηγείται σε μία δόση από το στόμα.

ImuPro300

Διατροφικό Ανοσολογικό Προφίλ

**Έλεγχος τροφικής αλλεργίας τύπου 3, IgG,
έναντι 266 τροφών και προσθέτων.**



Διατροφή & Υγεία

Η τροφική αλλεργία τύπου 3, IgG ή αλλιώς "τροφική δυσανεξία", η εσφαλμένη δηλαδή, αντίδραση του οργανισμού μας σε κάποιες τροφές, φαίνεται από επιστημονικές μελέτες να συσχετίζεται συχνά με την ύπαρξη χρόνιων παθήσεων, μεταξύ των οποίων και γαστρεντερολογικών διαταραχών όπως το Σύνδρομο του Ευερέθιστου Εντέρου (ΣΕΕ).

Οι δυσανεκτικές τροφές προκαλούν ή επιδεινώνουν τα ήδη υπάρχοντα συμπτώματα, τα οποία συνήθως δεν αποδίδονται άμεσα στη διατροφή. Το χρονικό διάστημα (8-72 ώρες), που μεσολαβεί ανάμεσα στη κατανάλωση συγκεκριμένης τροφής και την εμφάνιση της ενόχλησης, δυσχεραίνει την αναγνώριση της αιτίας του προβλήματος.

Το Διατροφικό Ανοσολογικό Προφίλ ImuPro300 προσδιορίζει μεμονωμένα, τα αντισώματα IgG έναντι 266 τροφών (γαλακτοκομικών, κρεατικών, ψαρικών, δημητριακών, λαχανικών, φρούτων, μπαχαρικών, ροφημάτων, γλυκαντικών ουσιών & προσθέτων τροφίμων).

Η αποχή από αυτές τις τροφές, για συγκεκριμένο κατά περίπτωση χρονικό διάστημα, σε συνδυασμό με ένα κατάλληλα ισορροπημένο διαίτολόγιο, ηρεμεί σταδιακά τον οργανισμό και ανακουφίζει από τα ανεπιθύμητα συμπτώματα.

*Συμβουλευτείτε το γιατρό ή
το διαιτολόγο σας.*

Σύγχρονη Ιατροκοινωνική μάστιγα η ηπατίτιδα

Μύκονος:

Σύγχρονη ιατροκοινωνική μάστιγα για τους κατοίκους ολόκληρου του πλανήτη αποτελεί η ηπατίτιδα στις διάφορες μορφές της, τα πιο συχνά αίτια της οποίας είναι οι ιογενείς λοιμώξεις, διότι προκαλεί βαριές επιπλοκές και οδηγεί στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής του πάσχοντος.

Οι ιογενείς ηπατίτιδες οφείλονται στους ιούς της ηπατίτιδας Α, Β, C, Δ και Ε. Οι ιοί Α και Ε προκαλούν οξεία μόνο νόσο και ο ιός Δ προκαλεί οξεία και χρόνια νόσο επί προϋπάρχουσας λοίμωξης από τον ιό Β. Κατά συνέπεια πρόβλημα αποτελεί η λοίμωξη από τους ιούς Β, C και Δ, η οποία και μπορεί μετά την οξεία νόσηση να μεταπέσει σε χρόνια νόσο.

Τα παραπάνω τονίστηκαν στο 9ο Πανελλήνιο Ηπατολογικό Συνέδριο που πραγματοποιήθηκε στη Μύκονο τον Μάιο.

Οι ιογενείς ηπατίτιδες Β και C αναγνωρίζεται σήμερα ότι αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, μία από τις βασικές αιτίες θνησιμότητας από λοιμώδη νοσήματα παγκοσμίως και πιο συχνή αιτία ηπατικής μεταμόσχευσης. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ακόμη μελέτες καταγραφής σε εθνικό επίπεδο του επιπολασμού τόσο της ηπατίτιδας Β όσο και της C και κατά συνέπεια δε γνωρίζουμε επακριβώς το μέγεθος του προβλήματος.

Όσον αφορά στην ηπατίτιδα Β, αναφέρεται ότι περίπου 2 δισεκατομμύρια άνθρωποι (το 1/3 του πληθυσμού της γης) έχουν θετικούς δείκτες παλιάς ή ενεργού λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) και 300-400 εκατομμύρια πάσχουν από χρόνια λοίμωξη. Κάθε χρόνο ένα εκατομμύριο από τους ασθενείς αυτούς πεθαίνουν από τις επιπλοκές της χρόνιας HBV λοίμωξης: την κίρρωση του ήπατος και τον ηπατοκυτταρικό καρκίνο (ΗΚΚ). Ο ιός της ηπατίτιδας Β ενοχοποιείται άλλωστε για το 75% τουλάχιστον του ηπατοκυτταρικού καρκίνου.

Ο επιπολασμός της λοίμωξης και ο τρόπος μετάδοσης διαφέρει στις διάφορες χώρες του κόσμου: στις χώρες με υψηλή ενδημικότητα (>8%, Αφρική-Ασία) η λοίμωξη επέρχεται περιγεννητικά ή στην παιδική ηλικία, στις χώρες με ενδιάμεσο επιπολασμό (1-8%, μεσογειακές χώρες και Ανατολική Ευρώπη) η μετάδοση είναι κυρίως ενδοοικογενειακή- σεξουαλική. Εντούτοις τα ποσοστά αυτά σε όλες τις χώρες φαίνεται να μειώνονται σημαντικά με τη χρήση του εμβολίου της ηπατίτιδας Β (το οποίο είναι 95% δραστητικό) και την εφαρμογή εθνικών προγραμμάτων εμβολιασμού όλων των παιδιών μετά τη σχετική σύσταση από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1991 (από το 1997 στην Ελλάδα). Επιπλέον σε μελέτες κόστους / αποτελεσματικότητας της οικονομικής επίπτωσης της εφαρμογής των προγραμμάτων εμβολιασμού διαπιστώθηκε σημαντική μείωση του κόστους της θεραπείας των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β ακόμη και στις χώρες χαμηλής ενδημικότητας της λοίμωξης. Στην Ελλάδα κυμαίνεται από 2.1% στο γενικό πληθυσμό σε 3.36% στις ομάδες υψηλού κινδύνου (1.4- 22.2%) και σε υψηλά ποσοστά στους οικονομικούς μετανάστες.

