


Για να νιώθουν
οι άνθρωποι
καλύτερα
και να ζουν
περισσότερο

gsk

network by Glaxo Activities Key



 GlaxoSmithKline

Λ. 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
Λ. Κνωσσού 255 & Α. Νάθηνα 1, Ηράκλειο Κρήτης, Τηλ.: 2810 235307



ευσεξία

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΚΩΔΙΚΟΣ 6899

Σαρακοστιανό τραπέζι

Γλυκαντικές ουσίες

Τροφικές αλλεργίες

Ευερέθιστο έντερο

Πρόληψη καρκίνου
παχέος εντέρου



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

Εκεί που σταματούν οι αριθμοί

αρχίζει το έργο μας.



της/Η
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.**



GILEAD

Advancing Therapeutics. Improving Lives.

Άρθρο Σύνταξης



Το 2ο τεύχος της φετινής χρονιάς περιλαμβάνει μια ποικίλη και ενδιαφέρουσα από πλευράς θεματολογίας ύλη. Από ιατρική άποψη δημοσιεύονται τρία άρθρα που ουσιαστικά αφορούν νοσήματα του παχέος εντέρου. Το πρώτο άρθρο αφορά το πρόβλημα της «σπαστικής κοιλίτιδας» ή ορθότερα του ευερέθιστου εντέρου. Το σύνδρομο είναι ιδιαίτερα συχνό, αφού προσβάλλει περίπου 20% των ενηλίκων που έχουν χρόνια και ενοχλητική συμπτωματολογία. Επειδή πολλές φορές κάτω από παρόμοια συμπτωματολογία μπορεί να βρίσκεται ένα νεόπλασμα του εντέρου ο ενδελεχής έλεγχος ίσως να είναι απαραίτητος πριν από την τελική διάγνωση. Η κολonoσκόπηση αποτελεί σήμερα το βασικό όπλο που διαθέτουμε προκειμένου να προλάβουμε την ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου ή να τον διαγνώσουμε σε πρώιμα στάδια. Η διαστρωμάτωση του κινδύνου και ο περιοδικός έλεγχος είναι οι δύο βασικοί παράγοντες που στηρίζεται η στρατηγική πρόληψης του καρκίνου. Το τρίτο άρθρο ασχολείται με το ιδιαίτερα συχνό πρόβλημα της αιμορροϊδοπάθειας και της ραγάδας του πρωκτού. Η αιμορροϊδοπάθεια συναντάται στο 1/3 περίπου του παγκόσμιου πληθυσμού, ενώ το πρόβλημα γίνεται εντονότερο στις δυτικές κοινωνίες λόγω της κακής διατροφής και της καθιστικής ζωής. Από την άλλη πλευρά η ραγάδα του δακτυλίου είναι σπανιότερη, αλλά βασιανιστικότερη για τον ασθενή που φτάνει να αναβάλει την κένωση προκειμένου να αποφύγει τον έντονο πόνο.

Το τεύχος αυτό περιέχει και λιγότερο ιατρικά, αλλά ίσως πιο ενδιαφέροντα άρθρα. Δύο από τα άρθρα καταπιάνονται με συνέπειες του σύγχρονου τρόπου ζωής στις μεγαλουπόλεις, το πρόβλημα της κυκλοφοριακής συμφόρησης και αυτό των σκουπιδιών. Η αστυνόμευση φαίνεται ότι από μόνη της δεν μπορεί να λύσει σε κανένα από τα παραπάνω προβλήματα και νέες έξυπνες πρακτικές προβλήθηκαν δελεαστικές, όπως για παράδειγμα η μετακίνηση πολλών διαφορετικών ανθρώπων με το αυτοκίνητο του ενός, εξοικονομώντας έτσι ενέργεια και χρήμα. Για τα σκουπίδια η παιδεία, ο πολιτισμός και η ανοχή είναι οι παράγοντες που από μόνοι τους αντιμετωπίζουν το πρόβλημα. Καθώς διανύουμε την περίοδο της Μεγάλης Χριστιανικής Σαρακοστής – πενήντα μέρες είναι αυτές – είναι ενδιαφέρον να παρακολουθήσουμε μέσα από το άρθρο του κ Αναστασιάδη τη σχέση παραγωγής και κατανάλωσης τροφών με

τη χριστιανική παράδοση και το πώς τελικά το σαρακοσιανό μας τραπέζι αντανakλά παλαιότερες διατροφικές αναγκαιότητες. Από την παραδοσιακή δίαιτα περνάμε στο χορό, που σύμφωνα με την κ Κασσίμη αποτελεί μια εναλλακτική μορφή άσκησης με πολλαπλά οφέλη για μεγάλη ηλικιακή γκάμα πληθυσμού και απευθύνεται σε εκείνους που είτε δεν μπορούν είτε απεχθάνονται το περιβάλλον και τις επιταγές ενός γυμναστηρίου.

«Εάν η μέλισσα εξαφανιστεί από την επιφάνεια της γης, στον άνθρωπο θα απομένουν μόνο τέσσερα χρόνια ζωής». Δυστυχώς η ρήση αυτή του Αϊνστάϊν τείνει να γίνει επίκαιρη, καθώς τα δύο τελευταία χρόνια παρατηρείται κυρίως στην Αμερική το φαινόμενο της εξαφάνισης των μελισσών. Τα πιθανά αίτια πολλά και όλα σχετίζονται με την ανθρώπινη παρέμβαση και την αλόγιστη χρήση των μέσων του σύγχρονου πολιτισμού. Οι συνέπειες στο οικοσύστημα φαντάζουν τραγικές, αφού οι μέλισσες μέσω της επικονίασης ρυθμίζουν το 1/3 της παγκόσμιας αγροτικής παραγωγής. Μήπως δεν είναι ανεπίκαιρο μικροί μεγάλοι να παρακολουθήσουμε την παιδική ταινία «Bee movie»;

Η αύξηση του ποσοστού ατόμων με παχυσαρκία και η άμεση συσχέτισή της με τα καρδιαγγειακά νοσήματα οδήγησε πολλές βιομηχανίες τροφίμων στην παραγωγή γλυκαντικών ουσιών προκειμένου να αντικαταστήσουν τη ζάχαρη. Το άρθρο του κ Παρασκευά αναλύει τις τεχνητές γλυκαντικές ουσίες τονίζοντας ότι η μέχρι σήμερα χρήση τους έδειξε ότι είναι ασφαλείς και μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του βάρους. Το παράδοξο όμως με τα «light» προϊόντα, δηλαδή προϊόντα που περιέχουν τέτοιες γλυκαντικές ουσίες, είναι ότι τα τελευταία 20 χρόνια που κυκλοφορούν στην αγορά, έχει αυξηθεί σημαντικά και το ποσοστό των υπέρβαρων ανθρώπων. Αυτό πολύ απλά σημαίνει ότι πρέπει η αρχαία ρήση «παν μέτρον άριστο» να εφαρμόζεται σε όλα τα τρόφιμα, είτε είναι light, είτε όχι. Σχετικό είναι και το άρθρο της κας Ελευθερίου, που δίνει χρήσιμες πληροφορίες για τα επιθυμητά επίπεδα κολληστερίνης και ιδιαίτερα χρήσιμες διατροφικές συμβουλές.

Καλή ανάγνωση!

Σπήλιος Μανωλακόπουλος
Αναπληρωτής Διευθυντής Σύνταξης

Π Ε Ρ Τ Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α



Άρθρο Σύνταξης	3
Μικρές Ιστορίες	6
Διατροφή: "Χοληστερίνη"	8
Περιβάλλον: "Σαρακοστιανό τραπέζι"	10
Μέλισσες	14
Ευερέθιστο έντερο	16
Ευεξία: "Χορός σαν άσκηση"	20
Πρόληψη καρκίνου παχέος εντέρου	22
Μικρά & Νόστιμα	26
Car sharing	28
Αιμορροΐδες	30
Περί διαίτης: "Γλυκαντικές ουσίες"	34
Παιδί & Έφηβος: "Αλλεργίες"	38
Επικοινωνούμε	42
Τα Νέα του Ιδρύματος	44

Διαβάστε στο επόμενο τεύχος για:
 Διατροφή & Πολυκυστικές ωθηκές
 Αθλούμενος έφηβος & Διατροφή
 Παραδοσιακές ποικιλίες
 Εφεδρίνη
 Προετοιμασία για θερινές διακοπές

Τ Ε Υ Χ Ο Σ 3 0

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

Διευθυντής Σύνταξης: Γεώργιος Β. Παπαθεοδωρίδης, *Γαστρεντερολόγος*

Αναπληρωτές
 Διευθυντές Σύνταξης: Σπήλιος Μανωλακόπουλος, *Γαστρεντερολόγος*
 Ιωάννης Βλαχογιαννάκος, *Γαστρεντερολόγος*

Συντακτική Επιτροπή: Ιωάννης Δήμκας, *Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος*
 (Περί Διαιτης)
 Ηλίας Κάνταρος, *Γεωπόνος*
 (Περιβάλλον)
 Αλεξάνδρα Κασσίμη, *Δημοσιογράφος*
 (Ευεξία)
 Παναγιώτα Καφρίτσα, *Παιδιάτρος - 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.



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.

Σκουπιδοϊστορίες: η ζωή ενός κάδου

**Κάπως έτσι οι δύσμοιροι οι κάδοι των απορριμμάτων
βγάζουν ποδάρια και αρχίζουν να κόβουν βόλτες στα
στενά των πόλεων σαν τους πρόσφυγες.**



Η αλήθεια είναι πως στην Ελλάδα υπάρχουν πράγματα που σχεδόν όλοι επιθυμούν διακαώς. Μια θέση στο δημόσιο για παράδειγμα. Η ένα τρίλεπτο δημοσιότητα σε κάποια τηλεοπτική εκπομπή. Από την άλλη, μερικά πράγματα είναι μάλλον απεχθή σε όλους. Οι φωτεινοί σηματοδότες στους δρόμους, οι ώρες κοινής ησυχίας (των υπολοίπων εννοείται!) και η εφορία αποτελούν ορισμένα μόνο παραδείγματα. Υπάρχει, ωστόσο, και μια τρίτη κατηγορία πραγμάτων -η πιο ενδιαφέρουσα, ίσως, απ' όλες- των οποίων η αναγκαιότητα είναι μεν πανθομολογούμενη, πλην ουδείς προτίθεται να τα έχει κοντά του. Εδώ περιλαμβάνονται διύλιση, κεραιές κινητής τηλεφωνίας, χώροι υγειονομικής ταφής απορριμμάτων (χωματερές), στάσεις λεωφορείων και ο κατάλογος τελειωμό δεν έχει...

Οι κάδοι απορριμμάτων, πάλι, αποτελούν μια ειδική υποκατηγορία. Διότι, στην προκειμένη περίπτωση, όλοι θέλουν έναν κάδο κοντά στο σπίτι τους, απλώς κανένας δεν τον θέλει στην πόρτα του. Και με το δίκιο του δηλαδή! Κάτι να κάνουν απεργία οι υπάλληλοι του δήμου, κάτι να χαλάσει το απορριματοφόρο, σφίγγουν και οι ζέστες, και τα σκουπίδια σωρεύονται σε λοφίσκους, σκορπώντας γύρω τους ένα άρωμα φρεσκάδας που αναζωογονεί τις αισθήσεις. Έπειτα, γύρω από τους σκουπιδόλοφους αρχίζει να εμφανίζεται μια ιδιότυπη πανίδα, διόλου ευπρόσδεκτη από τους περίοικους. Γιατί και τα ποντίκια πλάσματα του Θεού είναι, δε λέω, και τα μικρόβια κάθε λογής -βακτήρια, πρωτόζωα, μύκητες και τα συναφή- το ίδιο αλλά... είναι και αυτά σαν τα σκουπίδια ένα πράγμα: κανείς δεν τα θέλει στην πόρτα του!

