

Για να νιώθουν
οι άνθρωποι
καλύτερα
και να ζουν
περισσότερο



artwork by ΕΥΦΡΑΣΙΑ ΚΑΤΣΙΒΕΡΗ



gsk GlaxoSmithKline

Α. Κηφισίας 266, 152 32 Αθήνα, Τηλ.: 210 6882100
Αδριανουπόλεως 3, 551 33 Καλαμαριά Θεσ/νίκη, Τηλ.: 2310 422788
Εθνική Οδός Πατρών-Αθηνών 51Α, 264 41 Πάτρα, Τηλ.: 2610 437302
Α. Κνωσσού 255 & Α. Νάθενα 1, Ηράκλειο Κρήτης, Τηλ.: 2810 235307

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ/ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2008

ΤΕΥΧΟΣ 29/6ο έτος έκδοσης



ΕΥΕΞΙΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ 6889

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Αθλητική χειμερία νάρκη

Ενεργειακό κόστος τροφίμων

Crash test διαιτών

Διαφημίσεις τροφίμων

Βέλτιστη ανάπτυξη βρέφους



40.000.000 άνθρωποι στον κόσμο έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV, ενώ πάνω από 3.000.000 πέθαναν το 2006 από AIDS/ Ξεπερνούν τους 350.000.000 οι χρόνια φορείς της Ηπατίτιδας Β, με περισσότερους από 1.000.000 θανάτους το χρόνο από τις επιπλοκές της/Η

Εκεί που σταματούν οι αριθμοί



αρχίζει το έργο μας.

Κυστική Ίνωση, η πιο διαδεδομένη γενετική νόσος της λευκής φυλής, μετρά πάνω από 100.000 ασθενείς παγκοσμίως με μέσο όρο ζωής τα 35 χρόνια περίπου...

Είμαστε μια εταιρεία βιοτεχνολογίας με όραμα, αποστολή και έργο εξίσου σημαντικό με το βάρος αυτών των αριθμών.

Επενδύουμε στην έρευνα και την ανάπτυξη πρωτοποριακών θεραπειών για νόσους οι οποίες είναι απειλητικές για τη ζωή.

Χρησιμοποιώντας τα πλέον προηγμένα επιστημονικά «εργαλεία», εισάγουμε θεραπείες μοναδικές σε καινοτομία, φάρμακα που στέκονται στην κορυφή της κατηγορίας τους... **Φάρμακα που στέκονται έμπρακτα στο πλευρό των ανθρώπων.**



Advancing Therapeutics. Improving Lives.

Άρθρο Σύνταξης



Ξεκινάμε το 2008 με ελπίδες και προσδοκίες για μία χρονιά δημιουργική, καλύτερη από αυτή που μόλις πέρασε. Το 2007 στη χώρα μας σηματοδεύτηκε από τις καταστροφικές πυρκαγιές που κόστισαν τη ζωή δεκάδων Ελλήνων και την καταστροφή πολλών περιοχών της χώρας μας. Παρά όμως τις αναταραχές και δυσκολίες, η ζωή δεν σταματά και όλοι οφείλουμε να προσπαθήσουμε περισσότερο για τη βελτίωση των συνθηκών και τη μεγιστοποίηση της απόδοσης στο χώρο της δραστηριότητάς μας και τελικά στον τόπο μας. Η «ΕΥΕΪΙΑ & ΔΙΑΤΡΟΦΗ» συνεχίζει την προσπάθεια ενημέρωσής σας με ποικιλία άρθρων, που πιστεύω ότι θα βρείτε ιδιαίτερα ενδιαφέροντα.

Το 2007 ενισχύθηκαν οι απόψεις περί της βαθμιαίας αλλαγής του κλίματος και της υπερθέρμανσης του πλανήτη μας κυρίως λόγω της αυξανόμενης παραγωγής αερίων του θερμοκηπίου από την υπέρμετρη χρήση ορυκτών καυσίμων. Θα πρέπει όλοι, όπως επισημαίνει η κα Γιάνναρου, να συμβάλουμε στην προστασία της ατμόσφαιρας χρησιμοποιώντας περισσότερο ανακυκλώσιμες πηγές ενέργειας στις διάφορες οικιακές εφαρμογές. Ενέργεια καταναλώνεται και κατά την παραγωγή τροφίμων στις γεωργικές και κτηνοτροφικές δραστηριότητες, κυρίως μέσω της χρήσης συνθετικών λιπασμάτων και ζωοτροφών. Ο σεβασμός στους ενεργειακούς και στοιχειακούς κύκλους της φύσης μέσω της βιολογικής γεωργίας-κτηνοτροφίας, θα μπορούσε να βοηθήσει στην εξοικονόμηση ενέργειας από αυτές τις δραστηριότητες, όπως τονίζει ο κ. Αναστασιάδης.

Η διατροφή κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής είναι ιδιαίτερα σημαντική, αφού πρέπει με ασφάλεια να επιτύχει τη βέλτιστη σωματική και ψυχοκινητική ανάπτυξη του βρέφους χωρίς να έχει απώτερες αρνητικές επιδράσεις. Ο μητρικός θηλασμός και ο κατάλληλος συνδυασμός τροφών μετά τον απογαλακτισμό αποτελούν τις βάσεις για τη σωστή διατροφή των βρεφών, όπως χαρακτηριστικά σημειώνει η κα Καραγκιόζογλου. Η ορθή διατροφή έχει ιδιαίτερη σημασία και κατά τη νηπιακή ηλικία, όπου συχνά ξεκινούν προβλήματα παχυσαρκίας. Η κα Παπούτσου ενθαρρύνει τον ενεργητικό ρόλο των γονιών στην πρόληψη της εμφάνισης της

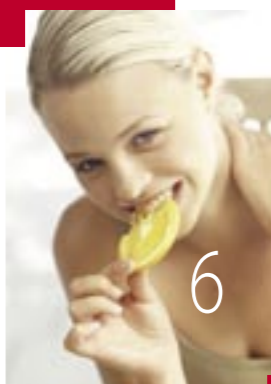
παχυσαρκίας κατά τη νηπιακή και παιδική ηλικία, που είναι μία από τις σημαντικότερες μεθόδους πρόληψης της παχυσαρκίας και των συνεπακόλουθων χρόνιων προβλημάτων υγείας στους ενήλικες. Ο καθημερινός βομβαρδισμός των παιδιών με διαφημίσεις τροφίμων αποτελεί ένα από τα αίτια της παιδικής παχυσαρκίας, όπως εύγλωττα περιγράφει η κα Γραμματικάκη. Είναι πολύ σημαντικό, λοιπόν, οι γονείς να μην παρασύρονται από την επιμονή των παιδιών για μη απαραίτητα προϊόντα-τρόφιμα χαμηλής διατροφικής αξίας που εκείνα βλέπουν στις διαφημίσεις. Με δεδομένη τη μεγάλη και αυξανόμενη συχνότητα παχυσαρκίας, ολιόενα και περισσότεροι συνάνθρωποί μας καταφεύγουν σε διάφορες δίαιτες. Ο κ. Παπαμίκος συγκρίνει τα χαρακτηριστικά και τη διατροφική αξία διαφόρων τύπων δίαιτας που είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες στις δυτικές κοινωνίες.

Τα φάρμακα μπορεί να έχουν διάφορες παρενέργειες, με το ήπαρ να αποτελεί συχνά το όργανο-στόχο της τοξικότητάς τους, όπως επισημαίνει η κα Deutsch. Η ενδεδειγμένη θεραπεία και η λογική χρήση φαρμάκων και βοτάνων αποτελούν την καλύτερη πρόληψη κάθε μορφής φαρμακευτικής τοξικότητας. Τα προβιοτικά έχουν λάβει αρκετή δημοσιότητα τα τελευταία χρόνια ως σκευάσματα που τείνουν να αποκαταστήσουν τη διαταραγμένη χλωρίδα του εντέρου. Η κα Πασπαλιάρη επισημαίνει όμως ότι σε αρκετές περιπτώσεις χρειάζονται περισσότερες μελέτες για τη διευκρίνιση των μηχανισμών δράσης και της αποτελεσματικότητας των προβιοτικών στην πρόληψη και θεραπεία των εντερικών παθήσεων. Μία από τις βλαβερές επιδράσεις της κατάχρησης αλκοόλ είναι η χρόνια παγκρεατίτιδα, για την οποία όμως μπορεί σπανιότερα να ευθύνονται και άλλοι παράγοντες, όπως σχολιάζει ο κ. Φραγκούλης. Η αυτοάνοση ηπατίτιδα είναι μία σπάνια αλλά δυνητικά σοβαρή ηπατική νόσος, που προκαλεί το ανοσιακό σύστημα του ασθενούς, όπως περιγράφεται από την κα Ζαχαράκη. Τέλος, στο τεύχος αυτό μπορείτε να βρείτε πολύ ενδιαφέροντα επίκαιρα γαστρεντερολογικά θέματα στη στήλη «Μικρά και Νόσημα» του κ. Τσόχατση.

Καλή ανάγνωση.

Με πολλές ευχές για ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟ & ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟ 2008!

Γεώργιος Β. Παπαθεοδωρίδης
Διευθυντής σύνταξης



Άρθρο Σύνταξης	3
Μικρές Ιστορίες	6
Ευεξία: "Αθλητική χειμερία νάρκη"	8
Φάρμακα & Ήπαρ	10
Το κλίμα αλλάζει	14
Περιβάλλον: "Ενεργειακό κόστος τροφίμων"	16
Χρόνια παγκρεατίτιδα	20
Διατροφή: "Διαφημίσεις τροφίμων"	22
Μικρά & Νόστιμα	26
Αυτοάνοση ηπατίτιδα	28
Περί διαίτης: "Crash test διαιτών"	30
Περί διαίτης: "Προβιοτικά"	34
Παιδί & Έφηβος: "Βέλτιστη ανάπτυξη βρέφους"	38
Επικοινωνούμε	42
Τα Νέα του Ιδρύματος	44

Διαβάστε στο επόμενο τεύχος για:

Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (σπαστική κολίτιδα)
 Πρόληψη καρκίνου παχέος εντέρου
 Ζάχαρη ή άλλες γλυκαντικές ουσίες
 Χοληστερίνη
 Χορός ως άσκηση
 Εξαφάνιση των μελισσών

ΤΕΥΧΟΣ 29

Διευθυντής Σύνταξης:	Γεώργιος Β. Παπαθεοδωρίδης, Γαστρεντερολόγος
Αναπληρωτές Διευθυντές Σύνταξης:	Σπήλιος Μανωλακόπουλος, Γαστρεντερολόγος Ιωάννης Βλαχογιαννάκος, Γαστρεντερολόγος
Συντακτική Επιτροπή:	Ιωάννης Δήμκας, Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος (Περί Διαίτης) Ηλίας Κάνταρος, Γεωπόνος (Περιβάλλον) Αλεξάνδρα Κασσίμη, Δημοσιογράφος (Ευεξία) Παναγιώτα Καφρίτσα, Παιδίατρος - Παιδογαστρεντερολόγος (Παιδί & Έφηβος) Ιωάννης Μανιός, Διαιτολόγος - Εργοφυσιολόγος (Διατροφή) Χρήστος Τριάντος, Γαστρεντερολόγος (Επικοινωνούμε) Εμμανουήλ Τσόχατζης, Ιατρός (Μικρά & Νόστιμα)
Επιμέλεια-Διόρθωση κειμένων:	Εύα Καραμανώλη, Αλίκη Τζάθα
Δημόσιες Σχέσεις:	Χάρης Τζάθας, Γαστρεντερολόγος

Το περιεχόμενο του κάθε άρθρου εκφράζει την άποψη του συγγραφέα του, η οποία δεν είναι υποχρεωτικά αποδεκτή από τη Συντακτική Επιτροπή.

AstraZeneca



life
 inspiring
 ideas

Αναπτύσσουμε νέα φάρμακα που σώζουν ζωές.

Φάρμακα πρωτοποριακά που βασίζονται στη μακροχρόνια και έγκυρη έρευνα.

Η AstraZeneca είναι μία από τις ηγετικές φαρμακευτικές βιομηχανίες στον κόσμο, αφιερωμένη στην ανακάλυψη, την ανάπτυξη και την προώθηση αποτελεσματικών και υψηλής ποιότητας συνταγογραφούμενων φαρμάκων, τα οποία προσφέρουν σημαντικά οφέλη στους ασθενείς και την ευρύτερη κοινότητα.

Αυτή είναι η AstraZeneca παγκοσμίως.

Θεοτοκοπούλου 4 & Αστροναυτών, 151 25 Μαρούσι τηλ. 210 6871500 www.astrazeneca.gr

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

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Δ. Παπαπαναγιώτου
 Διευθυντής: Κ. Αρβανιτάκης
 Γ. Γραμματέας: Δ. Γ. Καραμανώλης
 Ταμίας: Χ. Τζάθας
 Μέλη: Β.Χ. Γολεμάτης
 Γ. Κητής
 Σ.Δ. Λαδάς
 Α.Κ. Μπουρδάρης
 Γ.Β. Παπαθεοδωρίδης
 Α. Παπασπύρου
 Ε.Β. Τσιάνος

Εκδοτική επιμέλεια: GlobalActivitiesKey

Υπεύθυνη Διαφήμισης:
 Σοφία Καϊσάκη

Τηλ. 210 6844899
 Fax. 210 6843099
 e.mail: kaisaki@globalactivitieskey.gr

Σχεδιασμός & Παραγωγή: GlobalActivitiesKey

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

ΓΙΑΤΙ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΚΑΝΕΙΣ οικολόγος στην Αθήνα

Ίσως να ακούγεται παρατραβηγμένο, αλλά όπως το τίναγμα των φτερών μιας πεταλούδας στην Αφρική μπορεί να προκαλέσει ένα σεισμό στην Κίνα, έτσι και η ανακύκλωση μιας κόλλας χαρτί στην Αθήνα μπορεί να σώσει ένα δάσος στη Μακεδονία.

Δεν είναι ακατόρθωτο, είναι απλώς δύσκολο. Δεν είναι ανήκουστο, είναι όμως εξζητημένο. Και τελικά, αν στις συνειδήσεις μας οικολόγος είναι ένας αξύριστος τυπάκος με πορτοκαλί πανωφόρι που μοιράζει φυλλάδια της WWF στη Σταδίου ή ένας ξυρισμένος ψαρομάλλης τυπάκος που εμφανίζεται ντυμένος ως Ρομπέν των Δασών ή ως αρχαίος Έλληνας στις αφίσες της πολιτικής του παράταξης, τότε δεν είναι βέβαια χαμένο, είναι όμως κάπως μακρινό.

Και είναι μακρινό, γιατί

- Οι περισσότερες εφημερίδες που κυκλοφορούν στην Αθήνα δε διαθέτουν ειδικό τμήμα αφιερωμένο στο περιβάλλον, όπως αντίστοιχα συμβαίνει σε άλλες πρωτεύουσες με εφημερίδες όπως η Herald Tribune, η Le Monde, η The Guardian, η New York Times, η Público
- Στο Δήμο Αθηναίων οι κάδοι ανακύκλωσης φτάνουν με δυσκολία τους 2.000 και τα ειδικά απορριματοφόρα αγγίζουν τα 7, ενώ περίπου 35 δήμοι στην Αττική παραμένουν χωρίς συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Αξιοποίησης Ανακύκλωσης
- Ελάχιστα καταστήματα δέχονται ηλεκτρονικά ή ηλεκτρικά είδη πίσω προς ανακύκλωση με κάθε καινούρια αγορά
- Οι λάμπες εξοικονόμησης ενέργειας δεν είναι διαθέσιμες στα περισσότερα supermarket
- Ο 'ποδηλατόδρομος' αποτελεί άγνωστη λέξη για τους Αθηναίους, με αποτέλεσμα το ποδήλατο να θεωρείται χόμπυ αντί για μέσο μεταφοράς
- Οι δωρεάν πλαστικές σακούλες δεσπόζουν στα supermarket, κι έτσι ο Αθηναίος δεν μπαίνει στον κόσμο να χρησιμοποιήσει τις ίδιες που συσσωρεύονται στο σπίτι του με τα χρόνια, ή χαρτοσακούλες που ενδύκνεται για ανακύκλωση
- Κυριαρχεί η νοοτροπία της μεγαλόπολης που ευνοεί πρακτικές όπως η ολημερίς ανοικτή ή stand by τηλεόραση, το ανοικτό ραδιόφωνο, η εντατική χρήση κλιματιστικού προς αποφυγή του καλοκαιρινού καύσωνα
- Οι τιμές των βιολογικών τροφίμων τα καθιστούν είδος πολυτελείας
- Η ηχορύπανση φέρνει κι άλλη ηχορύπανση
- Τα αδέσποτα σκυλιά στην Αθήνα υπερβαίνουν τις 50.000, ενώ περιορισμένη είναι η πρόνοια για ηλεκτρονική σήμανση, άσυλα σκύλων και στειρώσεις.

Δεν είναι όμως χαμένο, επειδή

- Την απουσία ειδικών στηλών στις καθημερινές εφημερίδες προσπαθούν να αναπληρώσουν τα ένθετα των Κυριακάτικων φύλλων, όπως το ΟΙΚΟ της Καθημερινής, το ΒΗΜΑ SCIENCE και το Γεωτρόπιο της Ελευθεροτυπίας
- Η ανακύκλωση της μπαταρίας διευκολύνεται πλέον από την εγκατάσταση κάδων της ΑΦΗΣ ΑΕ σε καίρια σημεία της πόλης, όπως έξω από σχολεία, πολυκαταστήματα και πολιτιστικά κέντρα
- Τα μέσα μαζικής μεταφοράς βελτιώνονται ποσοτικά και ποιοτικά, ενώ όλο και περισσότεροι πολίτες αποκτούν πρόσβαση σε σταθμούς του μετρό με αποτέλεσμα η εγκατάλειψη του ρυπογόνου αυτοκινήτου να μοιάζει ολοένα και πιο εφικτή
- Είναι πλέον δυνατή η επιστροφή γυάλινων δοχείων μπίρας στα supermarket
- Η Ευώνυμος Οικολογική Βιβλιοθήκη στο Θησείο επισκευασμένη με βάση τις αρχές οικολογικής δόμησης, στεγάζει περί τα 20.000 περιοδικά και βιβλία οικολογικού περιεχομένου
- Παρόλο που τα βιολογικά προϊόντα είναι «τσιμπημένα», εντούτοις πρέπει να επισημανθεί η ύπαρξη ειδικών μαγαζιών που προμηθεύουν βιολογικά τρόφιμα (βιολογικός Κύκλος, Green Farm και Βιοκόςμος) καθώς και εστιατορίων που μαγειρεύουν οικολογικά, όπως το Eden στην Πλάκα ή ο Βιολογικός Κύκλος στην Ακαδημίας
- Βιολογικά τρόφιμα είναι επίσης διαθέσιμα σχεδόν σε όλα τα μεγάλα καταστήματα τροφίμων, σε ειδικές γωνιές για 'επιλεκτικούς' και αποφασισμένους καταναλωτές.

Εκείνο τελικά που χρειάζεται να γίνει κατανοητό είναι ότι δεν είναι ανάγκη να είναι κανείς πραγματικά επιλεκτικός ή ιδιαίτερα ευαίσθητος, να είναι ποιητής ή ζωγράφος, να συμμετέχει σε μία φιλοζωική οργάνωση ή σε τουλάχιστον ένα οικολογικό φόρουμ για να είναι οικολόγος. Η εξοικονόμηση ενέργειας και υλών είναι μια συνήθεια, είναι 5 απλές πράξεις κάθε ημέρα που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής, τη δική μας και των άλλων.

Ίσως να ακούγεται παρατραβηγμένο, αλλά όπως το τίναγμα των φτερών μιας πεταλούδας στην Αφρική μπορεί να προκαλέσει ένα σεισμό στην Κίνα, έτσι και η ανακύκλωση μιας κόλλας χαρτί στην Αθήνα μπορεί να σώσει ένα δάσος στη Μακεδονία.

Δεν είμαστε ειδικοί στις φωτογραφίες.



Φραντίζουμε όμως να βγαίνουν
«φωτεινές».

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

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

«Αθλητική» χειμερία νάρκη



Η άθληση βοηθά στο να αποβάλλει κανείς τη χειμερινή κατάθλιψη, βελτιώνει τη διάθεση, αυξάνει την ενεργητικότητα και βοηθά σε έναν καλύτερο ύπνο. Επίσης λάβετε υπόψιν ότι αν αθλείστε συστηματικά το χειμώνα, το καλοκαίρι θα σας βρει στην ιδανική φυσική κατάσταση.

