

# ΕΥΞΕΙΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ 6899



## & ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Όταν η σωστή  
φαρμακευτική αγωγή

*δεν είναι αρκετή...*

Παγκρεατίτιδα

*στα παιδιά*

Φολικό οξύ

*και εγκυμοσύνη*



# editorial

## Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην Ιατρική σήμερα

«Άνθρωπος μέτρον πάντων πραγμάτων» - Πρωταγόρας 5ος π.Χ.

Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση (ουμανισμός) αποτελεί θεμελιώδη αξία του αρχαίου Ελληνικού, Ρωμαϊκού και αναγεννησιακού πολιτισμού. Ο άνθρωπος αποτελεί το κέντρο του σύμπαντος και όλες οι αξίες της ζωής εκπορεύονται από τον άνθρωπο και επιστρέφουν στον άνθρωπο.

Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση και ο άνθρωπος ήταν η βάση της κλασικής ελληνικής αρχαιότητας και καθόρισε τα επιτεύγματα του Ελληνικού πολιτισμού στις επιστήμες, στην φιλοσοφία, στην τέχνη και στο δημοκρατικό πολίτευμα. Στην εποχή της αναγέννησης μετά τον μεσαίωνα υπήρχε η αναβίωση της αποστολής του ανθρώπου ως επίκεντρο στην κοινωνική οργάνωση, στα γράμματα, στις τέχνες, στον πολιτισμό.

Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση βασίζεται στον σεβασμό της υπέρτατης ηθικής αξίας της ζωής, της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και του κάλλους. Ως πράξη και τρόπος ζωής συμβάλλει στην διαρκή βελτίωση του ανθρώπου δια βίου.

Η έννοια του ανθρωπισμού (ουμανιτά) είναι διαφορετική και αφορά στην έκφραση αγάπης και αλληλεγγύης για τον άνθρωπο και τις δοκιμασίες του και αποκλείει προθέσεις ή πράξεις που τραυματίζουν και προσβάλλουν τον άνθρωπο.

Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην Ιατρική έχει τις καταβολές στην Ιπποκρατική διδασκαλία με το ενιαίο και αδιαίρετο της ανθρώπινης φύσης και στην Αριστοτέλεια αντίληψη της ολιστικής αντίληψης του ανθρώπου ως σώμα και ψυχή, ως ύλη και συναίσθημα.

Στην πράξη η ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην Ιατρική βασίζεται στον σεβασμό του ασθενούς ως ιδιαίτερη οντότητα σε κάθε άτομο, στην φροντίδα των σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων της νόσου, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας του ιατρού με τον ασθενή, την έκφραση συμπάθειας στον ασθενή και στην συμμετοχή του ασθενούς στις αποφάσεις.

Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην ιατρική εκπαίδευση και κλινική πράξη συμβάλλει στην 1) βελτίωση του επιπέδου της κλινικής πράξης, 2) κατανόηση των μηχανισμών της αλληλεπίδρασης της νόσου με την ψυχοσωματική σφαίρα, 3) ενίσχυση της θεραπευτικής αντιμετώπισης, 4) ηθική στήριξη του ασθενούς. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στον αλτρουισμό, θεμελιώδη αρετή του ιατρού σε σχέση με τον ασθενή.

Τα οφέλη της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης αφορούν στον ασθενή και στον ιατρό. Τα οφέλη του ασθενούς ότι κατανοεί καλύτερα το πρόβλημα και την ψυχοβιολογία της

νόσου, βελτιώνεται η συμμόρφωση του, έχει ενεργό συμμετοχή στην θεραπεία και επηρεάζεται θετικά η έκβαση της νόσου.

Τα οφέλη στον ιατρό είναι ότι βελτιώνει την σχέση ιατρού – ασθενούς που δοκιμάζεται στους καιρούς μας, συμβάλλει στην ενδυνάμωση της εμπιστοσύνης ασθενούς προς τον ιατρό, της ικανοποίησης του ασθενούς από τον ιατρό του και στην ενίσχυση του κύρους του ιατρού, που επίσης αμφισβητείται στην εποχή μας. Αποτελεί την ασιίδα του ιατρού έναντι της καταλυτικής επίδρασης της τεχνολογίας που επηρεάζει την άσκηση της ιατρικής σε ανθρώπινο επίπεδο και της γραφειοκρατίας στις υπηρεσίες υγείας που είναι περιοριστική.

Η απήκηση της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης στην ιατρική εκπαίδευση προκύπτει από το γεγονός ότι μαθήματα ανθρωπιστικών επιστημών έχουν ενσωματωθεί στο πρόγραμμα σπουδών των Ιατρικών Σχολών της Ευρώπης και των ΗΠΑ. Τα μαθήματα αυτά αφορούν την Ιστορία της Ιατρικής, Λογοτεχνία, Τέχνη, Μουσική, Φιλοσοφία, Ηθική, Κοινωνιολογία.

Οι ανθρωπιστικές επιστήμες στην ιατρική συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση των ψυχολογικών αναγκών του ασθενούς, την ανάπτυξη της επικοινωνίας με τον ασθενή και την διεύρυνση του ορίζοντα της κλινικής σκέψης με αποτέλεσμα την δημιουργία ενός καλύτερου ιατρού που υπηρετεί αποτελεσματικά την ολιστική προσέγγιση του ασθενούς.

Η άσκηση της Ιατρικής είναι δυσχερής στην τεχνοκρατική εποχή μας. Η ταχεία παραγωγή της Ιατρικής γνώσης, η εξειδίκευση και ο κατακερματισμός των ειδικοτήτων οδηγεί στην μηχανιστική διεκπεραίωση των προβλημάτων των ασθενών, στην αποδυνάμωση της επικοινωνίας με τους ασθενείς και στην ανεπαρκή ενημέρωση.

Η τεχνολογία είναι αλληλένδετη με την πρόοδο της Ιατρικής και τις ραγδαίες εξελίξεις στην διάγνωση και θεραπεία. Τα επιτεύγματα της Ιατρικής στην εποχή μας ήταν αδύνατα και αδύνατον να προβλεφθούν πριν από 30-40 χρόνια. Αθροιστικά οι εξελίξεις στην Ιατρική τις τελευταίες δεκαετίες αντιπροσωπεύουν όλες τις εξελίξεις που παρατηρήθηκαν στην ιστορία της Ιατρικής.

Η ετεροβαρής κυριαρχία της τεχνολογίας στην Ιατρική, επηρεάζει την ανάπτυξη των κλινικών δεξιοτήτων (ιστορικό, φυσική εξέταση) που αποτελούν τα θεμέλια της κλινικής πράξης. Κατά συνέπεια η έμφαση στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση και η επιστροφή στις ουμανιστικές αξίες ενδυναμώνουν την Ιατρική και την αποτελεσματικότητα του ιατρού.

Η αξιόπιστη και επιστημονική ιατρική ενημέρωση του κοινού αποτελεί σήμερα κοινωνική ανάγκη στην οποία καλούνται να ανταποκριθούν οι ιατροί και οι ιατρικές οργανώσεις. Ο παιδευτικός ρόλος του ιατρού στην κοινωνία για την υγιεινή διαβίωση είναι το ίδιο σημαντικό με την εκπλήρωση του ιατρικού καθήκοντος και της δεοντολογίας στους ασθενείς του. Ο νέος ρόλος του ιατρού σήμερα αναδεικνύει ένα νέο πρότυπο ιατρού για να ανταποκριθεί στις προσδοκίες και στις σύνθετες ανάγκες της κοινωνίας. Ένα νέο ρόλο αυξημένης ευθύνης σε ευρύτερα θέματα της κοινωνίας, δημόσιας υγείας, περιβάλλοντος, συνθηκών διαβίωσης και πρόληψης. Επιπλέον οι ιατρικοί φορείς και οργανώσεις πρέπει να έχουν λόγο στην διαμόρφωση προτάσεων για την πολιτική και οικονομία υγείας, τις προτεραιότητες που καθορίζει η πολιτεία και το συντεταγμένο κράτος. Το ίδιο ισχύει και τα θέματα που αφορούν στην ιατρική εκπαίδευση, στο ιατρικό δυναμικό και στην άσκηση της ιατρικής. Ο ιατρός καλείται σήμερα από τις αυξανόμενες ανάγκες και τα σύνθετα και πολύπλοκα προβλήματα υγείας να αναλάβει την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών με ευαισθησία στις ασθενέστερες οικονομικές τάξεις.

Η σχέση ιατρού – ασθενούς έχει αμφίδρομη δυναμική και ο ασθενής πρέπει επίσης να γνωρίζει από την πλευρά του τις αρχές που διέπουν αυτή την σχέση με την ανάλογη σοβαρότητα και θετική ανταπόκριση στον ρόλο του ιατρού που αποσκοπεί στην αποκατάσταση της υγείας του. Οι στάσεις αυτές σε κάθε κοινωνία διαμορφώνονται προς το καλύτερο ή προς το χειρότερο από την διαμόρφωση της κοινωνικής γνώμης που επηρεάζεται άμεσα στις ημέρες μας από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τον τύπο και συχνά παραμορφώνεται.

Ο νέος αυτός ρόλος του ιατρού βασίζεται στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση και στις ουμανιστικές αξίες της αξιοπρέπειας, ισότητας και δικαιοσύνης.

Το Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής έχει θέσει την ανθρωποκεντρική προσέγγιση ως ιδεολογία και πρακτική στις δράσεις του και στην αλληλεπίδραση με την κοινωνία.

**ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΑΡΒΑΝΙΤΑΚΗΣ**

*Διευθυντής Ελληνικού Ιδρύματος  
Γαστρεντερολογίας και Διατροφής*

# Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΤΕΥΧΟΣ 16



## ΘΕΜΑΤΑ

Δυσανεξία στη λακτόζη	9
Μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος	20
Εξωεντερικές εκδηλώσεις των ΙΦΝΕ	28

## ΜΟΝΙΜΕΣ ΣΤΗΛΕΣ

Διατροφή	22
Παιδί & Έφηβος	6
Μικρά & Νόστιμα	24
Περί Διαίτης ...	12
Επικοινωνούμε	30

## ΕΙΔΙΚΕΣ ΣΤΗΛΕΣ

Μικρές Ιστορίες	5
Ευεξία	16
Γεύσεις	19
Τα Νέα του Ιδρύματος	33

### ΕΥΕΞΙΑ & ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Διμηνιαία Έκδοση του Ελληνικού Ιδρύματος  
Γαστρεντερολογίας & Διατροφής

**Ιδιοκτήτης :**  
**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ**  
**ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ &**  
**ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

**Εκδότης** και υπεύθυνος  
παρά τω νόμω:

**Δ. Παπαπαναγιώτου**  
Δημοσιογράφος

Έδρα: Πατριάρχου Ιωακείμ 30,  
106 75 Αθήνα

Τηλ. Fax.: 210 72 31 332,

e-mail: info@eligast.gr

URL : www.eligast.gr

#### Διευθυντής Σύνταξης:

Χαράλαμπος Τζάθας  
Γαστρεντερολόγος

#### Επιμέλεια-Διόρθωση κειμένων:

Εύα Καραμανώλη  
Αλίκη Τζάθα

#### Δημόσιες Σχέσεις:

Ιωάννης Καραγιάννης  
Γαστρεντερολόγος

#### Θεματικοί Συντάκτες:

Εμμανουήλ Αρχαύλης  
Γαστρεντερολόγος (Επικοινωνούμε)

Ιωάννης Δήμακας  
Κλινικός Διαιτολόγος -  
Διατροφολόγος (Περί Διαίτης)

Δημήτρης Καραγιάννης

Γαστρεντερολόγος  
(Μικρά & Νόστιμα)

Κώστας Μάρκογλου  
Γαστρεντερολόγος (Θέματα)

Βασίλειος Ντελής  
Γαστρεντερολόγος (Θέματα)

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

Ιωάννα Παναγιώτου  
Παιδιάτρος - Γαστρεντερολόγος  
(Παιδί & Έφηβος)

#### Υπεύθυνη Διαφήμισης :

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

#### ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

**Πρόεδρος:** Δ. Παπαπαναγιώτου

**Διευθυντής:** Κ. Αρβανιτάκης

**Γ. Γραμματέας:** Δ. Γ. Καραμανώλης

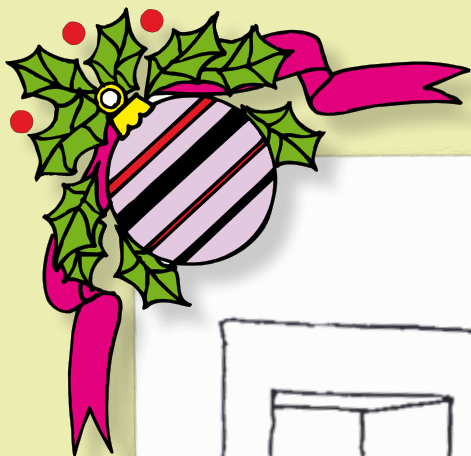
**Ταμίας:** Α. Παπασπύρου

#### Μέλη:

Α. Συνοδινού,  
Β. Χ. Γολεμάτης,  
Δ. Α. Καπράνος,  
Γ. Κητής,  
Σ. Δ. Λαδάς,  
Ε. Β. Τσιάνος,  
Γ. Φωκάς

#### Σχεδιασμός & Παραγωγή

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



Η παγκρεατίτιδα, αν και σπάνια, είναι υπαρκτή στα παιδιά. Η διάγνωση αυτού του σοβαρού νοσήματος πορνές φορές καθυστερεί, επειδή η κλινική του εικόνα είναι παρόμοια με άλλων κοινών νοσημάτων του πεπτικού.

# Παγκρεατίτιδα στα παιδιά

## Ορισμός

Το πάγκρεας βρίσκεται πίσω από το στομάχι και οι σημαντικότερες λειτουργίες του είναι:

- 1. Η παραγωγή ενζύμων (αμυλάση, λιπάση), που βοηθούν στην πέψη της τροφής και**
- 2. Η παραγωγή ορμονών (ινσουλίνη, γλυκαγόνη), που ρυθμίζουν τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα.**

Παγκρεατίτιδα είναι η φλεγμονή του παγκρέατος και χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερη κλινική συμπτωματολογία με προεξάρχον το κοιλιακό άλγος, με παράλληλη αύξηση των παγκρεατικών ενζύμων στο αίμα (αμυλάση, λιπάση).

Διακρίνεται σε οξεία και χρόνια. Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι συνήθως μια αναστρέψιμη διαταραχή, αφού η μορφολογία και η λειτουργία του παγκρέατος αποκαθίστανται, ενώ στη χρόνια παγκρεατίτιδα η φλεγμονή προκαλεί μόνιμες βλάβες και σταδιακή έκπτωση της λειτουργίας του παγκρέατος.

## Αίτια παγκρεατίτιδας

Σε αντίθεση με τους ενήλικες, στους οποίους το 80% των περιπτώσεων οξείας παγκρεατίτιδας σχετίζεται με τη χρόνια χρήση αλκοόλ και τη χολολιθίαση, τα αίτια στα παιδιά είναι ποικίλα.

Στο 1/4 των περιπτώσεων δεν αποκαλύπτεται σαφής αιτία και η παγκρεατίτιδα χαρακτηρίζεται ιδιοπαθής.

Τα συχνότερα γνωστά αίτια είναι: Οι κακώσεις στην κοιλιά με συχνότερη την πτώση με το ποδήλατο, ιογενείς λοιμώξεις, διάφορα φάρμακα, ανατομικές ανωμαλίες του παγκρέατος, συστηματικά νοσήματα.

Η κληρονομική παγκρεατίτιδα φαίνεται να είναι η συχνότερη αιτία χρόνιας παγκρεατίτιδας στα παιδιά.

Το αίτιο, όποιο και αν είναι, προκαλεί βλάβη στα κυψελιδικά κύτταρα του παγκρέατος λόγω πρώιμης ενεργοποίησης μέσα στο πάγκρεας και όχι στο έντερο πρωτεϊνολυτικών ενζύμων.

Από την καταστροφή των κυττάρων διάφορες ουσίες εισέρχονται στην κυκλοφορία και είναι υπεύθυνες για τις κλινικές εκδηλώσεις της οξείας παγκρεατίτιδας από απομακρυσμένα όργανα (πνεύμονες, νεφροί, καρδιά).



ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ;

**Benefibra™**

**NEO**

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ  
στα συμπτώματα του Συνδρόμου  
Ευερέθιστου Εντέρου<sup>(1)</sup>**



**Benefibra™, φυτικές ίνες  
σε υγρή μορφή:**

- Ομαλοποιεί την κινητικότητα του εντέρου, τόσο στο Σ.Ε.Ε. με δυσκοιλιότητα όσο και στο Σ.Ε.Ε. με διάρροια<sup>(2)</sup>
- Μειώνει το μετεωρισμό, τον πόνο και τα αέρια
- Εύληπτη μορφή, εύκολη δοσολογία, για καλύτερη συμμόρφωση του ασθενούς

Το Benefibra™ είναι τρόφιμο ειδικής διατροφής που δίνεται όταν υπάρχει αυξημένη ανάγκη χορήγησης διαιτητικών ινών, όπως στην περίπτωση του Συνδρόμου Ευερέθιστου Εντέρου (IBS). Αρ. εγκρίσεως ΕΟΦ: 39137/15-7-04

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να απευθύνεστε στην εταιρεία Novartis Hellas A.E.B.E. στο 210 281 712

 **NOVARTIS**

Novartis (Hellas) AEBE  
Novartis Consumer Health,  
Τ.Ο. 52007 - 141210 Μεταμόρφωση,  
Τηλ: 210 2811712  
[www.novartis.com](http://www.novartis.com)

(1) Taha CO, El M, Mar MP, et al. High fiber diet supplementation in patients with irritable bowel syndrome (IBS): a multicenter, randomized, open label controlled research where non fiber and partially hydrolyzed guar gum (PHGG) are used. Dig Dis Sci. 2012 Aug;57(8):1697-704  
(2) Bazzoli G, Gnanoli S, Tondelli S, et al. Efficacy of partially hydrolyzed guar gum as fiber supplement in the irritable bowel syndrome. Dig Dis. 2001;15(2):121-5.

## Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα της οξείας παγκρεατίτιδας στα παιδιά είναι ετερογενής και συχνά δε διαφέρει από την κλινική εικόνα άλλων κοινών νοσημάτων που εκδηλώνονται με κοιλιακό άλγος.

Τα κλασικά συμπτώματα είναι ο πόνος στην κοιλιά, η ναυτία, οι έμετοι και η ανορεξία.

Ο πόνος είναι οξύς και διαξιφιστικός ή επίμονος και εντοπίζεται συνήθως στο επιγάστριο, αλλά μπορεί να εντοπίζεται και στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλιάς ή περιομφαλικά. Η λήψη τροφής επιδεινώνει τον πόνο και τους εμετούς, που συνήθως είναι χολώδεις. Η κοιλιά είναι διατεταμένη, οι εντερικοί ήχοι ελαττωμένοι, ενώ κατά την ψηλάφηση διαπιστώνεται διάχυτη ή εντοπισμένη ευαισθησία και σύσπαση.

Το παιδί φαίνεται να πονάει ιδιαίτερα και προσπαθεί να βρει θέση να ανακουφισθεί. Στις σοβαρές περιπτώσεις τα κλινικά σημεία της καταπληξίας (ωχρότητα, ταχυκαρδία, υπόταση) κυριαρχούν στην κλινική εικόνα.

Ιστορικό πρόσφατου τραυματισμού στην κοιλιά, χρόνια λήψη φαρμάκων, πρόσφατη λοίμωξη κατευθύνουν το γιατρό στην αναζήτηση ιδιαίτερων σημείων παγκρεατίτιδας.

## Διάγνωση

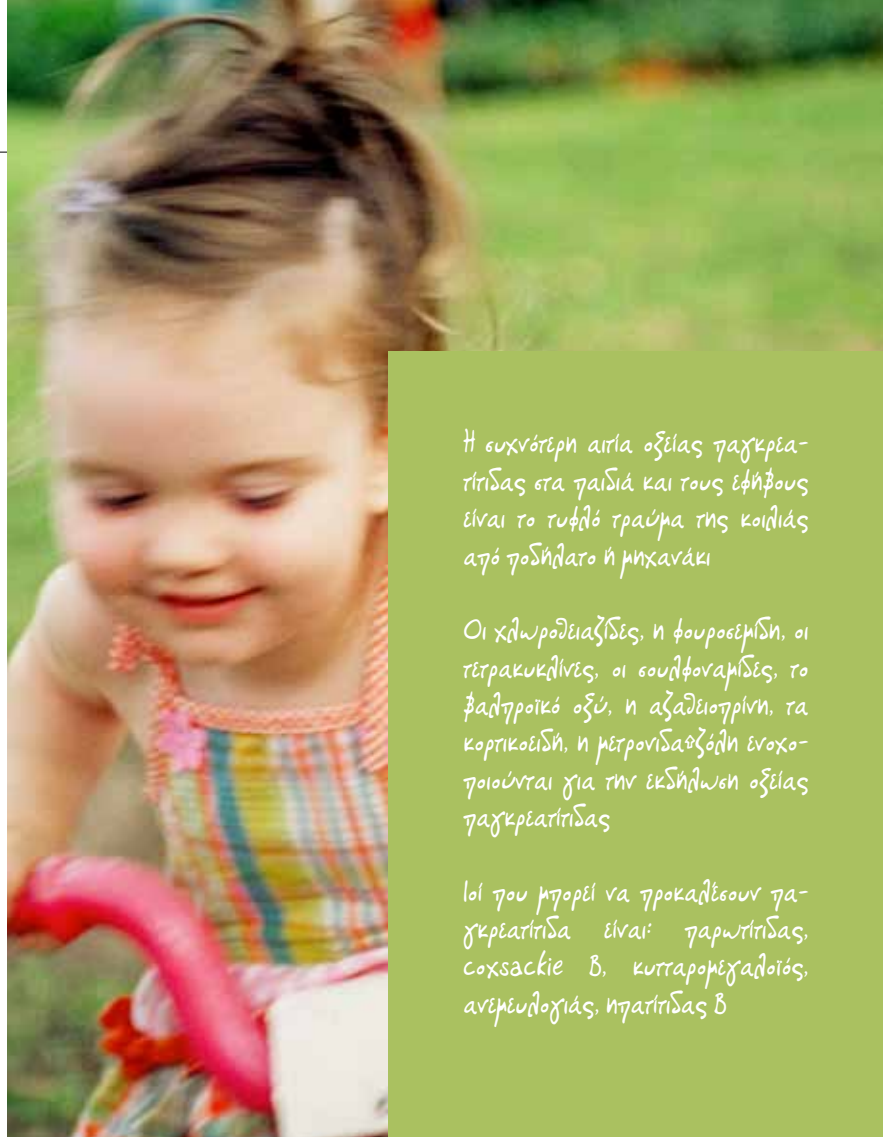
Η διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας βασίζεται στο συνδυασμό της κλινικής εικόνας, των εργαστηριακών εξετάσεων και του απεικονιστικού ελέγχου.

Η μέτρηση της αμυλάσης στον ορό αποτελεί τη συχνότερα χρησιμοποιούμενη εξέταση. Τιμή αμυλάσης πάνω από το τριπλάσιο της φυσιολογικής θεωρείται ενδεικτική οξείας παγκρεατίτιδας.

Ωστόσο, αύξηση της αμυλάσης μπορεί να παρατηρηθεί σε παιδιά και με άλλα ιατρικά προβλήματα, όπως παρωτίτιδα, σιαλαδενίτιδα, νευρογενή ανορεξία, νεφρική ανεπάρκεια, περιτονίτιδα και άλλα. Επομένως, αυξημένη αμυλάση δε σημαίνει απαραίτητα παγκρεατίτιδα.

Η λιπάση στον ορό είναι ένα άλλο ένζυμο που αυξάνεται στην οξεία παγκρεατίτιδα. Η παράλληλη μέτρηση της αμυλάσης και της λιπάσης αυξάνει την κλινική ευαισθησία για τη διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας σε ποσοστό μέχρι 95%.

Η επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται με την



*Η συχνότερη αιτία οξείας παγκρεατίτιδας στα παιδιά και τους εφήβους είναι το τυφλό τραύμα της κοιλιάς από ποδήλατο ή μηχανάκι*

*Οι χλωροδιαζίδες, η φουροσεμίδη, οι τετρακυκλίνες, οι σουλφοναμίδες, το φάρμακο οξύ, η αζαθειορίνη, τα κορτικοειδή, η μετρονιδαζόλη εννοχοποιούνται για την εκδήλωση οξείας παγκρεατίτιδας*

*Λοί που μπορεί να προκαλέσουν παγκρεατίτιδα είναι: παρωτίτιδας, coxsackie B, κυτταρομέγαλοϊός, ανεμυελόγιας, ηπατίτιδας B*

απεικόνιση του παγκρέατος. Το υπερηχογράφημα θεωρείται η εξέταση εκλογής. Δίδει πληροφορίες για το μέγεθος και την υφή του παγκρέατος που μεταβάλλονται στην οξεία παγκρεατίτιδα.

Η αξονική τομογραφία είναι απαραίτητη σε περιπτώσεις που υπάρχει διαγνωστική αβεβαιότητα, αλλά και για την εκτίμηση της παγκρεατικής βλάβης.

Η ενδοσκοπική αναστροφή χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP) γίνεται για τη διερεύνηση των υποτροπών της οξείας παγκρεατίτιδας. Επειδή όμως είναι επεμβατική εξέταση, στα παιδιά προτιμάται η μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP).

## Αντιμετώπιση - Πρόγνωση

Η αντιμετώπιση του παιδιού με την οξεία παγκρεατίτιδα γίνεται στο νοσοκομείο. Η θεραπεία είναι κυρίως υποστηρικτική και περιλαμβάνει διακοπή της σίτισης, ενυδάτωση, διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών,

ανακούφιση του πόνου.

Σε βαριές περιπτώσεις τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας και ίσως χρειασθεί παρεντερική διατροφή. Η νηστεία διαρκεί μέχρι να υποχωρήσουν οι έμετοι και το κοιλιακό άλγος και η επανασίτιση γίνεται σταδιακά με τροφές πτωχές σε λίπος. Η χορήγηση φαρμάκων, όπως ομεπραζόλης, αντιβιοτικών, σωματοστατίνης αποφασίζεται ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης.

Οι περισσότερες περιπτώσεις οξείας παγκρεατίτιδας στα παιδιά, εφ' όσον αντιμετωπισθούν έγκαιρα, είναι χωρίς επιπλοκές, σπάνια μεταπίπτουν στη χρόνια μορφή και συνήθως διαρκούν 5-7 ημέρες.

Οι ψευδοκύστεις του παγκρέατος, η πιο συνηθισμένη επιπλοκή της οξείας παγκρεατίτιδας μετά από τραυματισμό, συνήθως υποχωρούν αυτόματα και σπάνια χρειάζεται χειρουργική παρέμβαση.

### ΕΙΡΗΝΗ ΟΡΦΑΝΟΥ

*Η Ε. Ορφανού είναι Παιδιάτρος, Επιμελήτρια Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία»*

# ΔΥΣΑΝΕΞΙΑ ΣΤΗ ΛΑΚΤΟΖΗ

## Τι είναι η λακτόζη;

Η πιο γνωστή τροφική δυσανεξία είναι η δυσανεξία στη λακτόζη. Η λακτόζη ανήκει στην κατηγορία των υδατανθράκων και αποτελεί το βασικό υδατάνθρακα (σάκχαρο) του γάλατος. Είναι η κύρια πηγή ενέργειας κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής του ανθρώπου, παρέχοντας περίπου το μισό της συνολικής ενέργειας που το βρέφος χρειάζεται. Η διατροφική σημασία της λακτόζης είναι περιορισμένη στον ενήλικα.

Εκτός από τα γαλακτοκομικά προϊόντα, αρκετές ακόμη τροφές περιέχουν λακτόζη, καθώς αυτή χρησιμοποιείται ευρέως στη βιομηχανία των τροφίμων (π.χ. γλυκά, ζαχαρωτά, ψωμί, στιγμιαίες σούπες, μαργαρίνη, δημητριακά, σάλτσα για σαλάτες, ακόμη και σε λουκάνικα). Η λακτόζη επίσης αποτελεί τη βάση για μερικά ευρέως χρησιμοποιούμενα φάρμακα (αντισυλληπτικά, αντιόξινα, αντιεμετικά, κλπ).

Η λακτόζη απορροφάται από το λεπτό έντερο, αφού πρώτα διασπαστεί σε απλούστερα σάκχαρα από ένα ένζυμο που ονομάζεται λακτάση. Η λακτάση παράγεται από τα κύτταρα του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου και η έλλειψη ή η ανεπάρκεια της είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση της δυσανεξίας στη λακτόζη.

## Υπολακτασία

Είναι η μείωση της ικανότητας της λακτάσης να διασπά την προσλαμβανόμενη με την τροφή λακτόζη. Η υπολακτασία μπορεί να είναι είτε πρωτοπαθής είτε δευτεροπαθής. Η πρωτοπαθής ανεπάρκεια της λακτάσης είναι φυσιολογικό φαινόμενο στον άνθρωπο, ξεκινά αμέσως μετά το τέλος του θηλασμού και στον ενήλικα η δραστηριότητα της λακτάσης είναι μικρότερη από το 1/10 αυτής που είχε στη βρεφική ηλικία. Ο λόγος για τον οποίο η δραστηριότητα της λακτάσης μειώνεται με το χρόνο δεν ακόμη γνωστός. Η δευτεροπαθής υπολακτασία είναι αποτέλεσμα χειρουργικής επέμβασης (γαστρεκτομή, αφαίρεση τμήματος του λεπτού εντέρου) ή νόσου (φλεγμονή του εντέρου, κοιλιοκάκη). Στην περίπτωση της δευτεροπαθούς υπολακτασίας λόγω φλεγμονής, η δραστηριότητα της λακτάσης επανέρχεται μετά την εφαρμογή της κατάλληλης για τη νόσο θεραπείας.

Η υπολακτασία οδηγεί σε αδυναμία του εντέρου να απορροφήσει την προσλαμβανόμενη λακτόζη, η οποία με τη σειρά της, σε πολλά άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες λακτόζης, προκαλεί την εμφάνιση συμπτωμάτων δυσανεξίας. Η κατανάλωση μικρής ποσότητας λακτόζης είναι συνήθως καλά ανεκτή και δεν προκαλεί ενοχλήσεις.



## Πόσο συχνή είναι η δυσανεξία στη λακτόζη;

Η συχνότητα της δυσανεξίας στη λακτόζη ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή. Έτσι, η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται στην Ασία και στην Αφρική, ενώ στην Ευρώπη, οι μεσογειακοί λαοί εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά δυσανεξίας σε σχέση με τους κατοίκους των Βόρειων χωρών. Στην Ελλάδα, το ποσοστό της δυσανεξίας στην λακτόζη κυμαίνεται μεταξύ 45-70%. Η συχνότητα της δυσανεξίας στη λακτόζη είναι η ίδια ανεξάρτητα από το φύλο.

## Συμπτώματα

Αν και η ελάττωση της δραστηριότητας της λακτάσης ξεκινά σε μικρή ηλικία σε περιοχές με μεγάλη συχνότητα υπολακτασίας (όπως είναι η Ελλάδα), τα συμπτώματα από τη δυσανεξία στη λακτόζη συνήθως γίνονται αντιληπτά στην εφηβεία. Τα συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως μισή έως 2 ώρες μετά την κατανάλωση λακτόζης και περιλαμβάνουν διαρροϊκές κενώσεις, κοιλιακή διάταση, ναυτία, πόνο, τυμπανισμό, και βορβορυγμούς. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων εξαρτάται από την ποσότητα της λακτόζης που κάθε άτομο αντέχει να καταναλώσει. Περίπου το 1/3 των ατόμων με δυσανεξία παρουσιάζουν συμπτώματα μετά από κατανάλωση 200-250 ml γάλατος, αν και αρκετοί ενοχλούνται από τη λήψη μικρότερης ποσότητας.

## Διάγνωση

Η διάγνωση της δυσανεξίας στη λακτόζη γίνεται είτε με άμεσες είτε με έμμεσες μεθόδους. Η άμεση μέθοδος, η οποία χρησιμοποιείται κυρίως για ερευνητικούς σκοπούς, περιλαμβάνει τον ποσοτικό προσδιορισμό της λακτάσης στο βλεννογόνο του εντέρου. Από τις έμμεσες μεθόδους, η πιο διαδεδομένη και αποδεκτή είναι οι δοκιμασίες αντοχής λακτόζης ή γάλακτος και η δοκιμασία αναπνοής με υδρογόνο.

**Η δοκιμασία αντοχής στη λακτόζη** εφαρμόζεται κυρίως στους ενήλικες. Πριν από τη δοκιμασία, ο ασθενής είναι νηστικός και μετράμε στο αίμα του τα επίπεδα νηστείας της γλυκόζης (αποτελεί το κύριο σάκχαρο του αίματος). Στη συνέχεια χορηγείται διάλυμα που περιέχει 50 γραμμάρια λακτόζης και ανά 2 ώρες προσδιορίζουμε τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα. Τα επίπεδα γλυκόζης καθορίζουν την ικανότητα του οργανισμού να απορροφήσει τη λακτόζη, γιατί η λακτόζη που έχει απορροφηθεί μετατρέπεται σε γλυκόζη και γαλακτόζη. Σε περίπτωση ατελούς απορρόφησης της λακτόζης, τα επίπεδα της γλυκόζης παραμένουν στάσιμα και τίθεται η διάγνωση της δυσανεξίας στη λακτόζη.

**Η δοκιμασία αναπνοής με υδρογόνο** μετρά την ποσότητα του υδρογόνου που εκπνέεται. Φυσιολογικά, το υδρογόνο δεν ανιχνεύεται στην αναπνοή. Σε περίπτωση ατελούς απορρόφησης της λακτόζης, αυτή διασπάται από τα βακτηρίδια του εντέρου και παράγονται και εκπνέονται αέρια τα οποία περιέχουν υδρογόνο. Έτσι, η παρουσία υδρογόνου στην αναπνοή τεκμηριώνει την ατελή απορρόφηση της λακτόζης. Πριν από τη δοκιμασία αναπνοής συνιστάται η αποφυγή του καπνίσματος και η μη κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών και φαρμάκων.

## Αντιμετώπιση

Η δυσανεξία στη λακτόζη είναι σχετικά εύκολο να αντιμετωπιστεί. Αν και μέχρι σήμερα δεν υπάρχει τρόπος να αυξήσουμε την δραστηριότητα της λακτάσης, τα συμπτώματα μπορούν να αντιμετωπιστούν με κατάλληλη διαίτα.

Στα παιδιά δεν πρέπει να χορηγούνται τροφές που περιέχουν λακτόζη. Οι ενήλικες δεν είναι απαραίτητο να αποφεύγουν πλήρως την κατανάλωση προϊόντων, αλλά είναι σημαντικό μέσα από την καθημερινή εμπειρία να γνωρίζουν τη μέγιστη ποσότητα λακτόζης που μπορούν να αντέξουν. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να εμφανίζει συμπτώματα μετά από ένα μικρό ποτήρι γάλατος, ενώ κάποιος άλλος να αντέχει ένα ποτήρι και όχι δύο. Κάποιος άλλος μπορεί να καταναλώνει τυρί ή παγωτά, αλλά όχι άλλα γαλακτοκομικά προϊόντα. Γίνεται κατανοητό ότι η διαίτα πρέπει να εξατομικεύεται.

Η περιορισμένη λήψη γαλακτοκομικών μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη πρόσληψης ασβεστίου, το οποίο είναι απαραίτητο για τον οργανισμό. Είναι λοιπόν αναγκαίο η διαίτα να περιέχει τροφές πλούσιες σε ασβέστιο και ταυτόχρονα χαμηλής περιεκτικότητας σε λακτόζη. Τέτοιες τροφές είναι τα πράσινα λαχανικά και τα ψάρια των οποίων το κόκαλο τρώγεται (π.χ σολομός, σαρδέλες, στρείδια, γαρίδες).