Τι να κάνει, επομένως, ο νομοταγής πολίτης όταν ο δήμος του κοτσάρει έναν κάδο ακριβώς κάτω απ' την πολυκατοικία του; Θα σκεφτεί ασφαλώς τη σημαντική υπηρεσία που προσφέρει στη γειτονιά και θα ιεραρχήσει το κοινό όφελος πάνω από το ατομικό συμφέρον. Σε πρώτη φάση, τουλάχιστον... Γιατί μόλις βγει στο μπαλκόνι να πει τον καφέ του και η προαναφερθείσα ευωδιά eau de parfum του γαργαλίσει τα ρουθούνια θα προχωρήσει σε σκοτεινότερα συλλογιστικά μονοπάτια. «Στο κάτω-κάτω η γειτονιά εξυπηρετείται και αν ο κάδος μετακινηθεί λίγο παραπάνω, στην πόρτα του διπλανού ας πούμε. Ο οποίος διπλάνος, σημειωτέον, δεν θα κουράζεται να τρέχει μέχρι την πόρτα μου για να πετάξει τα σκουπίδια του κάθε βράδυ. Θα τρέχω εγώ βέβαια αλλά... θα την κάνω αυτή τη θυσία προς χάριν της καλής γειτνίασης!».

Κάπως έτσι οι δύσμοιροι οι κάδοι των απορριμμάτων βγάζουν ποδάρια και αρχίζουν να κόβουν βόλτες στα στενά των πόλεων σαν τους πρόσφυγες. Και σταδιακά αρχίζουν να συνωστίζονται -όχι στην προκουμαία της Σμύρνης αλλά σε επιλεγμένα κομβικά σημεία κάθε συνοικίας. Αποτέλεσμα: δημιουργούνται πρωτότυποι... προσφυγικοί καταυλισμοί στις πλατείες και τα πάρκα, καθώς οι απελαθέντες σκουπιδοτενεκέδες συγκεντρώνονται ανά τέσσερις-πέντε, μαζεύοντας τα απορρίμματα της ευρύτερης περιοχής. Η κατάσταση αυτή βολεύει πολλούς. Ούτε η αισθητική των δημοτών διαταράσσεται από απόκοσμες οσμές, ούτε οι αποκομιστές των απορριμμάτων κουράζονται να κάνουν κύκλους για να αδειάσουν όλους τους κάδους της δικαιοδοσίας τους. Τι κι αν ο δήμος κατακλύζεται από επιστολές διαμαρτυρίας των παροικούντων τα «προσφυγικά» για τη δημιουργία εστίας μόλυνσης; Οι δυσαρεστημένοι δημότες -λέγε μας ψηφοφόρους- είναι πολύ λιγότεροι από τους ικανοποιημένους. Δε φταιíme εμείς, σου απαντούν οι αρμόδιες υπηρεσίες! Φυσάει πολύ τα βράδια και παρασύρονται οι κάδοι από... τον άνεμο. Για ανακύκλωση φυσικά ούτε λόγος! Αυτά είναι για τα ψώνια, τους βορειοευρωπαίους. Και με τον τρόπο αυτό, οι πλατείες μετατρέπονται σε χωματερές, τα αδέσποτα συγκεντρώνονται στους γύρω δρόμους, τα παιδιά παίζουν ανυποψίαστα μες στα μικρόβια και κινδυνεύουν από σοβαρές μολύνσεις.

Το κωμικοτραγικό της υπόθεσης είναι πως πρόκειται για τα ίδια παιδιά που, στις εξόδους τους, καταναλώνουν ανενδοίαστα τα «σκουπίδια» των ταχυφαγείων. Και όταν, αργότερα, γυρίσουν σπίτι τους υφίστανται πλύση εγκεφάλου από τα κάθε λογής «σκουπίδια» της ελληνικής τηλεόρασης. Είναι οι μελλοντικοί πολίτες μιας κοινωνίας τόσο αυτιστικής που αγνοεί τις συνέπειες της υπέρμετρης παραγωγής απορριμμάτων για το περιβάλλον, και τόσο ανάληγτης που κλείνει τα μάτια όταν η εξαθλίωση ωθεί ορισμένους να αναζητούν τροφή και ρουχισμό μες στα σκουπίδια των υπόλοιπων μελών της.

Τελικά, ο πολιτισμός μας είναι από κάθε άποψη ένας πολιτισμός απορριμμάτων. Φέτος στις γιορτές, λοιπόν, ενώ θα επιδιώκατε και πάλι στο καταναλωτικό μας όργιο, τροφοδοτώντας τις χωματερές με τόνους μη βιοδιασπώμενων συσκευασιών, ας διερωτηθούμε μήπως κάπου μεταξύ περιπλανώμενων κάδων και ρακοφορίας παραπαίει η ίδια η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, κινδυνεύοντας να καταστεί και αυτή σκουπίδι.

Είναι ο σύμμαχος της καρδιάς σου το

ΔΙΣΚΙΑ ΣΚΟΡΔΟΥ 
Kwai[®]
LI 771 (ΚΒά)



Τα άσπρα δισκία σκόρδου που φρονίζουν την καρδιά σου με τον καλύτερο τρόπο. Βλέπεις, βοηθούν στη μείωση της χοληστερόλης, της αρτηριακής πίεσης, δρουν κατά της αρτηριοσκλήρωσης και ενδυναμώνουν την καρδιά! Και αυτό γιατί κρύβουν μέσα τους όλες τις ευεργετικές ιδιότητες του σκόρδου. Επίσης, ιδιαίτερα σημαντικές είναι οι αντιοξειδωτικές ιδιότητες του σκόρδου, που εμποδίζουν τις ελεύθερες ρίζες να οξειδώσουν την «κακή» LDL χοληστερόλη, καταστρέφοντας έτσι την ικανότητά της να φράζει τις αρτηρίες.

Όλες οι ιδιότητες λοιπόν του σκόρδου πήγαν και κρύφτηκαν στο Kwai[®], σε ένα φυσικό προϊόν το οποίο αναγνωρίζεται διεθνώς.

Και τα καταφέρνει περίφημα. Γι' αυτό και είναι το αγαπημένο σου!

Εξάλλου φαίνεται πως και εκείνο αγαπάει τόσο εσένα όσο και ... την καρδιά σου!



KWAI / 5/10.07

Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε., Ελληνικού 2, 167 77 Ελληνικό Αθήνα, Τηλ. Κέντρο: 210 8906300.
Για τις παραγγελίες σας τηλεφωνήστε στο τηλ: 210 8906330

 **Boehringer
Ingelheim**

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

ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ ή αλλιώς.. ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ

Χρήσιμες συμβουλές για μικρούς & μεγάλους

Τι είναι η χοληστερόλη;

Η χοληστερόλη είναι μία λιπαρή ουσία η οποία κυκλοφορεί στο αίμα καθώς βρίσκεται σε όλα τα κύτταρα του σώματος. Η χοληστερόλη είναι απαραίτητη για τον οργανισμό αφού αποτελεί βασικό συστατικό των μεμβρανών των κυττάρων. Ωστόσο, τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης μπορούν μακροπρόθεσμα να επηρεάσουν δυσμενώς τη λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος. Τρόφιμα τα οποία ανεβάζουν τα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα είναι τρόφιμα πλούσια σε κορεσμένο λίπος όπως λιπαρό κρέας, τυριά, βούτυρο και παράγωγα αυτών, καθώς και τρόφιμα πλούσια σε υδρογονωμένα φυτικά έλαια όπως πατατάκια, γαριδάκια, μπισκότα, ντόνατς, κρουασάν και γλυκά. Επίσης, τηγανητά τρόφιμα, κυρίως αυτά που προετοιμάζονται σε ταχυφαγεία («fast food»), προκαλούν αύξηση των επιπέδων της χοληστερόλης στο αίμα. Αντίθετα, τα τρόφιμα φυτικής προέλευσης, όπως φρούτα, λαχανικά, όσπρια και δημητριακά, δεν περιέχουν καθόλου χοληστερόλη, κορεσμένο λίπος και υδρογονωμένα φυτικά έλαια.



Η ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Τι είναι η LDL και η HDL χοληστερόλη;

Η χοληστερόλη, μεταφέρεται στο αίμα μέσα σε μόρια τα οποία ονομάζονται λιποπρωτεΐνες. Οι λιποπρωτεΐνες που μεταφέρουν τη χοληστερόλη στο αίμα διακρίνονται σε δύο κύριες κατηγορίες: την LDL και την HDL. Η LDL χοληστερόλη ή αλλιώς «κακή» χοληστερόλη μπορεί να συσσωρευτεί στα τοιχώματα των αρτηριών και να αυξήσει μακροπρόθεσμα τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων. Από την άλλη πλευρά, η HDL χοληστερόλη ή αλλιώς «καλή» χοληστερόλη συμβάλλει θετικά στην υγεία του καρδιαγγειακού συστήματος «καθαρίζοντας» τα τοιχώματα των αρτηριών.

Ποια είναι τα επιθυμητά επίπεδα χοληστερόλης;

Διαταραχή των τιμών της LDL και της HDL χοληστερόλης στο αίμα είναι πολύ συχνό φαινόμενο. Επειδή, όμως, συνήθως δεν υπάρχουν συμπτώματα, ο καλύτερος τρόπος για να ελέγξουμε τα επίπεδα χοληστερόλης είναι να κάνουμε περιοδικά αιματολογικές εξετάσεις. Στους παρακάτω πίνακες φαίνονται τα καθιερωμένα όρια για τις τιμές της ολικής, της LDL και της HDL χοληστερόλης για τους ενήλικες και τα παιδιά:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατηγοριοποίηση της ολικής, της LDL & της HDL χοληστερόλης σε ενήλικες

Ολική Χοληστερόλη	
<200	Επιθυμητή
200- 239	Οριακά υψηλή
≥240	Υψηλή
LDL χοληστερόλη	
<100	Άριστη
100- 129	Σχεδόν άριστη
130-159	Οριακά υψηλή
160-189	Υψηλή
≥190	Πολύ υψηλή
HDL χοληστερόλη	
<40	Χαμηλή
≥60	Υψηλή

Πώς μπορώ να μειώσω τα επίπεδα της «κακής» χοληστερόλης (LDL);

Μεταξύ των παραγόντων που συμβάλλουν στα αυξημένα επίπεδα της «κακής» χοληστερόλης είναι διατροφή πλούσια σε ζωικά λιπαρά, μειωμένη φυσική δραστηριότητα και αυξημένο σωματικό βάρος. Συνεπώς, για τη μείωση των επιπέδων «κακής» χοληστερόλης συστήνεται:

- ▶ Η τήρηση των αρχών της υγιεινής διατροφής, με ιδιαίτερη έμφαση στην αντικατάσταση των τροφίμων που είναι πλούσια σε κορεσμένο λίπος και υδρογονωμένα φυτικά έλαια με τρόφιμα τα οποία είναι χαμηλά σ' αυτού του είδους τα λιπαρά.
- ▶ Η διατήρηση ενός υγιούς βάρους.
- ▶ Η τακτική σωματική άσκηση.