Άσκηση όταν το θερμόμετρο κατεβαίνει χαμηλά: πώς να αποφεύγετε τα κρυολογήματα και τι να προσέχετε

Η μικρότερη διάρκεια της ημέρας το χειμώνα, η περιορισμένη άσκηση, οι πολλές γιορτές που συνοδεύονται από πλούσια γεύματα οδηγούν συνήθως σε αύξηση του σωματικού βάρους και κακή φυσική κατάσταση. Η συνήθης μείωση της αερόβιας άσκησης κατά τους χειμερινούς μήνες οδηγεί στον περιορισμό της λειτουργίας του καρδιαγγειακού συστήματος, ενώ η αποχή από ασκήσεις ενδυνάμωσης έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια μυϊκής μάζας και οστών. Ειδικά όσοι ζουν σε ιδιαίτερος ψυχρά κλίματα φαίνεται ότι πέφτουν σε μια μορφή «αθλητικής» χειμερίας νάρκης. Η αποχή έστω και εποχική από την άθληση οδηγεί στην αύξηση του σωματικού λίπους, τον περιορισμό της μυϊκής μάζας, αυξάνει τις πιθανότητες τραυματισμών, ενώ καθλώνει παράλληλα τη φυσική κατάσταση του ατόμου.

Η συνήθης μείωση της αερόβιας άσκησης κατά τους χειμερινούς μήνες οδηγεί στον περιορισμό της λειτουργίας του καρδιαγγειακού συστήματος, ενώ η αποχή από ασκήσεις ενδυνάμωσης έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια μυϊκής μάζας και οστών.

Οι χαμηλές θερμοκρασίες δε θα πρέπει να αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα άσκησης καθώς από τη μία υπάρχει πάντα η λύση της γυμναστικής σε κλειστούς χώρους και από την άλλη υπάρχουν «οδηγίες ασφαλείας» για όσους προτιμούν τους ανοιχτούς χώρους. Καθοριστικός παράγοντας φυσικά είναι και η διάθεση που έχει κανείς για άσκηση η οποία συνήθως εξαρτάται το χειμώνα. Σημαντικό είναι κανείς να διατηρεί στη σκέψη του τα οφέλη που αποκομίζει από αυτή τη διαδικασία. Η άθληση βοηθά στο να αποβάλλει κανείς τη χειμερινή κατάθλιψη, βελτιώνει τη διάθεση, αυξάνει την ενεργητικότητα και βοηθά σε έναν καλύτερο ύπνο. Επίσης λάβετε υπόψιν ότι αν αθλείστε συστηματικά το χειμώνα, το καλοκαίρι θα σας βρει στην ιδανική φυσική κατάσταση.

Τι πρέπει να προσέχει κανείς όταν ασκείται σε εξωτερικούς χώρους το χειμώνα;

- ▶ Αρχικώς συμβουλευτείτε το γιατρό σας, καθώς ορισμένοι άνθρωποι μπορεί να εμφανίζουν ευαισθησία στον ψυχρό αέρα. Πόνοι στο στήθος ή ακόμη και μικρές κρίσεις άσθματος δεν είναι σπάνιες όταν κανείς αθλείται μέσα στο κρύο. Σε περίπτωση που υπάρχει κάποιο ιστορικό αναπνευστικών προβλημάτων, συμβουλευτείτε οπωσδήποτε το γιατρό σας.
- ▶ Ντυθείτε σαν κρεμμύδι. Φορέστε πολλές στρώσεις από ρούχα με την εσωτερική να είναι η λεπτότερη. Υφάσματα που βοηθούν στην έκκριση ιδρώτα (όπως είναι τα συνθετικά) είναι καλό να αποτελούν το πρώτο «στρώμα». Στη συνέχεια ένα fleece είναι είναι πολύ χρήσιμο για τη μόνωση της θερμοκρασίας. «Ντύστε» τα υπόλοιπα ρούχα με ένα αδιάβροχο πανωφόρι, ενώ για να θερμαίνετε τον αέρα που αναπνέετε χρησιμοποιήστε μια μάσκα ή τυλίξτε ένα κασκόλ γύρω από το λαιμό σας. Μην ξεχνάτε να φοράτε γάντια και σκούφο για να προστατεύετε τα εκτεθειμένα μέρη του σώματος.
- ▶ Επιλέγετε τον κατάλληλο εξοπλισμό. Αν πρόκειται να βρεθείτε έξω σε ώρα που το φως είναι περιορισμένο, φορέστε ανοιχτόχρωμα ρούχα που να αντανακλούν το λιγιστό φως που υπάρχει. Φορέστε τα κατάλληλη παπούτσια που να απορροφούν τους κραδασμούς προκειμένου να αποφύγετε τυχόν τραυματισμούς

και πτώσεις. Αν κάνετε κάποιο άθλημα στο χιόνι φορέστε απαραίτητα κράνος.

- ▶ Προστατέψτε τον εαυτό σας από τον ήλιο στην περίπτωση που βρίσκεστε στο χιόνι. Τα γυαλιά ηλίου είναι απαραίτητα, ακόμη και το αντηλιακό σε πρόσωπο και χείλη για να θωρακιστείτε από την αντανάκλαση της ακτινοβολίας.
 - ▶ Κινηθείτε με τη φορά του ανέμου. Αν έχετε τον άνεμο πίσω σας, περιορίζετε τις πιθανότητες κρυολογήματος.
 - ▶ Προσέχετε τα κρυοπαγήματα από τον ψυχρό αέρα. Φροντίστε όλα τα μέρη του σώματός σας να είναι προστατευμένα. Αποφεύγετε την επαφή σας με τον κρύο αέρα, διότι διαταράσσει τη θερμοκρασία του σώματος. Ακόμη μεγαλύτερη προσοχή χρειάζεται, αν κάνετε κάποιο άθλημα στο οποίο το σώμα σας αναπτύσσει μεγάλη ταχύτητα καθώς δημιουργούνται επιπλέον ψυχρά ρεύματα γύρω από εσάς.
 - ▶ Πίνετε αρκετά υγρά, όπως όταν αθλείστε το καλοκαίρι, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την άσκηση, ακόμη και εάν δε διψάτε.
 - ▶ Αναγνωρίστε πότε πρέπει να σταματήσετε και αξιολογήστε σωστά τις δυνάμεις σας. Αν διαπιστώσετε ένα τμήμα δέρματος παγωμένο και σκληρό ίσως να έχετε πάθει κρυοπαγήμα. Κατευθυνθείτε προς έναν κλειστό χώρο και προσπαθήστε να ανακτήσετε τη θερμοκρασία του σώματος σταδιακά. Σε περίπτωση που το μούδιασμα δεν υποχωρεί αναζητήστε τις πρώτες βοήθειες. Αν υποψιαστείτε ότι υπάρχει κίνδυνος υποθερμίας (έντονο τρέμουλο, αδυναμία ελέγχου σώματος αλλά και της άρθρωσης, κόπωση) πηγαίστε απευθείας σε ένα νοσοκομείο.
- Παράλληλα μπορείτε να γίνεται ιδιαίτερος ευρηματικοί, εάν αποφασίσετε ότι επιθυμείτε να ασκηθείτε σε κλειστούς χώρους.
- ▶ Μια εσωτερική θερμαινόμενη πισίνα μπορεί να είναι ευεργετική ακόμη και το χειμώνα. Πρόκειται για μία από τις καλύτερες μορφές γυμναστικής κατά την οποία μάλιστα παρουσιάζονται και οι λιγότεροι τραυματισμοί.
 - ▶ Υπάρχει πάντα και η λύση να γραφτείτε σε ένα γυμναστήριο, ή ακόμη και να προμηθευτείτε όργανα γυμναστικής για το σπίτι.



Περίπου 10% των περιπτώσεων ηπατίτιδας σε νεαρή ηλικία και 40% των περιπτώσεων ηπατίτιδας σε άτομα άνω των 50 οφείλονται σε φάρμακα

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ

Είναι επίσης αυτονόητο ότι όσο εμφανίζονται καινούρια φάρμακα τόσο πιο συχνές θα είναι και οι παρενέργειες από αυτά.

Πόσο σημαντικό είναι το πρόβλημα της φαρμακευτικής ηπατοτοξικότητας;

Περίπου 10% των περιπτώσεων ηπατίτιδας σε νεαρή ηλικία και 40% των περιπτώσεων ηπατίτιδας σε άτομα άνω των 50 οφείλονται σε φάρμακα. Το ποσοστό αυξάνει σε ασθενείς με πολλαπλά προβλήματα υγείας στους οποίους χορηγούνται συνήθως πολλά και διαφορετικά φάρμακα. Τέλος, 20% των περιπτώσεων οξείας ηπατικής ανεπάρκειας στο δυτικό κόσμο οφείλεται σε φάρμακα. Περισσότερα από 800 φάρμακα έχουν ενοχοποιηθεί για πρόκληση ηπατικής νόσου. Η εμφάνιση ίκτερου, η μεγάλη ηλικία, το γυναικείο φύλο και οι πολύ υψηλές δόσεις αποτελούν τους παράγοντες εκείνους που προδικάζουν κακή πρόγνωση και αυξημένη θνητότητα.

Έχουν τα φάρμακα μια συγκεκριμένη δράση στο ήπαρ;

Η φαρμακευτική ηπατική νόσος παρουσιάζεται με κλινική, βιοχημική και παθολογοανατομική εικόνα παρόμοια με άλλα ηπατικά νοσήματα, υπο μορφή είτε οξείας ή χρόνιας ηπατίτιδας, οξείας ή χρόνιας χολοστατικής νόσου, στεατοηπατίτιδας και σπανιότερα κίρρωσης. Κάθε φάρμακο έχει τη δικιά του «υπογραφή» προκαλώντας περισσότερες ή λιγότερες τυπικές βλάβες. Ετσι για παράδειγμα, η ισονιαζίδη (αντιφυματικό) και η παρακεταμόλη μπορεί να προκαλέσουν νέκρωση των ηπατοκυττάρων με εικόνα οξείας ηπατίτιδας, η οποία μπορεί, ευτυχώς σπάνια, να εξελιχθεί μέχρι και σε οξεία ηπατική ανεπάρκεια. Οι ορμόνες, όπως η τεστοστερόνη και μερικά στεροειδή αναβολικά, που εύκολα χρησιμοποιούνται για την απόκτηση γυμνασμένου σώματος, σχετίζονται με χολόσταση και βαθύ ίκτερο. Η θεραπεία με κορτιζόνη ή βαλπροϊκό (αντιεπιληπτικό φάρμακο), μπορεί να προκαλέσουν στεάτωση του

ήπατος (λιπώδες ήπαρ). Οι σουλφονουλορίες (φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη) μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση κοκκιωμάτων στο ήπαρ, ενώ φάρμακα ανοσοκατασταλτικά που χρησιμοποιούνται μετά από μεταμόσχευση μυελού είναι δυνατόν να αποφράσουν τις ηπατικές φλέβες.

Η παρακεταμόλη (Deron, Panadol) είναι συνήθως άριστα ανεκτή ουσία αλλά σε υπερδοσολογία αποτελεί συχνή αιτία φαρμακευτικής ηπατοτοξικότητας και σημαντική αιτία οξείας ηπατικής ανεπάρκειας παγκοσμίως. Ο κίνδυνος για ηπατική νόσο αυξάνεται με τη χορηγούμενη δόση (συνήθως περισσότερο από ένα κουτί) και με την ταυτόχρονη λήψη αλκοόλ ή άλλων φαρμάκων. Τα επίπεδα παρακεταμόλης στο αίμα είναι μετρήσιμα και έχουν μεγάλη προγνωστική σημασία καθορίζοντας και τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Στην υπερδοσολογία παρακεταμόλης χορηγείται αντίδοτο – η ακετυλοκυστεΐνη- που μπορεί να μειώσει σημαντικά την ηπατική βλάβη.

Είναι η φαρμακευτική ηπατοτοξικότητα μια αλλεργική αντίδραση;

Όχι πάντα. Υπάρχουν φάρμακα που προκαλούν μια αντίδραση υπερευαισθησίας που εμφανίζεται στις 4-6 εβδομάδες και προκαλούν οξεία ηπατίτιδα ή οξεία χολοσταση με διάφορα συνοδά συμπτώματα. Τα περισσότερα όμως φάρμακα δρουν ιδιοσυγκρασιακά και η ηπατοτοξικότητα εμφανίζεται σε πολύ μικρό αριθμό ασθενών για άγνωστο λόγο. Αυτές οι ιδιοσυγκρασιακές αντιδράσεις μπορεί να είναι πιο συχνές (ένας στους εκατό με την ισονιαζίδη) ή πιο σπάνιες (ένας στους εκατό-χιλιάδες με τη δικλοφαινική, το γνωστό Voltaren).

Εκτός από την παρακεταμόλη συνήθως δεν υπάρχει συσχέτιση της αντίδρασης με τη δόσολογία του φαρμάκου.

Η διάγνωση δεν είναι πάντα εύκολη. Βασίζεται στη λήψη καλού ιστορικού και στον αποκλεισμό άλλων αιτιών ηπατικής νόσου



Επίσης σημαντικό είναι ότι το χρονικό διάστημα από την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής μέχρι την εμφάνιση της ηπατοτοξικότητας είναι διαφορετικό στις διάφορες περιπτώσεις. Όχι σπανία εμφανίζονται και καθυστερημένες αντιδράσεις μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής (για παράδειγμα στη φαρμακευτική ηπατοτοξικότητα από αντιβιοτικά τύπου αμοξυκιλλίνης-κλαβουλανικού οξέος).

Πώς θα γίνει η διάγνωση; Υπάρχει πρόληψη;

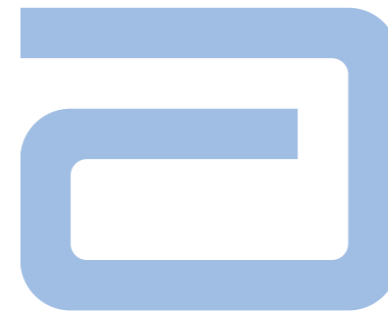
Είναι αδύνατη η πρόβλεψη ως προς το ποιος ασθενής θα παρουσιάσει ηπατοτοξικότητα. Μικρού βαθμού διαταραχές των ηπατικών ενζύμων διαπιστώνονται σε 1-10% των ασθενών κατά τη διάρκεια μιας φαρμακευτικής αγωγής. Γενικά επιβάλλεται η καλή παρακολούθηση των ασθενών τόσο κλινικά όσο και με εξετάσεις σε τακτικά χρονικά διαστήματα, κυρίως όταν το φάρμακο που χορηγείται είναι δυνητικά ηπατοτοξικό. Όταν οι αμινοτρανσφεράσες είναι > 3-5 φορές από το ανώτερο φυσιολογικό όριο ή όταν εμφανίζεται ίκτερος, συνιστάται διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής.

Η διάγνωση δεν είναι πάντα εύκολη. Βασίζεται στη λήψη καλού ιστορικού και στον αποκλεισμό άλλων αιτιών ηπατικής νόσου. Οι εξετάσεις αίματος δε βοηθούν στην αιτιολογική διάγνωση. Μερικές φορές μπορεί να χρειαστεί και βιοψία ήπατος. Δεν ενδείκνεται η επαναχορήγηση

φαρμάκου που πιθανώς ήταν υπεύθυνο για ένα επεισόδιο ηπατοτοξικότητας.

Οι ασθενείς με χρόνια ηπατοπάθεια δεν είναι επιρρεπείς σε ανάπτυξη φαρμακευτικής ηπατοτοξικότητας. Οι συνέπειες όμως της φαρμακευτικής ηπατοτοξικότητας, εφόσον αυτή αναπτυχθεί, είναι πολύ σοβαρότερες. Έτσι, εάν ένας ηπατοπαθής χρειάζεται κάποιο φάρμακο, η αγωγή δεν πρέπει να ακυρωθεί ή να καθυστερήσει από το φόβο της ηπατοτοξικότητας. Σε ασθενή με σοβαρή ηπατική νόσο άλλης αιτιολογίας η χορήγηση δυνητικά ηπατοτοξικών φαρμάκων πρέπει να γίνει με πολύ προσοχή.

Η ενδεδειγμένη θεραπεία και η λογική χρήση των φαρμάκων αποτελούν την καλύτερη πρόληψη για τη φαρμακευτική ηπατοτοξικότητα. Οι ιατροί οφείλουν να έχουν την κατάλληλη γνώση για τη δράση και την τοξικότητα των φαρμάκων και να μη χορηγούν φάρμακα χωρίς ένδειξη. Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς πρέπει να προσέχουν να μη λαμβάνουν φάρμακα χωρίς ιατρική συμβουλή (παίρνω το χάπι που πήρε και η γειτόνισσα επειδή της έκανε καλό, αγοράζω φάρμακα που μου συστήνει ο φαρμακοποιός). Η ίδια προσοχή χρειάζεται και με διάφορες «φυτικές» ουσίες που θεωρούνται «μη φάρμακα» και αγοράζονται εύκολα χωρίς συνταγή, αλλά μπορούν να είναι το ίδιο τοξικά και επικίνδυνα. Είναι επίσης αυτονόητο ότι όσο εμφανίζονται καινούρια φάρμακα τόσο πιο συχνές θα είναι και οι παρενέργειες από αυτά.



A-00466

www.foh.gr



ABBOTT LABORATORIES (ΕΛΛΑΣ) Α.Β.Ε.Ε.
ΑΘΗΝΑ: Λεωφ. Βουλιαγμένης 512, Τ.Κ. 17456, Άλιμος, Τηλ.: 210 9985222
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: 12^ο χλμ. Νέας Εθνικής Οδού Θεσσαλονίκης - Νέων Μουδανιών,
Τ.Θ. 60682, Τ.Κ. 57001, Θέρμη, Τηλ.: 2310 810470

 **Abbott**
Immunology



Το κλίμα αηλιάζει

μήπως κι εμείς να αηλιάζαμε συνήθειες;

Εάν το 2007 θα μείνει για κάτι στην ιστορία, αυτό είναι ότι η αλλαγή του παγκόσμιου κλίματος λόγω της ανθρώπινης δραστηριότητας μετατράπηκε από απλή υποψία σε απόλυτη βεβαιότητα (εντάξει, τρόπος του λέγειν -συνέβησαν και άλλα πράγματα μες στη χρονιά!). Όλοι πλέον συμφωνούν ότι ο πλανήτης θερμαίνεται με γοργούς ρυθμούς και ότι οι επιπτώσεις βρίσκονται προ των πυλών. Το μεγαλύτερο μερίδιο «ευθύνης» για τη σημερινή κατάσταση έχει βέβαια η εξάρτηση του ανθρώπου από τα ορυκτά καύσιμα (κυρίως το λιγνίτη και το πετρέλαιο), από την επεξεργασία των οποίων εκλύονται τα λεγόμενα αέρια του θερμοκηπίου, με πρώτο και κύριο το διοξείδιο του άνθρακα. Εκτός του ότι ρυπαίνουν, οι συμβατικές αυτές πηγές ενέργειας εξαντλούνται -τα κοιτάσματα επαρκούν

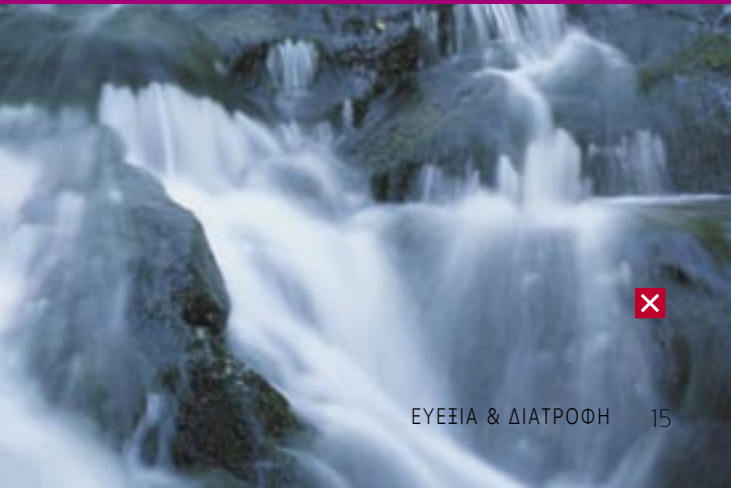
για λίγες ακόμα δεκαετίες. Επιπλέον, η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει θέσει ως στόχο τη μείωση των εκπομπών αερίων του θερμοκηπίου κατά 20% μέχρι το 2020 (σε σχέση με τα επίπεδα του 1990). Κι όμως, ο ήλιος, ο άνεμος, η γεωθερμία, τα ποτάμια, οι οργανικές ύλες, όπως το ξύλο, ακόμα και τα απορρίμματα μπορούν να «μετατραπούν» σε πηγές ενέργειας, οι οποίες μάλιστα είναι ανεξάντλητες, είναι δωρεάν και βέβαια από την εκμετάλλευσή τους δεν καταστρέφεται το περιβάλλον. Με αυτά ως δεδομένα, είναι πραγματικά άξιο απορίας γιατί η διείσδυση αυτών των ανανεώσιμων πηγών ενέργειας στο ενεργειακό ισοζύγιο παραμένει σε τόσο χαμηλά επίπεδα. Είναι χαρακτηριστικό ότι, σύμφωνα με το πλέον... αισιόδοξο σενάριο, το 2020 από Ανανεώσιμες