Όσον αφορά στην ηπατίτιδα C, ο αριθμός των ασθενών με λοίμωξη από τον ιό HCV ανέρχεται στα 170-200 εκατομμύρια (περίπου 3% του πληθυσμού της γης), υπολογίζεται ότι 3-4 εκατομμύρια άνθρωποι μολύνονται ανά έτος, η νόσος ευθύνεται για περίπου 12.000 θανάτους ανά έτος και ο κίνδυνος ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκίνου αυξάνει κατά 1-4% ανά έτος μετά την εγκατάσταση της κίρρωσης του ήπατος. Αλλωστε σήμερα, η κίρρωση από χρόνια λοίμωξη του ιού της ηπατίτιδας C αποτελεί τη συχνότερη αιτία μεταμόσχευσης ήπατος.

Ο επιπολασμός της λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας C εμφανίζει διαφορές στις διάφορες χώρες του κόσμου. Στην Ελλάδα κυμαίνεται από 0.6-7.5% ανάλογα με τη γεωγραφική κατανομή, 5.77% (0-90%) στις ομάδες υψηλού κινδύνου και από 1.5-7.5% στους οικονομικούς μετανάστες.

Ο ιός της ηπατίτιδας C μεταδίδεται κυρίως παρεντερικά μετά από επαφή με μολυσμένο αίμα ή προϊόντα αίματος. Μετά τον έλεγχο του προς μετάγγιση αίματος (1992) ή προϊόντων αίματος για την παρουσία αντισωμάτων του ιού C, ο κίνδυνος μετάδοσης από μετάγγιση είναι σήμερα μόλις 0,03% για κάθε μονάδα μεταγγιζόμενου αίματος. Έτσι σήμερα συχνότερος τρόπος μετάδοσης θεωρείται παγκοσμίως ότι είναι η χρήση συριγών από χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών (50-90% ευθύνεται σήμερα για τα 2/3 των λοιμώ-

ξων), ενώ άλλοι λιγότερο συχνόι παράγοντες κινδύνου μετάδοσης είναι: η αιμοκάθαρση (10-40%), οι τυχαίοι τραυματισμοί με βελόνες και αιχμηρά αντικείμενα (1,8%), η σεξουαλική-ενδοοικογενειακή (0-2,7%), ο μεγάλος αριθμός σεξουαλικών συντρόφων (9,4%) και η γέννηση από μολυσμένη μητέρα (5-6%). Εν τούτοις σε ένα μεγάλο ποσοστό 20-30% των ασθενών η πηγή μόλυνσης είναι άγνωστη.

Εφόσον δεν υπάρχει ακόμη εμβόλιο για την ηπατίτιδα C, ο βασικός τρόπος μείωσης του επιπολασμού της λοίμωξης παραμένει η ελάττωση του κινδύνου της ενδοοικογενειακής μετάδοσης (μετάγγιση μη ελεγχόμενου αίματος, μη καλή αποστείρωση βελονών και συριγών) ή της κοινής χρήσης συριγών στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, η αναγνώριση των τρόπων μετάδοσης, η εντόπιση των ατόμων που έχουν μολυνθεί και η αποτελεσματική θεραπεία της χρόνιας νόσου.

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικά βήματα στη θεραπεία τόσο της ηπατίτιδας Β όσο (και κυρίως) της ηπατίτιδας C.

Στη χώρα μας λειτουργεί από την Ελληνική Εταιρία Μελέτης του Ήπατος ανοικτή τηλεφωνική γραμμή επικοινωνίας για την ηπατίτιδα. Η τηλεφωνική γραμμή 210 6748125 λειτουργεί από Δευτέρα έως και Παρασκευή από τις 10 το πρωί έως τις 3 μετά το μεσημέρι.

Ο κίρκαδιανός ρυθμός επηρεάζει τον κίνδυνο εκδήλωσης παχυσαρκίας

Ουάσιγκτον:

Το εσωτερικό μας ρολόι ή αλλιώς ο κίρκαδιανός ρυθμός, που ελέγχει τις λειτουργίες του οργανισμού, ίσως επηρεάζει τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει το άτομο αναφορικά με την παχυσαρκία και άλλα μεταβολικά προβλήματα, σύμφωνα με αμερικανική μελέτη που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο Science.

Ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου Νορθγουέστερν και του Ιατρικού Ινστιτούτου του Howard Hughes με επικεφαλής τον Δρ Φρεντ Τουρεκ διαπίστωσε ότι στα ποντίκια, το γονίδιο «Clock» (δηλαδή ρολόι στα ελληνικά) είναι βασικός ρυθμιστής του κίρκαδιανού ρυθμού, ο οποίος στους ανθρώπους επαναλαμβάνεται κάθε 24 ώρες.

Οι επιστήμονες μελέτησαν ποντίκια που έφεραν μεταλλάξεις στο γονίδιο «Clock» και παρατήρησαν ότι παρουσίαζαν συμπτώματα όμοια με αυτά των υπέρβαρων ατόμων, δηλαδή διαβήτη, υπερχοληστερολαιμία και τάση αύξησης του σωματικού βάρους.

Εν συγκρίσει με τα φυσιολογικά ποντίκια, τα μεταλλαγμένα πειραματόζωα έτειναν να τρώνε πολύ, να είναι υπέρβαρα και να έχουν αυξημένα επίπεδα γλυκόζης και χοληστερόλης στο αίμα. Επίσης ήταν περισσότερο δραστήρια κατά τη διάρκεια ωρών που συνήθως τα τρωκτικά κοιμούνται. Είχαν μη φυσιολογικά επίπεδα λεπτίνης και ghrelin, ορμονών που σχετίζονται με την όρεξη.