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗΣ**

*Ο Γ. Καραμανώλης είναι Γαστρεντερολόγος*

# Διατροφική προσέγγιση της Αλκοολικής Ηπατοπάθειας



Το αλκοόλ (αιθανόλη) επηρεάζει πολλά οργανικά συστήματα, όπως το στομάχι, το ήπαρ (συκώτι), το μυοκάρδιο και τον εγκέφαλο. Ιδίως δρα στο ήπαρ, αφού το αλκοόλ μεταφέρεται εκεί -όπου και μεταβολίζεται- αμέσως μετά την απορρόφησή του από το έντερο. Άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ συνήθως είναι υποσιτισμένα. Υποστηρίζεται ότι η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ σε συνδυασμό με τη φτωχή διατροφή και γενετικούς παράγοντες οδηγούν στην αλκοολική ηπατοπάθεια.

Ο μεταβολισμός του αλκοόλ λαμβάνει κατεχοχίν χώρα στο ήπαρ από το ένζυμο αλκοολική αφυδρογονάση. Οι επιπλοκές της υπερκατανάλωσης αλκοόλ προκύπτουν κυρίως από την περίσσεια υδρογόνου και την ακεταλδεΐδη, που παράγονται κατά το μεταβολισμό του αλκοόλ. Το υδρογόνο δημιουργεί λιπώδες ήπαρ και υπερλιπιδαιμία, υψηλά επίπεδα γαλακτικού οξέος στο αίμα και χαμηλά επίπεδα γλυκόζης. Η συγκέντρωση λίπους, η επίδραση της ακεταλδεΐδης και άλλοι παράγοντες άγνωστοι μέχρι τώρα οδηγούν στην αλκοολική ηπατίτιδα. Το επόμενο βήμα είναι η κίρρωση. Η επαγόμενη διαταραχή της λειτουργίας της ηπατικής λειτουργίας διαταράσσει τη χημεία του αίματος προκαλώντας υψηλά επίπεδα αμμωνίας, που μπορεί να οδηγήσουν σε κώμα ή και στο θάνατο. Επιπλέον, η κίρρωση διαταράσσει τη δομή του ήπατος εμποδίζοντας την αιματική ροή.

Η αλκοολική ηπατοπάθεια περιλαμβάνει τρία στάδια εξέλιξης της νόσου:

- 1) λιπώδες ήπαρ
- 2) αλκοολική ηπατίτιδα και
- 3) αλκοολική κίρρωση

Στην κλινική πράξη αυτές οι τρεις ξεχωριστές νόσοι μπορεί να εμφανιστούν ανεξάρτητα ή και συγχρόνως στον ίδιο ασθενή.

## Λιπώδες ήπαρ:

Εμφανίζεται εντός 3-7 ημερών κατάχρησης αλκοόλ. Οι μεταβολικές αλλαγές που προκύπτουν από την πρόσληψη έχουν σαν αποτέλεσμα την αυξημένη συγκέντρωση τριγλυκεριδίων, δηλαδή λίπους, στα ηπατοκύτταρα. Η κατάσταση αυτή είναι αναστρέψιμη, εφόσον ο ασθενής διακόψει το αλκοόλ, όμως το λιπώδες ήπαρ μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση στεατοηπατίτιδας (λιπώδες ήπαρ με φλεγμονή, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση).

## Αλκοολική ηπατίτιδα:

Η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε οξεία ή χρόνια ηπατίτιδα. Το άτομο που παρουσιάζεται με χρόνια ηπατίτιδα είναι συνήθως χρόνια αλκοολικό με πρόσφατο επεισόδιο υπερκατανάλωσης αλκοόλ. Η αλκοολική ηπατίτιδα μπορεί να κυμαίνεται από ήπια με μόνη ένδειξη της νόσου μη φυσιολογικές εργαστηριακές τιμές έως αρκετά σοβαρή, όπου ο ασθενής συνήθως είναι υποσιτισμένος και εμφανίζεται με κόπωση, ανορεξία, ναυτία και απώλεια βάρους και έως σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία με επιπλοκές όπως ίκτερο, ηπατική εγκεφαλοπάθεια, ασκίτη, κίρρωσης του οισοφάγου με αιμορραγία, μη φυσιολογική πήξη του αίματος και κώμα. Συνήθη είναι τα σημάδια υποσιτισμού και έλλειψης βιταμινών. Η αλκοολική ηπατίτιδα είναι αναστρέψιμη εφόσον ο ασθενής διακόψει το αλκοόλ, όμως απαιτείται συνήθως χρονικό διάστημα αρκετών μηνών για την ανάρρωση. Η αλκοολική ηπατίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση και πολύ συχνά εμφανίζεται σε αλκοολικούς που ήδη έχουν κίρρωση του ήπατος.

## Αλκοολική κίρρωση:

Η πιθανότητα εμφάνισης κίρρωσης του ήπατος αυξάνει σε αλκοολικά άτομα στα οποία συνυπάρχει κάποια ηπατική νόσος, π.χ. σε αλκοολικούς με χρόνια ηπατίτιδα C. Η αλκοολική κίρρωση μπορεί να προκύψει σε ασθενή που δεν είχε ποτέ αλκοολική ηπατίτιδα. Η κίρρωση μπορεί να οδηγήσει σε ηπατική νόσο τελικού σταδίου. Στις επιπλοκές της κίρρωσης περιλαμβάνονται αυτές της αλκοολικής ηπατίτιδας. Ενώ η λιπώδης διήθηση και η αλκοολική ηπατίτιδα είναι αναστρέψιμες με αποχή από το αλκοόλ, δεν ισχύει το ίδιο και για την κίρρωση. Παρόλα αυτά με τη διακοπή του αλκοόλ στα άτομα που έχουν αλκοολική κίρρωση μπορεί να αποφευχθεί η σταδιακή επιδείνωση της κατάστασης του ήπατος.

Η επίπτωση της αλκοολικής ηπατοπάθειας εξαρτάται από διάφορους παράγοντες γενετικούς και περιβαλλοντικούς. Γι' αυτό το λόγο είναι δύσκολος ο προσδιορισμός της. Γενικά, ο κίνδυνος εμφάνισης της αλκοολικής ηπατοπάθειας είναι ανάλογος της ποσότητας και της συχνότητας κατανάλωσης αλκοόλ. Έτσι ποσότητα 20 γραμμαρίων αλκοόλ στις γυναίκες και 60 γραμμαρίων στους άνδρες μπορεί να προκαλέσει ηπατική βλάβη αν καταναλώνεται καθημερινά και για χρόνια. Π.χ. η κατανάλωση 150-200 γρ. αλκοόλ για 10-12 ημέρες οδηγεί σε λιπώδες ήπαρ σε κατά τα άλλα υγιείς άνδρες. Για την

εμφάνιση της αλκοολικής ηπατίτιδας οι ασθενείς καταναλώνουν 80 γρ. αλκοόλης ημερησίως για μια περίπου δεκαετία, ενώ το όριο για την εμφάνιση της κίρρωσης είναι τα 160 γρ. ημερησίως για πάνω από 8-10 χρόνια. 10 γραμμάρια αλκοόλης περιέχονται σε 30 ml ούισκι 40 βαθμών, σε 100 ml κρασιού 12% ή σε 250 ml μπύρας 5%. Η κατάρηση αλκοόλης δηλαδή είναι απαραίτητη όχι όμως και μοναδική προϋπόθεση για την εμφάνιση της αλκοολικής ηπατοπάθειας. Οι γενετικοί παράγοντες είναι καθοριστικής σημασίας. Κάποια άτομα δε μεταβολίζουν επαρκώς το αλκοόλ, ενώ το γυναικείο φύλο είναι πιο επιρρεπές στην εμφάνιση ηπατοπάθειας. Επομένως η αντίδραση στο αλκοόλ διαφέρει από οργανισμό σε οργανισμό. Έτσι κάποια από τα άτομα που κάνουν κατάρηση αλκοόλ εμφανίζουν ηπατίτιδα ή κίρρωση ενώ κάποια όχι. Περίπου στο 15% των ατόμων που κάνουν βαριά κατανάλωση η αλκοολική ηπατοπάθεια εξελίσσεται σε κίρρωση.

Διάφοροι είναι οι παράγοντες που συμβάλλουν στον **υποσιτισμό** που συνήθως εμφανίζεται σε χρόνια αλκοολικούς με ηπατοπάθεια και όχι τόσο σε οξεία αλκοολική ηπατοπάθεια:

1) Ο αλκοολικός (μέτρια και βαριά κατανάλωση) αντικαθιστά την τροφή του με αλκοόλ, συνήθως με αποτέλεσμα να μην προσλαμβάνει επαρκείς θερμίδες και θρεπτικά συστατικά. Στους ήπιους χρήστες αλκοόλ αυτό απλά αποτελεί μια επιπρόσθετη πηγή ενέργειας. Παρά το ότι το αλκοόλ παρέχει 7,1 Kcal/γρ., όταν καταναλώνεται σε μεγάλες ποσότητες, δε χρησιμοποιείται επαρκώς σαν πηγή ενέργειας.

2) Τα αλκοολούχα ποτά περιέχουν αλκοόλ και πιθανόν κάποιους υδατάνθρακες, ενώ η περιεκτικότητά τους σε άλλα θρεπτικά συστατικά (πρωτεΐνη, βιταμίνες, μέταλλα) είναι αμελητέα.

3) Στους αλκοολικούς παρατηρείται διαταραχή στην πέψη και απορρόφηση, η οποία σχετίζεται με παγκρεατική ανεπάρκεια καθώς και με έλλειψη κάποιων ενζύμων, όπως της λακτάσης. Συγκεκριμένα παρατηρείται δυσαπορρόφηση της θειαμίνης, της βιταμίνης B12, του φυλικού οξέος, του ψευδαργύρου και αμινοξέων. Συνήθης στην αλκοολική ηπατοπάθεια είναι η στεατόρροια (δυσαπορρόφηση λίπους) λόγω της έλλειψης χολικών οξέων. Η ίδια η αιθανόλη έχει άμεση επίδραση στην πέψη και στην απορρόφηση, που μπορεί να είναι αναστρέψιμη με την αποχή από το αλκοόλ.

4) Στην αλκοολική ηπατοπάθεια υπάρχει διαταραχή του μεταβολισμού κάποιων μικροθρεπτικών συστατικών. Σε αυτά περιλαμβάνεται το φυλικό οξύ, η θειαμίνη, η πυριδοξίνη (B6), η βιταμίνη A, η βιταμίνη D, ο ψευδάργυρος, το σελήνιο, το μαγνήσιο και ο φώσφορος. Για παράδειγμα, μεταβολίτες της αιθανόλης μπορεί να προκαλέσουν αυξημένη αποικοδόμηση της ενεργούς μορφής της πυριδοξίνης ή να εμπλακούν στο σχηματισμό και την απελευθέρωση του φυλικού οξέος.

Την κατανάλωση αλκοόλ από ασθενείς με εξάντληση των αποθηκών γλυκογόνου μπορεί να ακολουθήσει υπογλυκαιμία νηστείας. Έτσι το μεγαλύτερο μέρος των μη πρωτεϊνικών θερμίδων πρέπει να καταλαμβάνουν οι υδατάνθρακες. Η διατροφική αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας περιλαμβάνει ισορροπημένα γεύματα με μικρά και συχνά ενδιάμεσα γεύματα για την αποφυγή των διαστημάτων νηστείας.

Άτομα που πάσχουν από αλκοολική ηπατοπάθεια μπορεί να εμφανίσουν οστεοπενία. Στην πρόληψη και θεραπεία της περιλαμβάνεται η διατήρηση του βάρους, η κατανάλωση μιας ισορροπημένης διατροφής, η πρόσληψη επαρκούς πρωτεΐνης για διατήρηση της μυϊκής μάζας, 1500 mgr Ca /ημέρα, επαρκής βιταμίνη D από τη διατροφή ή συμπληρώματα, η αποφυγή αλκοόλ και ο έλεγχος για στεατόρροια (παρουσία λίπους στα κόπρανα λόγω δυσαπορρόφησής του από το έντερο) με προσαρμογή της διατροφής έτσι ώστε να ελαχιστοποιούνται οι απώλειες θρεπτικών συστατικών.

Σημαντική είναι η έγκαιρη αναγνώριση του αλκοολισμού. Ο ειδικός θα πρέπει να υποψιαστεί, αν κάποιος ασθενής εμφανιστεί με ανορεξία, ναυτία, έμετο, τρέμουλο του άνω δεξιού τεταρτημορίου και αυξημένα επίπεδα γ-GT. Η πιο σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση είναι η πλήρης αποχή από το αλκοόλ και θα πρέπει να συσταθεί μία θρεπτική και ισορροπημένη διατροφή με συμπληρώματα βιταμινών. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς με αλκοολική ηπατίτιδα έχουν κάποιο βαθμό υποθρεψία. Πρόκληση αποτελεί η εκτίμηση του βαθμού σοβαρότητας της υποθρεψίας, στον καθορισμό του οποίου πολύτιμος είναι ο ρόλος του διαιτολόγου. Ο βαθμός υποθρεψίας σχετίζεται άμεσα τόσο με τη βραχυπρόθεσμη όσο και με τη μακροπρόθεσμη θνησιμότητα. Ένα χρόνο μετά τη διάγνωση αλκοολικής ηπατίτιδας, ασθενείς με ήπια υποθρεψία παρουσίασαν 14% θνησιμότητα συγκριτικά με ασθενείς με βαριά υποθρεψία που παρουσίασαν θνησιμότητα 76%. Έρευνες έχουν δώσει θετικά αποτελέσματα για την εντερική και παρεντερική σίτιση σε υποσιτισμένους ασθενείς με κίρρωση, με βελτίωση της κλινικής κατάστασης και των επιπλοκών της.



ΒΙΤΑΜΙΝΗ /ΜΕΤΑΛΛΟ	ΣΗΜΑΔΙΑ ΕΛΛΕΙΨΗΣ
Βιταμίνη Α	δερματίτιδα, νυκτοπία
Βιταμίνη Β6 (πυριδοξίνη)	δερματίτιδα
Βιταμίνη Β12	μεγαλοβλαστική αναιμία, γλωσσίτιδα, δυσλειτουργία κεντρικού νευρικού συστήματος
Φυλικό οξύ	μεγαλοβλαστική αναιμία, γλωσσίτιδα, ευερεθιστότητα
Βιταμίνη Β1 (θειαμίνη)	νευροπάθεια, ασκίτης, οίδημα, δυσλειτουργία κεντρικού νευρικού συστήματος
Ψευδάργυρος (Zn)	ανοσοανεπάρκεια, διαταραγμένη οξύτητα γεύσης, σύνθεση πρωτεϊνών για επιούλωση πληγών
Μαγνήσιο (Mg)	νευρομυϊκή ευερεθιστότητα, υποκαλιαιμία, υπασβεσταϊμία
Φώσφορος (P)	ανορεξία, αδυναμία, καρδιακή ανεπάρκεια, δυσανοχή στη γλυκόζη

**ΣΟΦΙΑ ΠΑΣΠΑΛΙΑΡΗ**

Η Σ. Πασπαλιάρη είναι Διαιτολόγος στο «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο Αθηνών

# Όταν η σωστή φαρμακευτική αγωγή δεν είναι αρκετή...

Θα πίστευε κανείς ότι για την αποτελεσματική θεραπεία των νοσημάτων θα ήταν αρκετή η σωστή διάγνωση του γιατρού και η σύσταση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής. Η πραγματικότητα ωστόσο είναι αρκετά διαφορετική. Όπως έχει ήδη επισημάνει η Αμερικάνικη Καρδιολογική Εταιρεία «το μεγαλύτερο πρόβλημα στη σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση των διάφορων νοσημάτων είναι η αδυναμία των ασθενών να λάβουν σωστά τη φαρμακευτική αγωγή που τους συνέστησε ο γιατρός τους». Το φαινόμενο αυτό γίνεται εντονότερο στα λεγόμενα χρόνια νοσήματα, όταν μάλιστα αυτά χαρακτηρίζονται από μια άτυπη συμπτωματολογία. Στην κατηγορία αυτή ανήκει η αρθρική υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερλιπιδαιμία αλλά και η οστεοπόρωση. Σε όλα αυτά τα νοσήματα ο ασθενής καλείται να θεραπεύσει κάτι που δεν του δημιουργεί πρόβλημα σήμερα ώστε να μην υπονομεύσει την υγεία του στο μέλλον. Έτσι πολλοί από αυτούς τους ασθενείς δε θεωρούν τη φαρμακευτική τους αγωγή τίποτε άλλο από μια εμμονή του θεράποντος ιατρού σε ένα πρόβλημα που για τους ίδιους είναι ήσσονος σημασίας. Δεν τους είναι αποδεκτό ότι θα πρέπει να θεωρούν τους εαυτούς τους «ασθενείς», όταν κάθε άλλο παρά έτσι νιώθουν. Έτσι παρατηρείται το φαινόμενο να ξεχνούν να λάβουν τη θεραπεία τους ή να τη λαμβάνουν όταν η νόσος τους τους υπενθυμίσει την παρουσία της (π.χ. με μια υπερτασική κρίση). Άλλοτε τη διακόπτουν από μόνοι τους χωρίς να ενημερώσουν το γιατρό τους ή, ακόμη χειρότερα, δεν την αρχίζουν ποτέ.

Η αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης εμπίπτει σε αυτή την κατηγορία. Ως νοσολογική οντότητα έχει μια μακριά και –ειδικά στα πρώτα στάδια- εξαιρετικά σιωπηρή πορεία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η παρουσία της να γίνεται αντιληπτή μετά από ένα αυτόματο –τις περισσότερες φορές- κάταγμα, όταν δηλαδή είναι ήδη σε προχωρημένο στάδιο. Χαρακτηριστικό της οστεοπόρωσης είναι η απώλεια της πυκνότητας των οστών με αποτέλεσμα αυτά να γίνονται «πορώδη» και εύθραυστα, κάτι που οδηγεί σε αυξημένο αριθμό καταγμάτων. Σταδιακά υπονομεύεται όλο και περισσότερο η ικανότητα κίνησης και ανεξαρτησίας, η καλής ποιότητας ζωή του ασθενούς αλλά και το προσδόκιμο επιβίωσής του, καθώς στατιστικά το ένα τρίτο των ατόμων με κάταγμα του ισχίου πεθαίνει μέσα στο επόμενο έτος. Οι ασθενείς με εγκατεστημένη οστεοπόρωση εμφανίζουν γενικά πτωχή υγεία, χρησιμοποιούν συχνότερα τους υγειονομικούς φορείς,

νοσηλεύονται περισσότερο, λαμβάνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό αναπηρικά επιδόματα και γενικά επιβαρύνουν σημαντικά τον κρατικό προϋπολογισμό. Αν λάβει κανείς υπόψιν του πως μια στις τρεις μετεμηνοπαυσιακές γυναίκες και ένας στους πέντε άνδρες πάνω από την ηλικία των 50 ετών θα εμφανίσουν οστεοπόρωση μπορεί να κατανοήσει το μέγεθος του προβλήματος.