Πηγές Ενέργειας (ΑΠΕ) θα παράγεται στη χώρα μας μόλις το 20% της ενέργειας που θα καταναλώνεται. Η Ελλάδα πάντως θεωρείται από τις χώρες που διαθέτουν αξιόλογο δυναμικό ΑΠΕ, κυρίως ηλιακής ενέργειας (λόγω του μεγάλου αριθμού ημερών με ηλιοφάνεια), αλλά και αιολικής (σκεφτείτε τα... μελέμια του Αυγούστου!). Προφανώς, η επένδυση στις ΑΠΕ είναι, κατά βάση, θέμα της κεντρικής εξουσίας -το κράτος μπορεί -και πρέπει- να δώσει εκείνα τα κίνητρα στους πολίτες και τους επενδυτές, οι μεν πρώτοι να «διαμορφώσουν» κατάλληλα το σπίτι τους και οι δεύτεροι να προχωρήσουν στην κατασκευή μεγαλύτερων μονάδων παραγωγής ενέργειας από τις φιλικές αυτές προς το περιβάλλον πηγές. Ας δούμε όμως ποιες είναι οι επιμέρους εφαρμογές των ΑΠΕ στα κτίρια. Πώς δηλαδή μπορούμε εμείς να παράγουμε ενέργεια στο σπίτι μας γλιτώνοντας και χρήματα, αλλά και απαλλάσσοντας το περιβάλλον από επικίνδυνους ρύπους (οι περισσότερες από τις παρακάτω εφαρμογές μπορούν να τοποθετηθούν τόσο σε νέες οικοδομές όσο και σε υφιστάμενα κτίρια):

- Θερμικά Ηλιακά Συστήματα. Τα συστήματα αυτά τοποθετούνται στις οροφές των κτιρίων. Πρόκειται για ειδικούς ηλιακούς συλλέκτες οι οποίοι απορροφούν την ηλιακή ενέργεια την οποία στη συνέχεια μετατρέπουν σε ωφέλιμη θερμική ενέργεια, χρησιμοποιώντας κατά κύριο λόγο ως μέσο το νερό. Αυτά τα συστήματα μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες ψύξης και θέρμανσης των κτιρίων, για θέρμανση νερού οικιακής χρήσης κ.α.
- Φωτοβολταϊκά Συστήματα. Πρόκειται επίσης για ειδικά «πανέλα» που τοποθετούνται είτε στην οροφή είτε στις προσόψεις των κτιρίων. Η διαφορά είναι ότι τα φωτοβολταϊκά μετατρέπουν την ηλιακή ενέργεια σε ηλεκτρική, η οποία διοχετεύεται στο δίκτυο της ΔΕΗ. Τα φωτοβολταϊκά αποτελούν πολύτιμη λύση για απομονωμένες περιοχές της χώρας που δεν μπορούν να καλυφθούν από το υπάρχον ηλεκτρικό δίκτυο.
- Βιομάζα. Ετσι ονομάζεται η ενέργεια που μπορεί να παραχθεί από την επεξεργασία διάφορων υπολειμμάτων, όπως είναι τα καυσόξυλα, τα άχυρα, τα πριονίδια, οι ελαιοπυρήνες, τα κουκούτσια, αλλά και ζωικών αποβλήτων (κοπριά, άχρηστα αλιεύματα), αστικών απορριμμάτων κλπ. Η βιομάζα μπορεί να καλύψει τις ανάγκες θέρμανσης των κτιρίων -απλώς στη θέση του λέβητα πετρελαίου, τοποθετούνται ειδικοί λέβητες βιομάζας.
- Γεωθερμία. Πρόκειται για την εκμετάλλευση της σταθερής θερμοκρασίας του υπεδάφους. Σήμερα, μέσω της τεχνολογίας και ανάλογα με το γεωθερμικό επίπεδο, μπορεί κανείς να χρησιμοποιήσει τη γεωθερμία για την παραγωγή ενέργειας ή για απευθείας θέρμανση κατοικιών.



Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο κτιριακός τομέας αντιπροσωπεύει το σημαντικότερο «καταναλωτή» ενέργειας (40%), με τη θέρμανση να ευθύνεται για το μεγαλύτερο ποσοστό (70%), ακολουθούμενη από την παραγωγή ζεστού νερού (15%), τις ηλεκτρικές συσκευές και το φωτισμό (11%). Ειδικά στην Ελλάδα, υπολογίζεται ότι ο κτιριακός τομέας καλύπτει το 36% της συνολικής ενεργειακής κατανάλωσης, με μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 7%. Στη χώρα μας, τα κτίρια ευθύνονται για πάνω από το 45% των συνολικών εκπομπών διοξειδίου του άνθρακα...





Το ενεργειακό κόστος της τροφής

Στις μέρες μας δε συνιστά πρωτοτυπία το να εστιάζουμε στο ενεργειακό κόστος των καταναλωτικών μας συνηθειών. Με τις τιμές του πετρελαίου να έχουν φτάσει σε δυσθεώρητα ύψη και τις θερμοκρασίες να φλερτάρουν με τους 0°C, είναι βέβαιο πως σε διάφορα σημεία του κόσμου λογίων λογίων επιστήμονες θα έχουν βάλει κάτω τα μοντέλα τους για να αποτιμήσουν τα πάντα σε ενέργεια. Είναι ευκαιρία και για μας λοιπόν, να δούμε πόσο «κοστίζει» ενεργειακά το καθημερινό μας φαγητό – και ... πόσο παρεκτραπήκαμε με τα γιορτινά μας τραπέζια!

Μία κατανοητή μονάδα μέτρησης της ενέργειας είναι το «κιλό ισοδύναμου πετρελαίου» και αυτή θα χρησιμοποιήσουμε σε αυτό το άρθρο. Το κιλό ισοδύναμου πετρελαίου αντιστοιχεί σε 0,86 λίτρα ντίζελ, 0,75 λίτρα βενζίνης κλπ. Και είναι μονάδα που αντικατοπτρίζει εύσχημα την πραγματικότητα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου το 80% της ενέργειας προέρχεται από ορυκτά καύσιμα όπως πετρέλαιο, φυσικό αέριο ή λιγνίτη, δηλαδή πηγές που δεν είναι ανανεώσιμες.

Βέβαια, στη συνείδησή μας η γεωργία και η κτηνοτροφία δεν θεωρούνται μεγάλοι καταναλωτές ενέργειας. Σύμφωνα με τις στατιστικές υπηρεσίες, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης καταναλώνουν μόλις το 0,5% ως 6,5% της συνολικής ενέργειας. Όμως - συχνό φαινόμενο πια - τανούμερα κάποιες φορές αυτονομούνται απ' την πραγματικότητα... Ή, να το πούμε πιο σωστά, από μια συνολικότερη θεώρηση της πραγματικότητας. Πράγματι, η άμεση κατανάλωση ενέργειας για την παραγωγή των γεωργικών προϊόντων είναι μικρή. Στη Γαλλία - ίσως τη σημαντικότερη παραγωγό χώρα της ΕΕ - είναι μόλις το 2% της συνολικής ενέργειας. Σε αυτήν την άμεση κατανάλωση υπολογίζονται μόνο οι καταναλώσεις πετρελαίου για χρήση μηχανημάτων (για οργώματα, σπορά, συγκομιδή κλπ) και ηλεκτρικού ρεύματος (για άρδευση, θέρμανση θερμοκηπίων και στάβλων, κλπ). Όμως για να παραχθεί ένα κιλό σιταριού ή πορτοκαλιών ή γάλακτος, χρειάζεται κατ' αρχάς να χρησιμοποιηθεί ενέργεια σε αρκετά προηγούμενα στάδια, πριν φτάσουμε στο ίδιο το χωράφι ή τον στάβλο.

Στην άμεση κατανάλωση υπολογίζονται μόνον οι καταναλώσεις πετρελαίου για χρήση μηχανημάτων (για οργώματα, σπορά, συγκομιδή κλπ) και ηλεκτρικού ρεύματος (για άρδευση, θέρμανση θερμοκηπίων και στάβλων, κλπ).



Αυτή λέγεται έμμεση κατανάλωση ενέργειας, και σε αυτήν υπολογίζεται η ενέργεια που χρησιμοποιείται για να φτιαχτούν οι γεωργικές εισροές (τα λιπάσματα, τα φυτοφάρμακα, οι σπόροι, οι ζωοτροφές) και οι απαραίτητες υποδομές (τα μηχανήματα και τα αγροτικά κτίρια). Σε αρκετές καλλιέργειες και σε όλες τις εκτροφές ζώων, η έμμεση κατανάλωση ενέργειας είναι μεγαλύτερη από την άμεση. Ας δούμε ξεχωριστά τη γεωργία και την κτηνοτροφία:

Γεωργία. Εδώ το μεγαλύτερο έμμεσο ενεργειακό κόστος

προέρχεται από τα λιπάσματα, επειδή χρησιμοποιούνται σε μεγάλες ποσότητες και η παραγωγή τους είναι αρκετά ενεργοβόρα. Τόσο, που μόνο σε αυτά αποδίδεται το 1% της παγκόσμιας κατανάλωσης ενέργειας. Για την παραγωγή 1kgr αζωτούχου (N), φωσφορούχου (P) ή καλιούχου (K) λιπάσματος χρειάζονται 1,39 κιλά, 0,45 κιλά και 0,34 κιλά ισοδύναμου πετρελαίου αντίστοιχα. Μία Ιταλική μελέτη του 1992 έδωσε κάποιες ενδεικτικές τιμές που φαίνονται στον πίνακα, της συμμετοχής των λιπασμάτων στη συνολική ενέργεια που καταναλώνεται ώστε να παραχθεί ένα κιλό προϊόντος στο χωράφι.

	Πετρέλαιο (gr ισοδ. πετρ.) που χρειάζεται συνολικά	Πετρέλαιο (gr ισοδ. πετρ.) που χρειάζεται για την παραγωγή των χρησιμοποιούμενων λιπασμάτων	Συμμετοχή των λιπασμάτων στη συνολικά απαιτούμενη ενέργεια
1 κιλό Ρύζι	160 gr	60 gr	37,5 %
1 κιλό Μαλακό Σιτάρι (για ψωμί)	100 gr	50 gr	49,5 %
1 κιλό Ελιές	120 gr	30 gr	25 %

Οι αριθμοί αυτοί μπορεί να μας φαίνονται...ευχάριστα μικροί, είναι όμως σημαντικοί: αρκεί να υπολογίσουμε πως με ένα μέτριας κατανάλωσης αυτοκίνητο (που καίει 7 lit/100 χλμ) καταναλώνουμε 93 gr ισοδύναμου πετρελαίου ανά χιλιόμετρο... Οι υπόλοιπες εισροές (σπόροι, φυτοφάρμακα) και υποδομές (π.χ. μηχανήματα), παρότι χρειάζονται περισσότερη ενέργεια για να παραχθούν, έχουν μικρότερη βαρύτητα, κυρίως επειδή χρησιμοποιούνται στο χωράφι σε μικρές ποσότητες. Παρόλα αυτά, σε αρκετές καλλιέργειες η ενεργειακή συμμετοχή τους δεν είναι αμελητέα. Έτσι, τα φυτοφάρμακα στην καλλιέργεια φρούτων (π.χ. μήλων) εμπειρίχουν το 18,5 % της συνολικής ενέργειας που κα-

ταναλώνεται, ενώ όταν καλλιεργούμε τομάτες με πλαστικά φύλλα κάλυψης υπερδιπλασιάζουμε την ενέργεια που καταναλώνουμε για να πάρουμε ένα κιλό (από 36 σε 84 gr ισοδύναμου πετρελαίου).

Κτηνοτροφία. Εδώ η άμεση κατανάλωση ενέργειας που καταναλώνεται στο στάβλο σπάνια είναι πάνω από το 35% της συνολικής. Αντίθετα, το μεγαλύτερο μέρος της ενέργειας που χρησιμοποιείται για να παραχθεί 1 κιλό προϊόντος καταναλώνεται για την παραγωγή των ζωοτροφών. Στον πίνακα φαίνονται κάποιες ενδεικτικές τιμές της συμμετοχής των ζωοτροφών στη συνολική ενέργεια που καταναλώνεται ώστε να παραχθεί ένα κιλό προϊόντος, σύμφωνα με τα Ιταλικά δεδομένα του 1992.

	Πετρέλαιο (gr ισοδ. πετρ.) που χρειάζεται συνολικά	Πετρέλαιο (gr ισοδ. πετρ.) που χρειάζεται για την παραγωγή των χρησιμοποιούμενων τροφών	Συμμετοχή των τροφών στη συνολικά απαιτούμενη ενέργεια
1 κιλό Αγελαδινό Γάλα	260 gr	188 gr	72,5 %
1 κιλό Πρόβειο Γάλα	540 gr	445 gr	82,5 %
1 κιλό Μοσχαρίσιο Κρέας	1.550 gr	850 gr	55 %

Με τέτοιου είδους πράξεις, υπολογίστηκε πως στην Ιταλία το 1992 η γεωργία και η κτηνοτροφία κατανάλωναν το 9% της ενέργειας της χώρας. Και η Ελλάδα του σήμερα δεν διαφέρει και πολύ από τη γείτονα του τότε...

Αλλά δεν τελειώσαμε εδώ. Γιατί τα παραπάνω αφορούν την καθαρή γεωργική παραγωγή,

δηλαδή έως αυτό που οι Αγγλοσάξωνες ονομάζουν "farm gate", την έξοδο απ' το κτήμα. Όμως «πολλά μεταξύ κύλικος πέλει και χείλεος άκρου!»

Ακολουθούν συνήθως τα στάδια της μεταφοράς των προϊόντων, της τυποποίησης / μεταποίησης, της μεταφοράς των τελικών προϊόντων, της αποθήκευσής τους, της έκθεσής τους σε κάποιο κατάστημα, της μεταφοράς στο σπίτι μας και –ένα βήμα πια πριν το χείλος– το μαγείρεμα. Αυτές οι ενεργειακές καταναλώσεις συνήθως προσμετρώνται σε άλλες «κατηγορίες» όπως π.χ. στις μεταφορές. Μόλις πρόσφατα άρχισαν να γίνονται κάποιες μελέτες που αντιμετωπίζουν την οικολογική βαρύτητα του φαγητού «από το λίκνο έως τον τάφο» ("from cradle to grave") ή για να το θέσουμε λιγότερο μακάβρια, βάσει της Ανάλυσης Κύκλου Ζωής (Life Cycle Assessment - LCA). Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών... μάλλον ικανοποιούν τους οπαδούς του «δεν τρώμε για να ζούμε, αλλά ζούμε για να τρώμε», τουλάχιστον όσον αφορά στην ενέργεια! Ας αναφέρουμε δύο μόνο παραδείγματα:

- Μία μελέτη που έγινε το 2006 για το Βρετανικό Υπουργείο Περιβάλλοντος και Τροφίμων αναφέρει πως η ενέργεια που καταναλώνεται για να παραχθεί στο χωράφι ένα κιλό πατάτες, αποτελεί μόλις το 15% της συνολικής ενέργειας που θα ξοδέψουμε μέχρι να την έχουμε αχιστή στο



πίατό μας (γεγονός που συνολικά κοστίζει 96 gr ισοδύναμου πετρελαίου). Το 35% καταναλώνεται κατά τη μεταφορά, το 29% στο μαγείρεμα και το υπόλοιπο 21% στην συσκευασία & αποθήκευση!

- Εξάλλου, σύμφωνα με μεγάλη μελέτη που έκανε το 2006 η Ευρωπαϊκή Ένωση για τα 25 κράτη-μέλη της και που αφορούσε

τη συνολική –άμεση και έμμεση– ενέργεια που καταναλώνουν τα νοικοκυριά, το σπιτικό μας τραπέζι μας είναι το δεύτερο πιο ενεργοβόρο συστατικό της καταναλωτικής ζωής μας, αφού απορροφά το 22,2% της συνολικής ενέργειας που καταναλώνουμε. Προηγείται το ίδιο μας το σπίτι (με 34,8%) και μόλις τρίτα έρχονται τα αυτοκίνητά μας (με 19,9% της συνολικής ενέργειας)! Δεν είναι λοιπόν να απορεί κανείς που Αμερικάνοι μελετητές θεωρούν το ενεργειακό κόστος διαφορετικών τύπων δίαιτας, συγκρίσιμο με το αν οδηγεί κανείς αυτοκίνητο SUV ή υβριδικό. Εύλογη η απορία: «και πως θα μειώσουμε το ενεργειακό κόστος των τροφών μας»; Μια πλήρης απάντηση δε χωράει στο παρόν. Φαίνεται όμως πως για αρκετά τρόφιμα μία λύση είναι η κατανάλωση βιολογικών προϊόντων. Για παράδειγμα, μελέτες στις σκανδιναβικές χώρες έδειξαν ότι μπορεί να επιτευχθεί βιολογική κτηνοτροφία (για αγελαδινό γάλα και χοιρινό & μοσχαρίσιο κρέας) χωρίς μείωση των αποδόσεων αλλά με σημαντικότερη μείωση της καταναλισκόμενης ενέργειας.

Άλλωστε, η ελαχιστοποίηση της κατανάλωσης ενέργειας και ο σεβασμός στους ενεργειακούς και στοιχειακούς κύκλους της φύσης (απορρίπτοντας π.χ. τα συνθετικά λιπάσματα), ήταν πάντα ένα από τα συστατικά στοιχεία της βιολογικής γεωργίας – κτηνοτροφίας.



Η ευχή σας... ευθύνη μας

NYCOMED

NYCOMED HELLAS S.A.
Λ. Κηφισίας 196, Χαϊλόδρομο, 152 31 • Τηλ.: 210/6729570 Fax: 210/6729571
Λ. Καραμανλή 60, Θεσ/νικη 546 42 • Τηλ.: 2310/870480
www.nycomed.gr

Χρόνια παγκρεατίτιδα: ένα άλυτο αίνιγμα

Το 1788 ο Cawley έκανε αναφορά σε νέο άνδρα που πέθανε από απίσχναση και διαβήτη και η νεκροτομή του αποκάλυψε πολλαπλούς παγκρεατικούς λίθους. Δύο αιώνες μετά την πρώτη περιγραφή χρόνιας παγκρεατίτιδος, αυτή παραμένει αινιγματική οντότητα με αβέβαιη παθογένεια, απρόβλεπτη κλινική πορεία και ασαφή θεραπεία.

Τι είναι η χρόνια παγκρεατίτιδα;

- Η χρόνια παγκρεατίτιδα ορίζεται ως μια συνεχής φλεγμονή του παγκρέατος, που χαρακτηρίζεται από μη αναστρέψιμες μορφολογικές αλλοιώσεις: ίνωση, διάταση-στένωση πόρων, ασβετώσεις και κυτταρική ατροφία.
- Χαρακτηρίζεται από χρόνιο πόνο και προοδευτική έκπτωση της εξωκρινούς και ενδοκρινούς παγκρεατικής λειτουργίας. Μετά πολλά χρόνια ο πόνος μπορεί να λυθεί αυτόματα ή ως αποτέλεσμα ενδοσκοπικής ή χειρουργικής παρέμβασης σχεδιασμένης έναντι του αιτίου του πόνου.

Ποιά είναι τα αίτιά της;

- Η χρόνια παγκρεατίτιδα σχετίζεται στενά με την κατανάλωση αλκοόλ, που ευθύνεται σε περισσότερο από 75% των περιπτώσεων. Αναπτύσσεται στη βαρεία (150-170 gr/ημέρα) και επί μακρόν (6-17 έτη) κατανάλωση αλκοόλ. Μικρό ποσοστό των αλκοολικών αναπτύσσει χρόνια παγκρεατίτιδα (5-10%), υποδηλώνοντας ύπαρξη άλλων παραγόντων που ενισχύουν τη βλαπτική δράση του αλκοόλ.
- Το κάπνισμα ενοχοποιείται για επιτάχυνση της προόδου της αλκοολικής χρόνιας παγκρεατίτιδας.