Πώς μπορώ να αυξήσω τα επίπεδα της «καλής» χοληστερόλης (HDL);

Η συστηματική άσκηση, εκτός από το ότι μας εξασφαλίζει καλή φυσική κατάσταση, συμβάλλει στην αύξηση της «καλής» χοληστερόλης. Συστήνεται τακτική αερόβια άσκηση μέτριας έντασης και διάρκειας περίπου 30 λεπτών ημερησίως. Τέτοιες μορφές άσκησης είναι οποιαδήποτε μορφή αθλητικής δραστηριότητας καθώς και περπάτημα, κηπουρική, ποδηλασία, χορός, κολύμπι κλπ. Επιπλέον, η αποχή από το κάπνισμα και η διατήρηση ενός υγιούς βάρους, μας εξασφαλίζουν υψηλά επίπεδα «καλής» χοληστερόλης.

Χρήσιμες συμβουλές για τη βελτίωση των επιπέδων χοληστερόλης:

Προτιμήστε:

- ▶ Ποικιλία λαχανικών και φρούτων.
- ▶ Ποικιλία αμυλούχων τροφίμων όπως ψωμί, δημητριακά, ζυμαρικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατηγοριοποίηση της ολικής, της LDL & της HDL χοληστερόλης σε παιδιά

Ολική Χοληστερόλη	
Οριακά υψηλή	≥170 mg/dL
Υψηλή	≥200 mg/dL
LDL χοληστερόλη	
Οριακά υψηλή	≥100 mg/dL
Υψηλή	≥130 mg/dL
HDL χοληστερόλη	
Χαμηλή	<40 mg/dL

- ▶ Προϊόντα ολικής άλεσης.
- ▶ Γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά
- ▶ Όσπρια.
- ▶ Ψάρια.

Περιορίστε:

- ▶ Πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα όπως τυριά, κρέμες γάλακτος και βούτυρο.
 - Εναλλακτικά προτιμήστε γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά.
- ▶ Μαργαρίνες, μαγιονέζες και υδρογονωμένα φυτικά έλαια.
 - Εναλλακτικά προτιμήστε το παρθένο ελαιόλαδο.
- ▶ Κρέας υψηλό σε λιπαρά όπως: συκώτι, αρνί, λουκάνικο, σαλάμι, ζαμπόν, μοσχάρι.
 - Εναλλακτικά προτιμήστε ψάρι, άπαχο κρέας και πουλερικά χωρίς πέτσα.
- ▶ Προϊόντα ζαχαροπλαστικής, αρτοσκευάσματα και σνακς πλούσια σε λίπος (κρουασάν, κουλουράκια, κέικ, πατατόκια, γαριδάκια κ.α.)
- ▶ Τηγανητά φαγητά σε ταχυφαγεία (fast food).

Τρόποι μαγειρέματος:

- ▶ Στραγγίστε τα φαγητά σας (με μια τρυπητή κουτάλα).
- ▶ Προτιμήστε ψητά ή βραστά φαγητά.
- ▶ Αφαιρέστε το ορατό λίπος και την πέτσα από το κρέας.
- ▶ Χρησιμοποιήστε ελαιόλαδο ως βασικό λίπος στο μαγειρέμα σας.
- ▶ Σερβίρετε μικρότερες μερίδες από φαγητά πλούσια σε λίπος.

Καταναλώνετε αλκοόλ με μέτρο:

- ▶ Όχι περισσότερες από μια μερίδα αλκοολούχο ποτό την ημέρα για τις ενήλικες γυναίκες και δύο για τους ενήλικες άνδρες.





Η θέα απ' το σαρακοσιανό τραπέζι

«Λείπει ο Μάρτης απ'τη Σαρακοστή;»

**Ποτέ. Ειδικά φέτος, ο Μάρτης
κι ο Απρίλης είναι πλήρεις με τα
θρησκευτικά αλλά και διατροφικά
γεγονότα της Σαρακοστής και της
Μεγάλης Εβδομάδας, καθώς και των
εβδομάδων που προηγούνται και
έπονται.**

Μπορεί για αρκετούς νεοέλληνες να έχουν απομείνει μόνο οι γλεντοκόπες ημέρες της Τσικνοπέμπτης, της Καθαράς Δευτέρας και της Κυριακής του Πάσχα ως αναμνήσεις των παλιών διατροφικών συνθηκών της εποχής αυτής.

Όμως για αρκετούς άλλους – όσους θρησκευόνται, τους λάτρεις της παράδοσης, αλλά και τους νεόκοπους εραστές της παραδοσιακής διατροφής – η διατροφή του Τριωδίου (Αποκριών) και της Σαρακοστής είναι μια έντονη υπενθύμιση του γεγονότος πως οι ημέρες του έτους ήταν για αιώνες φορτωμένες με ιδιαίτερα διατροφικά έθιμα, επιταγές και απαγορεύσεις.

Τη Σαρακοστή, τη μεγάλη νηστεία πριν το Πάσχα, τη βιώνουμε έντονα. Είναι άλλωστε η βασικότερη και μια από τις αρχαιότερες νηστείες των χριστιανών, αφού καθιερώθηκε ήδη από τους αποστολικούς χρόνους. Όμως μέσα στους αιώνες οι ημέρες νηστείας που συνδέθηκαν με το χριστιανικό εορτολόγιο αυξήθηκαν τόσο, που έφτασαν να καλύψουν σχεδόν τις μισές ημέρες του έτους.

Γενικά κατά τις περιόδους των νηστειών δεν καταναλωνόταν κρέας, τυροκομικά-γαλακτερά, ψάρια, ενώ επικρατούσαν τα νε-

ρόβραστα και λαδερά φαγητά με φυτικής προέλευσης πρώτες ύλες (χόρτα, λαχανικά, δημητριακά, φρούτα). Υπήρχαν όμως κάποιες συγκεκριμένες ημέρες, μέσα σε περιόδους νηστείας, όπου «καταλυόταν» κάποια από τις απαγορευμένες τροφές, πράγμα που θεωρείτο υποχρεωτικό και γεγονός που προσδιόριζε το φαγητό της ημέρας. Τέτοιο παράδειγμα είναι η Κυριακή των Βαΐων όπου «Βάγια βάγια των βαγιών, τρώνε ψάρι και κολιό».

Παράλληλα, αναπτύχθηκαν ή επιβίωσαν δια μέσου των αιώνων πολλά τοπικά έθιμα, που συνδέονταν με τους κύκλους της φύσης, και τα οποία προσδιόριζαν το ενδεδειγμένο φαγητό συγκεκριμένων ημερών. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι αυτό της 1ης Μαρτίου, όπου έως τη δεκαετία του '70 είχε επιβιώσει σε πολλά κτηνοτροφικά χωριά το παλιό έθιμο του εορτασμού του ερχομού της άνοιξης, με τα παιδιά να τραγουδούν τα σχετικά κάλαντα, τα «χελιδονίσματα». Στο Μέτσοβο *«από την παραμονή της 1ης του Μάρτη σηκώνονται οι μάνες με τις κόρες και γυρίζουν τα προσήλια και τους κήπους να βρουν τα πρώτα ανοιξιότικα χόρτα, το λάπατο και τις πρώτες κορυφές από τσουκνίδες, για να φτιάξουν την πασπαλιστή καλαμπουκόπιτα και να φάνε οι κόρες τους την πρωτομαρτιά για να μην τις μαυρίσει ο ήλιος ο μαρτιάρης, ο δαγκανιάρης».*

Υπάρχουν, προφανώς, πολλά παραπλήσια παραδείγματα. Και στη γεωμορφολογικά πλούσια χώρα μας, οι τοπικές συνήθειες ήταν παλιότερα όσες και οι τόποι. Στις μέρες μας της αφθονίας, τέτοια έθιμα του παρελθόντος φαντάζουν συμπαθητικά και γραφικά, ίσως καλές ιδέες για αναβίωση συνταγών, αγροτουριστικών εορτών ή ακόμα και ευκαιρία ... για δίαιτα.

Δεν είναι όμως ενδιαφέρον το γεγονός πως οι πρόγονοί μας είχαν την ανάγκη να προσδιορίσουν με τόση ακρίβεια τι φαγητό θα φάνε κάθε περίοδο του έτους; Γι' αυτούς τα έθιμα αυτά δεν προέκυψαν χάριν γούστου ή τέρψης. Ήταν μάλλον τέκνα της ανάγκης. Μέσα από την παραδοσιακή διατροφή και τις εναλλαγές νηστείας με «κατάλυση των πάντων», μπορούμε να διακρίνουμε αμυδρά την εικόνα της καθημερινότητάς τους. Και μια εικόνα του τοπίου, του περιβάλλοντος, της φύσης μέσα στην οποία ζούσαν αυτοί που περπάτησαν την ίδια γη μ' εμάς, πριν από εμάς.

Αξίζει να θυμηθούμε πως από την αρχαιότητα και μέχρι προχθές, το πρώτο μισό του 20ου αιώνα, ο πληθυσμός ήταν κυρίως αγρότες και κτηνοτρόφοι. Μέχρι το 1880, οι μόνες πόλεις (εντός των πρώτων συνόρων της χώρας) με πάνω από 10.000 κατοίκους ήταν η Αθήνα, η Πάτρα και η Ερμούπολη, ενώ ο αγροτικός πληθυσμός ξεπερνούσε τις 650.000. Οι βασικές καλλιέργειες ήταν κάποια σιτηρά (κριθάρι, σιτάρι και -τον 19ο αιώνα- καλαμπόκι), ελιές και αμπέλια. Αυτό ίσχυε σε τούτη τη γωνιά της γης από την εποχή του Ομήρου ως και τις αρχές του προηγούμενου αιώνα. Το 1861 από τα 7,5 εκατομμύρια καλλιεργήσιμα στρέμματα της χώρας, τα 6 ήταν αφιερωμένα στα σιτηρά (με τα μισά να σπέρνονται και τ' άλλα μισά να μένουν σε αγρανάπαυση κάθε χρόνο) ενώ το υπόλοιπο 1,5 εκ. στρ. μοιραζόταν ανάμεσα στην ελιά και το αμπέλι.

Πρέπει λοιπόν να φανταζόμαστε την κοιλάδα του Ευρώτα χρυσή απ' τα στάχυα ή οργωμένη, αντί για πράσινη κι ευωδιαστή απ' τις πορτοκαλιές. Αλλά και τα ορεινά χωριά που είναι τώρα δασωμένα πρέπει ασκεπή να τα σκεφτόμαστε, επιμελώς καλλιεργημένα σε πεζούλες.



Σήμερα, που στον τόπο μας δεν σπανίζει η τροφή, η σαρακοστιανή νηστεία είναι σίγουρα μια ευκαιρία για πιο υγιεινή διατροφή. Αλλά και μια ευκαιρία να προσεγγίσουμε το μέτρο, όντας βυθισμένοι στην αφθονία.

Στην κλασική Αθήνα (που ήταν άγονη επειδή ήταν «λεπτόγεως» και της έλειπε το νερό) το συνηθισμένο καθημερινό ψωμί ήταν από κριθάρι (η λεγόμενη μάζα), ενώ σύμφωνα με ένα παράγγελμα του νομοθέτη Σόλωνα το ψωμί από σιτάρι, ο άρτος, έπρεπε να τρώγεται μόνο στις γιορτές. Ψωμί, ελαιόλαδο, κρασί (και λαχανικά-όσπρια) ήταν η βασική διατροφή στην Βυζαντινή Κωνσταντινούπολη (και παραμένει ακόμα για του μοναχούς του Άθω). Ροφήματα ή χυλοί με βάση το κριθάρι ήταν βασική διατροφή για τους αρχαίους Έλληνες, τους κατοίκους της Μικράς Ασίας επί Οθωμανικής Αυτοκρατορίας, αλλά και τους κατοίκους της μεσαιωνικής Δυτικής Ευρώπης.