Το παράδοξο στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι ότι ειδικά για την οστεοπόρωση υπάρχουν πολλές και πραγματικά αποτελεσματικές θεραπείες. Ανάμεσα στις πιο συχνά συνταγογραφούμενες κυρίαρχη θέση έχει η κατηγορία των διφωσφονικών φαρμάκων. Η αποτελεσματικότητα των διφωσφονικών στην αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης έχει αποδειχθεί επανειλημμένα με πολυκεντρικές μελέτες και μεγάλο αριθμό ασθενών. Απαραίτητη προϋπόθεση όμως είναι να λαμβάνονται αυτά ανελλιπώς από τους ασθενείς για ικανό χρονικό διάστημα (τουλάχιστον για ένα χρόνο) και με το σωστό τρόπο. Ωστόσο στην καθημερινή πρακτική αυτό δε συμβαίνει. Οι ασθενείς για διάφορους λόγους σταματούν την αντισεοπορωτική τους αγωγή ξεχνώντας μάλιστα να το αναφέρουν στο θεράποντα γιατρό τους. Μέχρι σήμερα τα διφωσφονικά χορηγούνται με τη μορφή ημερήσιου ή εβδομαδιαίου δοσολογικού σχήματος (μια φορά την εβδομάδα). Ακόμη όμως και με την πολύ απλούστερη δοσολογία της χορήγησης μια φορά την εβδομάδα (ό,τι καλύτερο υπάρχει σήμερα στον τομέα των διφωσφονικών), ποσοστό έως 60% των ασθενών διακόπτει τη θεραπεία του μέσα στον πρώτο χρόνο

από την έναρξή της. Βέβαια το ποσοστό αυτό είναι σαφώς καλύτερο από το 80% αυτών που διακόπτουν το ημερήσιο σχήμα αγωγής με διφωσφονικά, σίγουρα όμως δείχνει ότι υπάρχουν ακόμη σημαντικά περιθώρια βελτίωσης στη συμμόρφωση των ασθενών.

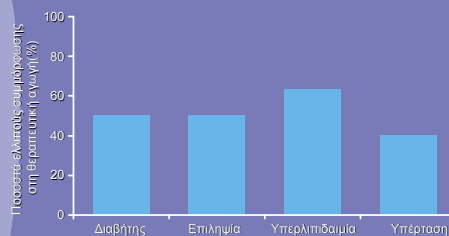
Σε μια προσπάθεια ελέγχου του προβλήματος συμμόρφωσης στην αντιοστεοπορωτική αγωγή, ο Διεθνής Οργανισμός κατά της Οστεοπόρωσης (International Osteoporosis Foundation) οργάνωσε μια μελέτη για τη διερεύνηση των λόγων που οδηγούν έναν οστεοπορωτικό ασθενή στο να εγκαταλείψει τη θεραπεία του. Τα αποτελέσματα ήταν εξαιρετικά διαφωτιστικά. Η μελέτη βασίστηκε σε συνεντεύξεις μετεμμηνοπαυσιακών, οστεοπορωτικών γυναικών (η σημαντικότερη ομάδα πληθυσμού με οστεοπόρωση) και μεγάλου αριθμού γιατρών που ασχολούνται με τη συγκεκριμένη νόσο. Οι σημαντικότεροι λόγοι που οδήγησαν πολλές από αυτές τις γυναίκες στο να εγκαταλείψουν τη θεραπεία τους είχαν σχέση με τη συχνότητα και τον τρόπο με τον οποίο έπρεπε αυτή να λαμβάνεται, αλλά και με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της. Συγκεκριμένα, η ανάγκη να μένουν όρθιες μετά τη λήψη του διφωσφονικού, η απαγόρευση κατανάλωσης φαγητού τόσο πριν όσο και αρκετό χρόνο μετά από αυτή, οι πιθανές παρενέργειες και όλα αυτά συνδυασμένα με άλλες φαρμακευτικές αγωγές που σε αυτή την ηλικία πολύ πιθανό να λαμβάνονται παράλληλα, οδήγησαν πολλές γυναίκες στο να εγκαταλείψουν την προσπάθεια. Άλλωστε, όπως αρκετές από αυτές ανέφεραν, δεν ένιωθαν ότι μια τέτοια αγωγή είναι αποτελεσματική και αυτός ήταν ένας βασικός λόγος για τον οποίο συχνά ξεχνούσαν να τη λάβουν.

Από την άλλη πλευρά, οι κυριότεροι λόγοι που οδήγησαν κάποιες άλλες γυναίκες στο να ακολουθήσουν πιστά την αγωγή τους ήταν σχετικοί με το ότι είχαν πειστεί για τον κίνδυνο που αντιπροσωπεύει γι'αυτές η οστεοπόρωση και το όφελος που μπορεί να τους προσφέρει μια καταξιωμένη φαρμακευτική αγωγή. Έτσι ανέφεραν ότι λαμβάνοντας τακτικά το φάρμακό τους ένιωθαν πως βοηθούν τον εαυτό τους να αντισταθεί στη φθορά που αντιπροσωπεύει η οστεοπόρωση γι'αυτές, προστατεύονται από τα κατάγματα διατηρώντας ή βελτιώνοντας την ποιότητα των οστών τους και εξασφαλίζουν στον εαυτό τους τη δυνατότητα να παραμείνουν ανεξάρτητες και σε καλή φυσική κατάσταση για πολύ περισσότερο. Ενδιαφέρον παρουσιάζει μια απάντηση που έδωσαν αρκετές γυναίκες, ότι δηλαδή λάμβαναν την αγωγή τους υπακούοντας στις συμβουλές του θεράποντος γιατρού τους. Φαίνεται λοιπόν ότι η προσωπική σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς παίζει σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση της απόφασης των γυναικών να παραμείνουν στη θεραπεία. Από την άλλη πλευρά μια αγωγή που θα λαμβάνεται ευκολότερα, σε αραιότερα πιθανόν χρονικά διαστήματα και η οποία θα είναι τουλάχιστον ισοδύναμη των ήδη υπαρχόντων θα εξασφάλιζε πολύ καλύτερη συμμόρφωση. Όπως προκύπτει από τη μελέτη, τόσο οι γιατροί όσο και οι ασθενείς βρήκαν πολύ θελκτική την ιδέα ενός διφωσφονικού το οποίο θα χορηγείται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα, καθώς αυτό θα εξασφάλιζε μεγαλύτερη ευκολία, θα επηρέαζε λιγότερο την καθημερινότητά τους και άρα θα αύξανε το ποσοστό συμμόρφωσης. Καλύτερη συμμόρφωση όμως μεταφράζεται σε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και άρα καλύτερη ποιότητα οστού, που με τη σειρά του οδηγεί σε μείωση των καταγμάτων και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Τελικά, σύμφωνα με μια πιο γενική θεώρηση των πραγμάτων, αυτό θα έχει θετικά οφέλη σε επίπεδο μείωσης κόστους για τους φορείς υγείας.

Τα συμπεράσματα από τη συγκεκριμένη έρευνα είναι πολλά και πιστεύεται πως θα βοηθήσουν στο να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά αυτό που παγκοσμίως έχει χαρακτηριστεί ως «σιωπηλή επιδημία», η οστεοπόρωση. Με έναν πληθυσμό ανθρώπων που διαρκώς αυξάνει το μέσο όρο ηλικίας του και που παράλληλα απαιτεί όχι μόνο παράταση της ζωής του αλλά και βελτίωση της ποιότητάς της, η αποτελεσματική αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων φαντάζει επιτακτική. Η μελέτη που εκπονήθηκε από την IOF απέδειξε πρωταρχικά αυτό που είναι ήδη

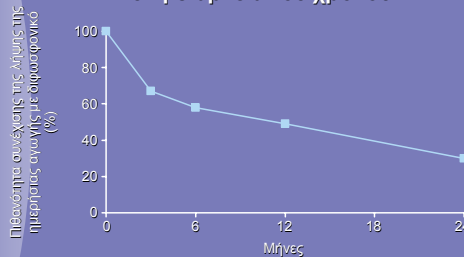
γνωστό, ότι δηλαδή για μια επιτυχημένη θεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς είναι βασική η σχέση εμπιστοσύνης και καλής συνεργασίας με το θεράποντα γιατρό. Επιπλέον, μια αγωγή με απλουστευμένο δοσολογικό σχήμα που όμως δεν υπολείπεται σε αποτελεσματικότητα διευκολύνει ακόμη περισσότερο τη συνολική συμμόρφωση με αυτή. Το μηνιαίο δοσολογικό σχήμα διφωσφονικού αναμένεται να δώσει στις μετεμμηνοπαυσιακές, οστεοπορωτικές γυναίκες τη δυνατότητα μιας αντιοστεοπορωτικής αγωγής η οποία θα τους μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο για νέα κατάγματα και θα ενσωματώνεται αρμονικά στην καθημερινότητά τους. Η ευκολία στη λήψη σε συνδυασμό με την αίσθηση απουσίας νόσου, που γεννά η σε τόσο αραιά χρονικά διαστήματα λήψη φαρμάκου, πιστεύεται ότι θα κάνει τη διαφορά στο θέμα της οστεοπόρωσης.

### Ελλιπής συμμόρφωση στη θεραπεία σε διαφορετικές θεραπευτικές περιοχές.



Data in: Berg JS, et al. Ann Pharmacother 1993;27:SS-19 and Sung J et al. Am J Manag Care 1996;4:1421-30

### Η πιθανότητα συνέχισης λήψης της αντιοστεοπορωτικής αγωγής ελαττώνεται στη διάρκεια του χρόνου.



Data in: Lombas C, et al. J Bone Miner Res 2001;16(Suppl. 1):S229

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

# ...Χριστουγεννιάτικες από τη Ρένα της Φτελιάς

## Δίπλες

### ΥΛΙΚΑ

#### για τη ζύμη

½ κιλό αλεύρι  
ξύσμα λεμονιού,  
πορτοκαλιού και μανταρινιού  
5 αυγά  
½ φλιτζάνι του τσαγιού ούζο  
λάδι για το τηγάνισμα

#### για το πασπάλισμα

καρυδόψιχα τριμμένη  
και ξύσμα πορτοκαλιού

#### για το σιρόπι

½ ποτήρι του νερού νερό  
½ ποτήρι του νερού ζάχαρη  
1 ποτήρι του νερού μέλι  
1 λεμονόκουπα,  
1 πορτοκαλόκουπα  
και 1 μανταρινόκουπα



Η συνταγή και η φωτογραφία είναι από το βιβλίο της Ρένας της Φτελιάς «Τα Γλυκά της Ρένας» του Εκδοτικού Οίκου «Α.Α. Λιβάνη»

### ΕΚΤΕΛΕΣΗ

Ανακατεύω το αλεύρι με το ξύσμα των εσπεριδοειδών. Σε μια λεκάνη βάζω τα αυγά χτυπημένα, το ούζο και το αλεύρι. Τα ζυμώνω πολύ καλά και κάνω μια ωραία μαλακή ζύμη. Ρίχνω πάνω στον πάγκο της κουζίνας λίγο αλεύρι και ανοίγω τη ζύμη σε ένα μεγάλο φύλλο. Κόβω το φύλλο σε μακρόστενες λωρίδες. Βάζω στη φωτιά μια κατσαρόλα με λάδι και μόλις κάψει αρχίζω να τηγανίζω μία μία λωρίδα σε ό,τι σχέδιο θέλω. Βγάζω μία μία τις διπλές με τρυπητή κουτάλα, αφού έχουν τηγανιστεί καλά, και τις βάζω σε ένα μεγάλο πιάτο. Ετοιμάζω

το σιρόπι. Μετά ρίχνω μέσα στο σιρόπι μία μία διπλή και την αφήνω για 1 λεπτό περίπου. Πασπαλίζω μια πινατέλα με λίγη καρυδόψιχα και ξύσμα πορτοκαλιού και βάζω μία μία τις σιροπιασμένες διπλές. Μετά τις περικύνω με το σιρόπι που έμεινε και τις πασπαλίζω με την υπόλοιπη καρυδόψιχα και το ξύσμα πορτοκαλιού. Τις αφήνω να κρυώσουν και να τραβήξουν καλά το σιρόπι και σερβίρω.

Καλή επιτυχία !  
Ρένα της Φτελιάς



# Μη Αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος επιδημικό πρόβλημα των ανεπτυγμένων χωρών

Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (Non Alcoholic Fatty Liver Disease – NAFLD) αποτελεί σήμερα κύριο ηπατολογικό πρόβλημα με διαστάσεις επιδημίας στις ανεπτυγμένες χώρες, όπου η καθιστική ζωή και η παχυσαρκία προεξάρχουν. Ο επιπολασμός της νόσου εκτιμάται στο 16-23% του γενικού πληθυσμού και στο 75% των παχύσαρκων.

## 1. Τι είναι η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος;

Η NAFLD είναι μια μορφή χρόνιας ηπατοπάθειας, που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα απο ιστολογικά ευρήματα στη βιοψία ήπατος, τα οποία είναι όμοια με τα ευρήματα της αλκοολικής ηπατοπάθειας. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει την απλή λιπώδη διήθηση του ήπατος (ή στεάτωση του ήπατος) και τη στεατοηπατίτιδα (NASH), της οποίας ένα ποσοστό μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση του ήπατος. Για να τεθεί η διάγνωση της NAFLD, πρέπει να αποκλεισθεί η σημαντική κατανάλωση αλκοόλ από αιτία της ηπατοπάθειας του ασθενούς (δηλαδή < 20 gr/ημέρα για τις γυναίκες και < 30 gr/ημέρα για τους άνδρες). Επίσης θα πρέπει να αποκλεισθούν διάφορα άλλα αίτια που μπορεί να προκαλέσουν δευτεροπαθή στεάτωση και στεατοηπατίτιδα, όπως τοξίνες, φάρμακα (αμιδοαρόνη, γλυκοκορτικοειδή, συνθετικά οιστρογόνα, αναστολείς αντλίας Ca<sup>++</sup>, ταμοξιφένη, μεθοτρεξάτη, βάλπροϊκό Na<sup>+</sup>), επίκτητες (12/δακτύλο-ειλική παράκαμψη για θεραπεία παχυσαρκίας, ολική παρεντερική διατροφή, πρωτεϊνικός υποσιτισμός) και κληρονομούμενες (αβηταλιποπρωτεϊναιμία, λιποδυστροφία, νόσος Wilson) διαταραχές του μεταβολισμού.

## 2. Συνδυάζεται η NAFLD με άλλες καταστάσεις ή παθήσεις;

Η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, η υπερλιπιδαιμία και η υπέρταση αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη λιπώδους διήθησης του ήπατος. Σε σχετική μάλιστα μελέτη σε παχύσαρκους βρέθηκε ότι στο 85% αυτών των ατόμων η βιοψία ήπατος έδειξε λιπώδη διήθηση. Επίσης στο ένα τρίτο αυτών ανευρέθησαν στοιχεία φλεγμονής, δηλαδή στεατοηπατίτιδα που, όπως προαναφέρθηκε, μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση του ήπατος. Μόνο το 5% των παχύσαρκων είχαν φυσιολογική βιοψία.

## 3. Τι είναι γνωστό για την αιτιοπαθογένεια της NAFLD;

Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί η θεωρία των «δυο προσβολών» αναφορικά με τη παθογένεση της NAFLD. Με βάση αυτή τη θεωρία η βλάβη στο ήπαρ ξεκινά με την εναπόθεση λίπους στο συγκεκριμένο όργανο (1η προσβολή). Κεντρικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία έχει η ύπαρξη αντίστασης στην ινσουλίνη, τόσο στο ήπαρ, όσο και στους περιφερικούς ιστούς. Η φυσιολογική δράση της ινσουλίνης αποσκοπεί στην πρόσληψη γλυκόζης από τα κύτταρα και στη χρησιμοποίησή της για τις μεταβολικές τους ανάγκες. Αντίθετα, έχει ανασταλτική δράση στη χρησιμοποίηση λιπιδίων για τις μεταβολικές ανάγκες των κυττάρων (δηλαδή αναστέλλει τη β-οξειδωση των λιπαρών οξέων). Με αυτό το τρόπο ευνοεί την εναπόθεση του λίπους στους ιστούς. Έτσι

λοιπόν η υπερινσουλιναιμία που προκύπτει προάγει τη στεάτωση του ήπατος. Επακόλουθο αυτής της διαδικασίας είναι το ήπαρ να καθίσταται ευάλωτο στη 2η προσβολή που είναι το οξειδωτικό stress. Η προσπάθεια του οργανισμού να μεταβολίσει το περίσσιο λίπος οδηγεί στη δημιουργία χημικών μορίων, που είναι τοξικά για το ήπατοκύτταρο (οξειδωτικό stress), με αποτέλεσμα η φλεγμονή που δημιουργείται να οδηγεί σε ηπατική ίνωση, που αποτελεί πρόδρομο στάδιο της ανάπτυξης κίρρωσης. Η ένταση όλης αυτής της διεργασίας εξαρτάται και από το γενετικό υπόβαθρο του ατόμου.