Όταν ακολούθησαν μια φυσιολογική διατροφή, πήραν βάρος ίσο με αυτό των φυσιολογικών ποντικών που τράφηκαν με αυξημένα λιπαρά. Όταν τράφηκαν με διατροφή πλούσια σε λιπαρά, τα μεταλλαγμένα ποντίκια πήραν περισσότερο βάρος και παρουσίασαν μεταβολικές ανωμαλίες.

«Δε γνωρίζουμε και πολλά πράγματα για το πώς το γονίδιο ελέγχει την όρεξη και το μεταβολισμό στα φυσιολογικά άτομα, αλλά με την παρούσα μελέτη αποδείξαμε ότι η αύξηση του σωματικού βάρους και οι ανωμαλίες του μεταβολισμού, περιλαμβανομένου του διαβήτη, είναι αποτέλεσμα της μη φυσιολογικής λειτουργίας του εσωτερικού μας ρολογιού», εξηγεί ο Δρ Τουρεκ.

Αξίζει να σημειωθεί ότι παλαιότερες μελέτες σε ποντίκια αναφορικά με την όρεξη δεν μπόρεσαν να βρουν αντιστοιχία στον άνθρωπο, αλλά οι ερευνητές πιστεύουν ότι ακόμα και αν στην περίπτωση αυτή συμβεί το ίδιο, τα στοιχεία θα αποδειχθούν χρήσιμα για την κατανόηση των ανθρώπινων ασθενειών και γενικότερα της βιολογίας.

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ

ΜΗΛΟΠΙΤΑ

Με corn flakes

Υλικά

- 4 μήλα καθαρισμένα και κομμένα σε κομματάκια
- 1/2 ποτήρι νερό
- 1 φλιτζάνι καφέ ζάχαρη
- 2 φλιτζάνια corn flakes τριμμένα *
- 1 φλιτζάνι μαργαρίνη λιωμένη
- 1 κουταλιά της σούπας κανέλλα

Εκτέλεση

Σε βουτυρωμένο pyrex με καπάκι ανακατεύουμε τα μήλα, το νερό, τη μισή ζάχαρη και την κανέλλα. Σε άλλο σκεύος ανακατεύουμε τα corn flakes με την υπόλοιπη ζάχαρη και τη λιωμένη μαργαρίνη και απλώνουμε το μείγμα πάνω από τα μήλα. Τοποθετούμε το pyrex σκεπασμένο με το καπάκι σε προθερμασμένο στους 180 βαθμούς φούρνο και ψήνουμε τη μηλόπιτα για μισή ώρα. Αφαιρούμε το καπάκι και ψήνουμε για άλλα 10 λεπτά. Σερβίρεται χλιαρή, είτε σκέτη είτε με κρέμα γάλακτος (ή παγωτό κρέμα).

**Σημείωση: Τα corn flakes τοποθετούνται σε σακούλα και περνάμε από πάνω τους τον πλάστη (με τον οποίο ανοίγουμε το φύλλο) 2-3 φορές.*



Καλή επιτυχία !

Μαίρη Μαυρή-Βαβαγιάννη



Η φίλη μας ΔΧ από την Πάτρα μάς ρωτά για τη διαίτα που πρέπει να ακολουθήσει τώρα που βρέθηκε να πάσχει από ελκώδη κολίτιδα. Η κολίτιδα είναι τώρα σε έξαρση και βρίσκεται σε θεραπεία με κορτιζόνη από το στόμα και με υποκλυσμούς, ενώ λαμβάνει και δισκία μεσαλαζίνης. Ζητά λοιπόν να της συστήσουμε κάποιο καλό βιβλίο διαιτολογίας ή ένα διαιτολόγο, για « να κάνω ένα πρόγραμμα διατροφής που θα με βοηθήσει στο να αναρρώσω όσο το δυνατόν ταχύτερα και να αποφυγώ μελλοντικές εξάρσεις της φλεγμονής», όπως μας γράφει στο email που μας έστειλε.

Αγαπητή μας φίλη ευχαριστούμε κατ' αρχάς για την επικοινωνία σας. Θα σας συμβουλευάμε να μελετήσετε προσεκτικά το άρθρο σχετικά με το ρόλο της διατροφής στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ελκώδη κολίτιδα και νόσος του Crohn) από τον κ. Ι. Τριανταφυλλίδη, που φιλοξενήθηκε στο 3ο τεύχος του περιοδικού μας το 2003 (αν δεν το έχετε φυλάξει, μπορείτε να το «κατεβάσετε» από τον δικτυακό τόπο του ΕΛΙΓΑΣΤ (<http://www.eligast.gr/ell>) -ενημερωτικά έντυπα). Εν τάχει αποφεύγετε γλυκά

και αλμυρά (αλάτι) στη διατροφή σας τώρα που βρίσκεσθε σε θεραπεία με κορτικοειδή. Αποφύγετε, όσο η κολίτιδα σας είναι σε έξαρση, τις τροφές με υπολείμμα (χόρτα, μαύρο ψωμί κλπ). Μερικοί επίσης συνιστούν να αποφεύγονται, στην οξεία φάση της νόσου, τα γαλακτοκομικά προϊόντα καθώς μπορεί να αναπτυχθεί προσωρινά αλακτασία. Δεν θα έπρεπε όμως να περιμένετε ότι οι τροποποιήσεις της διατροφής σας θα επηρεάσουν δραματικά την πορεία της κολίτιδας σας.