Δυστυχώς, δεν έχει γραφτεί ακόμα μια συνοπτική ιστορία της διατροφής στην Ελλάδα. Από τις σκόρπιες πηγές φαίνεται πως εδώ, από την αρχαιότητα μέχρι πολύ πρόσφατα, τα βασικά είδη διατροφής (δημητριακά, λάδι, κρασί) συνοδεύονταν από λαχανικά, όσπρια και φρούτα, από τους κήπους και τα λίγα οπωροφόρα δέντρα της κάθε οικογένειας. Τα τυροκομικά και γαλακτοκομικά ήταν πιο κοινά σε περιοχές που φιλοξενούσαν ποιμενική αιγοπροβατοτροφία. Στις περιοχές που δεν συνόρευαν με θάλασσα ή λίμνες τα ψάρια ήταν σπάνια και τρώγονταν κυρίως παστά. Τα πουλερικά ήταν λίγα και τρώγονταν κυρίως σε γιορτές, ενώ το βοδινό κρέας ήταν γενικά ελάχιστο, αφού τα βόδια ήταν πολύτιμα ως ζώα για αγροτικές εργασίες. Το χοιρινό κρέας ήταν μάλλον σχετικά κοινό, επειδή αρκετές οικογένειες μπορούσαν να ανατρέφουν ένα γουρουνάκι (που ως παμφάγο μπορούσε να τρέφεται και με υπολείμματα του σπιτικού φαγητού). Ο χοίρος θανατωνόταν σε μέρες γιορτής (Χριστούγεννα ή Απόκριες) και γινόταν κάθε προσπάθεια ώστε αφενός να αξιοποιηθεί κάθε μέρος του και αφετέρου το κρέας του να φτάσει για ολόκληρη τη χρονιά.

Το εμπόριο, ειδικά για τις αγροτικές περιοχές, ήταν περιορισμένο, κυρίως λόγω των ανεπαρκών μεταφορικών υποδομών. Μόλις το 1868 ήταν πιο φτηνή η εισαγωγή σιταριού στην Αθήνα από τη Ρωσία, απ' ό,τι η αγορά και η μεταφορά του από τη Λειβαδιά. Με αυτές τις συνθήκες, ο στόχος της παραγωγής ήταν η διατροφική αυτόαρκεια. Και η ολιγοφαγία, η διατροφική εγκράτεια και το μέτρο είχαν γίνει διαχρονικές αξίες. Τόσο, που οι αρχαίοι Έλληνες είχαν αυτοχριστεί «μικροτράπεζοι» και «φυλλοτρώγες».

Αυτή η κανονική κατάσταση διατροφής, που στηριζόταν σε ελάχιστα τεχνικά μέσα και μια σχεδόν παντελή αυ-

ναμία ελέγχου της γεωργικής παραγωγής και των άλλων εξωτερικών παραγόντων (επιδημίες, πόλεμοι), κρύβει το πιο χαρακτηριστικό φαινόμενο που κατέτρεχε τους κατοίκους της υπαίθρου: τον φόβο της πείνας. Η απειλή λιμών και επιδημιών ήταν πάντα παρούσα. Πολύ πρόσφατα, το 1849, η παραγωγή των τόσο απαραίτητων δημητριακών έπεσε κατά 60% λόγω του σκληρού χειμώνα. Τα ίδια συμβαίνανε παντού παγκόσμια, από την Κίνα ως τη Φινλανδία. Εκεί που υπάρχουν καταγραφές, τα στοιχεία είναι συγκλονιστικά. Όπως στην Τοσκάνη όπου μεταξύ 1351 και 1767 μ.Χ. καταγράφηκαν 111 έτη λιμών και μόλις 16 με καλή σοδειά.

Ακόμα και σήμερα παρατηρούμε (σε φτωχές αγροτικές κοινωνίες της Αφρικής) έναν ετήσιο κύκλο σπανιότητας τροφής, που αρχίζει την εποχή που ξεκινάνε οι εργασίες προετοιμασίας των αγρών για σπορές, και του οποίου το εντονότερο σημείο είναι αμέσως πριν την νέα σοδειά, συνολικά δηλαδή για μια περίοδο 4-5 μηνών. Στο διάστημα αυτό όλα τα μέλη της κοινότητας που εξαρτώνται από την αγροτική οικονομία χάνουν βάρος. Το 30% των βρεφών που γεννιούνται μέσα σε αυτήν την περίοδο ζυγίζουν λιγότερο από 2,5 κιλά. Η τακτικότητα του φαινομένου καθιστά τον υποσιτισμό χρόνιο. Και αν κάποιο τυχαίο γεγονός οδηγήσει σε κρίση, μειώνεται η διαθεσιμότητα τροφής, αυξάνοντας την ευπάθεια σε μολύνσεις και ασθένειες και οδηγώντας συχνά σε λιμό και επιδημίες.

Αφού και στην Ελλάδα στο παρελθόν κάπως έτσι ήταν τα πράγματα, είναι προφανές πως οι αυστηρές ρυθμίσεις τού τι επιτρέπεται και τι απαγορεύεται να τρώγεται σε συγκεκριμένες εποχές του χρόνου –μέσα από νηστείες και τοπικές διατροφικές συνήθειες– αντανakλούσαν μια δύσκολη πραγματικότητα που απαιτούσε η διατροφή να χαρακτηρίζεται από μέτρο και εγκράτεια.

Μην ξεχνάμε άλλωστε πως ο Απρίλης της Σαρακοστής λεγόταν και «Γκρινιάρης» και «Τιναχτοκοφινίδης», γιατί συχνά τελείωναν τότε τα οικογενειακά αποθέματα, άρχιζε η ενδο-οικογενειακή γκρίνια και έψαχνε ο κόσμος στα κοφίνια μήπως βρει κανένα υπόλειμμα της προηγούμενης συγκομιδής.

Σήμερα, που στον τόπο μας δεν σπανίζει η τροφή, η Σαρακοστιανή νηστεία είναι σίγουρα μια ευκαιρία για πιο υγιεινή διατροφή. Αλλά και μια ευκαιρία να προσεγγίσουμε το μέτρο, όντας βυθισμένοι στην αφθονία.



Μην ξεχνάμε άλλωστε πως ο Απρίλης της Σαρακοστής λεγόταν και «Γκρινιάρης» και «Τιναχτοκοφινίδης»

Φυσικά...
Ελεύθερα Γλουτένης



Τα προϊόντα ΣΑΡ είναι κατάλληλα για τη διαιτητική αγωγή ατόμων με εντεροπάθεια από δυσανεξία στη γλουτένη (κοιλιοκάκη) και ερπητοειδή δερματίτιδα (διαιτητικά τρόφιμα για ειδικούς ιατρικούς σκοπούς).

Η πιο πλήρης σειρά
29
ΠΡΟΪΟΝΤΑ

ΜΟΝΟ
ΣΤΑ
ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

Ασφάλεια - Ποιότητα - Γεύση!

Όλα τα προϊόντα ΣΑΡ έχουν λάβει αριθμούς γνωστοποίησης από τον ΕΟΦ. Αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Υπεύθυνος Κυκλοφορίας για την ελληνική αγορά Φαρμακευτικά Εργαστήρια CANA ΑΕ
Ειδική ενημέρωση: 210 2883350

CANA



Μέλισσες

«Εάν η μέλισσα εξαφανιστεί από την επιφάνεια της γης, στον άνθρωπο θα απομένουν μόνο τέσσερα χρόνια ζωής». Η φράση αυτή του Αλμπερτ Αϊνστάιν μνημονεύεται πολύ συχνά τον τελευταίο καιρό, μιας και -χωρίς κανείς να είναι βέβαιος ακόμα για το γιατί-, το πολυτιμότερο έντομο του πλανήτη έχει μετατραπεί σε είδος προς εξαφάνιση...

Τι έκανε όμως τις μέλισσες να εξαφανιστούν; Όπως προέκυψε, τα μελίσσια «πλήττονται» από το Σύνδρομο Κατάρρευσης Μελισσών (Colony Collapse Disorder ή CCD), μια ασθένεια που αποδεκατίζει αστραπιαία τον πληθυσμό των μελισσών

Το φαινόμενο παρατηρήθηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ πριν από περίπου δύο χρόνια. Ο ένας μετά τον άλλο οι μελισσοκόμοι ανέφεραν στις αρχές τη μυστηριώδη εξαφάνιση των μελισσών τους. Οι περιγραφές τους ήταν σχεδόν πανομοιότυπες. Μια ημέρα, κατά τη συνήθη επιθεώρηση των κυψελών, διαπίστωναν ότι ήταν σχεδόν άδειες. Το μέλι ήταν εκεί, οι μέλισσες ωστόσο άφαντες. Στις περισσότερες περιπτώσεις, είχε απομείνει μόνο η βασίλισσα, γόνος και κάποιες νεαρές εργάτριες.

Το πρόβλημα γρήγορα ξέφυγε από τα σύνορα των ΗΠΑ. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, ήδη έχει αφανιστεί το 50-90% του πληθυσμού των μελισσών σε 25 πολιτείες των Η.Π.Α., ενώ στην Αγγλία συνεταιρισμοί μελισσοκόμων κάνουν λόγο για απώλειες της τάξης του 50-75%. Η παράξενη επιδημία έχει «χτυπήσει» είναι επίσης τη Γερμανία, την Ελβετία, την Πολωνία και την Ισπανία. Είναι σαφές σε όλους σήμερα ότι έχουμε να κάνουμε με ένα παγκόσμιο πρόβλημα. Οι ζημιές στη γεωργία υπολογίζεται ότι θα ανέλθουν στα 4 δισ. δολάρια. Τι έκανε όμως τις μέλισσες να εξαφανιστούν; Όπως προέκυψε, τα μελίσσια «πλήττονται» από το Σύνδρομο Κατάρρευσης Μελισσών (Colony Collapse Disorder ή CCD), μια ασθένεια που αποδεκατίζει αστραπιαία τον πληθυσμό των μελισσών. Κανείς ωστόσο δεν γνωρίζει με βεβαιότητα ποιος είναι ο λόγος για την εκδήλωση της ασθένειας. Το σίγουρο είναι ότι στις μέλισσες που απομένουν στις κυψέλες ανιχνεύονται όλοι οι συνήθεις ιοί των μελισσών και εντοπίζονται μύκητες και βακτήρια πάνω από τα συνηθισμένα επίπεδα. Αυτό -σύμφωνα με τους επιστήμονες- υποδηλώνει εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα. Τι εξασθενεί τις μέλισσες του πλανήτη λοιπόν;

Οι θεωρίες που φαίνεται να επικρατούν είναι οι εξής:

-Η επικράτηση των γενετικά τροποποιημένων οργανισμών. Συγκεκριμένα, εκτιμάται ότι τις μέλισσες επηρεάζουν αρνητικά οι τοξίνες που περιέχονται στις μεταλλαγμένες καλλιέργειες (τα φυτά έχουν τροποποιηθεί γενετικά ώστε να παράγουν εντομοκτόνες τοξίνες ώστε να είναι πιο «οχυρωμένα» στις ασθένειες). Αλλωστε, έρευνες έχουν δείξει ότι η σπορά γενετικά τροποποιημένου καλαμποκιού έχει οδηγήσει στη μείωση των πληθυσμών άλλων εντόμων, όπως πχ των πεταλούδων. Παλιότερες μελέτες είχαν επίσης καταλήξει στο συμπέρασμα ότι το γενετικά τροποποιημένο καλαμπόκι κάνει τις μέλισσες ευάλωτες σε ένα παράσιτο. Τη θεωρία αυτή ενισχύει ότι το φαινόμενο παρατηρήθηκε κατά κύριο λόγο στις ΗΠΑ όπου, ως γνωστόν, οι εκτάσεις με μεταλλαγμένα

είναι αχανείς.