## 4. Ποια η κλινική εικόνα και πώς διαγιγνώσκεται η NAFLD;

Οι περισσότεροι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί, ανακαλύπτονται δε τυχαία στα πλαίσια κλινικοεργαστηριακού ελέγχου για άλλες καταστάσεις (όπως π.χ. παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη ή υπέρταση). Οι συμπτωματικοί ασθενείς μπορεί να αναφέρουν ήπιο πόνο ή αίσθημα βάρους στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλίας, εύκολη κόπωση ή ανορεξία. Κατά την εξέταση αυτών των ασθενών ανευρίσκεται διόγκωση του ήπατος σε ποσοστό περίπου 75%. Ο εργαστηριακός έλεγχος πιθανόν να δείξει διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας, κυρίως ήπια έως μέτρια αύξηση των τρανσαμινασών (AST/ALT). Είναι πιθανόν επίσης να ανευρεθεί υπερλιπιδαιμία, καθώς και υπερηλικαιμία ή διαταραχή ανοχής της γλυκόζης. Με βάση τα πιο πάνω ευρήματα ο κλινικός ιατρός θα προσπαθήσει με απεικονιστικές μεθόδους να διερευνήσει το πρόβλημα. Η υπερηχοτομογραφία [US] ήπατος αποτελεί συνήθως μια πρώτη και αξιόπιστη τεχνική για την ανεύρεση σημαντικού βαθμού (>30%) ηπατικής στεάτωσης. Το κύριο υπερηχογραφικό εύρημα είναι η αυξημένη διάχυτη ή εστιακή ηχογένεια του ήπατος, συγκρινόμενη με αυτή του φλοιού του νεφρού. Η αξονική [CT] καθώς και η μαγνητική [MRI] τομογραφία μπορεί – χωρίς να είναι πάντοτε απαραίτητες – να συμβάλουν είτε στην επιβεβαίωση της διάγνωσης, είτε στον αποκλεισμό άλλων καταστάσεων. Φυσικά, για να τεθεί η διάγνωση της NAFLD, θα πρέπει

πρώτα να έχει αποκλειστεί η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, καθώς και να έχουν διερευνηθεί άλλα αίτια ηπατικής δυσλειτουργίας (όπως π.χ. λοιμώδη, ανοσολογικά και μεταβολικά). Τέλος, η βιοψία ήπατος είναι η μέθοδος με την οποία τίθεται αδιαμφισβήτητα η διάγνωση. Θα πρέπει να τονιστεί όμως ότι βιοψία δε χρειάζεται να γίνεται συχνά, μιας και οι ασθενείς με NAFLD έχουν σχετικά καλή πρόγνωση.

## 5. Πρόγνωση της NAFLD

Παράγοντες που επιβαρύνουν την πρόγνωση είναι η προχωρημένη ηλικία (>40 ετών), ο βαθμός παχυσαρκίας, η παρουσία σακχαρώδη διαβήτη, υπερτριγλυκεριδαϊμίας και η αύξηση των τρανσαμινασών (>100). Η πενταετής και δεκαετής επιβίωση των ασθενών με NAFLD είναι 67% και 59% αντίστοιχα. Ο θάνατος δεν οφείλεται συνήθως σε ηπατικές αλλά σε καρδιαγγειακές επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη, της παχυσαρκίας και της υπερλιπιδαιμίας. Η πιθανότητα εξέλιξης της NAFLD σε κίρρωση είναι ταχύτερη εκείνης της χρόνιας ηπατίτιδας C (20% vs 15% εντός 20ετίας). Η NAFLD θεωρείται σήμερα το κυριότερο αίτιο κρυπτηγούς κίρρωσης.

## 6. Ποια η θεραπεία της NAFLD;

Η θεραπεία της NAFLD βασίζεται στην αντιμετώπιση και στο χειρισμό καταστάσεων που συνδέονται ή προδιαθέτουν σ' αυτή, όπως παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία ή υπέρταση. Συγκεκριμένα, η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας επιτυγχάνεται με δίαιτα, φυσική άσκηση, συνδυασμό των προηγούμενων δυο, φαρμακευτική αγωγή [όταν BMI>30 kg/m<sup>2</sup> ή όταν BMI>27 kg/m<sup>2</sup> με συνυφιστάμενη νόσο λόγω της παχυσαρκίας (BMI = Body Mass Index)] ή τέλος χειρουργικά [όταν BMI>35 kg/m<sup>2</sup>]. Στόχος της θεραπείας θα πρέπει να είναι η πτώση του σωματικού βάρους (ΣΒ) κατά 10% από το αρχικό ΣΒ με ρυθμό 0,5-1 kg εβδομαδιαίως. Θα πρέπει να τονιστεί ότι απότομη πτώση του ΣΒ οδηγεί μεν σε μείωση της στεάτωσης στο ήπαρ, αλλά παράλληλα παρατηρείται αύξηση της ίνωσης, της φλεγμονής και της νέκρωσης στις μετὰ τη θεραπεία βιοψίες ήπατος. Αγωγή που επιτυγχάνει άριστο έλεγχο της γλυκόζης του αίματος ή / και μειώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη είναι δυνατόν να παρεμβαίνει και στην εξέλιξη της NAFLD. Αντιδιαβητικοί παράγοντες που μειώνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη είναι η μετφορμίνη, όπως και τα νεότερα σκευάσματα της ομάδας των γλιταζονών (τρογλιταζόνη, ροσιγλιταζόνη και πιογλιταζόνη). Πέραν της αντιδιαβητικής τους χρήσης, τα σκευάσματα αυτά έχουν δοκιμαστεί και σε μελέτες σε μη διαβητικούς ασθενείς με NASH. Από τη στιγμή που τα ελεύθερα λιπαρά οξέα εμπλέκονται στη παθογένεια της NASH, η αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας αποτελεί εύλογο στόχο στη θεραπεία της. Φαρμακευτικές ουσίες που ασκούν κυτταροπροστατευτική και αντιοξειδωτική δράση στο ήπατοκύτταρο έχουν ρόλο στην αντιμετώπιση της NAFLD. Τέτοιες ουσίες είναι : το ουρσοδεοξυχολικό οξύ, η βιταμίνη E και C. Τέλος, ασθενείς με NASH που έχουν οδηγηθεί σε μη αντιρροπούμενη κίρρωση μπορεί να αντιμετωπιστούν με μεταμόσχευση ήπατος. Μάλιστα, η πιο πάνω κλινική εικόνα αποτελεί το αίτιο για μεταμόσχευση σε ποσοστό 1-2% σε μεγάλα κέντρα της Ευρώπης και των Η.Π.Α.

### ΧΑΡΗΣ ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Ο Χ. Καραγεωργίου  
είναι Ειδικευμένος Γαστρεντερολόγος

### ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΝΤΕΛΗΣ

Ο Β. Ντελής είναι Γαστρεντερολόγος,  
Αναπληρωτής Διευθυντής  
στο Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

### ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Λιπώδης διήθηση ήπατος >>> αθώα κατάσταση  
Στεατοηπατίτιδα >>> μπορεί να εξελιχθεί σε κίρρωση

### ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Παχυσαρκία  
Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II  
Υπερλιπιδαιμία  
Υπέρταση

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗΣ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Αντιμετώπιση προδιαθεσικών παραγόντων  
Παχυσαρκίας  
Σακχαρώδους διαβήτη  
Υπερλιπιδαιμίας  
Υπέρτασης  
Σωματική άσκηση  
Φάρμακα (μη τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα)

# Φολικό ΘΞΥ & Εγκυμοσύνη

Παράγων Wills, πτερουλομονογλουταμινικό οξύ, παράγων κατά της αναιμίας PGA, Βιταμίνη Μ, Βιταμίνη Β-9, βιταμίνη Β-10, βιταμίνη Β-11, είναι μερικά από τα ονόματα που δόθηκαν στη βιταμίνη για την οποία τελικά επικράτησε ο όρος φολικό οξύ (προτάθηκε από τους Mitchell, Snell και Williams το 1941), επειδή ήταν ευρέως διαδεδομένη σε μεγάλα φυλλώδη λαχανικά όπως το σπανάκι κ.λπ.

Το φολικό οξύ, το οποίο συνήθως δεν βρίσκεται ελεύθερο στη φύση, αποτελείται από: πτεριδίνη, παρα-αμινο-βενζοϊκό οξύ και γλουταμινικό οξύ. Στη φύση βρίσκεται σαν μονο-, τρι- και επτα- πτερουλογλουταμινικό οξύ, αλλά απορροφάται μόνο σαν μονοπτερουλογλουταμινικό από τον οργανισμό, στον οποίο βρίσκεται κυρίως ως τετραυδροφολικό (η βιολογικά δραστική μορφή της βιταμίνης που χρησιμοποιείται ως συνένζυμο), μορφή με την οποία συναντάται και σε τρόφιμα

Η κύρια δράση του τετραυδροφολικού οξέος είναι η μεταφορά ομάδας με ένα άτομο άνθρακα από μία ένωση σε μία άλλη. Το συνένζυμο του φολικού συμμετέχει στον σχηματισμό πουρινών και πυριμιδινών που είναι απαραίτητες για τη βιοσύνθεση των νουκλεϊνικών οξέων DNA και RNA. Αυτό εξηγεί το σημαντικό ρόλο του φολικού στον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Εκτός όμως από τη λειτουργία αυτή το φολικό συμμετέχει στην σύνθεση της αίμης, των αμινοξέων τυροσίνης, γλουταμινικού οξέος, μεθειονίνης, την αλληλομετατροπή σερίνης-γλυκίνης, την μετατροπή του νικοτιναμίδιου σε Ν-μεθυλονικοτιναμίδιο (μεταβολίτη της νιασίνης), της αιθανολαμίνης σε χολίνη, κ.λπ. Η παρουσία των βιταμινών C, Β12 και Β6 είναι σημαντική για τη δράση του συνενζύμου του φολικού σε πολλές από τις παραπάνω μεταβολικές πορείες.

Ο Angier και οι συνεργάτες του απομόνωσαν και συνέθεσαν το φολικό οξύ το 1945, την ίδια χρονιά που ο Dr. T. Spies απέδειξε ότι το φολικό ήταν αποτελεσματικό για τη θεραπεία της μεγαλοβλαστικής αναιμίας σε εγκυμονούσες. Πολύ νωρίτερα στην Ινδία, η γιατρός Lucie Wills (1931 σε μαιευτήριο της Βομβάης), είχε περιγράψει μια μορφή μακροκυτταρικής αναιμίας σε εγκύους, η οποία ανταποκρίνεται θετικά στη χορήγηση εκχυλίσματος μαγιάς. Από μεταγενέστερες εργασίες φάνηκε ότι η θεραπεία οφειλετο, σε ομάδα χημικά συγγενών ενώσεων με δράση φολικού οξέος που βρίσκονταν στη μαγιά, τις φολασίνες.

Τρόφιμα πλούσια

σε φολικό είναι το

συκώτι, τα φυλλώδη

λαχανικά, τα

σταράχια, οι

μηνάνες και οι

φράουλες.



## Η έλλειψη φολικού κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέεται με μια σειρά προβλημάτων όπως:

- Μεγαλοβλαστική αναιμία (κατά τη βρεφική ηλικία) η οποία αναφέρεται και ως μακροκυτταρική αναιμία και η οποία ανταποκρίνεται θετικά σε θεραπεία με φολικό οξύ (είναι ταυτόσημη με αυτή που οφείλεται σε έλλειψη βιταμίνης B12). Ωστόσο σε μερικές περιπτώσεις πιθανόν να οφείλεται σε μετάλλαξη που εμφανίζεται στο ένζυμο που χρησιμοποιεί το φολικό σαν συνένζυμο.

- Συγγενείς ανωμαλίες του νωτιαίου μυελού (Neural Tube Defects, NTDs): η εμβρυϊκή ανάπτυξη και η εξέλιξη χαρακτηρίζονται από έντονη διαίρεση των κυττάρων. Η παρουσία επαρκούς ποσότητας φολικού είναι σημαντική εξαιτίας του ρόλου του στη σύνθεση των DNA και RNA. Από τις NTDs οι πιο κοινές είναι η spina bifida (δισχυδής ράχη), κατά την οποία η σπονδυλική στήλη αναπτύσσεται ανώμαλα και η anencephaly (ανεγκεφαλία), η οποία μεταφράζεται σε πνευματική καθυστέρηση ή θάνατο για πολλά βρέφη. Οι ανωμαλίες εμφανίζονται ανάμεσα στην 21η και 27η ημέρα μετά τη σύλληψη, χρόνο κατά τον οποίο δεν έχει συχνά γίνει γνωστή η εγκυμοσύνη, και είναι σε ορισμένες περιπτώσεις μοιραίες για τα έμβρυα.

Στις ΗΠΑ ο κίνδυνος εμφάνισης των NTDs πριν τον εμπλουτισμό των τροφίμων με φολικό είχε προσδιοριστεί σε 1/1000 εγκυμοσύνες. Αποτελέσματα τυχαίων δειγμάτων σε εγκύους μετά την χορήγηση συμπληρώματος διατροφής που περιέχει φολικό οξύ, ένα μήνα πριν και ένα μετά την σύλληψη, έδειξαν μείωση των ανωμαλιών σε ποσοστό 60-100%

Στο American Journal of Medicine δημοσιεύθηκε τον Απρίλιο 2005 εργασία που εξετάζει αν η πρόσφατη μείωση των NTDs στα νεογέννητα στη Χιλή οφείλετε στην προσθήκη φολικού οξέος στο αλεύρι (από το 2000). Για αυτό το λόγο μελετήθηκαν ιστορικά δεδομένα πριν από τον εμπλουτισμό και συγκρίθηκαν με τα δεδομένα δύο ετών μετά την προσθήκη του φολικού οξέος στο συγκεκριμένο τρόφιμο. Μελετήθηκαν οι περίοδοι 1982 έως 1989, 1990 έως 2000 και 2001 έως 2002. Παρατηρήθηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης των ανωμαλιών δε μεταβλήθηκε σημαντικά στις δύο πρώτες περιόδους ενώ μετά τον εμπλουτισμό η spina bifida μειώθηκε κατά 51% και η anencephaly κατά 46%. Χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα από τη Χιλή, επειδή στη χώρα αυτή απαγορεύονται οι εκτρώσεις.

## Άλλες επιπλοκές της εγκυμοσύνης

Επάρκεια του οργανισμού σε φολικό μπορεί να προλάβει την εμφάνιση και άλλων προβλημάτων όπως ορισμένες καρδιακές ανωμαλίες και ανωμαλίες στο σχηματισμό των άκρων. Ωστόσο ο ρόλος του φολικού σε αυτές δεν είναι τόσο σαφής όσο στην προστασία από τις NTDs. Χαμηλά επίπεδα φολικού στη διαίτα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνδέονται επίσης με την αύξηση γέννησης πρόωρων και ελλιποβαρών βρεφών. Προσφάτως υψηλά επίπεδα ομοκυστείνης στο αίμα συνιστούν δείκτη έλλειψης φολικού και σχετίζονται με την αύξηση περιστατικών αποβολής και άλλων επιπλοκών της εγκυμοσύνης, όπως η αποκόλληση του πλακούντα κλπ. Γι' αυτό η λήψη φολικού είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ακόμη και αφού έχει παρέλθει ο κίνδυνος εμφάνισης των NTDs, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος άλλων προβλημάτων.

Τρόφιμα πλούσια σε φολικό είναι το συκώτι, τα φυλλώδη λαχανικά, τα σπαράγγια, οι μπανάνες και οι φράουλες. Ωστόσο πολλές φορές είναι δύσκολο να προσληφθεί επαρκής ποσότητα φολικού μέσω της διατροφής και χρειάζεται επί πλέον λήψη (0,4mg ημερησίως) είτε μόνου του είτε με τη μορφή πολυβιταμινούχου σκευάσματος. Ο κίνδυνος έλλειψης φολικού αυξάνεται σε περιπτώσεις χαμηλής ή οριακής λήψης της βιταμίνης με σύγχρονη αύξηση του βάρους του σώματος όπως συμβαίνει στην εγκυμοσύνη

Τα αποτελέσματα μελετών οδήγησαν την US Public Health Service να προτείνει σε όλες γυναίκες που βρίσκονται σε ηλικία ικανή προς τεκνοποίηση να παίρνουν καθημερινά 400mcg φολικού για την πρόληψη των NTDs καθώς οι περισσότερες εγκυμοσύνες είναι απρογραμματίστες. Γυναίκες που πάσχουν από διαβήτη, επιληψία ή έχουν οικογενειακό ιστορικό NTDs ασθενειών, πρέπει να παίρνουν 4 mg φολικού καθημερινά. Επίσης κατά τη διάρκεια της γαλουχίας η μέση ημερήσια δόση φολικού ορίζεται στα 280mcg/ημέρα κατά τη διάρκεια των πρώτων έξι μηνών και σε 260 mcg/ημέρα για τους υπόλοιπους έξι μήνες.

## ΣΟΦΙΑ ΜΗΝΙΑΔΟΥ-ΜΕΙΜΑΡΟΓΛΟΥ

*Η Σ. Μηνιάδου – Μειμάρογλου είναι  
Επίκουρη Καθηγήτρια Χημείας Τροφίμων  
του Πανεπιστημίου Αθηνών*

## Βγάλτε βόλτα το σκύλο και χάστε τα περιττά κιλά

### Νέα Υόρκη:

Ο σκύλος δεν είναι απλά ο καλύτερος φίλος του ανθρώπου, αλλά μπορεί να γίνει και «εργαλείο» απώλειας βάρους, σύμφωνα με νέα μελέτη που συνδέει τη βόλτα του σκύλου με την αύξηση της σωματικής άσκησης και την απώλεια κιλών.

Ερευνητική ομάδα του Ερευνητικού Κέντρου για την Ανθρώπινη-Ζωική Αλληλεπίδραση του Κολεγίου Κτηνιατρικής του Πανεπιστημίου του Μισούρι-Κολούμπια με επικεφαλής τη Δρ Ρεμπέκα Τζόνσον οργάνωσε έρευνα με στόχο να ενθαρρύνει υπέρβαρα άτομα που έκαναν καθιστική ζωή να γυμναστούν και συγκεκριμένα να περπατούν.

«Είναι γνωστό ότι το περπάτημα κάνει καλό, αλλά είναι δύσκολο να πείσουμε τους ανθρώπους να περπατούν σε τακτική βάση. Θελήσαμε να δούμε αν η σχέση με ένα κατοικίδιο, στην προκειμένη περίπτωση με το σκύλο μπορεί να αποτελέσει το κίνητρο για περπάτημα», εξηγεί η Αμερικανίδα

ερευνήτρια.