Ο αναγνώστης μας ΧΨ από τη Θεσσαλονίκη μάς γράφει για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει εδώ και αρκετό καιρό με τις κενώσεις του. Παρότι έχει καθημερινά (το πρωί) μια τελειώς φυσιολογική κένωση (χωρίς δυσκολία ή παθολογικές προσμείξεις), μετά μέχρι το βράδυ παρουσιάζει 3-4 κενώσεις υδαρείς, συνήθως ανοιχτόχρωμες. Δεν αναφέρει πόνο παρουσία αίματος ή άλλου τι κατά τις κενώσεις αυτές. Δε μας αναφέρει απώλεια βάρους ή μειωμένη όρεξη στο διάστημα αυτό. Παρότι οι κενώσεις αυτές παρουσιάζονται σχεδόν πάντα λίγο μετά

το φαγητό, δεν έχει προσέξει κάποιο συγκεκριμένο φαγητό που να κάνει πιο συχνές τις κενώσεις. Μια εξέταση κοπράνων δεν έδειξε να υπάρχει κάποιο μικρόβιο ή παράσιτο, ούτε να υπάρχει λίπος ή άπεπτες τροφές στο έντερο. Ο φίλος μας παρότι ανησυχεί γιατί ο πατέρας του πέθανε από καρκίνο του παχέος εντέρου, ωστόσο θα προτιμούσε να αποφυγεί την κολοσκόπηση, μιας και ο πατέρας του (όταν χρειάστηκε να υποβληθεί σε αυτή) υπέφερε αρκετά.

Πάντα κάθε αλλαγή των συνθηκών του εντέρου πρέπει να ελέγχεται. Παρότι η διαταραχή των κενώσεων που αναφέρεται δε θα χαρακτηριζόταν σαν τυπική αυτής που παρουσιάζεται σε περιπτώσεις καρκίνου εντέρου, το ιστορικό του πατέρα σας σας θέτει σε αυτό που λέμε ομάδες υψηλού κινδύνου (αφού η πιθανότητα να βρεθεί ένας πολύποδας ή και καρκίνος σε έναν πρώτου βαθμού συγγενή ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου είναι μεγαλύτερη από αυτή του γενικού πληθυσμού). Δυστυχώς δεν μας αναφέρετε ούτε πόσων ετών είστε, ούτε σε τι ηλικία παρουσιάσθηκε η κακοήθεια στον πατέρα σας. Νομίζω ότι αυτά είναι θέμα-

τα που θα πρέπει να συζητήσετε με το γαστρεντερολόγο σας. Όσον αφορά στους ενδοασμούς σας για την εξέταση, αφενός είναι μια εξέταση που μπορεί να σας γλιτώσει από μεγάλα προβλήματα, αφετέρου πιστέψτε μας ότι έχουν γίνει αρκετά βήματα τόσο όσον αφορά στην ποιότητα των οργάνων όσο και στην εκπαίδευση και άρα στην ενδοσκοπική δεινότητα των γαστρεντερολόγων, ενώ βεβαίως τώρα πια πολύ συχνότερα χρησιμοποιούνται φάρμακα για να μειωθεί στο ελάχιστο δυνατό η όποια ταλαιπωρία του ασθενούς.

Όσον αφορά στη διάρροια, νομίζουμε ότι αρχικά θα πρέπει να αποφεύγετε τελειώς για ένα διάστημα τα γαλακτοκομικά προϊόντα, να καταγράψετε τις διαιτητικές σας συνήθειες και να δείτε αν κάποιο είδος φαγητού φέρνει περισσότερα ενοχλήματα από τα υπόλοιπα. Ο γιατρός σας πρέπει να σας υποβάλει σε μια πλήρη κλινική εξέταση καθώς και σε εργαστηριακό έλεγχο, για να διαπιστώσει αν υπάρχει αναιμία ή κάποιο άλλο ανησυχητικό εύρημα. Αν βρει κάτι ή αν το πρόβλημα επιμένει, το επόμενο βήμα (ανεξάρτητα από το ιστορικό του πατέρα σας) είναι να υποβληθεί-

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.



1^η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

Εξελίξεις στη Γαστρεντερολογία & Ηπατολογία

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Γ. Παπαθεοδωρίδης
Γραμματέας: Σ. Μανωλακόπουλος
Ταμίας: Ι. Βλαχογιαννάκος
Μέλη: Σ. Σουγιουλτζής
Μ. Τζουβαλά
Κ. Τριανταφύλλου

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ν. Βιάζης
Γ. Γερμανίδης
Ι. Γουλή
Ι. Κουτρομπάκης
Μ. Μυλωνάκη
Κ. Παρασκευά
Γ. Πασπάτης
Σ. Ποταμιάνος
Π. Σεχόπουλος
Η. Σκοτινιώτης
Γ. Στεφανίδης
Δ. Χριστοδούλου

Σάββατο 25 Φεβρουαρίου 2006
Αίγλη Ζαππείου
Αθήνα

Γραμματεία: **ΕΛΙΓΑΣΤ**
Π. Ιωακείμ 30-32, Αθήνα 106 75
Τηλ./Fax: 210 7231332
e-mail: info@eligast.gr



τε σε (ενδοσκοπικό) έλεγχο πεπτικού.

Η φίλη μας ΔΚ από την Πάτρα μάς ρωτά σχετικά με το πρόβλημα που παρουσιάζει ο γιος της. Τον τελευταίο καιρό (δυστυχώς δε μας αναφέρει για πόσο ακριβώς διάστημα συμβαίνει αυτό) σχεδόν κάθε βράδυ παρουσιάζει έντονη ναυτία, που καταλήγει σχεδόν πάντα σε εμετό. Αυτή παρουσιάζεται 1-2 ώρες μετά το δείπνο, δεν έχει δει κάποιο φαγητό να φέρνει λιγότερα ή περισσότερα ενοχλήματα, έχει δοκιμάσει διάφορα φάρμακα (μετά από συμβουλή του οικογενειακού γιατρού ή του φαρμακοποιού της), χωρίς ιδιαίτερη ανακούφιση. Το μόνο που τον ανακουφίζει είναι ο εμετός και για αυτό το λόγο τελευταία τον προκαλεί ο ίδιος, για να «ανακουφισθεί μια ώρα νωρίτερα». Μας γράφει επίσης ότι ο γιος της δεν έχει κάποια άλλη ασθένεια, δεν παίρνει κάποιο φάρμακο (εκτός από τα εκάστοτε φάρμακα για τη ναυτία) και το ιστορικό του είναι ελεύθερο, εκτός από τις συνηθισμένες παιδικές αρρώστιες και ένα ιστορικό έντονης παλινδρόμησης φαγητού όταν ήταν βρέφος που υποχώρησε μετά το 6-7ο μήνα. Ο γιος της αρνείται να υποβληθεί σε γαστροσκόπηση και η φίλη μας είναι ανήσυχη σχετικά με το τι πρέπει να κάνει.