- Σχεδόν 2% των ασθενών με υπερπαραθυροειδισμό αναπτύσσουν χρόνια παγκρεατίτιδα.
- Τροπική παγκρεατίτιδα, σχετιζόμενη εν μέρει με υποθρεψία, είναι το συχνότερο αίτιο χρόνιας παγκρεατίτιδας στις τροπικές χώρες της Αφρικής και Ασίας.
- Ένας αποφράσεων τον παγκρεατικό πόρο λίθος, όγκος ή στένωση οδηγεί σε αποφρακτική χρόνια παγκρεατίτιδα.
- Η αυτοάνοση χρόνια παγκρεατίτιδα σχετίζεται με υπεργαμμασφαιριναιμία (ειδικά IgG4), με θετικά αντιπυρηνικά αντισώματα και αντισώματα έναντι της καρβονικής ανυδράσης IV.
- Η χρόνια παγκρεατίτιδα στο 10-20% των ασθενών είναι ιδιοπαθής. Σε κάποιες ενοχοποιούνται γενετικοί παράγοντες (π.χ. μεταλλαγμένο γονίδιο θρυψινογόνου PRSS1, μεταλλάξεις του γονιδίου της κυστικής ίνωσης CFTR κ.α.)

Ποιά είναι τα συμπτώματα και οι συνέπειές της χρόνιας παγκρεατίτιδας;

Κυρίαρχο σύμπτωμα ο πόνος. Συνεχής ή επεισοδιακός. Εντοπίζεται στο επιγάστριο και το αριστερό υποχόνδριο. Αντανακλά στη ράχη. Μπορεί να εκλυθεί μετά από οξεία κατάχρηση αλκοόλ. Ενισχύεται με τη λήψη τροφής και υφίεται με τη νηστεία. Συχνά συνοδεύεται από ναυτία-εμέτους. Οι ασθενείς ανακουφίζονται κάμπτοντας τον κορμό προς τα γόνατα. Οι κρίσεις διαρκούν λίγες ώρες μέχρι και δύο εβδομάδες, ενώ τελικά μπορεί να γίνει συνεχής. Τα ευρήματα κατά την κρίση περιορίζονται σε εντοπισμένη ευαισθησία, μυϊκή σύσπαση και ειλεό. Τα υπόλοιπα συμπτώματα προκύπτουν από τη διαταραχή της παγκρεατικής λειτουργίας όψιμα στη πορεία της νόσου. Η διαταραγμένη εξωκρινής λειτουργία προκαλεί δυσαπορρόφηση και απώλεια βάρους. Η ελαττωμένη έκκριση λιπάσης οδηγεί σε στεατόρροια. Ο ασθενής παραπονείται για ογκώδεις, δύσοσμες, λιπαρές κενώσεις και μετεωρισμό. Η καταστροφή των β-κυττάρων οδηγεί σε διαβήτη στο 80% των ασθενών, 25 έτη μετά από τη κλινική έναρξη της νόσου. Η διάγνωση τίθεται κύρια με απεικονιστικές εξετάσεις: απλή ακτινογραφία κοιλίας, αξονική τομογραφία κοιλίας, ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα και μαγνητική ή ενδοσκοπική χολαγγειοπαγκρεατογραφία. Αναδεικνύονται ασβετώσεις, ετερογένεια ή ατροφία του παρεγχύματος, διατεταμένοι πόροι, στενώσεις ή ψευδοκύστες. Πυρετός ή επιγαστρική μάζα δημιουργεί υπόνοιες για επιπλοκή, όπως παγκρεατική ψευδοκύστη. Η ψευδοκύστη αποτελεί εντοπισμένη συλλογή υγρού

μέσα σε παγκρεατική μάζα ή στους περιπαγκρεατικούς χώρους. Περιβάλλεται από μη-επιθηλιοποιημένο τοίχωμα από κοκκιώδη ιστό. Άλλες επιπλοκές είναι το απόστημα, ο παγκρεατικός ασκίτης (διάρροη παγκρεατικών υγρών στη περιτοναϊκή κοιλότητα), το παγκρεατοπλευριτικό συρίγγιο, η χολόσταση με ή χωρίς ίκτερο, η στένωση του κοινού χοληδόχου πόρου (καθώς διέρχεται μέσω της κεφαλής του παγκρέατος, από φλεγμονή-ίνωση αδένου). Καρκίνος παγκρέατος αναπτύσσεται στο 4% των ασθενών μετά τα 20 έτη.

Υπάρχει θεραπεία;

Κύριοι στόχοι της θεραπείας είναι η ανακούφιση του πόνου, η διατήρηση επαρκούς θρέψης και η ελάττωση συμπτωμάτων που συνοδεύουν τη στεατόρροια-κοιλιακό άλγος, μετεωρισμός και διάρροια. Η αποχή από το αλκοόλ, το οποίο συχνά επάγει κρίσεις, ελαττώνει τη συχνότητα και τη βαρύτητα επώδυνων κρίσεων.

Ο πόνος αντιμετωπίζεται με αναλγητικά (παρακεταμόλη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, οπιοειδή) και ίσως τροποποιητικά του πόνου φάρμακα (αντικαταθλιπτικά). Γίνεται προοδευτική αύξηση δόσεων και προσθήκη φαρμάκων, ανάλογα με ένταση πόνου, καθώς και προσπάθεια αποφυγής, όσο είναι δυνατόν, των οπιοειδών λόγω του σημαντικού κινδύνου για εθισμό. Ο πόνος στην ιδιοπαθή χρόνια παγκρεατίτιδα μπορεί να υφεθεί με παγκρεατικά ένζυμα ή οκτρεοτίδη, που ελαττώνουν την εξωκρινή παραγωγή του παγκρέατος και αμβλύνουν τον πόνο.

Ασθενείς με ανυπόφορο πόνο, που δεν ανταποκρίνεται σε συντηρητική θεραπεία, είναι δυνατόν να ωφεληθούν από χειρουργική ή ενδοσκοπική παρέμβαση. Σε διάταση παγκρεατικού πόρου, αποσυμφορητική χειρουργική επέμβαση ή εναλλακτικά ενδοσκοπική τοποθέτηση ενδαυλικής πρόσθεσης, μπορεί να βοηθήσουν. Σε προχωρημένη νόσο, μη-διατεταμένων πόρων, οι παγκρεατεκτομές αποτελούν την τελευταία διέξοδο.

Σε ασθενείς με χρόνιο πόνο και μη διατεταμένους πόρους, ο νευρικός αποκλεισμός του κοιλιακού πλέγματος κάτω από ακτινολογική καθοδήγηση προσφέρει βραχυχρονή ανακούφιση σε 50% των περιπτώσεων.

Η διατροφή πρέπει να είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος και να περιλαμβάνει τριγλυκερίδια μέσης αλύσου, που δεν χρειάζονται διάσπαση για να απορροφηθούν. Η στεατόρροια αντιμετωπίζεται με συμπληρώματα παγκρεατικών ενζύμων, που βελτιώνουν την πέψη και απορρόφηση λίπους και επιτρέπουν τη πρόσληψη βάρους. Η συγχορήγηση αντιεκκριτικών φαρμάκων μειώνει την απενεργοποίηση της λιπάσης από το οξύ, ελαττώνοντας τη στεατόρροια. Χρειάζεται συνήθως αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη.

Η αυτοάνοση χρόνια παγκρεατίτιδα αντιμετωπίζεται με χορήγηση πρεδνιζολόνης.



Διαφημίσεις τροφίμων:

πόσο επηρεάζουν αυτά που τρώνε τα παιδιά μας;



Τα περισσότερα διαφημιζόμενα τρόφιμα είναι προϊόντα χαμηλής διατροφικής αξίας, προβάλλοντας με αυτό τον τρόπο διατροφικά πρότυπα που απέχουν σε μεγάλο βαθμό από τις συστάσεις για ισορροπημένη διατροφή.

Έχει υπολογιστεί ότι ένα παιδί βλέπει περίπου 40.000 διαφημίσεις στην τηλεόραση κάθε χρόνο. Τα παιδιά αποτελούν για τους διαφημιστές μια σημαντική ομάδα-στόχο, αφού μπορούν να επηρεάσουν την αγορά τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον, διαδραματίζοντας ουσιαστικά τριπλό ρόλο.

1. Είναι τα ίδια καταναλωτές, αφού πραγματοποιούν αγορές με τα χρήματα που διαθέτουν.
2. Επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τις επιλογές και τις αποφάσεις της οικογένειας για τις αγορές.
3. Αποτελούν την επόμενη γενιά των ενήλικων καταναλωτών.

Σύμφωνα με μελέτες σε παγκόσμιο επίπεδο, τουλάχιστον οι μισές από τις διαφημίσεις που προβάλλονται κατά τη διάρκεια των παιδικών ζωών αφορούν σε τρόφιμα. Τα περισσότερα δε διαφημιζόμενα τρόφιμα είναι προϊόντα χαμηλής διατροφικής αξίας, προβάλλοντας με αυτό τον τρόπο διατροφικά πρότυπα που απέχουν σε μεγάλο βαθμό από τις συστάσεις για ισορροπημένη διατροφή.

...ΠΟΙΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΦΗΜΙΖΟΝΤΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ;

Το 1996 έγινε μία προσπάθεια καταγραφής και αξιολόγησης των τηλεοπτικών διαφημίσεων σε συνολικά 13 χώρες παγκοσμίως, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, η πλειοψηφία των διαφημίσεων τροφίμων που απευθύνονται σε παιδιά αφορά τρόφιμα πλούσια σε θερμίδες, με υψηλή περιεκτικότητα λίπους ή/και ζάχαρης ή /και αλατιού.

Πιο συγκεκριμένα φάνηκε ότι περισσότερες από



Οι «σοκολατένιες» διαφημίσεις στην Ελλάδα ήταν τέσσερις φορές περισσότερες σε σχέση με τη Γερμανία και 35 φορές περισσότερες σε σχέση με τη Σουηδία!!!

το 50% των διαφημίσεων τροφίμων αφορούσαν σοκολάτες, δημητριακά πρωινού (με ζάχαρη) και ταχυ-εστιατόρια. Άλλα τρόφιμα που φάνηκε ότι διαφημίζονται πολύ συχνά ήταν τα αλμυρά σνακ (π.χ. πατατάκια, γαριδάκια, κτλ.), τα αναψυκτικά, τα κέικ και τα μπισκότα. Διαφημίσεις για περισσότερο καλές επιλογές τροφίμων, όπως τα φρούτα και τα λαχανικά είτε δεν υπήρχαν καθόλου είτε ήταν πάρα πολύ περιορισμένες.

Παράλληλα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η Ελλάδα ήταν η χώρα με τις περισσότερες διαφημίσεις για σοκολάτες (64 διαφημίσεις / 20 ώρες προβολής), ακολουθούμενη από το Ηνωμένο Βασίλειο (54 διαφημίσεις / 20 ώρες προβολής). Μάλιστα, οι «σοκολατένιες» διαφημίσεις στην Ελλάδα ήταν τέσσερις φορές περισσότερες σε σχέση με τη Γερμανία και 35 φορές περισσότερες σε σχέση με τη Σουηδία!!!

...ΠΩΣ ΟΙ ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΙΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ;

Αρκετές μελέτες σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν δείξει ότι τα παιδιά που εκτίθενται σε διαφημίσεις τροφίμων είναι πιο πιθανό να επιλέξουν ή να ζητήσουν από τους γονείς τους τα διαφημιζόμενα τρόφιμα. Μάλιστα τα παιδιά κάτω των οκτώ ετών θεωρούν ότι οι διαφημίσεις είναι διασκεδαστικές και αντικειμενικές πληροφορίες για τα προϊόντα, με αποτέλεσμα να είναι ευάλωτα σε διαφημίσεις με παραπλανητικό περιεχόμενο.

Σύμφωνα με στοιχεία μελετών, ο αριθμός των διαφημίσεων τροφίμων πλούσιων σε ζάχαρη/λίπος φαίνεται να σχετίζεται θετικά με τον επιπολασμό της παιδικής παχυσαρκίας. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το εύρημα ότι τα ποσοστά των παχύσαρκων παιδιών είναι περισσότερο αυξημένο στις νότιες

χώρες της Ευρώπης (π.χ. Ελλάδα, Ιταλία, κ.τλ) σε σχέση με τις βόρειες (π.χ. Σουηδία, Νορβηγία, κ.τλ), όπου η νομοθεσία γύρω από τις διαφημίσεις είναι αυστηρότερη και δεν προβάλλονται σχεδόν καθόλου διαφημίσεις τροφίμων (<1 διαφήμιση/ώρα).

Μάλιστα, έχει φανεί ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που παρακολουθούν πολλές ώρες τηλεόρασης παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας σε σχέση με εκείνα που παρακολουθούν λιγότερο τηλεόραση. Όπως έχει φανεί, παιδιά που περνούν πολλές ώρες μπροστά στην τηλεόραση – και άρα εκτίθενται σε μεγαλύτερο αριθμό διαφημίσεων- καταναλώνουν περισσότερα γλυκά και αλμυρά σνακς και αναψυκτικά και λιγότερα φρούτα και λαχανικά.

Η προώθηση τροφίμων πλούσιων σε ζάχαρη και λίπος σε παιδιά αυτής της ηλικίας μπορεί να θεωρηθεί ως εκμετάλλευση από τους διαφημιστές της αδυναμίας των παιδιών να αντιληφθούν και να αξιολογήσουν το περιεχόμενο των διαφημίσεων που παρακολουθούν. Άλλωστε η βιομηχανία τροφίμων που στοχεύει στα παιδιά, χρησιμοποιεί ευρέως αυτή την «αδυναμία», ώστε να επηρεάσει τις αγοραστικές επιλογές των παιδιών αλλά και τα τρόφιμα που ζητούν από τους γονείς τους.

...η νομοθεσία τι κάνει για αυτό;

Περιορισμοί στις διαφημίσεις που απευθύνονται σε παιδιά έχουν επιβληθεί σε διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο, τώρα αρχίζουν να γίνονται τα πρώτα βήματα για την επιβολή περιορισμών και στις διαφημίσεις τροφίμων που στοχεύουν σε παιδιά. Στο τέλος του προηγούμενου χρόνου μάλιστα, σε μία Σύνοδο Ολομέλειας εγκρίθηκε η έκθεση μίας Γαλλίδας ευρωβουλευτή, σχετικά με την «Προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης: μια ευρωπαϊκή διάσταση για την πρόληψη του υπερβολικού βάρους, της παχυσαρκίας και των χρόνιων παθήσεων». Η έκθεση αυτή:

1. καταδικάζει τη συχνότητα και την ένταση των τηλεοπτικών εκστρατειών διαφήμισης και προώθησης τροφίμων που προορίζονται αποκλειστικά για τα παιδιά• υπογραμμίζει ότι τέτοιες εμπορικές πρακτικές πρέπει να ρυθμισθούν σε κοινοτικό επίπεδο με την αναθεώρηση της οδηγίας για την “τηλεόραση χωρίς σύνορα”.
2. επισημαίνει ότι τα νέα είδη διαφήμισης σε παιδιά, όπως είναι τα γραπτά μηνύματα προς κινητά τηλέφωνα, τα διαδικτυακά παιχνίδια και οι χορηγίες σε παιδικές χαρές δεν θα πρέπει να εξαιρεθούν.

Στην Ελλάδα, η νομοθεσία απαγορεύει τη μετάδοση διαφημίσεων για παιχνίδια, από 7:00 μέχρι 22:00, ώστε να προστατευθούν τα παιδιά. Παράλληλα, απαγορεύεται εξ'ολοκλήρου η προβολή διαφημίσεων σε παιδικά προγράμματα διάρκειας κάτω των 30 λεπτών. Σύμφωνα με την Ένωση Καταναλωτών-Ποιότητα Ζωής (Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ.) όμως, έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις στις οποίες τέτοια προγράμματα έχουν διακοπεί για διαφημίσεις διάρκειας μέχρι και 10 λεπτών! Παρά τις παραπάνω απαγορεύσεις όμως, μέχρι στιγμής δεν υπάρχει κάποιος περιορισμός στην χώρα μας για την προβολή διαφημίσεων τροφίμων που απευθύνονται σε παιδιά.

...και τι μπορώ να κάνω εγώ ως γονέας;

Καλό θα είναι ο γονέας να θέσει όριο στο πόσες ώρες την ημέρα/εβδομάδα θα μπορεί να βλέπει το παιδί τηλεόραση. Παράλληλα, θα πρέπει να αποθαρρύνεται η πρακτική της ανοικτής τηλεόρασης όλη την ημέρα και να επιτρέπεται στο παιδί η παρακολούθηση συγκεκριμένων και επιλεγμένων προγραμμάτων διάρκειας το πολύ 1-2 ωρών για τα μεγαλύτερα παιδιά και καθόλου τηλεόραση για τα παιδιά μικρότερα των δύο ετών.

Οι γονείς θα πρέπει να βοηθήσουν το παιδί να αντιληφθεί τη διαφορά της διαφήμισης -που έχει ως στόχο να πουλήσει- και του κανονικού προγράμματος -που έχει ως στόχο να ψυχαγωγήσει, να ενημερώσει ή να εκπαιδεύσει. Καλό θα είναι επίσης να παρακολουθούν μαζί με το παιδί τηλεόραση και να μην την χρησιμοποιούν ως μέσο «φύλαξης» των παιδιών όταν οι ίδιοι είναι απασχολημένοι. Με αυτό τον τρόπο θα μπορούν να συζητούν με τα παιδιά τους για το περιεχόμενο των προγραμμάτων και των διαφημίσεων και να τα βοηθούν να αντιληφθούν τις διαφορές μεταξύ τους.

Είναι επίσης σημαντικό τα παιδιά να μην έχουν τηλεόραση στο δωμάτιό τους ώστε να αποφεύγεται η ανεμπόδιστη και ανεξέλεγκτη τηλεθέαση και τα παιδιά να παρακολουθούν τηλεοπτικά προγράμματα στις ώρες και στη διάρκεια που έχει οριστεί από τους γονείς τους.

Τέλος, καλό θα είναι οι γονείς να μην παρασύρονται, από την επιμονή των παιδιών να τους αγοράσουν κάποιο προϊόν ή τρόφιμο που εκείνα έχουν δει στις διαφημίσεις αν, κατά την κρίση τους, δεν ωφελεί και δεν καλύπτει πραγματικά τις ανάγκες τους.

Αδιάκοπη Αναζήτηση της Ύψους



Galenica

με συνέπεια και ευθύνη



Σύγκριση κινδύνου πεπτικού έλκους σε συγχορήγηση ΜΣΑΦ και γαστροπροστασίας έναντι μονοθεραπείας με κοξίμπη

Τα μη-στερινοειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ) αποτελούν μια ευρύτατα συνταγογραφούμενη κατηγορία φαρμάκων παγκοσμίως. Εντούτοις, τα παραδοσιακά φάρμακα της κατηγορίας προκαλούν σημαντική αύξηση του κινδύνου αιμορραγίας του ανωτέρου πεπτικού. Για τη μείωση του ανωτέρω κινδύνου, είτε συγχωρηγούνται με γαστροπροστατευτικά φάρμακα είτε χορηγούνται τα νεότερα φάρμακα της κατηγορίας, οι κοξίμπες, που όμως αυξάνουν τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά συμβλήματα. Παρολαυτά, η κλινική αποτελεσματικότητα των παραπάνω στρατηγικών έχει υπομελετηθεί. Για να απαντήσουν στα σημαντικά αυτά ερωτήματα, ερευνητές από τις ΗΠΑ μελέτησαν αναδρομικά τα αρχεία των νοσηλευόμενων ασθενών για πεπτικό έλκος από το 1996 ως το 2004 στην πολιτεία Τένεσι και δημοσίευσαν τα αποτελέσματα τους στο *Gastroenterology* (2007;133:790-798). Στο διάστημα αυτό καταγράφηκαν 234010 και 48710 νέοι χρήστες ΜΣΑΦ και κοξιμπών αντίστοιχα με 363037 ανθρωπο-έτη παρακολούθησης, ενώ παρουσιάστηκαν 1223 νοσηλείες για πεπτικό έλκος. Οι ενεργοί χρήστες ΜΣΑΦ χωρίς γαστροπροστασία είχαν επίπτωση νοσηλείας για πεπτικό έλκος 5.65 ανά 1000 ανθρωπο-έτη, η οποία ήταν 2.76 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με όσους δεν χρησιμοποιούσαν ΜΣΑΦ ή κοξίμπες. Ο κίνδυνος ήταν 39% (16%-56%, 95% CI) ελαττωμένος σε όσους ελάμβαναν ΜΣΑΦ με γαστροπροστασία [αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPIs) ή ανταγωνιστές υποδοχών ισταμίνης] και 40% (23%-54%) σε όσους ελάμβαναν κοξίμπες σαν μονοθεραπεία. Όσοι ελάμβαναν ΜΣΑΦ με PPIs, που αποτελούν τα ισχυρότερα γαστροπροστατευτικά φάρμακα, είχαν 54% ελαττωμένο κίνδυνο, παρόμοιο με όσους ελάμβαναν κοξίμπες με PPIs (50%). Τα παραπάνω ευρήματα υποδηλώνουν ότι η συγχορήγηση ΜΣΑΦ και γαστροπροστασίας είναι εξίσου αποτελεσματική με τη μονοθεραπεία με κοξίμπες για την πρόληψη πεπτικών ελκών συσχετιζόμενων με ΜΣΑΦ. Ενδεχομένως θα άξιζε να μελετηθεί η προσθήκη PPIs σε όσους λαμβάνουν κοξίμπη, καθώς η στρατηγική αυτή φαίνεται να μειώνει περαιτέρω τον κίνδυνο ελκοπάθειας.