-Οι αεροψεκασμοί. Ιδιαίτερα στις ΗΠΑ, η μέθοδος του ψεκασμού των καλλιεργειών με ισχυρά εντομοκτόνα από αέρος είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη, λόγω των μεγάλων γεωργικών εκτάσεων. Χρησιμοποιούνται νέες γενιάς, τοξικά φάρμακα, το οποίο ενδέχεται να εγκυμονεί κινδύνους για τα έντομα.

-Τα ηλεκτρομαγνητικά κύματα των κινητών τηλεφώνων. Έρευνα Γερμανικού πανεπιστημίου κατέληξε στο ότι ακόμα και ένα μόνο κινητό τηλέφωνο δίπλα σε μια κυψέλη μπορεί να αποπροσανατολίσει τις μέλισσες με αποτέλεσμα να μην μπορούν να επιστρέψουν στην κυψέλη. Η θεωρία αυτή δίνει μια ερμηνεία για το γεγονός ότι δεν εντοπίζονται νεκρές μέλισσες. Απλά εξαφανίζονται.

-Η αλλαγή του κλίματος. Η κλιματική αλλαγή έχει επίσης ενοχοποιηθεί για το περίεργο αυτό φαινόμενο, καθώς επηρεάζει τη διατροφή των μελισσών. Επιπλέον, το παρατεταμένο κρύο σε ορισμένες περιοχές του πλανήτη ενδέχεται να ευθύνεται επίσης για την εξαφάνιση των μελισσών.

-Ιός. Φυσικά, οι ειδικοί εξετάζουν και το ενδεχόμενο της ανάπτυξης ενός νέου και πολύ ανθεκτικού ιού ή ακόμα και την μετάλλαξη ενός μικροβίου που βρήκε τις μέλισσες αδύναμες να «πολεμήσουν».

Σε κάθε περίπτωση, η εξαφάνιση των μελισσών αναμένεται να προκαλέσει ανυπολόγιστη ζημιά, όχι μόνο στην οικονομία, αλλά και σε ολόκληρο το οικοσύστημα. Δεν είναι τυχαίο ότι οι επιστήμονες κάνουν λόγο για επερχόμενη... «οικολογική αποκάλυψη», εάν δεν αντιμετωπιστεί το πρόβλημα έγκαιρα.

Κι αυτό διότι ο ρόλος των μελισσών στην αλυσίδα της διατροφής είναι ζωτικός. Τα περισσότερα καλλιεργήσιμα φυτά βασίζονται για την αναπαραγωγή τους στη δράση των μελισσών (διαδικασία της επικονίασης) -υπολογίζεται ότι χωρίς αυτές το ένα τρίτο της παγκόσμιας αγροτικής παραγωγής θα καταρρεύσει. Αυτό με τη σειρά του θα έχει αντίκτυπο και στη ζωική παραγωγή, ενώ ο κρίκος που αφορά τον άνθρωπο δεν απέχει πολύ. «Μία στις τρεις μπουκιές που βάζουμε στο στόμα μας εξαρτάται από την επικονίαση των φυτών», αναφέρουν χαρακτηριστικά οι βιολόγοι.



Τα συμπτώματα του συνδρόμου είναι χρόνια και ενοχλητικά επιδρώντας αρνητικά στην καθημερινότητα των ασθενών, στην παραγωγικότητα αλλά και στην οικονομία μιας χώρας

Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου

Επειδή όμως τα συμπτώματα είναι κοινά με μεγάλο αριθμό άλλων νοσημάτων, η διάγνωση του ΣΕΕ για καιρό απαιτούσε πολλαπλές εξετάσεις για τους ασθενείς με σχετικά συμπτώματα για τον αποκλεισμό άλλων νοσημάτων

Το **σύνδρομο ευερεθίστου εντέρου (ΣΕΕ)** ή συχνά γνωστό και ως «**σπαστική κολίτιδα**» αποτελεί μία πολύ συχνή διαταραχή, με παγκόσμια επίπτωση 10-20%. Αποτελεί μάλιστα την καλύτερα αναγνωρισμένη λειτουργική διαταραχή. Οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τους άντρες (2:1), διαφορά όμως που φαίνεται ότι σχετίζεται με το πολιτισμικό υπόβαθρο κάθε λαού, αφού σε χώρες όπως η Ινδία περισσότεροι άνδρες εμφανίζουν συμπτώματα συμβατά με ΣΕΕ.

Τα συμπτώματα του συνδρόμου είναι χρόνια και ενδοχλητικά επιδρώντας αρνητικά στην καθημερινότητα των ασθενών, στην παραγωγικότητα αλλά και στην οικονομία μιας χώρας. Επειδή όμως τα συμπτώματα είναι κοινά με μεγάλο αριθμό άλλων νοσημάτων, η διάγνωση του ΣΕΕ για καιρό απαιτούσε πολλαπλές εξετάσεις για τους ασθενείς με σχετικά συμπτώματα για τον αποκλεισμό άλλων νοσημάτων. Πρόοδοι στην έρευνα βοήθησαν ώστε να καθοριστούν οδηγίες που συνηγορούν στη θετική διάγνωση της νόσου, χωρίς την ανάγκη για υπερβολικές εργαστηριακές εξετάσεις. Από το 1978 έως και σήμερα, διεθνείς ομάδες ειδικών στις λειτουργικές γαστρεντερικές διαταραχές έχουν συγκεντρωθεί και έχουν αναπτύξει κριτήρια βασισμένα στα συμπτώματα των ασθενών, γνωστά ως κριτήρια Ρώμης (Ρώμης I, II και III). Στόχος των αναθεωρήσεων ήταν να κάνουν τα αρχικά κριτήρια περισσότερο πρακτικά στην κλινική πράξη σε σχέση με τα προηγούμενα.

Διαγνωστικά κριτήρια Ρώμης III για το ευερέθιστο έντερο

Τουλάχιστον 3 μήνες, με έναρξη τουλάχιστον προ 6 μηνών, υποτροπιάζοντας κοιλιακού άλγους ή δυσφορίας (δυσάρεστο αίσθημα που δε μπορεί να χαρακτηριστεί πόνος) που σχετίζονται με δύο ή περισσότερα από τα παρακάτω:

Βελτίωση με αφόδευση και/ή

Έναρξη σχετιζόμενη με αλλαγή στη συχνότητα των κενώσεων και/ή

Έναρξη σχετιζόμενη με αλλαγή στην εμφάνιση των κοπράνων

Υποστηρικτικά συμπτώματα της διάγνωσης είναι το αίσθημα ατελούς κένωσης, η ύπαρξη βλέννας στις κενώσεις, το αίσθημα πληρότητας και ο μετεωρισμός κοιλίας. Μπορεί να συνυπάρχει δυσκοιλιότητα (< 3 κενώσεις εβδομαδιαίως), με σκληρά κόπρανα ή διάρροια (> 3 κενώσεις την ημέρα), με χαλαρά ή υδαρή κόπρανα και έντονη έπιψη για αφόδευση. Το ΣΕΕ για λόγους πρακτικούς διακρίνεται σε 4 τύπους: ΣΕΕ με διάρροια, ΣΕΕ με δυσκοιλιότητα, ΣΕΕ με εναλλαγές διάρροιας και δυσκοιλιότητας και ΣΕΕ με πόνο/μετεωρισμό. Αξιοσημείωτο είναι ότι ασθενείς με ΣΕΕ σε μεγάλο ποσοστό αναφέρουν και συμπτώματα εκτός παχέος εντέρου, όπως πόνο στο θώρακα, τη ράχη ή την πύελο, κόπωση και καταβολή, αϋπνία, μυαλγία, κεφαλαλγία, ζάλη και αίσθημα λιποθυμίας, δυσκολία συγκέντρωσης, δυσμηνόρροια, δυσπαρευνία, μείωση της libido και διαταραχές της ουροδόχου κύστης.

Τα κριτήρια της Ρώμης σε συνδυασμό με προσεκτική λήψη ιστορικού και λεπτομερή κλινική εξέταση, συνήθως αρκούν για τη διάγνωση. Εφόσον δεν υπάρχουν απώλεια βάρους, νυχτερινά συμπτώματα, αιμορραγία από το ορθό, μεγάλη ηλικία (> 50), οικογενειακό ιστορικό κακοήθειας, παθολογικός εργαστηριακός έλεγχος (για παράδειγμα αναιμία), ή παθολογική κλινική εξέταση, είναι εφικτή η θετική διάγνωση της νόσου και η έναρξη θεραπείας. Αν υπάρχει οποιοδήποτε παθολογικό εύρημα, ή αν δεν υπάρξει ανταπόκριση στην αγωγή, χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Η κολονοσκόπηση απαιτείται όταν υπάρχουν ενδείξεις οργανικής νόσου ανεξαρτήτως ηλικίας και σε όλα τα άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών.

Όσον αφορά το παθοφυσιολογικό υπόβαθρο της νόσου φαίνεται ότι στην ανάπτυξή της συμμετέχουν η γενετική προδιάθεση ενός ατόμου, περιβαλλοντολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Συνχά ΣΕΕ αναπτύσσεται μετά από επεισόδιο γαστρεντερίτιδας (εντερικής λοίμωξης) και τότε χαρακτηρίζεται και ως μεταλοιμώδες σύνδρομο. Ο ρόλος των τροφίμων παραμένει αδιευκρίνιστος. Η αναγνώριση πραγματικής δυσανεξίας σε τρόφιμα είναι πολύ δύσκολη, ενώ και ο περιορισμός της διαίτας είναι δύσκολο να εφαρμοσθεί. Από τους μηχανισμούς που θεωρούνται ότι συμμετέχουν στην παθοφυσιολογία του ΣΕΕ, τα σημαντικότερα στοιχεία σχετίζονται με το ρόλο της σεροτονίνης στο γαστρεντερικό, μιας ουσίας απαραί-



Η χρήση προβιοτικών (προϊόντων που περιέχουν ζωντανά ή εξασθενημένα βακτήρια που έχουν θετική επίδραση στο έντερο) είναι ένα πεδίο με πρόσφατη ανάπτυξη.

τητης στην επικοινωνία μεταξύ εντερικού και κεντρικού νευρικού συστήματος, συμβάλλοντας έτσι στη φυσιολογική εντερική λειτουργία.

Στη διαφορική διάγνωση του ΣΕΕ συμπεριλαμβάνονται η αγχώδης συνδρομή, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, τα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, το σύνδρομο υπερανάπτυξης μικροβίων, οι παρασιτώσεις, οι φαρμακευτικές ανεπιθύμητες ενέργειες, (π.χ. από λήψη υπακτικών), γυναικολογικές παθήσεις (ενδομητρίωση), απλή δυσκοιλιότητα, υπολακτασία, δυσανεξία σε υδατάνθρακες και σύνδρομο δυσαπορρόφησης. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται για τον αποκλεισμό της κοιλιοκάκης (δυσανεξία στη γλουτένη), ο οποίος θα πρέπει να γίνεται σε κάθε ασθενή με συμπτωματολογία ΣΕΕ του τύπου διάρροιας.

Επιδείνωση των συμπτωμάτων της νόσου αναφέρεται από τους ασθενείς συνήθως κατά τη διάρκεια περιόδων στρες. Επίσης, η λήψη σοκολάτας, καφέ, αλκοόλ, τσαγιού, εσπεριδοειδών, σιτηρών και οσπρίων μπορεί να πυροδοτήσει τα συμπτώματα χωρίς όμως να σημαίνει ότι ο περιορισμός της λήψης των τροφών αυτών, θα οδηγήσει απαραίτητα και σε βελτίωση των ασθενών. Άλλοι παράγοντες που πυροδοτούν τα συμπτώματα είναι οι διαταραχές θρέψης, τα φάρμακα, οι λοιμώξεις, οι ορμονικές αλλαγές (εμμηνορυσιακός κύκλος) και οι αλλαγές εποχών.