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι συχνή στα βρέφη, συνήθως όμως υποχωρεί αυτόματα αφού έχει ταλαιπωρήσει για μερικούς μήνες (συνήθως πριν χρονίσει) το παιδί και κυρίως την οικογένεια του. Σπάνια αφήνει «υπολείμματα», όπως στένωση, όταν υπάρχει βαριά οισοφαγίτι-

δα (φλεγμονή του οισοφάγου). Δεν έχει βρεθεί ότι στα βρέφη με παλινδρόμηση υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα από ότι σε αυτά που δεν έχουν να υποτροπιάσει η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση στην εφηβεία ή την ενήλικη ζωή τους. Δυστυχώς δε μας αναφέρετε τι ηλικία έχει ο γιος σας, μιας και κάθε ηλικιακό φάσμα έχει τα δικά του ιδιαίτερα προβλήματα (όπως για παράδειγμα η εφηβεία με τις διαταραχές όρεξης κλπ). Γενικά όμως θα λέγαμε ότι ο εμετός μπορεί να οφείλεται είτε σε κάποια οργανική βλάβη (όπως στένωση, είτε του οισοφάγου είτε της περιοχής γύρω από τον πυλωρό, συνεπεία κάποιου έλκους), είτε σε κινητικές διαταραχές (του οισοφάγου ή του υπόλοιπου πεπτικού σωλήνα), είτε τέλος να παριστά μια βαριά μορφή παλινδρόμησης ή να είναι αποτέλεσμα κάποιου νοσήματος εκτός του πεπτικού. Βέβαια στα νέα άτομα η μεγαλύτερη πιθανότητα είναι να αποτελεί αποτέλεσμα πάθησης του ανώτερου πεπτικού. Συνεπώς ανεπιφύλακτα θα συνηγορούσαμε σαν πρώτη προσέγγιση τη γαστροσκόπηση, για την οποία ισχύει ό,τι γράφουμε για την κολοσκόπηση στο πιο πάνω γράμμα.

Η αναγνώστρια μας ΒΨ από την Αθήνα μάς αναφέρει το πρόβλημα που έχει με την (δυσάρεστη) αναπνοή του συζύγου της. Όπως μας γράφει, πάντα η αναπνοή του ήταν αρκετά δύσκολη, όμως το τελευταίο περίπου χρόνο έγινε πολύ πιο έντονη. Ο οδοντίατρος που επισκέφθηκαν δεν βρήκε κανένα οδοντικό πρόβλημα και ο καθαρισμός που έκανε δε βοήθησε. Παρότι δεν είχε ούτε δυσπεψία, ούτε

παλινδρομικά φαινόμενα, υποβλήθηκε σε μια ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Ρωτάει λοιπόν τι μπορεί να κάνει.

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Η δύσκολη αναπνοή είναι ένα πολύ συχνό πρόβλημα. Παθήσεις είτε της στοματικής κοιλότητας, είτε του στομάχου ή του οισοφάγου, είτε των κοιλοτήτων γύρω από την μύτη (παραρρίνια), είτε τέλος σπάνια παθήσεις των πνευμόνων μπορεί να το προκαλέσουν. Τις περισσότερες φορές κάποιο (ή κάποια) άλλα συμπτώματα που συνυπάρχουν μας κατευθύνουν στο ποιο όργανο είναι η πηγή της δυσσομίας. Δυστυχώς ο σύζυγος σας, όπως μας λέτε, δεν έχει καμία ενόχληση εκτός από την δυσάρεστη αναπνοή. Έτσι δεν είναι περιέργο που τόσο η οδοντιατρική εξέταση όσο και η ενδοσκόπηση ήταν φυσιολογικά. Δυστυχώς δε μας αναφέρετε αν ελεγχθηκε και για λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, που συχνά ενοχοποιείται για δυσάρεστη αναπνοή. Δεν είμαι σίγουρος αν αξίζει το κόπο ο έλεγχος των λοιπών πιο πάνω αναφερθεισών παθήσεων λόγω του ότι μας αναφέρετε ότι δεν έχει κανένα άλλο σύμπτωμα. Θα άξιζε περισσότερο να επιμείνετε στην στοματική υγιεινή (όχι μόνο δοντιών αλλά και των ούλων και της γλώσσας).

Η φίλη μας ΜΚΚ μάς ρωτά για την ασφάλεια των διαιτητικών υποκαταστάτων βουτύρου για τη μείωση της χοληστερίνης (becel proactiv). Η ίδια (που σημειωτέον είναι γιατρός) έχει δει την αποτελεσματικότητά τους, αφού σχεδόν όλοι οι ασθενείς και γνωστοί της που το χρησιμο-

ποιούν έχουν δει μείωση της χοληστερίνης, όμως η ίδια δεν είναι πεπεισμένη για την ασφάλεια της μακροχρόνιας χρήσης του. Αντίθετα, από προσωπική της πείρα, ξέρει ότι είναι αποτελεσματική (με μείωση της χοληστερίνης κατά 15%) η συστηματική κατανάλωση 2 φλιτζανιών αποξηραμένου τσαγιού με δύοσμο καθημερινά, ένας συνδυασμός που η ίδια πιστεύει ότι εκτός από αποτελεσματικός είναι και εντελώς ακίνδυνος.