Σύγκριση εικονικής με κλασική κολονοσκόπηση για την ανίχνευση προχωρημένης νεοπλασίας παχέος εντέρου

Η προχωρημένη νεοπλασία του παχέος εντέρου περιλαμβάνει τα αδενοκαρκινώματα και τα προχωρημένα αδενώματα, τα οποία έχουν αυξημένο κίνδυνο μετάπτωσης σε καρκίνο. Τα αδενώματα αυτά αποτελούν τον ιδανικό στόχο ανίχνευσης στις στρατηγικές πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Οι τρέχουσες συστάσεις πρόληψης για το γενικό πληθυσμό είναι κολονοσκόπηση ανά 10ετία μετά την ηλικία των 50 ετών. Εντούτοις, η κλασική κολονοσκόπηση δεν είναι καλά ανεκτή με συνέπεια η παραπάνω οδηγία να μη βρίσκει ευρεία εφαρμογή. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *New England Journal of Medicine* (2007;357:1403-12), ερευνητές από τις ΗΠΑ συνέκριναν την αποτελεσματικότητα της κλασικής κολονοσκόπησης με την αποτελεσματικότητα της εικονικής κολονοσκόπησης, δηλαδή κολονοσκόπησης με τη βοήθεια αξονικής τομογραφίας, στην ανίχνευση προχωρημένης νεοπλασίας. Οι ερευνητές συνέκριναν τις δυο μεθόδους σε 3212 (μέση ηλικία 57.2 έτη) και 3163 (μέση ηλικία 58.1.8 έτη) συνεχόμενους ασθενείς αντίστοιχα στα πλαίσια προγράμματος ασυμπτωματικού ελέγχου. Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν η ανίχνευση προχωρημένης νεοπλασίας και ο ολικός αριθμός ευρεθέντων πολυπόδων. Όσοι πολύποδες ήταν μεγαλύτεροι των 6 χιλ. στην εικονική κολονοσκόπηση αφαιρούνταν στη συνέχεια με κλασική κολονοσκόπηση. Βρέθηκαν 123 προχωρημένα νεοπλασμάτα στην ομάδα της εικονικής και 121 σε αυτή της κλασικής κολονοσκόπησης, από τα οποία τα 14 και 4 ήταν διηθητικοί καρκίνοι αντίστοιχα. Το 7.9% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε εικονική κολονοσκόπηση χρειάστηκαν λόγω των ευρημάτων και κλασική κολονοσκόπηση. Η προχωρημένη νεοπλασία επιβεβαιώθηκε σε 100/3120 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εικονική και σε 107/3163 που υποβλήθηκαν σε κλασική κολονοσκόπηση. Αφαιρέθηκαν 561 πολύποδες στην ομάδα της εικονικής και 2434 στην ομάδα της κλασικής κολονοσκόπησης. Παρατηρήθηκαν 7 διατρήσεις εντέρου στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κλασική κολονοσκόπηση. Συμπερασματικά, οι δυο στρατηγικές πρόληψης είχαν το ίδιο ποσοστό ανίχνευσης προχωρημένης νεοπλασίας, αν και οι πολυεκτομές και οι επιπλοκές ήταν λιγότερες στην ομάδα της εικονικής κολονοσκόπησης. Συνεπώς, η εικονική κολονοσκόπηση αποτελεί αποτελεσματική στρατηγική ασυμπτωματικού ελέγχου.

Επαναληπτική κολονοσκόπηση 5 έτη μετά από αρχική κολονοσκόπηση για δευτερογενή πρόληψη καρκίνου παχέος εντέρου

Οι τρέχουσες συστάσεις επαναληπτικής κολονοσκόπησης σε ασθενείς με αρχική κολονοσκόπηση για δευτερογενή πρόληψη παχέος εντέρου κάνουν λόγο για επανάληψη στη δεκαετία σε ασθενείς χωρίς ευρήματα, στην πενταετία για ασθενείς με 1 ή 2 σωληνώδη αδενώματα <10 χιλ, στην τριετία σε ασθενείς με προχωρημένη νεοπλασία ή περισσότερα από δύο αδενώματα και στα 1-3 έτη σε ασθενείς με αφαίρεση καρκίνου ή με αδενώματα με υψηλού βαθμού δυσπλασία. Εντούτοις, λίγες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σε ασθενείς με αρνητική αρχική κολονοσκόπηση. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Gastroenterology*, ερευνητές από τις ΗΠΑ παρκολούθησαν με επαναληπτική κολονοσκόπηση στα 5.5 έτη ασθενείς με αρνητική αρχική κολονοσκόπηση και με αδενώματα >10 χιλ. Ο σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή της επίπτωσης προχωρημένης νεοπλασίας στην επαναληπτική κολονοσκόπηση στις δύο ομάδες και η διερεύνηση συσχέτισης των ευρημάτων της αρχικής κολονοσκόπησης με τον κίνδυνο προχωρημένης νεοπλασίας στη δεύτερη. Συνολικά 895 και 298 ασθενείς με και χωρίς ευρήματα αντίστοιχα στην αρχική κολονοσκόπηση υποβλήθηκαν σε δεύτερη σε διάστημα 5.5 ετών. Μόλις 2.4% των ασθενών χωρίς ευρήματα εμφάνισαν νεοπλασία στην επαναληπτική κολονοσκόπηση. Ο σχετικός κίνδυνος νεοπλασίας στη δεύτερη ήταν 1.92 (95% όρια αξιοπιστίας: 0.83-4.42) για ασθενείς με 1 ή 2 σωληνώδη αδενώματα <10 χιλ, 5.01 (2.10-11.96) για 3 ή περισσότερα σωληνώδη αδενώματα <10 χιλ, 6.40 (2.74-14.94) για σωληνώδη αδενώματα >10χιλ, 6.05 (2.48-14.71) για λαχνωτά αδενώματα και 6.87 (2.61-18.07) για αδενώματα με υψηλού βαθμού δυσπλασία. Συμπερασματικά, παρατηρήθηκε υψηλή συσχέτιση των ευρημάτων της αρχικής κολονοσκόπησης με την επίπτωση των σοβαρών ευρημάτων στην επαναληπτική κολονοσκόπηση. Ασθενείς με 1 ή 2 σωληνώδη αδενώματα <10 χιλ αποτελούν ομάδα χαμηλού κινδύνου σε σχέση με άλλους ασθενείς με σοβαρότερα ευρήματα.

Επίπεδα χοληστερίνης ορού και αγγειακή θνησιμότητα σε συνάρτηση με ηλικία, φύλο και επίπεδα αρτηριακής πίεσης: Μετανάλυση 61 προοπτικών μελετών με 55000 αγγειακούς θανάτους

Η ηλικία, το φύλο και η αρτηριακή πίεση μπορεί να μεταβάλλουν τη συσχέτιση της χοληστερίνης με τον αγγειακό θάνατο. Σε μια μετανάλυση που δημοσιεύτηκε στο *Lancet* (2007;370:1829-39), αναλύθηκαν οι προοπτικές μελέτες που συμπεριλάμβαναν τις αρχικές τιμές ολικής χοληστερίνης και την αρτηριακή πίεση προκειμένου να εκτιμηθούν οι παραπάνω παράγοντες κινδύνου στην αγγειακή θνησιμότητα. Συμπεριλήφθηκαν στοιχεία από 61 μελέτες παρακολούθησης, κυρίως στην Ευρώπη και τη Βόρειο Αμερική, με συνολικά 900.000 ενήλικους ασθενείς χωρίς ιστορικό αγγειακής νόσου. Σε σύνολο 12 εκατομμυρίων ανθρωπο-ετών (ηλικίες 40-89 ετών) καταγράφηκαν 55000 αγγειακοί θάνατοι (34000 από ισχαιμική καρδιοπάθεια, 12000 από αγγειακό εγκεφαλικό και 10000 από άλλα αίτια). Χαμηλότερη ολική χοληστερίνη κατά 38,6 mg/dL συσχετίστηκε με περίπου 50% [σχετικός κίνδυνος: 0.44 (95% όρια αξιοπιστίας: 0.42-0.48)], 33% [σχετικός κίνδυνος 0.66 (0.65-0.68)] και 17% [σχετικός κίνδυνος: 0.83 (0.81-0.85)] χαμηλότερη αγγειακή θνησιμότητα στις ηλικίες 40-49, 50-69 και 70-89 ετών αντίστοιχα, ανεξαρτήτως φύλου και χωρίς συγκεκριμένο κατώτερο όριο. Η μείωση του σχετικού κινδύνου ήταν μικρότερη όσο υψηλότερη ήταν η αρτηριακή πίεση. Η ολική χοληστερίνη συσχετίστηκε ασθενώς θετικά με τον κίνδυνο αγγειακού εγκεφαλικού στις ηλικίες 40-59, αλλά το παραπάνω μάλλον αντανακλά την ισχυρή συσχέτιση επιπέδων χοληστερίνης και αρτηριακής πίεσης. Ανεξάρτητη θετική συσχέτιση χοληστερίνης και αγγειακού εγκεφαλικού παρατηρήθηκε μόνο στους μεσήλικες με χαμηλότερη του μέσου όρου αρτηριακή πίεση, ενώ δε συνέβη το ίδιο στις ηλικίες 70-89 ετών. Συμπερασματικά, η αυξημένη ολική χοληστερίνη συσχετίστηκε με την αγγειακή θνησιμότητα σε όλες τις ηλικίες και τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης. Η απουσία συσχέτισής της με τη θνησιμότητα από εγκεφαλικά χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Πάντως αξίζει να σημειωθεί ότι τυχαίοι μελέτες έχουν δείξει μείωση της θνησιμότητας από αγγειακά εγκεφαλικά σε ασθενείς με ευρύ φάσμα ηλικίας και αρτηριακής πίεσης που λαμβάνουν στατίνες σαν υπολιπιδαιμική αγωγή.

Η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση έναρξη θεραπευτικής αγωγής είναι η λύση στο πρόβλημα. Η νόσος είναι «ύπουλη» και συνήθως χρόνια οδηγώντας σταδιακά σε κίρρωση και ηπατική ανεπάρκεια.

Αυτοάνοση Ηπατίτιδα

Τι είναι αυτοάνοσο νόσημα;

Ο ρόλος του ανοσολογικού συστήματος είναι να προφυλάξει τον ανθρώπινο οργανισμό από ιούς, βακτήρια και άλλους ζωντανούς οργανισμούς. Συνήθως, το ανοσολογικό σύστημα δεν αντιδρά ενάντια στα κύτταρα του οργανισμού στον οποίο ανήκει. Όμως, κάποιες φορές, λανθασμένα επιτίθεται σε κύτταρα τα οποία έχουν σαν σκοπό την προστασία. Η απάντηση καλείται «αυτοανοσία». Ερευνητές ανέπτυξαν τη θεωρία ότι κάποια βακτήρια, ιοί, τοξίνες και φάρμακα προκαλούν αυτοάνοση απάντηση σε ανθρώπους, οι οποίοι είναι γενετικά επιρρεπείς στο να αναπτύξουν αυτοάνοση διαταραχή. Δηλαδή, αναπτύσσονται αντισώματα έναντι αντιγόνων του ίδιου οργανισμού, τα οποία ονομάζονται αυτοαντισώματα και αυτοαντιγόνα αντίστοιχα.

Τι είναι η αυτοάνοση ηπατίτιδα;

Η αυτοάνοση ηπατίτιδα είναι μία νεκροφλεγμονώδης ηπατική νόσος αυτοάνοσης αιτιολογίας. Τα χαρακτηριστικά της είναι η φλεγμονή και η νέκρωση των ηπατοκυττά-

ρων, η υπεργαμμασφαιριναιμία και η παρουσία αυτοαντισωμάτων στον ορό. Οδηγεί σε προοδευτική καταστροφή του ήπατος, με αποτέλεσμα μετά από λίγα χρόνια ή μερικές φορές και μετά από λίγους μήνες την ανάπτυξη κίρρωσης και ηπατικής ανεπάρκειας. Η νόσος σχετίζεται με αυξημένη θνητότητα, ιδιαίτερα εάν η δεν διαγνωστεί έγκαιρα και αφηθεί χωρίς θεραπεία.

Η αυτοάνοση ηπατίτιδα είναι μία σχετικά σπάνια νόσος, αφού ο επιπολασμός της στη βορειοδυτική Ευρώπη υπολογίζεται σε 160-170 ασθενείς ανά 1,000,000 κατοίκους.

Υπάρχουν δύο τύποι αυτοάνοσης ηπατίτιδας, που διακρίνονται ανάλογα με τα αυτοαντισώματα που ανιχνεύονται. Έτσι έχουμε την αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου I και την αυτοάνοση ηπατίτιδα τύπου II.

Η αυτοάνοση ηπατίτιδα μπορεί να συνδυάζεται με πολυάριθμα αυτοάνοσα νοσήματα, όπως θυρεοειδίτιδα Hashimoto, πολυμυοσίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα, αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία, μικτή νόσο του συνδετικού ιστού, σύνδρομο Sjogren, ελκώδη κολίτιδα, νόσο του Graves, καθώς και το σύνδρομο αυτοάνοσης πολυενδοκρινολοπίας. Για αυτό άλλωστε, κάθε θεράπων ιατρός, θα πρέπει να εξετάζει το ενδεχόμενο της συνύπαρξης αυτοάνοσης ηπατίτιδας με τις λοιπές αυτοάνοσες νόσους και το αντίστροφο.

Πως εκδηλώνεται η αυτοάνοση ηπατίτιδα

Αφορά κυρίως γυναίκες (αναλογία ανδρών/γυναικών: 1/4) κυρίως της λευκής φυλής και συνήθως (70%) ηλικίας 15-40 ετών.

Τα συμπτώματα είναι μη ειδικά, τουλάχιστον στα πρώτα έτη της νόσου, όπως κακουχία, ανορεξία, απώλεια βάρους, αρθραλγίες, αδυναμία, καταβολή και πυρετός έως 38°C.

Ο ασθενής συνήθως εμφανίζει ηπατομεγαλία, σπληνομεγαλία, τηλεαγγειεκτασίες, ίσως ίκτερο, διαταραχές της έμμηνης ρύσης. Στο 20-30% των περιπτώσεων η κλινική εικόνα μοιάζει με αυτή της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας. Σπανιότερα, μπορεί να εκδηλωθεί ως οξεία κεραυνοβόλος ηπατική ανεπάρκεια (2-8% του συνόλου των περιπτώσεων). Κυρίαρχα συμπτώματα εδώ είναι η ναυτία, οι έμετοι, η ανορεξία, τα σκούρα ούρα (σαν κονιάκ), ο αποχρωματισμός των κοπράνων. Είναι δυνατόν, η διάγνωση να τεθεί από τυχαίο κλινικό ή εργαστηριακό έλεγχο (ασυμπτωματική μορφή αυτοάνοσης ηπατίτιδας: 10%). Για τη διάγνωση πρέπει να αποκλείονται και τα άλλα νοσήματα του ήπατος, όπως λήψη ηπατοτοξικών φαρμάκων, ιογενής ηπατίτιδα (A, B, C), νόσος Wilson, έλλειψη α1-αντιθρυψίνης,

αιμοχρωμάτωση κλπ. Ο εργαστηριακός έλεγχος, πρέπει να περιλαμβάνει τα ηπατικά ένζυμα, τους δείκτες των ιών ηπατίτιδας και εξειδικευμένες εξετάσεις ανίχνευσης αυτοαντισωμάτων. Συχνά για τη διάγνωση και πάντοτε για την εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου απαιτείται και βιοψία ήπατος.

Υπάρχει θεραπεία της αυτοάνοσης ηπατίτιδας;

Η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση έναρξη θεραπευτικής αγωγής είναι η λύση στο πρόβλημα. Η νόσος είναι «ύπουλη» και συνήθως χρόνια οδηγώντας σταδιακά σε κίρρωση και ηπατική ανεπάρκεια. Αυτή όμως η δυσμενής εξέλιξη αποτρέπεται όταν ο ασθενής τεθεί άμεσα και έγκαιρα σε θεραπευτική αγωγή.

Παρά τη μεγάλη ετερογένεια και την πολυπαραγοντική αιτιοπαθογένεια του νοσήματος, οι περισσότεροι ασθενείς ανταποκρίνονται πολύ καλά στη θεραπεία με κορτικοστεροειδή, μόνα ή σε συνδυασμό με αζαθειοπρίνη.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Απόλυτες	Σχετικές
• AST >10 φορές πάνω από την ΑΦΤ	• Συμπτώματα (κόπωση, αρθραλγία, ίκτερος)
• AST >5 φορές πάνω από την ΑΦΤ και γ-σφαιρίνη >2 φορές πάνω από την ΑΦΤ	• Αύξηση AST και γ-σφαιρίνη μικρό-τερη απ' ότι στα απόλυτα κριτήρια
• Γεφυροποιός νέκρωση ή πολυλοβιακή νέκρωση ιστολογικά	• Περιπυλαία ηπατίτιδα

AST: ασπαρτική αμινοτρανσφεράση

ΑΦΤ: ανώτερη φυσιολογική τιμή

Η πρόγνωση είναι γενικά πολύ καλή. Το 80-90% των ασθενών παρουσιάζει βιοχημική ανταπόκριση σε 4-12 μήνες και ιστολογική ανταπόκριση και 12-24 μήνες αντίστοιχα. Η δεκαετής επιβίωση στους θεραπευμένους ασθενείς είναι περίπου 90% και το προσδόκιμο επιβίωσης ανάλογο του φυσιολογικού πληθυσμού. Βέβαια, οι ανεπιθύμητες ενέργειες ή η δυσανεξία της θεραπείας οδηγούν σε διακοπή της αγωγής σε ποσοστό 15-20% των ασθενών. Γεγονός παραμένει, ότι η θεραπεία πρέπει να συνεχίζεται για τουλάχιστον δύο έτη. Το 50-75% των ασθενών υποτροπιάζει μέσα στον πρώτο χρόνο μετά τη διακοπή της θεραπείας, που υποδηλώνει την ανάγκη για συνέχιση της ανοσοκαταστολής για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.



Συγκριτικό ΤΕΣΤ

των πιο γνωστών

διαιτών



Για να αξιολογηθούν οι δίαιτες μεταξύ τους επινοήθηκε ένας δείκτης διατροφικής ποιότητας, ο οποίος ονομάστηκε δείκτης εναλλακτικής υγιεινής διατροφής. Ο συγκεκριμένος δείκτης επικεντρώνει σε θρεπτικά συστατικά που συνδέονται στενά με τη μείωση κινδύνου για στεφανιαία νόσο



Πολύ πρόσφατα οι πιο δημοφιλείς δίαιτες, όπως αυτή της νέας γλυκαιμικής επανάστασης, η Γουέιτ Γουότσερς, η Άτκινς, η Δίαιτα Ζώνης, η δίαιτα του δόκτορος Όρνις, η Σάουθ Μπιτς και αυτή της αμερικανικής διατροφικής πυραμίδας του 2005 μπήκαν στο μικροσκόπιο της επιστήμης. Έτσι, από εδώ και στο εξής θα αρχίσουμε να ακούμε συχνά τον όρο «**διατροφική ποιότητα**», η οποία αφορά οποιοδήποτε είδους δίαιτα. Με τον όρο διατροφική ποιότητα νοείται το κατά πόσο ο συγκεκριμένος τρόπος αδυνατίσματος προσφέρει ταυτόχρονα προστασία έναντι χρόνιων ασθενειών, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Αλλά ας δούμε περιληπτικά τις πιο χαρακτηριστικές αρχές κάθε τύπου δίαιτας.