Η πολυσυμπτωματική φύση της νόσου οδηγεί στη δοκιμή διαφόρων θεραπειών ώστε να αντιμετωπιστεί όλο το φάσμα του συνδρόμου. Πολλά από τα φάρμακα όμως που χρησιμοποιούνται μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες μερικές από τις οποίες μάλιστα μιμούνται την

ίδια τη νόσο (για παράδειγμα οι φυτικές ίνες προκαλούν μετεωρισμό, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά προκαλούν δυσκοιλιότητα). Οι διατροφικές συμβουλές αφορούν την αύξηση των φυτικών ινών στους δυσκοίλιους και τη μείωση των φυτικών ινών στους ασθενείς με διάρροια ή μετεωρισμό. Η μείωση λιπαρών τροφών είναι χρήσιμη, αφού αυτές ενισχύουν τα κινητικά αντανακλαστικά του εντέρου. Για τη διάρροια μπορεί να χορηγηθεί λοπεραμίδη, όταν είναι έντονη και ενοχλητική. Τα σπασμολυτικά είναι τα συχνότερα αναγραφόμενα φάρμακα και δρουν προκαλώντας χάλαση λείων μυών και αναστολή της κινητικότητας του παχέος εντέρου. Η χρήση προβιοτικών (προϊόντων που περιέχουν ζωντανά ή εξασθενημένα βακτήρια που έχουν θετική επίδραση στο έντερο) είναι ένα πεδίο με πρόσφατη ανάπτυξη. Τέλος, δεδομένου ότι ορισμένοι από τους πάσχοντες εμφανίζουν συμπτώματα ψυχολογικής επιβάρυνσης, θα μπορούσαν ενδεχομένως να ωφεληθούν από τη ψυχοθεραπεία ή τη χορήγηση χαμηλής δόσης τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών.

Πρόοδοι στην έρευνα τις τελευταίες δεκαετίες δείχνουν το δρόμο προς την καλύτερη κατανόηση της παθοφυσιολογίας του ΣΕΕ και την ανάπτυξη σταθερής, βασισμένης στα συμπτώματα, προσέγγισης με στόχο τη θετική διάγνωση και την ανάπτυξη νέων θεραπευτικών επιλογών που να αντιμετωπίζουν τα πολλαπλά συμπτώματα της νόσου. Αν και παραμένουν πολλά αναπάντητα ερωτήματα σε ότι αφορά το ευερέθιστο έντερο, ελπίζεται ότι σύντομα θα υπάρξει πρόοδος στην αντιμετώπισή του.



Δεν είμαστε ειδικοί στις φωτογραφίες.



*Φροντίζουμε όμως να βγαίνουν
«φωτεινές».*

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

A photograph of a middle-aged couple dancing together. The woman is on the left, wearing a dark floral dress, and the man is on the right, wearing a black tuxedo with a white shirt and a black bow tie. They are both smiling and looking at each other. The background is a plain, light-colored wall.

Χορός για άσκηση

Βαρεθήκατε το ποδήλατο, το διάδρομο και τα πάσης φύσης όργανα του γυμναστηρίου; Μάλλον ήρθε η ώρα να πετάξετε τα τακούνια σας και να το ρίξετε στο χορό.



Αναζωογονεί, αναπτύσσει τη δημιουργικότητα, μαγεύει, εκτονώνει, εμπνέει ο χορός. Αυτό που λίγοι έχουμε σκεφτεί είναι ότι ο χορός αποτελεί μία ιδανική μορφή άθλησης, η οποία συνδυάζει τέλεια τη διασκέδαση με τη γυμναστική. Παρέχει τη δυνατότητα συνδυασμένης άσκησης σώματος και ψυχής, λόγω της ανάτασης που αισθάνεται κανείς μετά από ένα μισάωρο έντονου χορού. Ερευνητές έχουν διαπιστώσει ύστερα από έρευνες ότι η συστηματική άθληση οδηγεί σε ένα υγιές σώμα και μυαλό, ιδιαίτερα όσο περνούν τα χρόνια. Η άθληση αυξάνει τα επίπεδα των χημικών αντιδράσεων του εγκεφάλου που ενισχύουν τα νεύρα του οργανισμού. Ο χορός, που συνδυάζει τη σωματική άθληση αλλά τη μνήμη των βημάτων, βελτιώνει και τις δυνατότητες του εγκεφάλου να θυμάται. Τα αποτελέσματα πρόσφατης έρευνας μάλιστα αναφέρουν ότι άτομα που παρακολουθούν μαθήματα χορού δύο φορές την εβδομάδα παρουσιάζουν περιορισμένες πιθανότητες εκδήλωσης κατάθλιψης. Παράλληλα υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ότι άτομα που πάσχουν από Αλτσχάιμερ θυμίστηκαν πράγματα του παρελθόντος τους όταν χόρευαν σε γνώριμους προς αυτούς ρυθμούς. Ειδικό μάλιστα επισημαίνουν ότι κάθε μορφής χορός, είτε πρόκειται για σάλσα, είτε για τζαζ, είτε για ταγκό, είτε για παραδοσιακούς χορούς, τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα θετικά για άτομα όλων των ηλικιών, ενώ υπάρχουν ακόμη και μαθήματα χορού που απευθύνονται σε άτομα με κινητικά προβλήματα. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι ένα άτομο 80 κιλών μπορεί να κάψει 150 θερμίδες με μισή ώρα συγκρατημένου χορού.

Τα οφέλη κάθε μορφής ελαφράς άσκησης (περπάτημα, ποδηλασία κ.α.) μεταξύ των οποίων είναι και ο χορός είναι:

- ενδυνάμωση οστών και μυών χωρίς να επιβαρύνονται οι σύνδεσμοι
- τόνωση ολόκληρου του σώματος
- βελτίωση της στάσης και της ισορροπίας, γεγονός που περιορίζει την πιθανότητα μικροτραυματισμών από πτώσεις
- ενίσχυση της εκρηκτικότητας και της ευλυγισίας του σώματος
- περιορισμός του άγχους και της έντασης που αποτυπώνονται πολύ συχνά στο μυοσκελετικό σύστημα
- χτίσιμο ισχυρού αισθήματος αυτοπεποίθησης
- δημιουργία ευκαιριών για νέες γνωριμίες

- ενδυνάμωση των οργανισμών που πάσχουν από ασθένειες, όπως είναι ο διαβήτης, η υψηλή αρτηριακή πίεση, οι καρδιοπάθειες, η οστεοπόρωση και η κατάθλιψη.

Ο χορός αποτελεί την ιδανική άσκηση για άτομα άνω των 50 ετών, αφού καθένας μπορεί μόνος του να ορίσει την ένταση με την οποία θα χορεύει. Σε περίπτωση που το χόμπυ είναι καινούριο και έχετε καιρό να εκτονωθείτε στις πίστες, μπορείτε να ξεκινήσετε με χαμηλούς ρυθμούς και να προσθέτετε φιγούρες σταδιακά ανάλογα με τις αντοχές σας. Επειδή κάποιοι χοροί είναι πιο απαιτητικοί από άλλους – για παράδειγμα η τζαζ είναι πιο έντονη από το βαλς – όλα τα μαθήματα αρχαρίων θα πρέπει να εισάγουν το νέο χορευτή σταδιακά στο ρυθμό.

Τι πρέπει να προσέξετε;

Σε περίπτωση που ο γιατρός σας δε σας έχει περιορίσει από κάποιες δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας, μπορείτε να ξεκινήσετε το χορό σε ξέφρενους ρυθμούς. Στην περίπτωση όμως που δεν έχετε ασκηθεί για πολύ καιρό ή δεν θυμάστε πότε ήταν η τελευταία σας επίσκεψη στο γιατρό καλό θα είναι να αναλογιστείτε τα εξής:

- Σας έχει πει ποτέ ο γιατρός ότι έχετε κάποιο καρδιακό πρόβλημα και ότι πρέπει να αθλείστε μόνο σύμφωνα με τις οδηγίες του;
- Αισθάνεστε πόνο στο στήθος όταν κάνετε οποιαδήποτε άσκηση;
- Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα έχετε αισθανθεί κάποιο πόνο στο στήθος όταν δεν αθλούσασταν;
- Έχετε ζαλάδες, αστάθεια ή έχετε χάσει ποτέ τις αισθήσεις σας χωρίς αιτία;
- Υποφέρετε από οποιονδήποτε πόνο στα οστά ή στους συνδέσμους; Σε περίπτωση που έχετε κάποια ενόχληση πρόκειται για πόνο που επιδεινώνεται ύστερα από άσκηση;
- Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή, όπως για την αντιμετώπιση υψηλής αρτηριακής πίεσης ή καρδιακών προβλημάτων;
- Υπάρχει οποιοσδήποτε άλλος λόγος για τον οποίο δεν θα έπρεπε να αθληθείτε;

Μόλις λύσετε τις παραπάνω απορίες, λάβετε και όλες τις απαραίτητες διαβεβαιώσεις ότι η υγεία σας επιτρέπει την άθληση, ξεσηκώστε τις πίστες και απολαύστε το.





Πρόληψη καρκίνου του παχέος εντέρου

*Ποιές είναι οι
προκαρκινικές
καταστάσεις και ποιός
είναι ο ρόλος της
ενδοσκόπησης;*



Εισαγωγή

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου (ΚΠΕ) είναι ο δεύτερος σε συχνότητα καρκίνος στον κόσμο. Το 2002 οι νέες περιπτώσεις παγκοσμίως ανήλθαν σε 1.000.000 περίπου και οι θάνατοι που αποδόθηκαν σ' αυτή την αιτία σε 529.000 με αναλογία ανδρών/γυναικών 1,2/1.

Ο ΚΠΕ είναι ιδανική περίπτωση νόσου για την εφαρμογή μαζικής ανίχνευσης στο γενικό πληθυσμό. Ακολουθεί μια διαδικασία εξέλιξης που διαρκεί 7-12 χρόνια και οδηγεί σε μετάπτωση του φυσιολογικού επιθηλίου σε αδένωμα και καρκίνωμα. Παρέμβαση στο στάδιο πριν την εξαλλαγή και αφαίρεση των αδενωμάτων οδηγεί σε πραγματική πρόληψη της νόσου.

Η πενταετής επιβίωση των ατόμων με καρκίνο του παχέος εντέρου εξαρτάται από το στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωση. Έτσι, η πενταετής επιβίωση αγγίζει το 90% όταν η νόσος διαγνωσθεί σε αρχικό στάδιο, ενώ αυτή ελαττώνεται στο 5-30% όταν ο καρκίνος του παχέος εντέρου διαγνωσθεί σε προχωρημένο στάδιο. Παρόλα αυτά μόνο το 37% των περιπτώσεων ΚΠΕ διαγιγνώσκεται σε αρχικό στάδιο. Τα παραπάνω ιδιαίτερα χαρακτηριστικά θέτουν επιτακτικά το ζήτημα της πρώιμης ανίχνευσης της νόσου στο γενικό πληθυσμό.