Οι κάτοχοι σκύλου που πήραν μέρος στη μελέτη άρχισαν να περπατούν 10 λεπτά την ημέρα τρεις φορές την εβδομάδα και τελικά κατέληξαν να περπατάνε 20 λεπτά την ημέρα πέντε φορές την εβδομάδα. Η μια ομάδα έκανε περπάτημα για 50 εβδομάδες ενώ η άλλη μόνο 26.

Η πρώτη ομάδα έχασε κατά μέσο όρο 6.350 γραμμάρια κατά τη διάρκεια του μονοετούς προγράμματος. Μάλιστα ο δεσμός που αναπτύχθηκε με τον τετράποδο φίλο βελτίωσε την ευλιξία, την ισορροπία και την ικανότητα του βαδίσματος, συντέλεσε σε απώλεια βάρους και δημιούργησε αίσθηση ευεξίας σε όλους τους συμμετέχοντες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι συμμετέχοντες ήταν άτομα που έκαναν καθιστική ζωή, με μειωμένη οικονομική δυναμική και πολλαπλά χρόνια νοσήματα. Ορισμένοι δυσκολεύονταν να βαδίσουν ακόμα και για 10 λεπτά τρεις φορές την εβδομάδα στην αρχή της μελέτης, αλλά μετά βελτίωσαν βαθμιαία την ικανότητα βαδίσματος.

Για παράδειγμα μια συμμετέχουσα, στην αρχή της μελέτης βασιζόταν αποκλειστικά σε ένα δίκυκλο για τις μετακινήσεις της, αλλά μετά από 50 εβδομάδες ήταν ικανή να πηγαίνει για ψώνια με τα πόδια και να επιστρέφει σπίτι.

Οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα των 26 εβδομάδων δεν έχασαν ίδια ποσότητα βάρους με την πρώτη ομάδα, επομένως συμπεραίνουμε ότι η απώλεια βάρους απαιτεί χρόνο. Ωστόσο, ο σκύλος δίνει κίνητρο για μια βόλτα και τελικά για σωματική άσκηση.



## Η ένταση και το άγχος ενισχύουν τον κίνδυνο θανάτου

### Νέα Υόρκη:

Η ένταση αυξάνει για τον άνδρα τον κίνδυνο θανάτου από καρδιακή νόσο, ανωμαλίες του καρδιακού παλμού και από κάθε αιτία, ενώ οι γυναίκες που αναφέρουν υψηλού βαθμού άγχος κινδυνεύουν περισσότερο να αποβιώσουν, σύμφωνα με νέα αμερικανική μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο Psychosomatic Medicine.

Ερευνητική ομάδα του Eaker Epidemiology Enterprises με επικεφαλής τη Δρ Ιλίν Εάκερ έθεσε υπό ιατρική παρακολούθηση 3.682 άνδρες και γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη Framingham Offspring Study, των οποίων ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 48,5 έτη. Το δείγμα ετέθη υπό ιατρική παρακολούθηση για δέκα χρόνια.

Οι συμμετέχοντες απαντούσαν σε σύντομες ομάδες ερωτήσεων με μονολεκτικές απαντήσεις (ναι-όχι), για να εκτιμηθεί ο βαθμός έντασης και

άγχους.

Οι άνδρες που ανέφεραν υψηλότερο του μέσου όρου επίπεδο άγχους είχαν 25% περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν καρδιακή νόσο τα επόμενα δέκα χρόνια, ενώ ο συνολικός κίνδυνος θανάτου ήταν κατά 23% υψηλότερος. Επίσης είχαν 24% περισσότερες πιθανότητες εκδήλωσης κολπικής μαρμαρυγής.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι άνδρες με υψηλότερη του μέσου όρου αρτηριακή πίεση έχουν 23% αυξημένο κίνδυνο θανάτου σε ορίζοντα 10ετίας.

Για τις γυναίκες δε διαπιστώθηκε σχέση μεταξύ υψηλών επιπέδων έντασης και καρδιακής νόσου ή θνησιμότητας, αλλά οι γυναίκες με υψηλότερα του μέσου όρου επίπεδα άγχους είχαν 27% περισσότερες πιθανότητες να αποβιώσουν από κάθε αιτία τα προσεχή δέκα χρόνια.

Ενώ το άγχος εκδηλώνεται με πιο σωματικούς τρόπους, όπως για παράδειγμα με κόπωση, ζαλάδα και ταχυπαλμία, η ένταση χαρακτηρίζεται από δυσκολία χαλάρωσης, αίσθηση ανησυχίας και νευρικότητας.



## Νέες κατευθυντήριες οδηγίες για την παιδική διατροφή

### Νέα Υόρκη:

Τα παιδιά από την ηλικία των δυο ετών μπορούν και πρέπει να μάθουν, με τη βοήθεια των γονέων τους, να υιοθετούν διατροφικές συνήθειες προστατευτικές για την καρδιά, σύμφωνα με νέες κατευθυντήριες οδηγίες που εξέδωσε η Αμερικανική Εταιρία Καρδιολογίας σε συνεργασία με την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής.

Επειδή πλέον υπάρχουν απτές αποδείξεις ότι η διαδικασία της εκδήλωσης καρδιακού νοσήματος ξεκινά από νεαρή ηλικία, οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες ενθαρρύνουν γονείς και παιδίατρος να λάβουν προληπτικά μέτρα, ώστε να διασφαλίσουν τη μη εμφάνιση παραγόντων καρδιαγγειακής νόσου ήδη από τη νηπιακή ηλικία.

Όπως αναφέρεται στο κείμενο που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο Circulation, για πρώτη φορά δίνονται κατευθυντήριες οδηγίες για παιδιά ακόμα και κάτω των δυο ετών. Η σίτιση των βρεφών αποκλειστικά με μητρικό γάλα τους πρώτους τέσσερις έως έξι μήνες είναι προτιμότερη και καθώς προστίθενται οι στέρεες τροφές, οι γονείς δε θα πρέπει να υπερσιτίζουν τα παιδιά, αλλά να επιμένουν σε υγιεινές τροφές

και χυμούς φρούτων ήδη από την ηλικία των έξι μηνών.

Όπως επισημαίνει ο Δρ Σάμουελ Γκιντινγκ, μέχρι την ηλικία των 19 μηνών, το ένα τρίτο των νηπίων δεν τρώει καθόλου φρούτα και οι τηγανητές πατάτες είναι το πιο συχνό λαχανικό που καταναλώνουν.

Το διατροφικό αυτό πρότυπο είναι πτωχό και προκαλεί παχυσαρκία στα παιδιά ήδη από την ηλικία των δυο ετών.

Οι γονείς θα πρέπει να θυμούνται ότι θα πρέπει οι ίδιοι να αποτελούν το μοντέλο της υγιεινής διατροφής αλλά και του τρόπου ζωής γενικότερα για τα παιδιά τους, υιοθετώντας σωστές διατροφικές συνήθειες, αθλούμενοι τακτικά και μη καπνίζοντας.

Οι βασικές συστάσεις για τα παιδιά δύο ετών και άνω είναι:

- Ισορροπημένη διατροφή και σωματική δραστηριότητα ώστε να επιτευχθεί φυσιολογική σωματική ανάπτυξη.
- Μια ώρα μετριοπαθούς έντονης σωματικής άσκησης την ημέρα.
- Κατανάλωση πλούσιων σε θρεπτικά συστατικά τροφών, όπως το άπαχο κρέας και τα ψάρια με χαμηλή περιεκτικότητα σε υδράργυρο (όπως ο σολομός και ο τόνος) ψητά ή βραστά.
- Κατανάλωση πολλών λαχανικών και φρούτων, άπαχου γάλακτος και ακατέργαστων καρπών.
- Χρήση φυτικών ελαίων και μαργαρίνης με λίγα κορεσμένα λίπη αντί βουτύρου.
- Μείωση της κατανάλωσης τροφών και ποτών πλούσιων σε ζάχαρη και άλλα γλυκαντικά.
- Μετριοπαθής κατανάλωση αλατιού.



## Ανακαλύφθηκε πρωτεΐνη που ελέγχει την απορρόφηση του σιδήρου

### Λονδίνο:

Βρετανοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι έλυσαν το μυστήριο της απορρόφησης του σιδήρου από το έντερο, ανακάλυψη που αναμένεται να συμβάλει στη δημιουργία νέων θεραπευτικών σχημάτων για την αναιμία.

Σύμφωνα με δημοσίευμα του επιστημονικού εντύπου Cell, ερευνητική ομάδα του Βασιλικού Κολεγίου του Λονδίνου με επικεφαλής το Δρ Αντριου Μακ Κι ανακάλυψε μια πρωτεΐνη που ελέγχει τη διαδικασία απορρόφησης του σιδήρου

στα ποντίκια. Μεταλλάξεις στην πρωτεΐνη επηρεάζουν την ικανότητα απορρόφησης του σιδήρου.

Πιο αναλυτικά, μελετώντας ποντίκια με αναιμία οι επιστήμονες αναγνώρισαν μια πρωτεΐνη-μεταφορέα, την HCP1, η οποία φαίνεται να επιλύει το «γρίφο».

Διαπίστωσαν ότι η πρωτεΐνη ήταν ενεργή στο δωδεκαδάκτυλο και άλλαζε θέσεις εντός των κυττάρων του εντέρου εις ανταπόκριση των αλλαγών στις αποθήκες σιδήρου του οργανισμού, επιτρέποντας στα κύτταρα να αποθηκεύουν λιγότερη ή περισσότερη αίμη.

Όπως εξηγεί ο Δρ Μακ Κι, «οι έγκυοι γυναίκες που υποφέρουν από αναιμία συμβουλευούνται να παίρνουν συμπληρώματα ανόργανου σιδήρου, αλλά αυτά δεν απορροφώνται σωστά και δε γίνονται καλά ανεκτά. Η αναγνώριση του μεταφορέα της αίμης μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία συνθετικών αναλόγων αίμης, που

θα απορροφώνται καλύτερα. Επίσης υπάρχουν ελπίδες θεραπείας της αιμοχρωμάτωσης, μιας κληρονομικής γενετικής διαταραχής που προκαλεί υπερβολική απορρόφηση σιδήρου. Το πλεονάζον σίδηρο αποθηκεύεται σε διάφορα όργανα, κυρίως στο ήπαρ, προκαλώντας σοβαρές βλάβες στους ιστούς».

Και συμπληρώνει «οι μεταλλάξεις στην HCP1 επηρεάζουν την ικανότητα του οργανισμού να απορροφά την αίμη και επομένως είναι ο πιθανός ένοχος για ασθένειες όπως η αιμοχρωμάτωση. Σκευάσματα που αναστέλλουν την HCP1 μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μείωση ορισμένων εκ των συμπτωμάτων της συγκεκριμένης διαταραχής».

**ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ**

# ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΙΔΙΟΠΑΘΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσηματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) περιλαμβάνουν τη νόσο του Crohn (CD), την Ελκώδη Κολίτιδα (UC) και την αδιευκρίνιστη κολίτιδα. Εκτός από τη συμμετοχή του εντέρου στις νόσους, οι εξωεντερικές εκδηλώσεις (ΕΕ) αποτελούν αρκετά συνηθισμένο πρόβλημα. Περισσότερο από το 1/3 των ασθενών με ΙΦΝΕ αναμένεται να εμφανίσει τουλάχιστον μία εξωεντερική εκδήλωση κατά τη διάρκεια της ζωής του. Οι ασθενείς με μία εκδήλωση είναι πολύ πιθανόν να εμφανίσουν και άλλες. Οι εξωεντερικές εκδηλώσεις σπάνια επιπλέκουν τη νόσο που εντοπίζεται στο λεπτό έντερο. Συχνότερα εμφανίζονται σε ασθενείς με νόσο του παχέος εντέρου ή στους ασθενείς στους οποίους υπάρχει συμμετοχή της νόσου στην ειλεοτυφλική περιοχή. Οι ΕΕ των ΙΦΝΕ μπορεί να χωριστούν σε δύο ομάδες: 1) στην ομάδα των εκδηλώσεων που ακολουθούν την οξεία φάση των νόσων και 2) στην ομάδα των σταδιακά εξελισσόμενων εξωεντερικών εκδηλώσεων. Συνήθως οι εκδηλώσεις αφορούν στα χοληφόρα, στις αρθρώσεις, στο δέρμα και στους οφθαλμούς. Οι ανεπιθύμητες εκδηλώσεις των ΙΦΝΕ επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα της ζωής των ασθενών και αποτελούν προκλήσεις για την επιλογή θεραπευτικής προσέγγισης από το γιατρό.

## ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η οφθαλμική συμμετοχή είναι συχνότερη σε ασθενείς με κολίτιδα (κυρίως νόσου Crohn) και συνήθως συνοδεύει την έξαρση της νόσου. Σκληρίτιδα ή και ραγοειδίτιδα (φλεγμονή τμημάτων του οφθαλμού) παρουσιάζονται ως επώδυνη ερυθρότητα των οφθαλμών όπως και ως διαταραχές της όρασης. Η επισκληρίτιδα (φλεγμονή του εξωτερικού τμήματος του οφθαλμού) όμως αποτελεί τη συχνότερη οφθαλμολογική επιπλοκή των ΙΦΝΕ και εκδηλώνεται ως ερυθρότητα με συμπτώματα όμοια με αυτά της γνωστής επιπεφυκίτιδας. Συνήθως η αντιμετώπιση της κύριας νόσου είναι αρκετή για την αντιμετώπιση της οφθαλμικής συμμετοχής.



## ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

### 1) Περιφερική αρθροπάθεια :

Περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1929. Αποτελεί συχνή εκδήλωση, συνοδό της ελκώδους κολίτιδας, (παρατηρείται στο 6% των Ελλήνων ασθενών) και εκδηλώνεται με συμμετρική οροαρνητική πολυαρθροπάθεια μικρών και μεσαίων αρθρώσεων ή με συμμετοχή μιας μόνο μεγάλης άρθρωσης (κυρίως των κάτω άκρων). Τα κλινικά συμπτώματα περιλαμβάνουν κυρίως επώδυνες αρθρώσεις. Η βελτίωση της κύριας νόσου συνήθως οδηγεί σε ύφεση των συμπτωμάτων.

### 2) Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα:

Είναι σπανιότερη επιπλοκή των ΙΦΝΕ (παρατηρείται στο 2% του Ελληνικού πληθυσμού των ασθενών που πάσχουν από ΙΦΝΕ, με επίπτωση της νόσου σε 150/100000 ασθενείς στο γενικό πληθυσμό του Δυτικού κόσμου) και εκδηλώνεται σαν πρωινή δυσκαμψία με συνοδό άλγος της οσφύς. Το αντιγόνο HLA B27 που ανιχνεύεται στο 90% του αίματος των ασθενών με αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα στο γενικό πληθυσμό βρίσκεται θετικό μόνο στο 35% των ασθενών με ΙΦΝΕ και αυτό δείχνει ότι υπάρχει πιθανώς και κάποιος άλλος γενετικός παράγοντας που έχει σχέση με τις νόσους. Σε ένα ποσοστό περίπου 4% παρατηρείται ιερολαγονίτιδα (φλεγμονή της ιερολαγονίου άρθρωσης) που μπορεί να προκαλέσει κλινική συνδρομή. Δε συνιστάται να χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της νόσου τα γνωστά μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ), διότι μπορούν να προκαλέσουν έξαρση της κυρίως ΙΦΝΕ. Καλά αποτελέσματα συνήθως παρατηρούνται μετά από έλεγχο της ΙΦΝΕ ή και μετά από φυσιοθεραπεία.

### 3) Οστεοπόρωση και οστεοπενία:

Η ελάττωση της πυκνότητας των οστών είναι αδιαμφισβήτητα συχνή επιπλοκή των ΙΦΝΕ (κυρίως της νόσου Crohn). Η οστεοπενία εμφανίζεται στο 50% των ασθενών, ενώ η οστεοπόρωση στο 10% και έχουν σχέση με τη βαρύτητα των νόσων και τη συχνότητα των εξάρσεων, ενώ παρατηρούνται πιο συχνά στους καπνιστές. Η συχνή χρήση των κορτικοστεροειδών (κορτιζόνη) στις περιόδους έξαρσης των νόσων καθώς και (σπανιότερα) η παρατεταμένη χρήση τους για διατήρηση της ύφεσης, προκαλούν

επιδείνωση της ελάττωσης της οστικής πυκνότητας. Συνήθως η λήψη Βιταμίνης D και ασβεστίου για την οστεοπενία καθώς και η προσθήκη σκευασμάτων για την οστεοπόρωση βοηθούν σημαντικά τους ασθενείς.

## ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

### 1) Οζώδες Ερύθημα:

Είναι η συχνότερη εξωεντερική δερματολογική αλλοίωση και απαντάται στο 15% των ασθενών με νόσο Crohn και στο 2% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Οι αλλοιώσεις παρουσιάζονται ως οζώδεις, υπόσκληρες, επώδυνες διηθήσεις του δέρματος διαστάσεων 1-8 εκ. και εντοπίζονται στις εκτατικές επιφάνειες των άκρων, κυρίως στις κνήμες. Εμφανίζονται στην οξεία φάση των ΙΦΝΕ ή προηγούνται των εντερικών συμπτωμάτων. Η βελτίωση της κύριας νόσου συνήθως οδηγεί σε ύφεση των συμπτωμάτων.

### 2) Γαγγραινώδες πυόδερμα:

απαντάται στο 2% των ΙΦΝΕ και συχνότερα στους ασθενείς με ενεργό κολίτιδα Crohn. Παρουσιάζεται αρχικά σαν ερυθρή πλάκα στις κνήμες και στη συνέχεια ακολουθεί νέκρωση και εξέλκωση, που επεκτείνεται και καταστρέφει τους γύρω ιστούς. Η χρήση τοπικών κορτικοστεροειδών σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική θεραπεία της κύριας νόσου έχουν συνήθως καλά αποτελέσματα.