Η δίαιτα της νέας γλυκαιμικής επανάστασης έχει σαν βασικό χαρακτηριστικό τα τρόφιμα χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη. Θυμίζω πως ο γλυκαιμικός δείκτης μάς δείχνει πόσο ψηλότερα (σε σχέση με ένα τρόφιμο αναφοράς, συνήθως άσπρο ψωμί) ανεβάζει το σάκχαρο του αίματός μας ένα τρόφιμο 2 ώρες αφού το καταναλώσουμε. Ο γλυκαιμικός δείκτης επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως τον τρόπο και το χρόνο μαγειρέματος, την περιεκτικότητα του τροφίμου σε υδατάνθρακες, λίπος, πρωτεΐνη, φυτικές ίνες, από το αν το τρόφιμο είναι σε υγρή, ημίρρευση ή στερεή κατάσταση κ.α. Η δίαιτα αυτή ισχυρίζεται ότι με τις επιλογές χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη προσφέρει παρατεταμένο αίσθημα κορεσμού και καλύτερο έλεγχο της γλυκόζης και της ινσουλίνης στο αίμα.

Η δίαιτα Γουέιτ Γουότσερς ήταν πολύ δημοφιλής παλαιότερα. Βαθμολογούσε κάθε τρόφιμο με ένα νούμερο. Όσο πιο λιπαρό και ενεργειακά πυκνό ήταν ένα τρόφιμο, τόσο πιο υψηλό βαθμό έπαιρνε. Η φιλοσοφία της δίαιτας αυτής περιόριζε το άτομο σε τέτοια κατανάλωση τροφίμων ώστε το συνολικό άθροισμά τους να έμεινε σταθερά κάτω από συγκεκριμένο αριθμητικό όριο, ανάλογα με τα κιλά που έπρεπε να χάσουν.

Η δίαιτα Άτκινς αποτελεί ένα διατροφικό πλάνο με επιλογές χαμηλών υδατανθράκων και υψηλής περιεκτι-

κότητας λίπους. Η εφαρμογή της περιλαμβάνει 4 φάσεις, κάθε μία από τις οποίες μεταβάλλει ουσιαστικά το ποσό των προσλαμβανόμενων υδατανθράκων ανάλογα με τη διακύμανση του βάρους. Χαρακτηριστικό της δίαιτας αυτής είναι ότι α) δε θεωρεί τις φυτικές ίνες και τα αλκοόλες των σακχάρων (όπως σορβιτόλη, μανιτόλη κ.α) ως υδατάνθρακες, β) ενθαρρύνει την κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε πρωτεΐνη και «καλά λιπαρά», όπως πολυακόρεστα, μονοακόρεστα, ενώ γ) δεν θέτει όριο για την κατανάλωση των κορεσμένων λιπαρών.

Η δίαιτα Σάουθ Μπιτς προτείνει συγκεκριμένους τύπους υδατανθράκων και λιπών. Όπως και η Άτκινς έτσι και αυτή εφαρμόζεται κατά στάδια, 3 για την ακρίβεια. Στο πρώτο στάδιο απαγορεύει συγκεκριμένα αμυλούχα τρόφιμα (ψωμί, μακαρόνια, ρύζι, πατάτες, αλκοόλ, αρτοσκευάσματα, φρούτα ή προϊόντα της ζάχαρης). Στο δεύτερο και τρίτο στάδιο επανεισάγονται οι υδατάνθρακες με τη μορφή των φρούτων, των λαχανικών και των δημητριακών ολικής άλεσης.

Η δίαιτα της Ζώνης ανήκει στα διατροφικά σχήματα χαμηλών υδατανθράκων, αλλά επιπρόσθετα υποδεικνύει και χαμηλά επίπεδα ενέργειας. Οι υδατάνθρακες περιορίζονται μόνο στα δημητριακά ολικής άλεσης και η πρωτεΐνη οφείλει να είναι χαμηλής περιεκτικότητας λίπους. Τα μονοακόρεστα, πολυακόρεστα λιπαρά και τα ω-3 ενθαρρύνονται, ενώ τα κορεσμένα και οι πηγές τους περιορίζονται.

Ο δόκτωρ Όρνις πρότεινε ένα χορτοφαγικό πρόγραμμα απώλειας βάρους το οποίο στόχευε στην πρόληψη ή και αντιστροφή (προφανώς σε αρχικά στάδια) της στεφανιαίας νόσου. Διατροφικές επιλογές πλούσιες σε κορεσμένα λιπαρά και χοληστερόλη είναι απαγορευμένες. Από την κατηγορία της πρωτεΐνης επιτρέπονται μόνο τα ασπράδια των αυγών και τα γαλακτοκομικά 0% λιπαρών. Τα διάφορα είδη ελαίων επίσης είναι άκρως περιορισμένα, εκτός από μικρές ποσότητες σε κραμβέλαιο και ω-3 λιπαρά. Η πρόσληψη αλατιού, ζάχαρης και αλκο-



Στην προσπάθεια για απώλεια βάρους υπάρχουν επιλογές οι οποίες όμως πρέπει να σταθμίζονται και με άλλα κριτήρια, όπως αυτό της πρόληψης χρόνιων νόσων



όλ επιτρέπεται σε μέτριο βαθμό και έμφαση δίνεται στα όσπρια και στους υδατάνθρακες που είναι πλούσιοι σε φυτικές ίνες.

Τέλος, ο τρόπος διατροφής που προτείνει η αμερικανική πυραμίδα διατροφής προσπαθεί να διατηρήσει μια ισορροπία θρεπτικών συστατικών μέσα από τη συχνότητα κατανάλωσης των ομάδων τροφίμων. Ενώ οι παλαιότερες εκδόσεις ομαδοποιούσαν τα τρόφιμα σε εικονοποιημένες κατηγορίες και τις μοίραζαν σε οριζόντια διαμερίσματα της πυραμίδας, τώρα υπάρχει κάθετος διαχωρισμός σε πολύχρωμα τρίγωνα και ανάλογα με το πάχος του τριγώνου ενθαρρύνεται αντίστοιχη κατανάλωση της συγκεκριμένης ομάδας τροφίμων. Παρ' όλ' αυτά, ενώ πλέον οι υδατάνθρακες διαχωρίζονται σε καλούς και κακούς, δε φαίνεται να ισχύει κάτι ανάλογο για τα λιπαρά.

Το πλάνο της διαίτας Άτκινς πρακτικά προτρέπει για υψηλή κατανάλωση κρέατος, τρανς και κορεσμένων λιπαρών οξέων και για χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Αντίθετα, για χαμηλή πρόσληψη κορεσμένων και υψηλή πρόσληψη ω-3 λιπαρών οξέων φαίνεται πως καλύτερες επιλογές είναι οι δίαιτες της νέας γλυκαιμικής επανάστασης και της διατροφικής πυραμίδας. Τη μεγαλύτερη πρόσληψη αλατιού φαίνεται πως παρουσιάζουν οι δίαιτες της νέας διατροφικής πυραμίδας και του δόκτωρ Άτκινς.

Για να αξιολογηθούν οι δίαιτες μεταξύ τους επινοήθηκε ένας δείκτης διατροφικής ποιότητας, ο οποίος ονομάστη-

κε δείκτης εναλλακτικής υγιεινής διατροφής. Ο συγκεκριμένος δείκτης επικεντρώνει σε θρεπτικά συστατικά που συνδέονται στενά με τη μείωση κινδύνου για στεφανιαία νόσο. Ουσιαστικά υπολογίστηκε ο συγκεκριμένος δείκτης για μενού 7 ημερών από κάθε τύπο διαίτας. Με βάση αυτόν το δείκτη φάνηκε πως το πλάνο της νέας διατροφικής πυραμίδας δεν ήταν τόσο αποτελεσματικό στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου, όσο τα πλάνα της νέας γλυκαιμικής επανάστασης, του δόκτορος Όρνις και των Γουέιτ Γουότσερς. Το γεγονός αυτό οφείλεται πιθανότατα στην υψηλότερη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών στην οποία παραπέμπουν τα συγκεκριμένα διατροφικά πλάνα.

Ανακεφαλαιώνοντας, από τις πρώτες μελέτες αυτού του είδους φαίνεται πως στην προσπάθεια για απώλεια βάρους υπάρχουν επιλογές οι οποίες όμως πρέπει να σταθμίζονται και με άλλα κριτήρια όπως αυτό της πρόληψης χρόνιων ασθενειών. Χρειάζονται όμως περισσότερες μελέτες που να εκτιμούν τη διαίτα στην πράξη της και όχι απλά ένα χαρακτηριστικό μενού της. Έτσι θα μπορούσε να συνεκτιμηθεί και ο παράγοντας της ευκολίας ή δυσκολίας διατήρησης του συγκεκριμένου διατροφικού σχήματος. Ενδιαφέρον επίσης θα είχε για τα ελληνικά δεδομένα να συμπεριληφθεί σε τέτοιου είδους έρευνες και το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής.

Ενδιαφέρον επίσης θα είχε για τα ελληνικά δεδομένα να συμπεριληφθεί σε τέτοιου είδους έρευνες και το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής



Dulcolax®
δισκοδύλη

Boehringer
Ingelheim



Δυσκοιλιότητα; Dulcolax® και κοιμηθείτε ήσυχη!

Η επιλογή εκατομμυρίων ανθρώπων εδώ και 50 χρόνια για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας είναι το Dulcolax®:

- Δρα σίγουρα και προγραμματισμένα σε 6 - 10 ώρες, βοηθώντας στην επαναφορά του φυσιολογικού ρυθμού του εντέρου.
- Έχει τοπική δράση, μόνο στο παχύ έντερο, δηλαδή εκεί ακριβώς που χρειάζεται.
- Είναι ιδιαίτερα ασφαλές και αποτελεσματικό.

Πάντα στην ώρα του!



Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το Dulcolax® μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στο τηλέφωνο: 210 8906111, στο e-mail dulcolax@ath.boehringer-ingelheim.com ή να επισκευθείτε το www.dulcolax.gr

Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε. Ελληνικού 2, 167 77 Ελληνικό - ΑΘΗΝΑ, Τηλ. Κέντρο: 210 8906300 www.dulcolax.gr

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων Συνιστούν:
ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙΤΕ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ Ή ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ ΣΑΣ

Επίδραση των προβιοτικών στη Διάρροια

Η ανάπτυξη των προβιοτικών τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια έχει σηματοδοτήσει μια σημαντική εξέλιξη στη βιομηχανία τροφίμων - το πάντρεμα των τροφίμων που καθημερινά καταναλώνονται, με την επιστήμη.

ΧΛΩΡΙΔΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το ανθρώπινο έντερο περιλαμβάνει μια πολύπλοκη ποικιλία βακτηρίων (**ενδογενής εντερική μικροχλωρίδα**), δημιουργώντας τον «**εντερικό φραγμό**». Βακτήρια, ιοί και τοξίνες προσπαθούν διαρκώς να διαπεράσουν τον εντερικό φραγμό. Για αυτό το λόγο, μεταβολές στην ισορροπία της ενδογενούς εντερικής μικροχλωρίδας από παθογόνους μικροοργανισμούς μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στην εντερική ισορροπία.

Γίνεται όλο και πιο εμφανής η σημασία της κατάλληλης μικροβιακής ισορροπίας στην υγεία του ανθρώπου. Οι αλλαγές στη διατροφή και τον τρόπο ζωής μέσα στο χρόνο και η αυξημένη χρήση των αντιβιοτικών, μπορεί να διαταράξουν την ομοιοστασία της μικροχλωρίδας του εντέρου.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

Ο όρος «προβιοτικά» έχει ελληνικές ρίζες και σημαίνει «για τη ζωή». Το 1991 ορίστηκε ως «**ζώντες μικροοργανισμοί που συμβάλλουν στην ισορροπία της εντερικής μικροχλωρίδας και έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν την υγεία του ανθρώπου**». Τα προβιοτικά είναι βακτήρια της ευεργετικής χλωρίδας τα οποία έχουν απομονωθεί και χρησιμοποιούνται θεραπευτικά.

Τα προβιοτικά βρίσκονται σε ποικιλία ζυμωμένων γαλακτοκομικών προϊόντων όπως στο βουτυρόγαλα, το τυρί και το γιαούρτι καθώς και σε κάποια διαιτητικά συμπληρώματα σε μορφή σκόνης, σε κάψουλες ή ταμπλέτες.

Τα πιο συνήθη βακτήρια είναι αυτά που παράγουν γαλακτικό οξύ όπως τα **bifidobacteria** και τα **lactobacilli**.

ΔΙΑΡΡΟΙΑ

Η διάρροια ορίζεται ως η αυξημένη ρευστότητα ή η μειωμένη πυκνότητα των κοπράνων συχνά συνοδευόμενη από αυξημένη συχνότητα κενώσεων και αυξημένο βάρος κοπράνων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τη διάρροια ως 3 ή περισσότερες υδαρείς κενώσεις για 2 ή περισσότερες συνεχείς ημέρες. Υπάρχουν τύποι διάρροιας ανάλογα με τους εμπλεκόμενους μηχανισμούς.

Οι μολυσματικές ασθένειες τον 21ο αιώνα αποτελούν ακόμα το μεγαλύτερο πρόβλημα προς επίλυση. Κύριες αιτίες θανάτου στις αναπτυσσόμενες χώρες αποτελούν οι μολυσματικές εντερικές νόσοι προκαλούμενες από παθογόνους μικροοργανισμούς. Ακόμα και στις ΗΠΑ, που είναι μια ανεπτυγμένη χώρα, εμφανίζονται 21-37 εκατομμύρια περιπτώσεις διάρροιας ετησίως σε έναν παιδικό πληθυσμό 16,5 εκατομμυρίων και η Salmonella, το Campylobacter και η εντεροαιμορραγική E. coli έχουν αποτελέσει αιτιολογικά βακτήρια για τροφιογενείς μολύνσεις. Επιπλέον, η κατάχρηση των αντιβιοτικών έχει οδηγήσει στη διασπορά νοσοκομειακών λοιμώξεων με βακτήρια ανθεκτικά στα αντιβιοτικά.

ΠΡΟΒΙΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΡΟΙΑ

Οι θεραπευτικές ή προληπτικές επιδράσεις των προβιοτικών μικροοργανισμών έχουν μελετηθεί στη διάρροια που προκαλείται κυρίως από: δυσανεξία στη λακτόζη, οξεία διάρροια από ιογενή ή βακτηριακή μόλυνση, διάρροια σχετιζόμενη με αντιβιοτικά (ΔΣΑ), γαστρεντερίτιδα από Clostridium difficile, φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου και σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου με διάρροια.

Δυσανεξία στη λακτόζη

Υπάρχουν άτομα που δεν μπορούν να καταναλώσουν το γάλα, λόγω απουσίας από το έντερό τους του ενζύμου (λακτάση), που είναι υπεύθυνο για τη διάσπαση του σακχάρου του γάλακτος (λακτόζη). Τα ζυμωμένα όμως γαλακτοκομικά προϊόντα- π.χ. γιαούρτι- προάγουν την πέψη της λακτόζης και την αποφυγή των συμπτωμάτων της δυσανεξίας. Από έρευνες έχει φανεί ότι τα προβιοτικά δεν προάγουν περισσότερο την πέψη της λακτόζης συγκριτικά με το γιαούρτι.

Οξεία διάρροια

Η διάρροια από ιογενή ή βακτηριακή λοίμωξη πλήττει κυρίως σε βρέφη ηλικίας 6 μηνών έως δύο ετών. Για σύντομη χρονική περίοδο υπάρχει έμετος και επακολούθως υδαρής διάρροια. Η θεραπεία περιλαμβάνει αποκατάσταση των υγρών για επανυδάτωση και διατροφική φροντίδα.

Οι προληπτικές και θεραπευτικές δράσεις ορισμένων προβιοτικών έχουν στηριχθεί επαρκώς σε παιδιά σε περιπτώσεις οξείας διάρροιας. Λιγότερο επιτυχής είναι η επίδραση των προβιοτικών σε ενήλικες, σε παιδιά στον τρίτο κόσμο και σε περιπτώσεις σοβαρής διάρροιας με αφυδάτωση.

Διάρροια σχετιζόμενη με αντιβιοτικά

Η συχνότερη παρενέργεια της αντιβιοτικής θεραπείας είναι η διάρροια η σχετιζόμενη με τη λήψη αντιβιοτικών (ΔΣΑ). Η επίπτωσή της ποικίλλει. Ωστόσο μπορεί να πλήξει έως 39% των νοσηλευόμενων ασθενών. Τα αντιβιοτικά που εμπλέκονται είναι κυρίως ευρέως φάσματος, ίσως επειδή προκαλούν μεγαλύτερες μεταβολές στη φυσιολογική χλωρίδα του εντέρου. Σε κάποιους το παθογόνο C. difficile, που φυσιολογικά υπάρχει στο έντερο σε χαμηλά επίπεδα, αναπτύσσεται σε μεγάλο αριθμό και παράγει τοξίνες που προκαλούν βλάβες στο έντερο. Γι αυτούς τους λόγους έχουν γίνει έρευνες για την προληπτική επίδραση των προβιοτικών στην επανεμφάνιση της λοίμωξης από C. difficile. Η δράση των προβιοτικών στην πρόληψη της ΔΣΑ ποικίλλει από πολύ καλή έως μέτρια. Σε μεταανάλυση των επιδράσεων των προβιοτικών στη ΔΣΑ που έγινε σε εννέα διπλά τυφλές με ομάδα ελέγχου-παρέμβασης φάνηκε πως κάποια προβιοτικά (τόσο το S. boulardii όσο και το Lactobacillus) έχουν την ικανότητα να δράσουν προληπτικά στη ΔΣΑ. Σε μεταανάλυση 5 τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών, παρόλα αυτά, βρέθηκε μέτρια μόνο επίδραση του S. Boulardii στην πρόληψη της ΔΣΑ σε παιδιά και ενήλικες που παίρνανε αντιβιοτικά.

Επαναλαμβανόμενη διάρροια λόγω του παθογόνου Clostridium difficile

Το C. difficile είναι ένα βακτήριο που παράγει δύο τοξίνες οι οποίες προκαλούν κολίτιδα, συνήθως σαν αποτέλεσμα της αντιβιοτικής θεραπείας. Η θεραπεία με μετρονιδαζόλη ή βανκομυκίνη είναι αποτελεσματική, όμως σε μικρό αριθμό ασθενών η νόσος επανεμφανίζεται. Σε αυτές τις περιπτώσεις η πολλαπλή επανεμφάνιση είναι συνήθης

και δύσκολη να αντιμετωπιστεί. Έτσι, έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες για τη διερεύνηση της επίδρασης των προβιοτικών στην επανεμφάνιση διάρροιας προκαλούμενης από το παθογόνο αυτό.

Το 2005 οι Dendukuri et al ανασκόπησαν τις έρευνες των οποίων κύριο εύρημα ήταν η πρόληψη ή η θεραπεία της διάρροιας της σχετιζόμενης με το C. difficile. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι έως τότε έρευνες παρείχαν ανεπαρκή στοιχεία για την καθημερινή χρήση των προβιοτικών στην πρόληψη ή θεραπεία της διάρροιας αυτής της μορφής.

Διάρροια των ταξιδιωτών

Η διάρροια των ταξιδιωτών (ΔΤ) είναι ένα κοινό πρόβλημα στους ταξιδιώτες. Προκύπτει από την κατανάλωση μολυσμένων τροφίμων, νερού ή ποτών. Τα πιο υψηλού κινδύνου τρόφιμα περιλαμβάνουν τα ωμά ή μισοψημένα κρέατα και θαλασσινά, ωμά φρούτα και λαχανικά με τη φλούδα. Υψηλού κινδύνου τρόφιμα μπορεί να είναι και το νερό βρύσης, το μη παστεριωμένο γάλα και άλλα γαλακτοκομικά προϊόντα. Οι περισσότερες περιπτώσεις ΔΤ οφείλονται σε βακτηριακά παθογόνα. Ένας από τους λόγους που οι τουρίστες είναι πιο επιρρεπείς στην ασθένεια είναι ότι το ταξίδι μπορεί να διαταράξει τους μηχανισμούς άμυνας του οργανισμού απέναντι στις λοιμώξεις. Το stress, το jet lag, ασυνήθιστα τρόφιμα και νερό και διαταραγμένοι ρυθμοί του σώματος μπορεί να «ενοχλήσουν» τα φυσιολογικά προστατευτικά βακτήρια του εντέρου. Αυτά τα βακτήρια «πολεμούν» τα παθογόνα βακτήρια και ιούς προκαλώντας τη λεγόμενη αντίσταση στον αποικισμό. Υπάρχουν παραδοσιακά φάρμακα που προλαμβάνουν τη ΔΤ καθώς και προφυλακτικά αντιβιοτικά. Τα πρώτα πολλές φορές αποδεικνύονται αναποτελεσματικά ως προληπτικός παράγοντας λόγω μη συμμόρφωσης. Τα προφυλακτικά αντιβιοτικά πολλές φορές δε συστήνονται για την ΔΤ και αυτό επειδή η αντίσταση στα αντιβιοτικά που προκύπτει από την υπερβολική τους χρήση υπερτερεί συγκριτικά με τα πιθανά πλεονεκτήματα της χρήσης τους.