Ο κύριος σκοπός της ανίχνευσης της νόσου στο γενικό πληθυσμό είναι ο εντοπισμός της ιάσιμης νόσου. Αυτό επιτυγχάνεται με την αναζήτηση προκαρκινικών βλαβών σε πληθυσμό ο οποίος είναι ασυμπτωματικός. Συμπτωματικοί ασθενείς ή άτομα με θετικές δοκιμασίες ανίχνευσης υφίστανται διαγνωστική εκτίμηση έτσι και αλλιώς. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι το 5,6% του πληθυσμού θα αναπτύξει ΚΠΕ σε κάποια φάση της ζωής του, αν δεν εφαρμοστούν μέθοδοι πρόληψης.

Προκαρκινικές καταστάσεις

Οι αδενωματώδεις πολύποδες είναι καλοήγη νεοπλασματα που είναι αποτέλεσμα διαταραχής του κυτταρικού πολλαπλασιασμού και της κυτταρικής διαφοροποίησης. Είναι αποδεκτό σήμερα, μετά από παρατηρήσεις πολλών ετών, ότι η πλειοψηφία των αδενωματωδών πολυπόδων αποτελεί την πρόδρομη μορφή του αδενοκαρκινώματος του παχέος εντέρου, αφού οι πολύποδες είναι μακροσκοπικές βλάβες αποτελούμενες από δυσπλαστικό επιθήλιο.

Οι αδενωματώδεις πολύποδες διακρίνονται σε έμμισχους ή άμισχους ανάλογα με το σχήμα τους, όπως επίσης σε σωληνώδεις, λαχνωτούς και σωληνολαχνωτούς ανάλογα με την ιστολογική τους εικόνα. Ο κίνδυνος ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος αυξάνεται ανάλογα με το μέγεθος του πολύποδα, το βαθμό της κυτταρικής ατυπίας και το ποσοστό της λαχνωτής αρχιτεκτονικής. Έτσι μεγάλοι και λαχνωτοί πολύποδες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εξαλλαχθούν σε καρκίνο.

Ομάδες κινδύνου

1. Συνήθης κίνδυνος

Στην κατηγορία αυτή ανήκει η μέγιστη πλειονότητα των περιπτώσεων του ΚΠΕ (περίπου 75%) και συμβαίνει σε άτομα χωρίς γνωστούς προδιαθεσικούς παράγοντες της νόσου. Ωστόσο η εμφάνιση αυξάνει με την πρόοδο της ηλικίας, αρχίζοντας γύρω στην ηλικία των 50 ετών. Η κατηγορία αυτή αποτελεί το λεγόμενο σποραδικό ΚΠΕ. Οι παράγοντες που θεωρούνται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο σποραδικού ΚΠΕ φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα.

Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου
1. Αυξημένη κατανάλωση κρέατος, ιδιαίτερα ερυθρού (βοοειδή)
2. Αυξημένη κατανάλωση ζωικού λίπους και σακχάρων
3. Κατάχρηση οινόπνευματος
4. Κάπνισμα
5. Παχυσαρκία
6. Ακτινοβολία περιοχής της πυέλου

2. Αυξημένος κίνδυνος

Α) Θετικό ατομικό ιστορικό

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν όλα τα άτομα τα οποία είχαν έναν ή περισσότερους αδενωματώδεις πολύποδες στο παρελθόν που έχουν αφαιρεθεί ενδοσκοπικά, καθώς και οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί στο παρελθόν σε χειρουργική επέμβαση για ΚΠΕ.

Β) Θετικό οικογενειακό ιστορικό

Εδώ ανήκουν τα άτομα που έχουν τουλάχιστον ένα πρώτου βαθμού συγγενή (γονείς, αδέρφια, παιδιά) που έχει αναπτύξει ΚΠΕ σε οποιαδήποτε ηλικία ή αδενωματώδη πολύποδα παχέος εντέρου σε ηλικία μικρότερη των 60 ετών, εφόσον δεν εμπíπτον στα ειδικά γενετικά σύνδρομα που περιγράφονται στη συνέχεια. Σε άτομα της κατηγορίας αυτής αναπτύσσονται 15-20% των περιπτώσεων ΚΠΕ. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος σε αυτούς των οποίων οι συγγενείς ανέπτυξαν ΚΠΕ σε νεώτερη ηλικία (κάτω των 50 ετών).

Γ) Κληρονομικός μη πολυποδιασικός ΚΠΕ (Σύνδρομο Lynch I & II)

Στην κατηγορία αυτή ανήκει το 5% περίπου των περιπτώσεων ΚΠΕ. Για να τεθεί η διάγνωση του συνδρόμου πρέπει να πάσχουν τουλάχιστον 3 συγγενείς εκ των οποίων οι 2 να είναι πρώτου βαθμού, ο καρκίνος να εμφανίζεται σε 2 τουλάχιστον γενεές και ένας ασθενής να εμφανίσει

τον καρκίνο σε ηλικία κάτω των 50 ετών. Στο σύνδρομο Lynch II είναι δυνατόν να συνυπάρχει καρκίνος στομάχου, παγκρέατος, ενδομητρίου, ωθήκης ή μαστού.

Δ) Οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση

Ευθύνεται για το 1% των περιπτώσεων ΚΠΕ. Είναι σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πολλαπλών αδενωματωδών πολυπόδων στο παχύ έντερο. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν πολύποδες και σε άλλα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα, ενώ μπορούν επίσης να αναπτύξουν εγκεφαλικούς όγκους, επιδερμικές κύστες, οστεώματα και ινωματώδεις όγκους (σύνδρομο Gardner). Ασθενείς με οικογενή πολυποδίαση παρουσιάζουν αναπόφευκτη εξέλιξη προς εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου, συνήθως εντός 8-10 ετών.

Ε) Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου

Ασθενείς με ελκώδη πανκολίτιδα στους οποίους η νόσος χρονολογείται περισσότερο από 8-10 χρόνια έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ΚΠΕ. Έχει υπολογιστεί ότι τα πρώτα 8-10 χρόνια η συχνότητα είναι όση και του γενικού πληθυσμού και ακολούθως αυξάνεται κάθε έτος κατά 1%. Ασθενείς με Crohn κολίδα έχουν ανάλογο αυξημένο κίνδυνο ΚΠΕ σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η ΙΦΝΕ ευθύνεται περίπου για το 1% όλων των περιπτώσεων ΚΠΕ.

Πρόληψη

Στην πρωτογενή πρόληψη περιλαμβάνονται η διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες και πτωχή σε ζωικά λίπη και η φυσική άσκηση, ενώ έχουν δοκιμασθεί η μακροχρόνια λήψη φυλλικό οξύ, ασβέστιο και ασπιρίνης ή μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Κανένα όμως από τα αυτά τα μέτρα δεν έχει πραγματικά αποδειχθεί να ελαττώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ΚΠΕ. Έτσι, η πρόληψη του ΚΠΕ είναι κυρίως δευτερογενής και βασίζεται στην έγκαιρη ανίχνευση των αδενωματωδών πολυπόδων ή έστω του ΚΠΕ σε αρχικά στάδια.

Μέθοδοι ανίχνευσης

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη δευτερογενή πρόληψη ΚΠΕ είναι η ανίχνευση αιμοσφαιρίνης σε δείγμα κοπράνων, η ορθοσιγμοειδοσκόπηση, η κολονοσκόπηση και σπάνια πλέον σήμερα ο βαριούχος υποκλυσμός (μόνο σε περίπτωση που για πρακτικούς λόγους δεν είναι δυνατή η κολονοσκόπηση).

Στην ανίχνευση της αιμοσφαιρίνης των κοπράνων πρέπει να συλλέγονται 6 δείγματα κοπράνων (2 δείγματα σε 3 διαφορετικές ημέρες) και να αποστέλλονται στο εργαστήριο προς εξέταση. Θα πρέπει να αποφεύγεται η λήψη ΜΣΑΦ ή ασπιρίνης τουλάχιστον μία εβδομάδα πριν την εξέταση όπως επίσης και διατροφή πλούσια σε βιταμίνη C και κρέας προς αποφυγή ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων.



Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση πραγματοποιείται με ένα εύκαμπτο ενδοσκόπιο μήκους 60 εκ. το οποίο επιτρέπει την άμεση οπτική εξέταση του αυλού του ορθού, του σιγμοειδούς και μέρους του κατιόντος κόλου.

Τέλος, η κολonosκόπηση επιτρέπει την εξέταση ολόκληρου του αυλού του παχέος εντέρου με αποτέλεσμα τόσο εγγύς όσο και απώτερες βλάβες να είναι δυνατόν να ανακαλυφθούν.

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί και η εικονική κολonosκόπηση (με χρήση αξονικού ή μαγνητικού τομογράφου) και πιο πρόσφατα η κολonosκόπηση με κάψουλα. Οι νέες αυτές και πολλά υποσχόμενες μέθοδοι ίσως να συμβάλλουν στο εγγύς μέλλον στην έγκυρη και έγκαιρη ανίχνευση του νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου αυξάνοντας τη συμμόρφωση του πληθυσμού στις μεθόδους δευτερογενούς πρόληψης. Προς το παρόν, όμως, δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς, τουλάχιστον στη χώρα μας, ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν εξετάσεις ρουτίνας.

Οδηγίες για την ανίχνευση του πληθυσμού

Όλες οι Γαστρεντερολογικές και Αντικαρκινικές εταιρείες προτείνουν την έναρξη του προληπτικού ελέγχου σε άτομα με συνήθη κίνδυνο εμφάνισης ΚΠΕ στην ηλικία των 50 ετών. Αν και η επίπτωση της νόσου σ'αυτήν την ηλικία είναι μικρή, το 25% του πληθυσμού έχει αδενωματώδεις πολύποδες οι οποίοι πρέπει να ανευρεθούν και να αφαιρεθούν. Οι επιλογές για τον προληπτικό έλεγχο είναι:

α) η διενέργεια εξέτασης αιμοσφαιρίνης των κοπράνων ετησίως και παράλληλα ορθοσιγμοειδοσκόπηση κάθε 5 χρόνια

β) ο βαριούχος υποκλισμός κάθε 5 χρόνια

γ) η ολική κολonosκόπηση κάθε 10 χρόνια

Στις δύο πρώτες επιλογές κάθε θετικό αποτέλεσμα θα πρέπει να ακολουθείται από τη διενέργεια ολικής κολonosκόπησης. Η ολική κολonosκόπηση πλεονεκτεί έναντι των άλλων μεθόδων, αφού παρέχει τη δυνατότητα για άμεση εξέταση ολόκληρου του παχέος εντέρου και αναγνώριση των βλαβών, αλλά και για λήψη δείγματος για ιστολογική εξέταση καθώς και την αφαίρεση των πολύποδων με πολυποδεκτομή.

Στους ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΚΠΕ οι οδηγίες για προληπτικό έλεγχο είναι διαφορετικές. Γενικά τέτοια άτομα πρέπει να παρακολουθούνται σε εξειδικευμένα κέντρα.

Στα άτομα που έχουν ανευρεθεί πολύποδες και έχει πραγματοποιηθεί πολυεκτομή, η κολonosκόπηση θα πρέπει να γίνεται κάθε 3 χρόνια, ενώ ασθενείς που έχουν υπο-

βληθεί σε χειρουργική επέμβαση ΚΠΕ, η κολonosκόπηση είναι απαραίτητη να γίνει εντός του πρώτου έτους από τη στιγμή της επέμβασης. Επί αρνητικού αποτελέσματος η εξέταση θα πρέπει να επαναληφθεί σε 3 χρόνια και εάν πάλι δεν βρεθούν παθολογικά ευρήματα, οι ασθενείς αυτοί είναι αναγκαίο να υποβάλλονται σε ολική κολonosκόπηση κάθε 5 χρόνια.