### 3) Άλλες δερματικές αλλοιώσεις:

ψωρίαση (απαντάται στους ασθενείς με ΙΦΝΕ συχνότερα από ότι στο γενικό πληθυσμό), αφρώδης στοματίτιδα (στο 6-20% των ασθενών κυρίως με νόσο Crohn), γωνιακή χειλίτιδα και άλλες σπανιότερες δερματολογικές αλλοιώσεις σχετίζονται με την οξεία φάση των ΙΦΝΕ.

## ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ

### 1) Χολολιθίαση:

είναι συχνότερη στους ασθενείς με νόσο του Crohn στην οποία συμμετέχει η ειλεοτυφλική περιοχή. Η θεραπεία είναι κυρίως χειρουργική, αν και σε μερικούς ασθενείς είναι δυσχερής η αντιμετώπισή της λόγω των

προηγηθεισών χειρουργικών επεμβάσεων.

### 2) Λιπώδης διήθηση του ήπατος:

είναι η εναπόθεση λιπώδους ιστού στο ηπατικό παρέγχυμα και απαντάται συχνά στους ασθενείς με ΙΦΝΕ. Θεωρείται μη ειδικής σημασίας, αν και σπανίως μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση του ήπατος (συνήθως όταν υπάρξει συνδυασμός της νόσου με παρεντερική διατροφή για παρατεταμένο χρονικό διάστημα). Σπανίως απαντάται σε ασθενείς με βαριά νόσο Crohn.

### 3) Πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα:

χαρακτηρίζεται από προοδευτική αποφρακτική επεξεργασία των χοληφόρων οδών, η οποία στο 70% περίπου περιπλέκει την ελκώδη κολίτιδα (συναντάται στο 2.5% των ασθενών με UC), αλλά μπορεί να εμφανιστεί και χωρίς συνυπάρχουσα ΙΦΝΕ. Τα συμπτώματα της σκληρυντικής χολαγγειίτιδας ποικίλλουν από τελείως ασυμπτωματική νόσο έως νόσο με συμπτώματα διαλείποντος άλγους στην περιοχή του υποχονδρίου με συνοδό ναυτία, ίκτερο, κνησμό και πυρετό. Η νόσος κατά την εξέλιξη της μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση και ηπατική ανεπάρκεια, ενώ οι ασθενείς με σκληρυντική χολαγγειίτιδα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης χολαγγειοκαρκινώματος, όπως και ανάπτυξης καρκινώματος του παχέος εντέρου (εξαρτάται επίσης από την έκταση και τη συνολική χρονική διάρκεια της κολίτιδας). Η υπάρχουσα φαρμακευτική θεραπεία δεν προσφέρει ιδιαίτερα αποτελέσματα στην έκβαση της νόσου και η μόνη αποτελεσματική θεραπεία θεωρείται η μεταμόσχευση ήπατος. Η δεκαετής επιβίωση στους ασθενείς που δεν υποβάλλονται σε μεταμόσχευση ήπατος είναι περίπου 75%.

Υπάρχουν επίσης και άλλες σπανιότερες εξωεντερικές εκδηλώσεις των ΙΦΝΕ που επιπλέκουν τη βασική νόσο και επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των ασθενών. Οι εκδηλώσεις ποικίλλουν από νευρολογικές (περιφερική νευροπάθεια), καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης (συνήθως στην νόσο Crohn), βρογχοπνευμονικές, αγγειακές (θρομβώσεις αγγείων), ουρολογικές (νεφρολιθίαση σε ποσοστό μέχρι 30%, κυρίως σε νόσο Crohn), αιματολογικές (σιδηροπενική αναιμία) μέχρι και ψυχοσωματικές.

### ΧΡΥΣΟΣΤΟΜΟΣ Ν. ΚΑΛΑΝΤΖΗΣ

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



Η φίλη μας ΔΚ από τη Θεσσαλία μας ρωτάει τι πρέπει να κάνει ώστε να διαπιστώσει αν τα παιδιά της έχουν κληρονομήσει από αυτήν την κοιλιοκάκη αλλά και αν μπορεί να κάνει κάτι για να μειώσει τον κίνδυνο να την αναπτύξουν. Η ίδια πάσχει από την εντερική αυτή νόσο από χρόνια, αλλά τώρα πια είναι χωρίς ενδοσκοπίες αφού ακολουθεί τη δίαιτα που της έχει δώσει ο γιατρός που την παρακολουθεί. Η καλή πορεία, μας αναφέρει, επιβεβαιώνεται από τις εξετάσεις που υποβάλλεται στα πλαίσια του τακτικού ελέγχου. Ωστόσο, ανησυχεί για τα δύο της παιδιά. Έχει μάθει ότι στην κοιλιοκάκη η κληρονομικότητα έχει μεγάλο ρόλο. Ο παιδίατρος τους την διαβεβαιώνει ότι η ανάπτυξη τους είναι μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια. Επίσης μας γράφει ότι δεν παρουσιάζουν κάποια από τα συμπτώματα που τελικά οδήγησαν στη διάγνωση της νόσου στην περίπτωση της. Προσπαθεί να βρει αν μπορεί να αποτρέψει την εκδήλωσή της (μας ρωτάει μάλι-

στα αν υπάρχει κάποιο εμβόλιο ή άλλο τι), αν αξίζει τον κόπο να ακολουθήσουν μια δίαιτα σαν τη δική της (ελεύθερη γλουτένης) και τελικά αν υπάρχει κάποια δοκιμασία (άλλη εκτός της γαστροσκόπησης και της βιοψίας (είχε δυσάρεστη εμπειρία και δε θέλει να υποβάλλει στη δοκιμασία τα παιδιά της παρά μόνο αν πραγματικά είναι απαραίτητο) ώστε να διαπιστωθεί αν όντως τα παιδιά της έχουν (ή βρίσκονται σε κίνδυνο για κοιλιοκάκη).

Αγαπητή μας φίλη σας ευχαριστούμε για την επικοινωνία σας. Πράγματι η κληρονομικότητα (τα γονίδια) παίζει σημαντικότερο ρόλο στη δημιουργία της κοιλιοκάκης. Ορισμένα γονίδια όπως για παράδειγμα κάποια HLA (αντιγόνα ιστοσυμβατότητας λευκών αιμοσφαιρίων) έχουν συσχετισθεί με τη νόσο. Ωστόσο, ο ακριβής μηχανισμός πρόκλησής της δεν έχει διευκρινισθεί. Έτσι ακόμα και ο μονοζυγωτικός δίδυμος (αυτός δηλαδή που είχε ακριβώς τα ίδια γονίδια) ασθενούς με κοιλιοκάκη

δεν είναι βέβαιο ότι και αυτός θα εκδηλώσει κάποτε τη νόσο. Ποιοι ακριβώς παράγοντες του περιβάλλοντος θα αυξήσουν (ή θα μειώσουν) την πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου σε άτομο γενετικά επιρρεπές για κοιλιοκάκη δεν είναι γνωστοί. Φαίνεται όμως ότι η γρήγορη εισαγωγή της γλουτένης (δημητριακών) στη διατροφή των βρεφών αυξάνει την πιθανότητα αυτή. Και αυτό είναι το μοναδικό μέσο που διαθέτουμε προς το παρόν για να μειώσουμε την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου. Δυστυχώς δεν μας αναφέρετε τι ηλικία έχουν τα παιδιά σας και σε τι δίαιτα βρίσκονται. Εφόσον βρίσκονται σε μια φυσιολογική δίαιτα (που περιέχει γλουτένη) είναι δυνατόν να ελεγχθούν για την παρουσία των χαρακτηριστικών αντισωμάτων της νόσου και αν αυτά είναι θετικά, τότε να προχωρήσουν σε ενδοσκόπηση και τελικά στη δίαιτα χωρίς γλουτένη. Είναι μια εξέταση απλούστατη που απαιτεί λίγο αίμα μόνο, και τα αντισώματα που ελέγχουμε πια είναι εξαιρετικά ευαίσθητα,

συνεπώς το άτομο που δεν έχει θετικά αποτελέσματα είναι απίθανο να έχει τη νόσο. Βεβαίως, είναι εξαιρετικά καθησυχαστικό το γεγονός ότι τα παιδιά σας έχουν μια φυσιολογική ανάπτυξη και δεν εμφανίζουν κάποιο σύμπτωμα δυσαπορρόφησης.

Ο φίλος μας ΠΡ από την Αθήνα μας έστειλε ένα email σχετικά με τη λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού που τον ταλαιπωρεί. Μας αναφέρει ότι πριν από πολλά χρόνια του είχαν μιλήσει για έλκος βολβού (μετά από μια ακτινογραφία στομάχου) αλλά μας διευκρινίζει ότι κάτι τέτοιο δεν επιβεβαιώθηκε σε πρόσφατη ενδοσκόπηση. Στην ενδοσκόπηση αυτή διαπιστώθηκε η παρουσία ΕΠ στις βιοψίες. Ο ίδιος αναφέρει ότι από καιρό τώρα έχει φούσκωμα και δυσπεψία, ενοχλήματα που τον οδήγησαν αφενός στην ενδοσκόπηση αφετέρου στην τροποποίηση του διαιτολογίου του (με αποφυγή λιπαρών και

**Προσοχή:** Η στήλη αυτή δεν αντικαθιστά τη σχέση του ασθενή με τον ιατρό. Ο ιατρός 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 αυτές θα φανούν χρήσιμες όχι μόνο στον αναγνώστη που μας γράφει, αλλά και σε άλλους με παρόμοια προβλήματα υγείας.

τηγανιτών φαγητών), γεγονός που του προσέφερε ικανοποιητική ανακούφιση. Επίσης μας σημειώνει ότι ο πατέρας του πέθανε από καρκίνο του στομάχου. Η πρώτη θεραπεία που έλαβε για την λοίμωξη ήταν χωρίς αποτέλεσμα όπως έδειξε η δοκιμασία αναπνοής που υποβλήθηκε. Η δεύτερη προσπάθεια (με ένα «αρκετά μπερδεμένο και με πολλά χάπια» σχήμα) διεκόπη πρόωμα λόγω εμφάνισης έντονου κοιλιακού άλγους και ήπιας διάρροιας. Ο γιατρός του πρότεινε να ξαναχρησιμοποιήσει το πρώτο σχήμα (αλλά αυτήν τη φορά για περισσότερες μέρες: 14 αντί για 7). Ο ίδιος όμως είναι διστακτικός αφού σκέφτεται ότι θα αποτύχει πάλι όπως απέτυχε αρχικά. Μας ρωτάει λοιπόν τι θα τον συμβουλεύαμε.

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία σας. Θα συμφωνούσαμε ότι η λοίμωξη πρέπει να αντιμετωπισθεί, τόσο γιατί έχετε το βεβαρημένο ιστορικό από την πλευρά του πατέρα σας, όσο κυρίως για το έλκος που είχατε (έστω και αν αυτό βρέθηκε μόνο με ακτινογραφία στομάχου). Επίσης θα συμφωνούσαμε με τους φόβους σας ότι η επανάληψη του πρώτου σχήματος, αφού δεν απέδωσε την πρώτη φορά, θα είναι και πάλι αναποτελεσματική ακόμα και μετά παράταση του σχήματος λόγω ανάπτυξης αντοχής στα χορηγηθέντα αντιβιοτικά. Με δεδομένο ότι έχετε υποβληθεί ήδη σε δύο (αποτυχημένες) προσπάθειες εκρίζωσης, νομίζουμε ότι εκείνο που θα πρέπει να γίνει είναι να υποβληθείτε σε μια νέα ενδοσκόπηση, κατά την οποία ο γαστρεντερολόγος σας να πάρει ορισμένες βιοψίες, που θα τις

τοποθετήσει σε ένα ειδικό υγρό και θα τις στείλει για καλλιέργεια. Έτσι θα μπορέσει να υποβάλλει το μικρόβιο σε «τεστ ευαισθησίας», να διαπιστώσει δηλαδή σε ποια αντιβιοτικά είναι ευαίσθητο και σε ποια όχι. Με το τρόπο θα μπορέσει να επιλέξει το σωστό συνδυασμό φαρμάκων, αφού με τις επανειλημμένες αποτυχημένες προσπάθειες εκρίζωσης το μικρόβιο έχει γίνει (ή ήταν εξ αρχής) ανθεκτικό σε πολλά αντιβιοτικά. Εξίσου βασικό είναι ωστόσο να τηρήσετε τις οδηγίες που θα σας δώσει ο γιατρός. Η αποφυγή καπνίσματος βελτιστοποιεί τα αποτελέσματα της θεραπείας. Η σωστή τήρηση του χρονοδιαγράμματος με προσοχή στο ποια φάρμακα πρέπει να πάρετε πριν ή μετά το φαγητό, θα κάνει πιο αποτελεσματική τη θεραπεία ενώ παράλληλα θα μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης παρενεργειών, οι οποίες θα οδηγήσουν στην πρόωρη διακοπή της. Η προληπτική χορήγηση διαφόρων σκευασμάτων (π.χ. ευβιοτικών) θα μειώσει το κίνδυνο εμφάνισης παρενεργειών (π.χ. διάρροιας).

**Η αναγνώστριά μας ΔΚ από την Πάτρα μας συγχαίρει για το περιοδικό και μας γράφει ότι με αφορμή προηγούμενη επικοινωνία με αναγνώστριά που πάσχει από κοιλιοκάκη θα ήθελε και αυτή να λάβει τη λίστα με τις τροφές που επιτρέπονται και εκείνες που απαγορεύονται για τους πάσχοντες από κοιλιοκάκη, μιας και η λίστα που της χορήγησε το Νοσοκομείο στο οποίο παρακολουθείται δεν είναι πλήρης.**

Ασφαλώς και θα σας στείλουμε τον κατάλογο με τις τροφές που

επιτρέπονται και απαγορεύονται σε ασθενείς με κοιλιοκάκη. Ωστόσο, θα θέλαμε να σημειώσουμε ότι σε μια νόσο που είναι σοβαρή, αφού μπορεί να προκαλέσει έντονα γαστρεντερικά συμπτώματα, συστηματικές εκδηλώσεις (όπως αναιμία, οστεοπόρωση κλπ) καθώς και να αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης κακοηθειών (του εντέρου αλλά και άλλων οργάνων), η καταφυγή μόνο σε μια λίστα για το ποιες τροφές επιτρέπονται δεν είναι η ενδεδειγμένη λύση. Η σωστή τήρηση μιας δίαιτας ελεύθερης γλουτένης είναι η μοναδική θεραπεία που μπορεί να προκαλέσει υποστροφή των βλαβών στο έντερο και να μειώσει τους πιο πάνω αναφερόμενους κινδύνους. Ωστόσο, με την τυποποίηση των τροφών το άλευρο (και συνεπώς η γλουτένη) περιέχεται σε πληθώρα τροφών (αλλά και φαρμάκων κ.α.) επομένως οποιαδήποτε λίστα που αναφέρει ποιες τροφές περιέχουν γλουτένη και ποιες όχι δεν επαρκεί. Χρειάζεται τακτική επικοινωνία με το γιατρό αλλά και το διαιτολόγο που έχουν επαρκώς ασχοληθεί με την κοιλιοκάκη, ώστε να σας κατευθύνουν διαρκώς για τη σωστή τήρηση της δίαιτας. Αυτοί θα μπορέσουν να διαπιστώσουν χωρίς τυχόν παρεκκλίσεις από αυτήν (ηθελμένες ή ακούσιες) και να τροποποιήσουν κατάλληλα τη διατροφή σας.

**Ο αναγνώστης μας ΔΚ από την Αθήνα μας ρωτάει για την ασφάλεια των αναστολέων αντλίας πρωτονίων. Υποφέρει εδώ και χρόνια από έντονη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και οισοφαγίτιδα. Τα συμπτώματα απαντούν καλά στη θεραπεία με**

**τα φάρμακα αυτά, όμως σε πρόσφατη ενδοσκόπηση που έγινε στα πλαίσια ελέγχου, βρέθηκαν πολλοί μικροί πολύποδες στο «πάνω μέρος του στομάχου». Οι βιοψίες δεν έδειξαν κακοήθεια και ο γιατρός του απέδωσε την παρουσία τους στη θεραπεία με τα φάρμακα αυτά. Ρωτάει λοιπόν αν είναι ασφαλές να τα συνεχίσει ή όχι.**

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Οι αναστολές αντλίας πρωτονίων είναι φάρμακα εξαιρετικά αποτελεσματικά και ασφαλή για το σκοπό που χρησιμοποιούνται (μείωση της παραγωγής οξέος), όπως έχει δείξει ή μακροχρόνια χρήση τους, που σε ορισμένους ασθενείς ξεπερνά τα 15 έτη. Ο γαστρεντερολόγος σας θα βρήκε πιθανά κυστικούς αδενικούς πολύποδες θόλου, δηλαδή αρκετούς μικρούς πολύποδες στο θόλο (πάνω μέρος του στομάχου). Αυτοί οι πολύποδες εμφανίζονται συχνά σε ασθενείς, που για οποιοδήποτε λόγο λαμβάνουν μακροχρόνια τα φάρμακα αυτά, χωρίς ωστόσο να έχουν κάποια ιδιαίτερη κλινική σημασία. Λόγω του μικρού τους μεγέθους δεν αιμορραγούν, ούτε προκαλούν κάποιο πόνο ή άλλο τι, ενώ δεν έχουν τη δυνατότητα (όπως άλλου τύπου πολύποδες) να εξελιχθούν σε καρκίνο. Αν σιγουρευτούμε (στέλνοντας μερικούς από αυτούς, συνήθως τους μεγαλύτερους, για ιστολογική εξέταση), δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας. Η διακοπή των φαρμάκων θα οδηγήσει σε σταδιακή υποστροφή των πολύποδων, αν και πιθανότατα θα επανεμφανισθούν όταν ενδεχομένως χρειαστεί νέα θεραπεία με τα ίδια φάρμακα. Συνεπώς δεν υπάρχει λόγος να μην τη συνεχίσετε.