Αγαπητή μας φίλη σας ευχαριστούμε για την επικοινωνία σας. Τα σκευάσματα που αναφέρετε είναι πράγματι αποτελεσματικά. Έχουν δείξει μείωση της τιμής της χοληστερόλης σε σημαντικό βαθμό. Ωστόσο πρέπει να σημειώσουμε ότι οι μελέτες που υπάρχουν αφορούν σε σχετικά μικρά χρονικά διαστήματα. Αντίθετα οι τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες για μεγαλύτερα του έτους διαστήματα λείπουν. Όλοι όμως συμφωνούν ότι τα σκευάσματα αυτά είναι απολύτως ασφαλή. Για αυτούς τους λόγους οργανισμοί όπως το FDA αλλά και αντίστοιχο της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν δώσει την έγκριση για χρησιμοποίηση του για την μείωση της χοληστερόλης αίματος. Όσον αφορά στα αφεψήματα που μας αναφέρετε, δυστυχώς δε θα μπορούσα να το σχολιάσω, αφού δεν έχουμε στοιχεία ούτε από την βιβλιογραφία ούτε από προσωπικές παρατηρήσεις. Θα άξιζε ίσως να δοκιμασθούν όπως και άλλα βότανα που χρησιμοποιούνται από αιώνες για την αντιμετώπιση διαφόρων νόσων.

**EMMANΟΥΗΛ ΑΡΧΑΥΛΗΣ
ΜΑΡΙΝΑ ΚΟΝΤΟΥ**

Η Μ. Κοντού είναι Γαστρεντερολόγος



ΜΝΗΜΗ ΑΛΕΚΟΥ ΑΥΓΕΡΙΝΟΥ

Ο Αλέκος Αυγερινός πού πέθανε πριν λίγες μέρες, δεν ήταν τυχαίος άνθρωπος και Γιατρός. Απλός και αντισυμβατικός, τόσο στην κοινωνική του ζωή, όσο και στην

ιατρική του λειτουργία, προκαλούσε έκπληξη και, ίσως δυσπιστία σε όσους δεν τον ήξεραν από παλιά. Οι νεότεροι συνάδελφοι, έβλεπαν στα αμφιθέατρα, έναν απλά ντυμένο νεαρό με ένα τσαντάκι περασμένο στη μέση του, πού καθόταν σε κάποια τυχαία θέση στην αίθουσα, για να μάθουν με έκπληξη αργότερα ότι ήταν ο Διευθυντής της μεγαλύτερης, ίσως Γαστρεντερολογικής Κλινικής της χώρας. Εξαιρετικά εργατικός, υπήρξε πρωτοπόρος στη θεραπευτική ενδοσκόπηση, παραμένοντας τις περισσότερες ημέρες στο Νοσοκομείο μέχρι το βράδυ. Πέραν αυτού, ο Αλέκος Αυγερινός τίμησε διεθνώς την Ελληνική Γαστρεντερολογία με το σημαντικότερο Ερευνητικό του έργο, τις εκπαιδευτικές του πρωτοβουλίες και τη συμμετοχή του σε Διεθνή Συνέδρια κάνοντας υπερήφανους τούς συνεργάτες του με τα άψογα Αγγλικά του και τη μεστότητα του ιατρικού του λόγου.

Με τον Αλέκο συνυπηρετήσαμε στην Β.Π του Ευαγγελισμού, κατά τα

έτη 1977-1980 και έκτοτε διατηρήσαμε φιλική σχέση μέχρι το θάνατό του. Αυτό πού μπορώ να βεβαιώσω μετά τόσα χρόνια φιλίας, είναι ότι τα κίνητρό του ήταν ευγενή και ανυστερόβουλα. Οι εμμονές και οι αγωνίες του, είχαν πάντα σχέση με την εκπαίδευση των νέων συναδέλφων και τη δημιουργία μιας σύγχρονης Γαστρεντερολογικής Εταιρείας. Οι εμμονές του αυτές τον οδήγησαν ορισμένες φορές στο να υποβαθμίσει τις καθιερωμένες πρακτικές και διαδικασίες, προκαλώντας τη αντίδραση ορισμένων συναδέλφων, κυρίως όσων δεν τον γνώριζαν καλά. Με το πέρασμα του χρόνου, οι περισσότεροι απ αυτούς τον τίμησαν, αναγνωρίζοντας τις ανυστερόβουλες προθέσεις του.

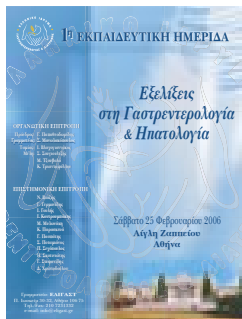
Ο Αλέκος έφυγε βυθίζοντας στο πένθος τούς συνεργάτες και τούς φίλους του. Χρέος όλων αυτών θα πρέπει να είναι, πλέον, το να γίνουν συνεχιστές τού τόσο σημαντικού του έργου.

Δ.ΤΖΟΥΡΜΑΚΛΙΩΤΗΣ

Το Δ.Σ. του Ιδρύματος εκτιμώντας την επιστημονική διαδρομή του Αλέκου Αυγερινού και ιδιαίτερως την ευαισθησία του σε θέματα εκπαίδευσης απεφάσισε να θεσπίσει μια υποτροφία στο όνομά του που θα δοθεί σε νέο Γαστρεντερολόγο για μετεκπαίδευση ενός έτους στο εξωτερικό. Για το σκοπό αυτό προσεφέρθησαν ήδη στη μνήμη του τα κάτωθι ποσά :