Πολλά υποσχόμενη είναι η χρήση των προβιοτικών για την πρόληψη της ΔΤ. Η χρήση των προβιοτικών μικροοργανισμών μειώνει την εξάρτηση από τα αντιβιοτικά, είναι σχετικά οικονομικότερη και καλά ανεκτή, ακόμα και για μακροχρόνια χρήση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πολύ πρόσφατης μεταανάλυσης, τα προβιοτικά είναι ασφαλή και αποτελεσματικά για την πρόληψη της ΔΤ.

Διάρροια και φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου

Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (ΦΝΕ) είναι χρόνια και επαναλαμβανόμενη φλεγμονή η οποία γενικά προσβάλλει

το έντερο και περιλαμβάνει την ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn. Η αιτιολογία δεν είναι σαφής, υπάρχουν όμως αποδείξεις ότι το ανοσοποιητικό σύστημα δίνει μια μη φυσιολογική απόκριση στην ενδογενή μικροχλωρίδα. Ενθαρρυντικά είναι και τα πρώτα αποτελέσματα της χρήσης των προβιοτικών στις ΦΝΕ.

Διάρροια στο Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (ΣΕΕ) ορίζεται ως μια λειτουργική διαταραχή του εντέρου στην οποία το κοιλιακό άλγος σχετίζεται με αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου και διάταση. Έχει προταθεί ότι τα συμπτώματα του ΣΕΕ θα μπορούσαν τουλάχιστον εν μέρει να αποδοθούν σε διαταραχή της εντερικής μικροχλωρίδας.

Αν και τα αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι ίσως η μικροβιακή ανισορροπία διαδραματίζει κάποιο ρόλο στο ΣΕΕ και ότι μια προβιοτική θεραπεία ίσως να είναι αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων του ΣΕΕ, η σύγκριση και η επεξεργασία των αποτελεσμάτων είναι δύσκολη. Εξαιτίας του μικρού αριθμού των ασθενών, της μη ικανοποιητικής συμμόρφωσης και άλλων μεθοδολογικών ανεπαρειών δεν υπάρχουν αρκετές αποδείξεις από κλινικές έρευνες για τη σύσταση συγκεκριμένων προβιοτικών στελεχών στη θεραπεία του ΣΕΕ.

Συμπεράσματα

Η κλινική εφαρμογή και οι μηχανισμοί δράσης των προβιοτικών στην πρόληψη και θεραπεία των εντερικών λοιμώξεων δεν έχει ακόμα διερευνηθεί πλήρως. Έχουν υπάρξει υποσχόμενα αποτελέσματα από in vitro έρευνες και σε πειραματόζωα, όμως τα αποτελέσματα από έρευνες σε ανθρώπους είναι τις περισσότερες φορές αντιφατικά. Μια ερμηνεία είναι ότι έχουν χρησιμοποιηθεί πολλά και διαφορετικά στελέχη για την αναζήτηση κλινικά χρήσιμων βιοθεραπευτικών παραγόντων, όμως έρευνες σε συγκεκριμένα στελέχη έχουν επίσης δείξει αντιφατικά αποτελέσματα. Επιπλέον, συγχυτικούς παράγοντες αποτελούν η έλλειψη τυποποίησης όσον αφορά στον αριθμό των προσλαμβανόμενων μικροοργανισμών και η διάρκεια της θεραπείας. Τα πιο πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα έως τώρα αφορούν στη χρήση των προβιοτικών στη θεραπεία της οξείας γαστρεντερίτιδας στα παιδιά και στην πρόληψη της διάρροιας της σχετιζόμενης με αντιβιοτικά. Ενθαρρυντικά είναι και τα πρώτα αποτελέσματα στις ΦΝΕ. Παρόλα αυτά, η παρούσα αντίληψη για τη θεραπεία της διάρροιας με προβιοτικά παραμένει αρκετά επιφανειακή. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες σε μεγάλες, καλά σχεδιασμένες κλινικές έρευνες για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προβιοτικών.



Μ.Σ. Ιακωβίδης Ελλάς Α.Ε.

SANDHILL
SCIENTIFIC



Οι Πρωτοπόροι στην Ακριβή Διάγνωση της Γαστροοισοφαγικής Παλινδρομικής Νόσου (Γ.Ο.Π.Ν.) μέσω της Εμπέδησης (IMPEDANCE)

Δεδομένα ασθενών με επίμονα συμπτώματα (Αποτελέσματα συνδυασμένης εμπέδησης /Ph μετρίας)

Με παλινδρόμηση όξινου γαστρικού περιεχομένου
10%

Με παλινδρόμηση μη όξινου γαστρικού περιεχομένου
45%

Μη σχετιζόμενα με παλινδρόμηση
45%

Διατροφή & Βέλτιστη ανάπτυξη βρέφους

Όσο ο άνθρωπος διατηρούσε με τη φύση δεσμούς σεβασμού και εξάρτησης, όπως τα λοιπά θηλαστικά, η διατροφή κάθε νεογνού και βρέφους αποτελούσε μια εξατομικευμένη διαδικασία που ρυθμιζονταν από τους νόμους του ενεργειακού ισοζυγίου και τη διαθέσιμη τροφή στο περιβάλλον. Η ρήξη των δεσμών αυτών κατά τον παρελθόντα αιώνα είναι αναμφισβήτητη. Ιδιαίτερα οι αναπτυγμένες χώρες «σύρθηκαν σ' ένα τεράστιο διατροφικό πείραμα που προέκυψε από τις αλλαγές που επέφερε η βιομηχανοποίηση».

Οι στόχοι που καλείται να καλύψει η διατροφή του βρέφους κατά τον 1ο χρόνο είναι:

- η βέλτιστη ανάπτυξη σωματική και ψυχοκινητική (επάρκεια θερμιδική, πρωτεϊνική, απαραίτητων λιπαρών οξέων, βιταμινών, ιχνοστοιχείων σύμφωνα με τις συνιστώμενες ημερήσιες δόσεις για τον παιδικό πληθυσμό κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ή τις Εθνικές Διατροφικές συστάσεις σε κάθε τόπο)
- θέματα ασφάλειας κατά την κατανάλωση καθώς και
- αποφυγή αρνητικών επιδράσεων που θα μπορούσαν να επιβαρύνουν την απώτερη υγεία του βρέφους κατά την ενήλικη ζωή. Σ' αυτές συμπεριλαμβάνονται επιδράσεις τοξικές ή επιδράσεις στα συστήματα του βρέφους που το εκθέτουν σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιων προβλημάτων υγείας, όπως αλλεργίας, παχυσαρκίας, αγγειακών προβλημάτων, σακχαρώδη διαβήτη κ'α.

Παρ' όλες τις τεχνολογικές προόδους, παραμένει ανυπέρβλητη η αξία του θηλασμού, αναντικατάστατα τα πλεονεκτήματά του και -όσον αφορά το μητρικό γάλα- επιστήμη και τεχνολογία έχουν από καιρό περιλάβει στους στόχους τους την παραγωγή υποκατάστατων βρεφικών γαλάτων με σημείο αναφοράς τη σύστασή του.

Πλήθος στοιχείων υποστηρίζουν την αξία του θηλασμού ως ιδεώδους τρόπου για τη σίτιση των βρεφών ιδιαίτερα στη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών της ζωής και αντισταθμίζουν πλήρως τη συζητούμενη περιβαλλοντική επιβάρυνση του από τα εντομοκτόνα και τις διοξίνες.



Κατά τη διάρκεια των 6 πρώτων μηνών της ζωής οι ανάγκες του βρέφους καλύπτονται από το θηλασμό κατά βούληση.

Ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στη μελέτη τρόπων για την προαγωγή του θηλασμού, που φαίνεται ότι επηρεάζεται θετικά από την αυξανόμενη γνώση για τις τροφές και τη διατροφή, τη μόρφωση των γυναικών και την κοινωνική κινητοποίηση.

Πλεονεκτήματα του θηλασμού

- Η ποιότητα της διατροφής είναι εξασφαλισμένη. Όλα τα συστατικά βρίσκονται στην καταλληλότερη μορφή. Δεν υπάρχει κίνδυνος λάθους.
- Η θερμοκρασία της τροφής είναι με ακρίβεια ρυθμισμένη.
- Ο κίνδυνος βακτηριακής μόλυνσης του γάλακτος είναι ελάχιστος.
- Το μητρικό γάλα είναι πλούσιο σε προστατευτικούς παράγοντες, όπως λυσοζύμη, λακτοσφαιρίνη, κυτταρικά στοιχεία, αλλά επίσης αντιβιοτικές και αντιπαρασιτικές πρωτεΐνες, αντιφλεγμονώδεις ουσίες, αυξητικούς παράγοντες και ορμόνες που προάγουν την εντερική χλωρίδα και αναστέλλουν την ανάπτυξη παθογόνων μικροβίων.
- Τα βρέφη που θηλάζουν προστατεύονται από λοιμώξεις και από αλλεργίες.

Κατά τη διάρκεια των 6 πρώτων μηνών της ζωής οι ανάγκες του βρέφους καλύπτονται από το θηλασμό κατά βούληση.

Σ' εκείνες τις περιπτώσεις που ο θηλασμός είναι αδύνατος, η σίτιση των βρεφών γίνεται αποκλειστικά με το τροποποιημένο γάλα αγελάδας. Το γάλα αγελάδας για να γίνει κατάλληλο για τη χορήγηση σε βρέφη τροποποιείται, δηλαδή υφίσταται συγκεκριμένη επεξεργασία, όπως: θερμική ή άλλη επεξεργασία της πρωτεΐνης, απομάκρυνση του λίπους και αντικατάσταση με φυτικής προέλευσης λιπίδια, εμπλουτισμός με σίδηρο και βιταμίνες καθώς και ρύθμιση του νεφρικού φορτίου.

Μετάβαση στη στερεά τροφή

Ο απογαλακτισμός θα πρέπει να ξεκινά όταν η νευρομυϊκή ανάπτυξη του βρέφους είναι σε στάδιο συμβατό με τη λήψη τροφών απογαλακτισμού. Όσο το βρέφος έχει φτωχά αντανακλαστικά κατάποσης, μπορεί να έχει δυσκολία στην αποδοχή τροφής από το κουτάλι.

Ακόμη, ο πρώιμος απογαλακτισμός μπορεί να οδηγήσει στον περιο-





Οι τροφές απογαλακτισμού γίνονται δεκτές ικανοποιητικά από το βρέφος περίπου στους 6 μήνες ζωής. Η ικανότητα κατάποσης στερεάς τροφής σε ηλικία περίπου 9-12 μηνών οδηγεί πλέον σε σίτιση από το φαγητό της οικογένειας.

ρισμό του γάλακτος από την μητέρα, καθώς η ποσότητα γάλακτος που εκκρίνεται από το μαστό εξαρτάται από τη συχνότητα του θηλασμού.

Επιπλέον, ο πρώιμος απογαλακτισμός μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση αλλεργικών αντιδράσεων και τροφικών δυσανεγιών ή παχυσαρκίας.

Κίνδυνοι όμως υπάρχουν και από τον καθυστερημένο απογαλακτισμό. Καθώς το βρέφος μεγαλώνει και γίνεται πιο δραστήριο, οι ενεργειακές ανάγκες μεγαλώνουν. Συνεπώς, το μητρικό ή βρεφικό γάλα δεν μπορούν να καλύψουν τις διατροφικές ανάγκες για αύξηση και ανάπτυξη. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να εμφανιστεί υποθρεψία και αναστολή της ανάπτυξης, σωματικής και ψυχοκοινωνικής, μέχρι να χορηγηθούν τροφές απογαλακτισμού.

Σε αυτή την περίοδο αναπτύσσονται διατροφικές συνήθειες που παραμένουν για όλη τη ζωή και έτσι η σίτιση με σωστή τροφή σε σωστή ποσότητα είναι σημαντική. Οι επιλογές κατά το στάδιο αυτό της διατροφής φαίνεται να επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες όλης της ζωής.

Οι τροφές απογαλακτισμού γίνονται δεκτές ικανοποιητικά από το βρέφος περίπου στους 6 μήνες ζωής. Η ικανότητα κατάποσης στερεάς τροφής σε ηλικία περίπου 9-12 μηνών οδηγεί πλέον σε σίτιση από το φαγητό της οικογένειας.

Εισαγωγή συμπληρωματικών τροφών στη διαίτα απογαλακτισμού

- Όταν εισάγονται νέες τροφές πρέπει μεσολαμβάνουν διαστήματα 5 με 7 μέρες ανάμεσα σε κάθε νέα τροφή, ώστε να μπορεί το βρέφος να προσαρμοστεί στην κάθε νέα γεύση και υφή.
- Ένα σημαντικό στοιχείο που θα πρέπει να επισημανθεί είναι ότι όλες οι καινούριες τροφές θα πρέπει να εισάγονται μια-μια και σταδιακά, ώστε να μπορούν να αναγνωριστούν συμπτώματα τροφικής αλλεργίας και δυσανεξίας.
- Είναι απαραίτητος ο σωστός συνδυασμός των τροφών απογαλακτισμού, ώστε το βρέφος να λαμβάνει μια ισορροπημένη διατροφή.

- Η εισαγωγή πιθανώς αλλεργιογόνων τροφών όπως τα αυγά και τα ψάρια θα πρέπει να καθυστερείται. Σε βρέφη που υπάρχει οικογενειακό ιστορικό αλλεργίας, τροφές με υψηλό αντιγονικό φορτίο θα πρέπει να αποφεύγονται αυστηρά τον πρώτο χρόνο. Αποφύγετε τροφές που μπορεί να έχουν μεγάλες ποσότητες νιτρικών, όπως το σπανάκι και τα παντζάρια τους πρώτους μήνες.

- Αποφύγετε τροφές που μπορεί να έχουν μεγάλες ποσότητες νιτρικών, όπως το σπανάκι και τα παντζάρια τους πρώτους μήνες.

Ανακεφαλαιώνουμε τα διατροφικά χαρακτηριστικά των κυριότερων ομάδων τροφών απογαλακτισμού:

- Τα δημητριακά συμβάλλουν σημαντικά στο ενεργειακό περιεχόμενο της τροφής και είναι κατάλληλα για εμπλουτισμό με σίδηρο.
- Συνιστάται ορισμένη ποσότητα πρωτεΐνης υψηλής βιολογικής αξίας ζωικής προέλευσης, όπως οι πρωτεΐνες του γάλακτος, κρέας, ψάρι ή αυγό.
- Το κρέας αποτελεί σημαντική πηγή σιδήρου.
- Φρούτα και λαχανικά περιέχουν βιταμίνες και μέταλλα. Τα φρούτα και τα λαχανικά επίσης περιέχουν φυτικές ίνες που είναι σημαντικές και συμβάλλουν στη γεύση και την υφή των γευμάτων και παίρνουν μέρος στη ρύθμιση της κινητικότητας των εντέρων.
- Το γάλα θα πρέπει να δίνεται σε ποσότητα τουλάχιστον 500ml ημερησίως

Το γάλα από άλλα οικόσιτα θηλαστικά (κατσίκας, πρόβειο) θεωρείται διατροφικά ανεπαρκές και ακατάλληλο για τη σίτιση βρεφών.

Αποκλείονται από το διαιτολόγιο του παιδιού «αποβουτυρωμένα γάλατα» μέχρι τη συμπλήρωση του 2ου έτους.

Είναι ωραίο να νιώθεις τη σιγουριά σε κάθε σου βήμα.



Η Μεγαλύτερη
Ελληνική Φαρμακευτική Βιομηχανία



Φροντίδα για τον άνθρωπο

ELPEN A.E. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής, Ελλάδα, Τηλ.: +30 210 60 393 26-9, Fax: +30 210 60 393 00
e-mail: info@elpen.gr, www.elpen.gr





■ **Ο φίλος μας ΧΓ μας ρωτά σχετικά με το ενδεχόμενο να υποβληθεί σε μεταμόσχευση ήπατος. Είναι 55 ετών και έκανε κατάχρηση αλκοόλ επί τριάντα έτη περίπου. Σε τυχαίο εργαστηριακό έλεγχο, στον οποίο υπεβλήθη προ έτους διαπιστώθηκε παθολογική ηπατική λειτουργία. Απευθύνθηκε σε παθολόγο, ο οποίος, αφού τον επέβαλε σε κλινική εξέταση και απεικονιστικό έλεγχο (υπερηχογράφημα κοιλίας), διέγνωσε κίρρωση ήπατος. Έκτοτε απέχει από τη χρήση αλκοολούχων ποτών αλλά προ μηνός αναφέρει ότι παρουσίασε πυρετό και συλλογή υγρού στην κοιλιακή χώρα και νοσηλεύθηκε στο νοσοκομείο της πόλης του, όπου υπεβλήθη σε παρακέντηση του υγρού, η οποία ανέδειξε λοίμωξη. Θεραπεύθηκε με τη χορήγηση αντιβίωσης και οι ιατροί τον παρέπεμψαν σε ηπατολογικό ιατρείο σε νοσοκομείο στο οποίο διενεργούνται μεταμοσχεύσεις ήπατος προκείμενου να εκτιμηθεί το ενδεχόμενο να τεθεί σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση.**

Η κίρρωση ήπατος είναι το τελικό αποτέλεσμα της διαδικασίας κατά την οποία η φυσιολογική αρχιτεκτονική του ηπατικού ιστού καταστρέφεται και αντικαθίσταται από αθροίσματα ηπατικών κυττάρων τα οποία περιβάλλονται από ινώδη ιστό (κίρρωτικοί όζοι). Κατά τη διεργασία αυτή η ηπατική λειτουργία βλάπεται σημαντικά, αν και αρχικά η βλάβη αυτή δεν εκδηλώνεται κλινικά, δηλαδή δεν εμφανίζονται συμπτώματα και ο ασθενής αισθάνεται καλά. Τότε, η κίρρωση

θεωρείται ότι αντιμετωπίζεται επαρκώς από τον οργανισμό (καλώς αντιρροπούμενη). Αργότερα όμως αρχίζουν να εμφανίζονται επιπλοκές, όπως ο ίκτερος (τα μάτια και το δέρμα κιτρινίζουν), αιμορραγία από κίρρους οισοφάγου, διανοητικές διαταραχές (ηπατική εγκεφαλοπάθεια) και συλλογή υγρού εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας (ασκίτης). Το πιο συχνό αίτιο ασκίτη στο Δυτικό Κόσμο είναι η κίρρωση ήπατος. Εντός του ασκίτικου υγρού συχνά αναπτύσσονται μικρόβια και προκαλείται λοίμωξη (αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα) όπως αυτή για την οποία νοσηλεύθηκε πρόσφατα. Όταν εμφανισθεί κάποια από αυτές τις επιπλοκές η ποιότητα ζωής μειώνεται σημαντικά αλλά και η ίδια η ζωή μεσοπρόθεσμα εκτίθεται σε κίνδυνο. Στην περίπτωση αυτή κρίνεται σκόπιμο να εκτιμηθεί ο ασθενής σε κέντρο μεταμοσχεύσεων, όπου αφού υποβληθεί σε μια σειρά εξετάσεων, τίθεται σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση, εφόσον βέβαια το επιθυμεί και δεν υπάρχουν αντενδείξεις. Η μεταμόσχευση ήπατος δεν είναι βέβαια άμοιρη κινδύνων, ωστόσο οι περισσότεροι ασθενείς με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και παρακολούθηση διατηρούν μακροχρόνια το μόσχευμα και έχουν ικανοποιητική ποιότητα ζωής.

■ **Ο αναγνώστης μας Μ.Κ. 33 ετών πρόκειται να ταξιδέψει στη Μοζαμβίκη τον επόμενο μήνα. Ωστόσο πληροφορήθηκε ότι εκεί ενδημεί η ελονοσία. Ανησυχεί μήπως προσβληθεί από τη νόσο κατά την παραμονή του στη χώρα. Μας ρωτά αν κινδυνεύει και τι μέτρα πρέπει να λάβει.**

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Δυστυχώς η ελονοσία ενδημεί σε 106 χώρες παγκοσμίως, συμπεριλαμβανομένων και των περισσότερων χωρών της Αφρικής όπως η Μοζαμβίκη. Ο κίνδυνος συνεπώς είναι υπαρκτός όχι μόνο για το ντόπιο πληθυσμό αλλά και για τους επισκέπτες, οι οποίοι μάλιστα δεν έχουν καμία ανοσία απέναντι στη νόσο καθώς προέρχονται συνήθως από ανεπτυγμένες χώρες στις οποίες η νόσος δεν ενδημεί.