**EMMANOYHA APXAYIHS  
MARINA KONTOY**

*H M. Κοντού είναι Γαστρεντερολόγος*

## Ευχαριστίες



### Ευχαριστούμε θερμά :

#### • Τους χορηγούς μας :

GLAXOSMITHKLINE α.ε.β.ε.  
ASTRAZENECA α.ε.  
ELPEN α.ε.  
GALENICA α.ε.  
GILEAD SCIENCES ΕΛΛΑΣ μ.ε.π.ε.  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΖΗΝ

JANSSEN - CILAG α.ε.β.ε.  
NOVARTIS α.ε.β.ε.  
NUMIL HELLAS α.ε.  
ROCHE HELLAS α.ε.  
SOLVAY PHARMA μ.ε.π.ε.  
VIANEX α.ε.

#### • Όσους διαφημίστηκαν στο περιοδικό μας :

A & L MEDICAL SUPPLIES ltd  
ANACHEM  
Αφοι ΧΑΪΤΟΓΛΟΥ α.β.ε.ε.  
CANA α.ε.  
ΕΛΑΪΣ  
PROTON

- Όλους όσους συνέβαλαν στην έκδοση και διακίνηση του περιοδικού μας και όσους συνεργάστηκαν στη συγγραφή των φυλλαδίων του Ιδρύματος.
- Το Διευθυντή Σύσταξης της «Ευεξίας» Χάρη Τζάθα, το Διευθυντή Έκδοσης των εντύπων Ιωάννη Τριανταφυλλίδη, το Διευθυντή Δημοσίων Σχέσεων Ιωάννη Καραγιάννη και τον Πρόεδρο της Επιτροπής Έρευνας Γεώργιο Παπαθεοδωρίδη.
- Τους συντάκτες Εμμανουήλ Αρχαύλη, Ιωάννη Δήμα, Δημήτρη Καραγιάννη, Μαρίνα Κοντού, Κώστα Μάρκογλου, Μαίρη Μαυρή – Βαβαγιάννη, Βασίλειο Ντελή και Ιωάννα Παναγιώτου.
- Τον Δημήτρη Καπράνο για την πολύτιμη συμβολή του στην προβολή του Ιδρύματος.
- Τη Φαρμακευτική Εταιρεία GlaxoSmithKline α.ε.β.ε. για τη γενναιοδωρη χορηγία της έκδοσης του περιοδικού μας και ιδιαίτερα τους κ.κ. Νίκο Μανασσάκη, Γεώργιο Καζουράκη αθήνα και τους Όλγα Μασσούκη, Θωμά Ζαγγανά, Ευάγγελο Σταυρίδη και Ευτυχία Μακρίδου.
- Την εταιρεία Φάννυ Α.Ε. (Fena) και την Πρόεδρο του Δ.Σ. κυρία Φάννυ Κάτσου για τη χορηγία μιας υποτροφίας όπως επίσης και την εταιρεία Astrazeneca α.ε. για τη χορηγία μιας υποτροφίας.
- Τον Νικόλαο Γκεσκέρ και την Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου για την υψηλού επιπέδου επίδοσή τους στο δημιουργικό του περιοδικού.
- Την Εύα Καραμανώλη και την Αθήνη Τζάθα για τη συνεπή δημοσιογραφική και συντακτική επιμέλεια του περιοδικού.
- Τους συγγραφείς άρθρων και φυλλαδίων κ.κ.: Κωνσταντίνο Αρβαντάκη, Βάσω Αρβανίτη, Αθανασία Γιακουμή, Χρυσάνθη Γκονατίου, Αλεξάνδρα Γκουντοπούλου, Ιωάννη Δανιηλίδη, Σόνη Ευγενίδου, Πόπη Ευγενικού – Κόμπα, Ιωάννη Ζαμπετάκη, Αντώνιο Ζερβακάκη, Δημήτρη Β. Ζήση, Μαρία Ηλία, Γεωργία Ίσαρη, Χρυσόστομο Ν. Καλαντζή, Γεώργιο Καλαντζόπουλο, Ηλία Κάνταρο, Χάρη Καραγεωργίου, Τασούλα Καραϊσάκη, Σέβη Καραλήωτα, Γεώργιο Π. Καραμανώλη, Δημήτρη Γ. Καραμανώλη, Έσα Καραμανώλη, Ευαγγελία Π. Καραμανώλη, Παναγιώτη Κασσιδίδη, Γεώργιο Κητή, Γεώργιο Κοκοζίδη, Ιωάννη Κουντουρά, Θεοφάνη Κουτρουλιά, Ιωάννη Κυρλαγκίση, Ελένη Λιάκου, Μαρία - Αδμαντία Μαλλιάρου, Γεράσιμο Ι. Μάντζαρη, Σοφία Μηνιάδου – Μειμάρου, Αμάντα Μιχαλοπούλου, Ελίνα Μούστου, Παναγιώτη Σιάρχο, Μαρία Β. Ξουργιά, Χρίστο Β. Ξουργιά, Ειρήνη Ορφανού, Χρίστο Παπαβαγγέλη, Παναγιώτη Παπαδόπουλο, Παρασκευά Παπαχρήστο, Σοφία Πασπαλιάρη, Ανδρέα Πρωτοπαπά, Αλέξανδρο Ραχωβίτη, Μαρία Ρουσσουμουστακίτη, Ιωάννη Κ. Τριανταφυλλίδη, Μάρια
- Γ. Τριανταφυλλίδη, Κλεισθένη Τσαμακίδη, Επαμεινώνδα Β. Τσιάνο και Δημήτριο Χριστοδούλου.
- Τον Κώστα Μητρόπουλο για την καθιερωμένη πλέον πρωτοχρονιάτικη κάρτα.
- Τους Διονύσιο Βαρελά, Philippe Meyer, Φώτη Σακελληρίδη, και Θεόδωρο Τρύφων για τη στοργή με την οποία περιβάλλουν το Ίδρυμα.
- Τους Νίκο Γεωργαντά, Χρίστο Δημόπουλο, Παντελή Καποδίστρια, Γεώργιο Κορδώνη, Νίκο Κωστάρα, Βέρα Μάρκου, Νικάνδρο Μπλιόπουλο, Μιχάλη Μιχαήλη, Χριστίνα Πούλου, Graeme Robertson, Αντώνη Ρόκκο, Κωνσταντίνα Ρουμπέση, Αθανάσιο Σκάντζαρη, Γεώργιο Τζίνα, Παναγιώτη Τσιρώνη και Μαριάννα Χρονάκη για το ιδιαίτερο ενδιαφέρον που επέδειξαν στην προβολή και την προαγωγή των στόχων του Ιδρύματος.
- Τον Βασίλη Ξουργιά, τον Κωνσταντίνο Μιχανετζή και τη Χρύσα Χαράνη για την υποστήριξη της Μηχανοργάνωσης και Διαδικτυακής Επικοινωνίας του Ιδρύματος.
- Τους Εμμανουήλ Αρχαύλη και Μαρίνα Κοντού ιδιαίτερος αθήνα και τους Μαρία Μυλωνάκη, Χρίστο Ξουργιά, Παρασκευά Παπαχρήστο, Μαρία Τζουβαλά για την τροφοδοσία της ιστοσελίδας μας με ιατρικές ειδήσεις και ενδιαφέροντα άρθρα.
- Την Triena Tours & Congress S.A. και ιδιαίτερα τον κ. Ντίνο Αστρά, την κ. Πέννυ Χατζηγεωργίου και την κ. Χαρά Θεοδόση.
- Τους Προέδρους και τα Μέλη των Επιστημονικών και των Τοπικών Επιτροπών μας. Ιδιαίτερα τον Πρόεδρο και το Γραμματέα του Παραρτήματος Θεσσαλονίκης κ.κ. Θωμά Αηληφακίτη και Γεώργιο Κοκοζίδη, την κ. Στέλλα Τσάρα όπως επίσης και τα άλλα μέλη του Δ.Σ για την επιτυχή διοργάνωση του 1ου Μετεκπαιδευτικού Σεμιναρίου στη Θεσσαλονίκη και την εν γένει δραστηριότητα που επέδειξαν. Την Πρόεδρο της Λέσχης Βόλου κ. Μαρία Γ. Γαλανού και τον Αναπρόεδρο κ. Δημήτρη Β. Νάστο. Τον κ. Γεώργιο Μηνόπουλο και τον κ. Γεώργιο Κουκλάκη για την επιτυχή διοργάνωση του 2ου Μετεκπαιδευτικού Σεμιναρίου στην Αλεξανδρούπολη. Τον Πρόεδρο του Παραρτήματος Λαρίσης κ. Αλέξανδρο Ραχωβίτη και τα μέλη του Δ.Σ. όπως επίσης και τον κ. Ανάργυρο Καπετανάκη και τους Συνεργάτες του για την επιτυχή διοργάνωση της Εκδήλωσης στη Λάρισα.
- Όλους όσους δραστηριοποιήθηκαν για την επιτυχή διοργάνωση συμποσίων και ημερίδων του Ιδρύματος.
- Τη Γραμματέα μας κ. Σπυριδούλα Καρδαρά για τη συνολική προσφορά της.

### ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΤΗ ΛΑΡΙΣΑ

Το Σάββατο 19 Νοεμβρίου 2005, το τοπικό παράρτημα της Λάρισας πραγματοποίησε στην αίθουσα του Δημοτικού Ωδείου εκδήλωση με θέμα «Η σημασία της διατροφής στα καλοήθη νοσήματα του πεπτικού συστήματος». Ο διευθυντής της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του ΕΣΥ κ. Α. Καπετανάκης με τους ειδικευόμενους γαστρεντερολόγους της κλινικής του κ.κ. Α. Ρίζο, Ε. Μακρυγιάννη και Α. Καλτσά, ανέπτυξαν αναλυτικά το ρόλο της διατροφής τόσο στην πρόληψη όσο και στην πορεία μετά την εμφάνιση των συχνότερων καλοήθων παθήσεων του πεπτικού συστήματος. Την εκδήλωση παρακολούθησαν πάνω από 400 άτομα, μέλη του Ιδρύματος και μν. Ακολούθησε δεξίωση των ακροατών στο φουαγιέ του Ωδείου.



# τα νέα του ιδρύματος

## ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Η Καθηγήτρια της Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. **Αντωνία Τριχοπούλου** αποδέχθηκε την πρόταση του Δ.Σ. του Ιδρύματος να οργανώσει το Τμήμα Διατροφής αναλαμβάνοντας την

Προεδρία του. Το Δ.Σ. ευχαρίστησε τη διακεκριμένη επιστήμονα και τη διαβεβαίωσε ότι θα συνδράμει με όλη του τη δύναμη το έργο της, ευχόμενο Καλή Επιτυχία.

### ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

1. Στις 16/10/2005 με την ευκαιρία του εορτασμού της Παγκόσμιας Ημέρας Διατροφής στην Πλατεία Αριστοτέλους εγκαταστάθηκε περίπτερο από όπου ο Γεν. Γραμματέας του παραρτήματος κ. Γεώργιος Κοκοζίδης και το μέλος της συντακτικής επιτροπής του περιοδικού μας κ. Ιωάννης Δήμακας, εξυπηρέτησαν τους επισκέπτες του περιπέτερου με συμβουλές σχετικά με τη διατροφή και την πρόληψη των νοσημάτων του πεπτικού, ενώ παράλληλα διένειμαν ενημερωτικά φυλλάδια του Ιδρύματος και το περιοδικό μας. Έγιναν εγγραφές νέων μελών ενώ παρούσα στην εκδήλωση ήταν και η Στέλλα Τσάρα, μέλος της επιτροπής του Παραρτήματος.
2. Στις 12/10/2005 ο κ. Γεώργιος Κοκοζίδης και ο κ. Ιωάννης Δήμακας, συμμετείχαν στην τηλεοπτική εκπομπή της ΕΤ3 «Ανικνεύσεις» του δημοσιογράφου, μέλους της επιτροπής του Παραρτήματος, κ. Παντελή Σαββίδη, στην οποία ανέπτυξαν θέματα σχετικά με τη Διατροφή και το έργο του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. Τα ίδια μέλη φιλοξενήθηκαν σε παρόμοια τηλεοπτική εκπομπή της δημοτικής ραδιοτηλεόρασης TV100 την επόμενη ημέρα, ενώ ο κ. Γ. Κοκοζίδης φιλοξενήθηκε και σε μεσημεριανή εκπομπή του ίδιου σταθμού στις 17/10/2005.
3. Στις 21 και 22/10/2005 σε συνεργασία με το Εργαστήριο Ενδοσκοπήσεων του Ιατρικού Τμήματος Δ.Π.Θ. – Π.Γ.Ν.Α. πραγματοποιήσε με εξαιρετική επιτυχία το 2ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο στην Αλεξανδρούπολη (Ξενοδοχείο THRAKI PALACE) με θέμα: «Η Γαστρεντερολογία στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη». Χορηγός διοργάνωσης ήταν η φαρμακευτική εταιρία «BIANEE A.E.».



## ΧΟΡΗΓΟΙ ΚΑΙ ΔΩΡΗΤΕΣ μέχρι 22/11/2005

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε :

Μαρία – Φιλία Παρασκευά, Ρόδος	15 €	Ηλίας Σκοπιώνιτης, Παιανία	50 €	Κωνίνος Ταπεινός, Χαλάνδρι	15 €
Ιωάννης Κανάρης, Ζωγράφου	30 €	Ιωάννης Κατογιριάκης, Αθήνα	100 €	Δημήτριος Χρ. Κουρλός, Σουηδία	50 €
Χρυσούλα Ευαγγελίου, Άργος	15 €	Στράτος Ιγγλέσης, Ροτόμας U.S.A.	50 €	Ροζέτα Φυσιλή, Ζωγράφου	15 €
Χαράλαμπος Παπαγεωργίου, Πύργος	50 €	Παναγιώτα Καταμαπάνη, Πειραιάς	15 €	Ελένη Κεϊμάλη, Ζωγράφου	15 €
Δέσποινα Μυλωνά, Μεκουνίδα Καρύστου	15 €	Βασιλική Κώστα, Μοσχάτο	15 €	Θωμάη Κουλελή, Αθήνα	15 €
Ζωή Κρισίλια, Μετόχι Καρύστου	15 €	Αλένη Δεληγιάννη, Πειραιάς	15 €	Ελένη Γεράκη, Γλυφάδα	100 €
Μιχαήλ Ζώτας, Θεσσαλονίκη	15 €	Αναστασία Φωτοπούλου, Πειραιάς	15 €	Σοφία Σορόκου, Α. Γλυφάδα	50 €
Κωνσταντίνος Ουζουνίδης, Θεσσαλονίκη	15 €	Φεβρωνία Βαμβακάρη, Πειραιάς	15 €	Ελένη Βιέννα, Αθήνα	15 €
Αθανασία Μανίκα, Θεσσαλονίκη	15 €	Φανή Λαβιδοπούλου, Μοσχάτο	15 €	Βασίλειος Βάσσος, Παννισά	30 €
Χαϊδώ Θαλασσινού, Θεσσαλονίκη	15 €	Αλεξάνδρα Λέκου, Νίκαια	15 €		
Δημήτριος Καμαριώτης, Θεσσαλονίκη	15 €	Βάσω Αρβανίτη, Ν. Φάληρο	50 €		
Ευαγγελία Μαλίνη, Θεσσαλονίκη	15 €	Ελένη Λιάκου, Περιστέρι	50 €		
Αθηνά Αβραμίδου, Θεσσαλονίκη	15 €	Νίκος Αντωνάκοπουλος, Χαϊδάρι	50 €		
Αρστέιδης Καρατζούλης, Σιδηρόκαστρο	15 €	Βασίλειος Παντερής, Πετρούπολη	50 €		
Αλέξανδρος Μπόλας, Σέρρες	15 €	Φώτιος Ηλιάδης, Χολαργός	50 €		
Κωνσταντίνος Βασιλείου, Θεσσαλονίκη	50 €	Γεώργιος Κουκούλης, Καλλιθέα	50 €		
Δημήτριος Καπετάνος, Θεσσαλονίκη	50 €	Βασίλειος Ξουριάς, Αθήνα	50 €		
Θεοφάνης Μάρης, Θεσσαλονίκη	50 €	Δημήτριος Ζήσης, Αγ. Στέφανος	50 €		
Ιωάννης Ραπτόπουλος, Θεσσαλονίκη	15 €	Ειρήνη Μυλωνάκου, Πειραιάς	50 €		
Νικόλαος Ελευθεριάδης, Πτολεμαΐδα	50 €	Γεώργιος Βαρβαγιάννης, Ν. Ηράκλειο	50 €		
Δήμητρα Πασόγλου, Θεσσαλονίκη	15 €	Ευτυχία Τσαμπή, Ν. Σμύρνη	15 €		
Ελένη Βαϊνά, Καλαμπάκα	15 €	Στασινή Χαϊτάλη, Ίλιον	15 €		
Νικόλαος Μακρής, Λάρισα	30 €	Αναστασία Ξυδιά, Αθήνα	15 €		
Αναστάσιος Σιδηράς, Περιστέρι	30 €	Αικατερίνη Ζάχου, Αθήνα	15 €		
Σταύρος Ακριτιδής, Θεσσαλονίκη	15 €	Χρυσούλα Τσόγια, Γλυκά Νερά Αττικής	15 €		
Παρασκευή Μπιζιώτα, Θεσσαλονίκη	15 €	Φανή Μουλά – Λοΐζου, Αθήνα	15 €		
Ιωάννης Δανιηλίδης, Αθήνα	50 €	Αθανασία Αναγνωστοπούλου, Π. Φάληρο	15 €		
Εμμανουήλ Τσόγατζης, Αθήνα	50 €	Κανέλλα Πατάη, Αγ. Μαρίνα Αττικής	15 €		
Ηρακλής Ζαχ. Ραπτόπουλος, Λαμία	50 €	Χριστίνα Αλεξανδρή, Αθήνα	15 €		

### In Memoriam :

Στη μνήμη του Αλέκου Αυγερινού και στην ενίσχυση της υποτροφίας εξωτερικού, την οποία το Δ.Σ. του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. θεσμοθέτησε στο όνομά του οι εξής Γαστρεντερολόγοι κατέθεσαν τα κάτωθι ποσά :

Νικόλαος Καλαντζής	100 €
Παναγιώτης Γαβριήλ	50 €
Γεώργιος Αλεξανδράκης	50 €
Περικλής Αποστολόπουλος	50 €
Χρήστος Λιάτσος	50 €
Ειρήνη Ζουμπούλη - Βαφειάδου	50 €

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