Κωνσταντίνος Αρβανιτάκης	100 €	Γεώργιος Κητής	100 €	Εμμανουήλ Παρασκευάς	100 €
Εμμανουήλ Αρχαύλης	50 €	Γεώργιος Κοκοζίδης	100 €	Γρηγόριος Πασπάτης	100 €
Νικόλαος Βιάζης	50 €	Μαρίνα Κοντού	50 €	Σταύρος Πουρναράς	100 €
Ιωάννης Βλαχογιαννάκος	50 €	Σπυρίδων Λαδάς	100 €	Θεόδωρος Ροκκάς	100 €
Ιωάννης Βουγαδιώτης	50 €	Ηλίας Μαλλάς	100 €	Γεώργιος Ταμβακολόγος	50 €
Ελευθέριος Γιαννούλης	100 €	Κωνσταντίνος Μάρκογλου	100 €	Χαράλαμπος Τζάθας	100 €
Νικόλαος Ευγενίδης	100 €	Σπύρος Μιχόπουλος	100 €	Δημήτριος Τζουρμακλιώτης	50 €
Ιωάννης Καραγιάννης	100 €	Ευστάθιος Παπαβασιλείου	100 €	Γεώργιος Τριανταφύλλου	100 €
Δημήτριος Γ. Καραμανώλης	100 €			Επαμεινώνδας Β. Τσιάνος	100 €

1η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. «Εξελιξείς στη Γαστρεντερολογία & Ηπατολογία»



Το Σάββατο 25 Φεβρουαρίου 2006 θα διεξαχθεί Ημερίδα που απευθύνεται σε Ειδικευμένους και Ειδικευόμενους Γαστρεντερολόγους και έχει σα στόχο την ενημέρωση για τις εξελίξεις που συνέβησαν τον περασμένο χρόνο σε όλους τους τομείς της διαγνωστικής, θεραπευτικής και επεμβατικής Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας (πεπτικός σωλήνας, ήπαρ, ακτινολογία, χειρουργική, παθολογοανατομία κλπ). Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής ορίστηκε ο κ. Γ. Β. Παπαθεοδώριδης, Γραμματέας ο κ. Σ. Μανωλακόπουλος, Ταμίας ο κ. Ι.

Βλαχογιαννάκος και μέλη οι κ.κ. Σ. Σουγιουλιτζής, Μ. Τζουβαρά και Κ. Τριανταφύλλου. Μέλη της Επιστημονικής Επιτροπής ορίστηκαν οι κ.κ. Ν. Βιάζης, Γ. Γερμανίδης, Ι. Γουλής, Ι. Κουτρομπάκης, Μ. Μυλωνάκη, Κ. Παρασκευά, Γ. Πασπάτης, Σ. Ποταμιάνος, Π. Σεχόπουλος, Η. Σκοτινώτης, Γ. Στεφανίδης και Δ. Χριστοδούλου. Η Ημερίδα θα διεξαχθεί στην Αίθλη Ζαππείου. Το κόστος συμμετοχής ανέρχεται στα 100€ και στους συμμετέχοντες θα δοθούν μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης.

ΧΟΡΗΓΟΙ ΚΑΙ ΔΩΡΗΤΕΣ μέχρι 15/10/2005

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε :

Χαρίλαος Ταπραντζής, Αγρίνιο	50 €	Μιχαήλ Τράντος, Φάρσαλα	20 €	Αναστασία Κόκκαλη, Θεσσαλονίκη	15 €
Νικόλαος Νισυρίου, Ρόδος	15 €	Ιπποκράτης Κοκολιάς, Χολαργός	50 €	Δημήτριος Καζούρης, Αθήνα	50 €
Αμαλία Λιάτου, Λαμία	15 €	Αγγελική Αντωνιάδου, Θεσσαλονίκη	15 €	Παντελής Γρηγοριάδης, Βόλος	50 €
Βασίλειος Βασιλειάδης, Ν. Μουδανιά Χαλκιδικής	30 €	Λεωνίδας Γκιουμουσάς, Φάρσαλα	30 €	Ανδρέας Μάζης, Πάτρα	15 €
Φίλιππος Ρουμειλιώτης, Αγ. Ανάργυροι Άρτας	30 €	Ιωάννης Θωμόπουλος, Βούλα	40 €	Χρυσόστομος Κυθραϊώτης, Λευκωσία / Κύπρος	15 €
Ιωάννης Γκουβέρης, Άργος	20 €	Βίκυ Μανούκα, Λάρισα	20 €	Κωνσταντίνος Μασαλάς, Ιωάννινα	80 €
Γρηγόριος Τσιάμης, Καισαριανή	20 €	Σπύρος Ποταμιάνος, Λάρισα	20 €	Μαρία Σκλάβαινα, Δραπετσώνα	50 €
Natasha Lemos, London / UK	50 €	Γρηγόριος Παπαχαλαλμπους, Λάρισα	20 €	Αντώνιος Βεζάκης, Γλυφάδα	50 €
Κατερίνα Δρόσου, Αθήνα	50 €	Άννα Καραμανώλη, Λάρισα	70 €	Βασίλειος Γκοβδόσης, Διόνυσος	50 €
Δημήτριος Πουλάκης, Βριλήσσια	15 €	Πάνος Σάπκας, Λάρισα	20 €	Αλέξανδρος Καραγιαννίδης, Θεσσαλονίκη	50 €
Δημήτριος Ευαγ. Βουρλίτσας, Φάρσαλα	50 €	Μάγδα Καραγιάννη, Λάρισα	20 €	Σωτήριος Κατσέλας, Καλαμπάκα	15 €
Χρήστος Αργυράκης, Ιλιαία Φωκίδος	15 €	Χριστιάνα Παυλίδου, Π. Φάληρο	15 €	Κων/νος Μπακάλης, Κηφισιά	50 €
Δάφνη Τσιτσικλή, Πολύκατρο Κιλκίς	50 €	Μαρία Ι. Δημητρακοπούλου, Φάρσαλα	50 €	Ζαφειρία Σέκερη, Κατερίνη	50 €
Αντωνίου Παύλος, Λευκωσία / Κύπρος	15 €	Αφροδίτη Πετρίδου, Δραπετσώνα	15 €		
Μαρία Βαγιονάκη, Αθήνα	50 €	Δημήτριος Φέτσας, Καλαμάτα	15 €	In Memoriam :	
Στέφανος Γκέβρος, Σταυρός Φαρσάλων	30 €	Ελευθερία Πλίγκου, Ψίνθος Ρόδου	15 €		
Καίτη Σακκά, Φάρσαλα	30 €	Φανή Βουσανακίδου, Θέρμη Θεσ/κης	25 €		
Στέλιος Καραγιάννης, Βασιλί Φαρσάλων	100 €	Βλάνσες Γκέργκης, Χολαργός	15 €	Ελληνική Εταιρεία Μελέτης του	
Γεώργιος Κουκουφλής, Φάρσαλα	100 €	Ιωάννης Θ. Βλιώρας, Καλαμπάκα	30 €	Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού	500 €
Γεώργιος Κοντονίκας, Φάρσαλα	100 €	Γεώργιος Ζαρκατζής, Λάρισα	15 €	<i>Μνήμη Νικολάου Γιαννίκου</i>	
Αμαλία Σταϊκούρα, Γλυφάδα	20 €	Ευστράτιος Ψαραδέλλης, Αθήνα	15 €	Γεώργιος Καραμανιώλης	50 €
Ελένη Δημητριάδου, Καλλιθέα	15 €	Ελένη Πάλλα, Αθήνα	15 €	<i>Μνήμη Ντίνας Βουρδάκη</i>	
Γεωργία Κατσένου, Λευκάδα	10 €	Γεώργιος Μπισσας, Βόλος	15 €	Γεώργιος Κωκοζίδης	100 €
Μαρία Λάππα, Βόλος	15 €	Βασίλειος Πάσης, Ρόδος	15 €	<i>Μνήμη Ηρακλή & Ευτυχίας Κωκοζίδη</i>	
Μοναχή Αγάθη, Αλιάρτος	30 €	Ξανθή Γούμενου, Τρίπολη	50 €	Δημήτριος Γ. Καραμανιώλης	100 €
Ιλεάνα Παναγιωτίδη, Ιωάννινα	20 €	Γεωργία Κρούου, Αθήνα	20 €	<i>Μνήμη Κωνσταντίνου Κωνσταντινίδη</i>	
Κων/νος Κοντορούδας, Ζωγράφου	15 €	Αύρα Καραπατή, Ζάκυνθος	50 €		
Χρύσα Παπαθανασίου, Τρίκαλα	20 €	Ευστάθιος Μπεκιάρης, Σπάρτη	15 €		
Παντελής Τσουμάνης, Αθήνα	100 €	Γεώργιος Μερτίσης, Αγρίνιο	30 €		