Η ελονοσία προκαλείται από ένα παράσιτο (πλασμώδιο της ελονοσίας) το οποίο μεταδίδεται στον άνθρωπο με το τσίμπημα του θηλυκού κουνουπιού. Υπάρχουν τέσσερα στελέχη παρασίτων: πλασμώδιο malariae, πλασμώδιο vivax, πλασμώδιο ovale και πλασμώδιο falciparum, εκ των οποίων το τελευταίο είναι το πιο επικίνδυνο, αφού μπορεί να προκαλέσει θανατηφόρο νόσο προσβάλλοντας τον εγκέφαλο και τους νεφρούς.

Τα αρχικά συμπτώματα περιλαμβάνουν πυρετό με ρίγη, κεφαλαλγία καθώς και γενικότερα συμπτώματα (π.χ μυαλγίες, καταβολή), τα οποία θυμίζουν γριπώδη σύνδρομη και εμφανίζονται τουλάχιστον 7-9 ημέρες μετά τη μόλυνση. Οποιοσδήποτε επισκέπτης εμφανίσει, σε χώρα που ενδημεί η ελονοσία, κατά την παραμονή του, τα συμπτώματα αυτά πρέπει να απευθύνεται άμεσα σε γιατρό. Το ίδιο ισχύει και για ένα έτος αφού επιστρέψει στην πατρίδα του.

Προκειμένου να μη συμβεί όμως κάτι τέτοιο καλό είναι να προβείτε στην λήψη των κατάλληλων προληπτικών μέτρων. Αυτά περιλαμβάνουν κατ' αρχήν τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Συγκεκριμένα για όσους ταξιδεύουν στην Αφρική συνιστάται η λήψη φαρμάκων (Atovaquone, Proguanil), ξεκινώντας 1-2 ημέρες πριν από το ταξίδι, συνεχίζοντας καθ'όλη την παραμονή στη χώρα και τελειώνοντας 7 ημέρες μετά την επιστροφή. Εναλλακτικά, μπορείτε να πάρετε δοξυκυκλίνη ή μεφλοκίνη. Παράλληλα κατά την παραμονή σας στη χώρα καλό είναι να χρησιμοποιείται εντομοαπωθητική αλοιφή και να φοράτε ρούχα τα οποία να καλύπτουν όσο το δυνατό μεγαλύτερο τμήμα του σώματος σας, ιδίως κατά τις βραδινές εξόδους οπότε και ο κίνδυνος να σας τσιμπήσει κουνούπι είναι μεγαλύτερος. Επιπρόσθετα, είναι χρήσιμο να κοιμάστε σε κλειστούς κλιματιζόμενους χώρους οι οποίοι προηγούμενως έχουν ψεκαστεί με εντομοκτόνο. Εάν αυτό δεν είναι δυνατό, τότε επιβάλλεται να χρησιμοποιήσετε κουνουπιέρες εμποτισμένες με εντομοκτόνο.

Γενικά ο κίνδυνος μόλυνσης είναι μεγαλύτερος όσο μεγαλύτερος είναι ο πληθυσμός των κουνουπιών, όπως συμβαίνει κατά τις θερμές περιόδους του έτους, ιδίως όταν συνυπάρχουν βροχοπτώσεις. Επίσης οι αγροτικές περιοχές πλήττονται περισσότερο από τις αστικές. Δυστυχώς αποτελεσματικό εμβόλιο κατά της νόσου δεν έχει ακόμη αναπτυχθεί. Θα ήταν χρήσιμο να συνεννοηθείτε με τον οικογενειακό σας ιατρό ο οποίος θα σας δώσει περισσότερες πληροφορίες και να ενημερωθείτε επίσης μέσω του διαδικτύου. Σας προτείνουμε: www.cdc.gov/travel.

■ **Ο αναγνώστης μας Ο.Ν. μας ζητά πληροφορίες σχετικά με το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Αρχικά υπεβλήθη σε γαστροσκόπηση λόγω άτυπων δυσπεπτικών ενοχλημάτων, η οποία μέσω λήψης βιοψιών οδήγησε στη διάγνωση χρόνιας λοίμωξης από ελικοβακτη-**

ρίδιο του πυλωρού. Ο αναγνώστης μας στη συνέχεια έλαβε δεκαήμερη θεραπεία εκρίζωσης του ελικοβακτηριδίου με τριπλό φαρμακευτικό σχήμα (αμοξυκλίνη, κλαριθρομυκίνη και ραμπεπραζόλη). Λόγω εμμονής των συμπτωμάτων υπεβλήθη μετά από τρεις μήνες σε δοκιμασία αναπνοής (breath test) η οποία απέβη θετική για την ύπαρξη ελικοβακτηριδίου. Ο γαστρεντερολόγος του συνέστησε δεύτερο θεραπευτικό σχήμα μεγαλύτερης διάρκειας διευκρινίζοντας παράλληλα ότι επί νέας αποτυχίας πρέπει να υποβληθεί σε 2η γαστροσκόπηση και πιθανώς 3η θεραπεία με άλλα φαρμακευτικά σκευάσματα. Ο αναγνώστης μας αρνήθηκε να υποβληθεί σε νέα θεραπεία και αναρωτιέται πως θα προσδιοριστεί σωστά η φαρμακευτική θεραπεία στην περίπτωση νέας γαστροσκόπησης αφού δεν προσδιορίστηκε την 1η φορά παρά τη λήψη ικανού αριθμού βιοψιών.

Αγαπητέ μας φίλε ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Η λοίμωξη από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού είναι πολύ συχνή, ιδίως στις μεγαλύτερες ηλικίες. Στη χώρα μας μάλιστα το ποσοστό των θετικών - στην ύπαρξη του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού - ατόμων υπερβαίνει ποσοστό 50% στους ηλικιωμένους. Για τους περισσότερους φορείς το ελικοβακτηρίδιο είναι αβλαβές, σε ορισμένους ωστόσο είναι σαφές ότι η χρόνια λοίμωξη μπορεί να οδηγήσει στην δημιουργία πεπτικού έλκους, χρόνιας ατροφικής γαστρίτιδας και ακόμη πιο σπάνια γαστρικού καρκίνου ή λεμφώματος. Παρά ταύτα ασαφής παραμένει η συσχέτιση της λοίμωξης από ελικοβακτηρίδιο με τα χρόνια δυσπεπτικά ενοχλήματα, τα οποία εμφανίζει ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού, ιδίως όταν αυτά δε συνοδεύονται από συγκεκριμένο παθολογικό εύρημα (έλκος, λέμφωμα, νεόπλασμα) κατά τον ενδοσκοπικό έλεγχο.

Τα σχήματα θεραπείας που εφαρμόζονται είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά και επιτυγχάνουν την εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου σε ιδιαίτερα μεγάλα ποσοστά. Φυσικά εάν ο ασθενής δεν πειθαρχήσει αυστηρά στο χρονοδιάγραμμα του εφαρμοζόμενου θεραπευτικού σχήματος η πιθανότητα θεραπείας μειώνεται σημαντικά. Η δοκιμασία αναπνοής (breath test) στην οποία υποβλήθηκατε είναι ένα από τα αξιόπιστα μέσα

που διαθέτουμε για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

Επί αποτυχίας της θεραπείας χορηγούμε 2ο τροποποιημένο σχήμα ενώ επί νέας αποτυχίας χορηγούμε 3ο σχήμα ή κάνουμε νέα γαστροσκόπηση για να πάρουμε βιοψία, την οποία αποστέλλουμε για καλλιέργεια προκειμένου να διαπιστωθεί σε ποια αντιβιοτικά είναι ευαίσθητο το ελικοβακτηρίδιο.

Συνεπώς ο μόνος τρόπος για να βεβαιωθούμε εκ των προτέρων για την αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας είναι η καλλιέργεια γαστρικού υλικού, η οποία όμως λόγω ότι διενεργείται από εξειδικευμένο προσωπικό σε ειδικά κέντρα, και συστήνεται όταν έχουν προηγηθεί δύο αποτυχημένες θεραπείες. Στην περίπτωση σας η διαπίστωση ατροφικής γαστρίτιδας στις προηγούμενες βιοψίες θα αποτελούσε απόλυτη ένδειξη εκρίζωσης και θα άξιζε να επιμείνετε μέχρι τέλους. Το ίδιο ισχύει και εάν έχετε οικογενειακό ιστορικό γαστρικού καρκίνου σε συγγενή 1ου βαθμού.

■ **Αναγνώστης μας γράφει σχετικά με τη χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C από την οποία πάσχει ο πατέρας του. Πρόκειται για έναν 80χρονο χωρίς άλλα σημαντικά συνοδά χρόνια νοσήματα μείζονα πλην αρτηριακής υπέρτασης η οποία ρυθμίζεται ικανοποιητικά με ανάλογη φαρμακευτική αγωγή και ιστορικό δύο παροδικών ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων για τα οποία λαμβάνει ακετυλοσαλικυλικό οξύ. Πρόσφατα χρειάστηκε να χειρουργηθεί εκτάκτως λόγω περιφερικής δεξιάς βουβωνοκήλης. Όπως αναφέρει ο αναγνώστης μας, ανάρρωσε σχετικά γρήγορα για την ηλικία του μετά τη χειρουργική επέμβαση, όμως ο θεράπων ιατρός τους ενημέρωσε ότι στον ανάλογο έλεγχο, στον οποίο υποβλήθηκε προεγχειρητικά, διαπιστώθηκε ότι είναι φορέας της ηπατίτιδας C. Ο εργαστηριακός έλεγχος, συμπεριλαμβανομένων των τρανσαμινασών, ήταν φυσιολογικός όπως άλλωστε ήταν και στο παρελθόν. Ο αναγνώστης μας επιθυμεί να μάθει εάν θα πρέπει να λάβει θεραπεία καθώς επίσης και εάν υπάρχει σημαντικός κίνδυνος μετάδοσης της λοίμωξης γι' αυτόν, τη συζύγο του και τα παιδιά του, οι οποίοι κατοικούν μαζί με τον πατέρα του.**

Αγαπητέ μας φίλε ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδος C εμφανίζει το 1-2% του γενικού πληθυσμού. Πρόκειται για έναν ιό ο οποίος προσβάλλει κυρίως το ήπαρ και σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών προκαλεί σημαντική νόσο η οποία επηρεάζει την ποιότητα της ζωής και δυνητικά την ίδια την επιβίωση του ασθενούς. Αρκετά συχνά ο ιός δεν προκαλεί νόσο ή προκαλεί πολύ ήπια νόσο. Συνήθως αλλά όχι πάντα οι ασθενείς με φυσιολογικές τρανσαμινάσες, όπως ο πατέρας σας, ανήκουν σε αυτή τη δεύτερη κατηγορία

Περισσότερο καθυστερητικό είναι το γεγονός ότι κατά τη νοσηλεία του πατέρα σας δε διαπιστώθηκαν κατά το γενικότερο κλινικοεργαστηριακό έλεγχο στοιχεία συμβατά με προχωρημένη ηπατική νόσο, γεγονός για το οποίο οι ιατροί θα σας είχαν ενημερώσει καθώς και το γεγονός ότι ακολούθησε ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Συνήθως οι ασθενείς με προχωρημένη ηπατική νόσο (κίρρωση) παρουσιάζουν προβλήματα κατά ή μετά τη χειρουργική επέμβαση. Βέβαια ο μόνος σίγουρος τρόπος για να διαπιστωθεί αν υπάρχει σημαντική νόσος είναι η βιοψία ήπατος. Ωστόσο αυτή έχει νόημα κυρίως στην περίπτωση εκείνη που πρόκειται να ληφθεί απόφαση για την έναρξη θεραπείας.

Ένας ειδικός γαστρεντερολόγος-ηπατολόγος εξετάζοντας τον πατέρα σας θα μπορούσε, επίσης, να αποκλείσει κλινικά την παρουσία προχωρημένης νόσου και να σας κατευθύνει σχετικά με την περιοδική παρακολούθηση του. Ως προς τη μετάδοση της νόσου αξίζει να σημειώσουμε ότι μεταδίδεται κυρίως με την έκθεση στο αίμα και στα παράγωγά του δηλαδή με τη μετάγγιση με μη ελεγμένο επαρκώς αίμα, με τη διενέργεια ιατρικών πράξεων χωρίς τα απαιτούμενα μέτρα προφύλαξης και αντισηψίας (όπως οδοντιατρικές πράξεις χωρίς επαρκώς αποστειρωμένα εργαλεία, ενέσεις με σύριγγες πολλαπλών χρήσεων), με τη δημιουργία τατουάζ με την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών όπου μοιράζεται η ίδια σύριγγα σε πολλά άτομα κ.α. Σχετικά δύσκολα μπορεί να μεταδοθεί από την έγκυο στο νεογνό κατά τον τοκετό και ακόμη δυσκολότερα με τη σεξουαλική επαφή. Πλέον το χορηγούμενο αίμα ελέγχεται (από το 1989 και έπειτα) ενώ οι ιατρικές πράξεις διενεργούνται με τη δέουσα ασφάλεια.

Προσοχή: Η στήλη αυτή δεν αντικαθιστά τη σχέση του ασθενή με το γιατρό του. Ο γιατρός σας θα αξιολογήσει τις πληροφορίες που του δίνετε, θα αναζητήσει περισσότερες μέσα από τις ερωτήσεις που θα σας κάνει και φυσικά μπορεί να σας εξετάσει. Η στήλη αυτή προσπαθεί απλώς να δώσει κάποιες χρήσιμες και γενικές πληροφορίες στα άτομα που επικοινωνούν μαζί μας σχετικά με το πρόβλημα που τους απασχολεί, με την ελπίδα ότι θα φανούν χρήσιμες όχι μόνο στον αναγνώστη που μας γράφει, αλλά και σε άλλους με παρόμοια προβλήματα.



3^η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

Εξελίξεις στη Γαστρεντερολογία & Ηπατολογία

22-23 Φεβρουαρίου 2008

Στο Μέγαρο Διεθνές
Συνεδριακό Κέντρο Αθηνών
Αίθουσα Ν. Σκαλκώτας

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Σ. Μανωλακόπουλος

Αντιπρόεδρος: Γ. Παπαθεοδωρίδης

Γεν. Γραμματέας: Ι. Βλαχογιαννάκος

Ταμίας: Ν. Βιάζης

Μέλη: Ν. Μάθου

Γ. Πασπάτης

Κ. Τριανταφύλλου

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γ. Αναγνωστόπουλος

Ε. Αρχαύλης

Γ. Γερμανίδης

Ι. Γουλής

Σ. Γεωργόπουλος

Γ. Καραμανώλης

Ι. Κουτρομπάκης

Μ. Μελά

Γ. Μπαλταγιάννης

Μ. Μυλωνάκη

Μ. Οικονόμου

Κ. Παρασκευά

Α. Ράντσιος

Π. Σεχόπουλος

Η. Σκοτινιώτης

Σ. Σουγιουλτζής

Γ. Στεφανίδης

Ε. Συμβολάκης

Μ. Τζουβαλά

Χ. Τριάντος

Επιστημονική Γραμματεία: ΕΛΙΓΑΣΤ

Π. Γωακέτιμ 30-32, Αθήνα 106 75

Τηλ./Fax: 210 7231332

e-mail: info@eligast.gr



Γραμματεία - Εγγραφές

Μεσογείων 15, 11526 Αθήνα

Υπεύθυνη: Γεωργία Κατερινιού

Τηλ.: 210-7499300, 318, Fax: 210-7705752

e-mail: GeorgiaK@triaenatours.gr

website: www.triaenatours.gr

3^η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΕΛΙΓΑΣΤ

«Εξελίξεις στη Γαστρεντερολογία & Ηπατολογία»

22-23 Φεβρουαρίου 2008

στο Μέγαρο Μουσικής Αθηνών

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή 22 Φεβρουαρίου 2008

18:00 - 19:00 Προεδρείο: Απόστολος Ράντσιος

Διατροφή

- Διαχείριση ασφάλειας τροφίμων. Παναγιώτης Αξιώτης
- Μεταλλαγμένα τρόφιμα και βιολογικά προϊόντα. Χριστίνα Παπανικολάου
- Λειτουργικά τρόφιμα και τρόφιμα light. Γρηγόριος Κυριακίδης

19:00 - 20:00 Διάλεξη. Προεδρείο: Παγώνα Λάγιου

- Καρκίνος του πεπτικού και διατροφή. Αντώνιος Καφάτος

20:00 - 20:30 Εναρκτήρια τελετή

Προσφωνήσεις

Απονομή τιμητικών μεταλλίων

- Χρυσή Διάκριση: Άννα Συνοδινού
- Αργυρή Διάκριση: Νίκος Φρόνας
Σπήλιος Μανωλακόπουλος

Απονομή υποτροφιών 2008

Ιωάννης Θεοδωρόπουλος
Μαρία Ρογαλίδου
Χρήστος Κελαϊδίτης
Βασίλειος Παντερής

Κήρυξη Εργασιών Διημερίδας

20:30 Μουσικό πρόγραμμα
Συναυλία Ευανθίας Ρεμπούτσικα.
Τραγουδά η Έλλη Πασπαλά

21:00 Δεξίωση

Σάββατο 23 Φεβρουαρίου 2008

9:30 - 11:30 Προεδρείο: Σωτήριος Γεωργόπουλος,
Νικόλαος Βιάζης

Ανώτερο Πεπτικό

- Αίσθημα οπισθοστερνικού καύσου: Όξινη παλινδρόμηση, μη-όξινη παλινδρόμηση ή λειτουργικός καύσος; Daniel Sifrim
- Δυσπεψία: από τη διάγνωση στη θεραπεία. Περικλής Αποστολόπουλος
- Συσχετίσεις της λοίμωξης από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού πέραν του πεπτικού συστήματος. Ευτυχία Τσιρώνη
- Αιμορραγία ανώτερου πεπτικού μη κίρσικης αιτιολογίας: φάρμακα, ενδοσκόπηση ή συνδυασμός; Κωνσταντίνος Θωμόπουλος

11:30 - 12:00 Διάλειμμα - Καφές

12:00 - 14:00 Προεδρείο: Κωνσταντίνος Μάρκογλου,
Παναγιώτης Κασαπίδης

Κατώτερο Πεπτικό

- Κοιλιοκάκη: μία νόσος με πολλά πρόσωπα. Γεώργιος Μπάμιας
- Νέες ενδοσκοπικές τεχνικές με στόχο τη συμμόρφωση στα προγράμματα πρόληψης καρκίνου του παχέος εντέρου. Κωνσταντίνος Τριανταφύλλου
- Οι βιολογικοί παράγοντες απέναντι σε παλιές στρατηγικές στην Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου. Κωνσταντίνος Κατσάνος
- Προϋποθέσεις για ασφαλή χορήγηση βιολογικών παραγόντων. Δημήτριος Βασιλόπουλος

14:00 - 15:00 Διάλειμμα - Γεύμα

15:00 - 16:00 Προεδρείο: Γρηγόριος Πασπάτης, Ηλίας Σκοτινιώτης

Ενδοσκόπηση

- Εξελίξεις στην ενδοσκοπική προσπέλαση νοσημάτων του λεπτού εντέρου. Αθανάσιος Χατζηνικολάου
- Η ενδοσκόπηση σε ασθενή που λαμβάνει αντιαιμοπεταλιακά ή αντιπηκτικά φάρμακα. Κωνσταντίνα Παρασκευά
- Παρουσίαση και σχολιασμός νέων ενδοσκοπικών υλικών. Γεράσιμος Στεφανίδης

16:00 - 16:30 Διάλειμμα - Καφές

16:30 - 18:30 Προεδρείο: Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης,
Σπήλιος Μανωλακόπουλος

Ήπαρ

- Παρακολούθηση χρόνιας ηπατοπάθειας: τρανσαμινάσες vs Fibroscan vs βιοψία ήπατος vs HPVg. Δημήτριος Σαμωνάκης
- Θεραπεία χρόνιας ηπατίτιδας Β το 2008: πότε, πως και για πόσο; Κωνσταντίνος Μιμίδης
- Θεραπεία χρόνιας ηπατίτιδας C πέραν των πεγκυλιωμένων ιντερφερονών. Ιωάννης Βλαχογιαννάκος
- Νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις σε ασθενείς με ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Andrew Burroughs