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

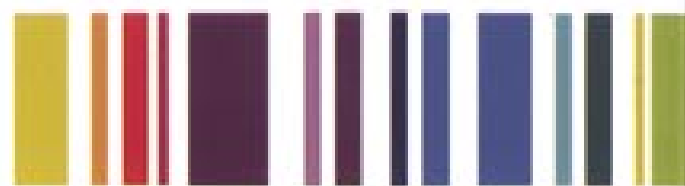
Αίσθημα ελευθερίας & εμπιστοσύνης στην καθημερινή ζωή

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

Για ποιοτική ζωή, η Gilead στοχεύει στην ανάπτυξη αποτελεσματικών και εύχρηστων φαρμάκων.



καθημερινή ζωή



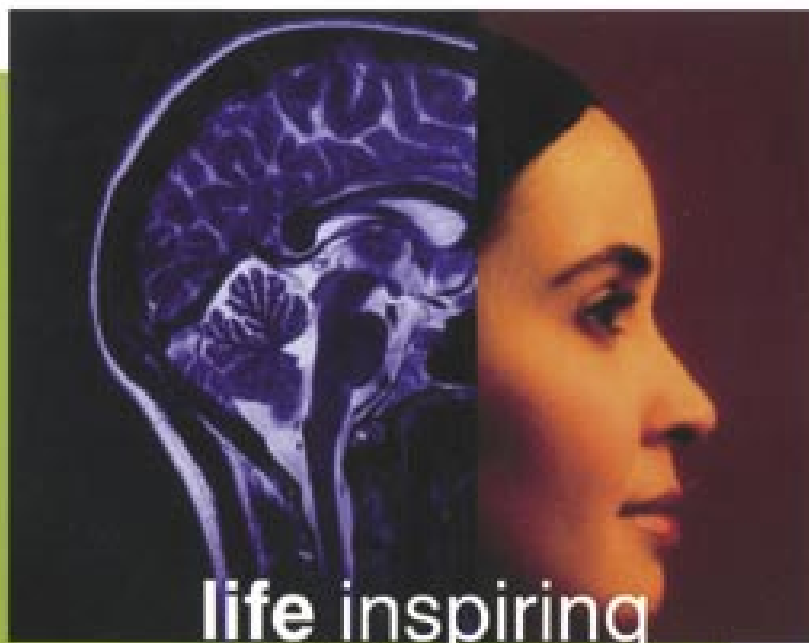
Για την **AstraZeneca**, μια από τις κορυφαίες φαρμακευτικές εταιρείες στον κόσμο, η ανάπτυξη φαρμάκων που σώζουν ζωές, είναι φυσικό ν' αποτελεί ηθική δέσμευση. Η προσοχή μας όμως, εστιάζεται εξίσου και στην εξασφάλιση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής.

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

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

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

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



life inspiring
ideas



ΑΡΙΣΤΕΙΑ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ

ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΔΙΑΦΗΜΙΖΟΜΕΝΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

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



ΕΥΞΕΙΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ 6899



& ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Αλληλεπίδραση φαρμάκων

και διατροφής



Ζώντας με ένα

ανόρεκτο παιδί

Αρωματικά-Φαρμακευτικά φυτά

οι γνωστοί μας άγνωστοι