Σε άτομα με θετικό οικογενειακό ιστορικό, η πρώτη κολonosκόπηση θα πρέπει να πραγματοποιείται στην ηλικία των 40 ετών ή 10 έτη νωρίτερα από το έτος διάγνωσης του νεοπλασματος στον πιο νέο από πλευράς ηλικίας συγγενή. Στη συνέχεια εκείνοι που έχουν έναν πρώτου βαθμού συγγενή με νεόπλασμα σε ηλικία >60 ετών θα πρέπει να επαναλαμβάνουν την κολonosκόπηση κάθε 10 χρόνια. Όσοι έχουν δυο πρώτου βαθμού συγγενείς με ΚΠΕ ή έναν πρώτου βαθμού συγγενή με ΚΠΕ σε ηλικία ≤60 ετών, θα πρέπει να υποβάλλονται σε κολonosκόπηση κάθε 3-5 χρόνια.

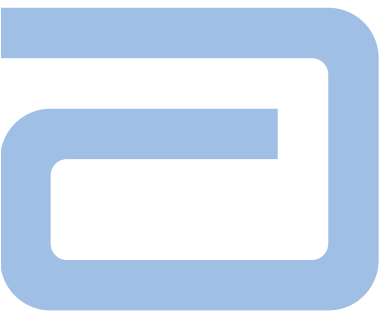
Ασθενείς με διάγνωση συνδρόμου Lynch πρέπει να υποβάλλονται σε κολonosκόπηση από την ηλικία των 20-25 ετών ή 10 χρόνια νωρίτερα από το έτος διάγνωσης ΚΠΕ στο νεότερο μέλος της οικογένειας. Η κολonosκόπηση πρέπει να πραγματοποιείται κάθε 2 χρόνια μέχρι την ηλικία των 40 ετών και κατόπιν κάθε χρόνο. Παράλληλα επιβάλλεται να γίνεται έλεγχος για καρκίνο ενδομητρίου, ωοθηκών, παγκρέατος, στομάχου, λεπτού εντέρου και ουροποιητικού συστήματος.

Τα άτομα οικογενειών με οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση πρέπει να υποβάλλονται σε γενετικό έλεγχο. Άτομα που έχουν τη μεταλλαγή που ευθύνεται για το σύνδρομο ξεκινούν να υποβάλλονται σε ορθοσιγμοειδοσκόπηση από την εφηβική ηλικία και σε περίπτωση ανάπτυξης πολύποδων υποβάλλονται σε ολική κολεκτομή εφόσον έχουν ενηλικιωθεί. Ασθενείς με ελκώδη πανκολίτιδα ή Crohn κολίτιδα είναι αναγκαίο να υποβάλλονται σε κολonosκόπηση κάθε 2 χρόνια μετά από την πρώτη δεκαετία της νόσου.

Συμπεράσματα

Ο ΚΠΕ μπορεί να προληφθεί! Η διενέργεια προληπτικού ελέγχου για ΚΠΕ έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική και πρέπει να εφαρμόζεται ευρέως στο γενικό πληθυσμό. Τα επόμενα χρόνια υπάρχει ελπίδα μείωσης της επίπτωσης του ΚΠΕ μέσα από την κατάλληλη ενημέρωση του πληθυσμού και την ευρύτερη εφαρμογή του προληπτικού ελέγχου, ίσως και με την ανάπτυξη μεθόδων που θα είναι πιο αποδοκτές από το ευρύ κοινό. ❌





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

Συσχέτιση δόσης και διάρκειας λήψης ασπιρίνης με κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου σε άνδρες

Τυχαιοποιημένες μελέτες έχουν δείξει ότι χαμηλές δόσεις ασπιρίνης ελαττώνουν τον κίνδυνο υποτροπής αδενωμάτων του παχέος εντέρου σε ασθενείς με τέτοιο ιστορικό. Εντούτοις, ο ρόλος της ασπιρίνης στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι λιγότερο σαφής, καθώς οι υπάρχουσες μελέτες έχουν δώσει αντικρουόμενα αποτελέσματα. Στο ερώτημα αυτό απαντούν με μια προοπτική μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Gastroenterology* (2008;134:21-28) ερευνητές από τις ΗΠΑ. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 47.363 ασθενείς, ηλικίας από 40-75 ετών και η καταγραφή ξεκίνησε το 1986. Κάθε δυο χρόνια οι ερευνητές κατέγραφαν δεδομένα για τη χρήση ασπιρίνης σε δόση και διάρκεια, παράγοντες κινδύνου και τις νέες διαγνώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου. Μετά 18 έτη παρακολούθησης καταγράφηκαν 975 περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου σε 761.517 ανθρωπο-έτη. Μετά από διόρθωση ως προς τους παράγοντες κινδύνου, οι άνδρες που χρησιμοποιούσαν ασπιρίνη τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα είχαν στατιστικά σημαντικά ελαττωμένο σχετικό κίνδυνο (RR) ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου [RR=0.79, 95% όρια αξιοπιστίας (CI) 0.69-0.90] συγκριτικά με όσους έπαιρναν ασπιρίνη περιστασιακά ή καθόλου. Εντούτοις, η ελάττωση του σχετικού κινδύνου απαιτούσε χρήση ασπιρίνης για τουλάχιστον 6-10 έτη και δεν ήταν πλέον σημαντική 4 έτη μετά τη διακοπή της. Η ευεργετική επίδραση της ασπιρίνης ήταν δοσοεξαρτώμενη: συγκριτικά με όσους δεν ελάμβαναν ασπιρίνη, ο σχετικός κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου ήταν 0.94 (95% CI 0.75-1.18) για όσους ελάμβαναν 150-500 mg/εβδομάδα, 0.80 (95% CI 0.63-1.01) για δόσεις 700-1500 mg/εβδομάδα, 0.72 (95% CI 0.56-0.92) για 2-4.5 g/εβδομάδα και τέλος 0.3 (95% CI 0.11-0.81) για λήψη >4.5 g/εβδομάδα.

Συμπερασματικά, η μακροχρόνια λήψη ασπιρίνης φαίνεται να ελαττώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης παχέος εντέρου στους άνδρες. Εντούτοις, η μέγιστη ελάττωση του κινδύνου επιτυγχάνεται με λήψη τουλάχιστον 14 δισκίων εβδομαδιαίως, η οποία ενέχει σοβαρούς κινδύνους ανεπιθύμητων ενεργειών κυρίως με τη μορφή αιμορραγιών πεπτικού.

Χρήση ασπιρίνης και φυλλικού οξέος για την πρόληψη υποτροπής αδενωμάτων παχέος εντέρου

Τα αδενώματα του παχέος εντέρου είναι προκαρκινικές καταστάσεις που οδηγούν στον καρκίνο του παχέος εντέρου, ο οποίος αποτελεί στο Δυτικό κόσμο το δεύτερο σε συχνότητα θανατηφόρο καρκίνο μετά από αυτόν του πνεύμονα. Μελέτες έχουν δείξει ότι δόση ασπιρίνης 80 mg/ημέρα ελαττώνουν τον κίνδυνο υποτροπής αδενωμάτων, αλλά δεν παρατηρήθηκε το ίδιο σε δόση 300 mg/ημέρα. Παθογενετικοί μηχανισμοί υποστηρίζουν πιθανή ευεργετική επίδραση του φυλλικού οξέος στον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου, που όμως δεν έχουν επαληθευτεί στην κλινική πράξη. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Gastroenterology* (2008;134:29-38), ερευνητές από το Ηνωμένο Βασίλειο εξέτασαν την επίδραση χορήγησης ασπιρίνης και φυλλικού οξέος στον κίνδυνο υποτροπής αδενωμάτων του παχέος εντέρου σε μια προοπτική τυχαιοποιημένη διπλή τυφλή μελέτη. Συμπεριλήφθηκαν 945 ασθενείς οι οποίοι χωρίστηκαν σε 4 ομάδες και έλαβαν είτε συνδυασμό ασπιρίνης και φυλλικού οξέος, είτε μόνο ασπιρίνη είτε μόνο φυλλικό οξύ είτε εικονικό φάρμακο. Η δόση της ασπιρίνης και του φυλλικού οξέος ήταν 300 mg/ημέρα και 0.5 mg/ημέρα αντίστοιχα, ενώ η διάρκεια παρακολούθησης ήταν 3 έτη. Συνολικά, 99 ασθενείς (23%) που ελάμβαναν ασπιρίνη ανέπτυξαν αδένωμα σε σύγκριση με 121 ασθενείς (29%) που ελάμβαναν εικονικό φάρμακο (σχετικός κίνδυνος 0.79; 95% CI 0.63-0.99). Συνολικά 104 ασθενείς ανέπτυξαν προχωρημένη νεοπλασία, εκ των οποίων οι 41 (9%) ήταν στην ομάδα της ασπιρίνης και οι 63 (15%) σε αυτήν του εικονικού φαρμάκου (σχετικός κίνδυνος 0.63; 95% CI 0.43-0.91). Η χορήγηση φυλλικού οξέος δεν είχε καμία επίδραση στον κίνδυνο υποτροπής των αδενωμάτων. Συμπερασματικά, η ασπιρίνη αλλά όχι το φυλλικό οξύ φαίνεται να προλαμβάνει την υποτροπή αδενωμάτων του παχέος εντέρου, ενώ σημαντικός φαίνεται να είναι και ο ρόλος της στην πρόληψη προχωρημένων νεοπλασιών.

Αποτελεσματικότητα της υπολιπιδαιμικής αγωγής με στατίνες σε 18686 διαβητικούς ασθενείς: μετανάληυση 14 τυχαιοποιημένων μελετών

Τουλάχιστον 170 εκατομύρια άτομα παγκοσμίως πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και ο αριθμός τους αναμένεται να διπλασιαστεί ως το 2030. Ο σακχαρώδης διαβήτης συνοδεύεται από δυσλιπιδαιμία, που συνεισφέρει στον αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου που έχει αυτός ο πληθυσμός. Οι τιμές-στόχος της υπολιπιδαιμικής αγωγής στους διαβητικούς είναι χαμηλότερες από αυτές του γενικού πληθυσμού και η υπολιπιδαιμική αγωγή που χρησιμοποιείται είναι κυρίως οι στατίνες. Σε μια μετανάληυση 14 τυχαιοποιημένων μελετών που δημοσιεύτηκε στο Lancet (2008;371:117-25), ερευνάται η επίδραση των στατινών στα αγγειακά συμβάματα σε 18686 διαβητικούς ασθενείς σε σύγκριση με 71370 μη διαβητικούς. Μετά από μέση παρακολούθηση 4.3 ετών, καταγράφηκαν 3247 μείζονα αγγειακά συμβάματα στον διαβητικό πληθυσμό. Παρατηρήθηκε 9% σχετική ελάττωση της συνολικής θνησιμότητας για κάθε ελάττωση της τιμής της LDL χοληστερόλης κατά 39 mg/dl στους διαβητικούς, παρόμοια με τη 13% σχετική ελάττωση στους μη διαβητικούς. Στους διαβητικούς ασθενείς, η μείωση της θνησιμότητας ήταν σημαντική για τους αγγειακούς θανάτους (0.87, 95% CI 0.76-1.00, P=0.008), ενώ δεν υπήρχε επίδραση στους μη αγγειακούς θανάτους (0.97, 95% CI 0.82-1.16, P=0.7). Συγκεκριμένα, βρλεθηκε ελάττωση κινδύνου θανάτου από έμφραγμα μυοκαρδίου (0.78, 95% CI 0.69-0.87, P<0.001), ανάγκη αγγειπλαστικής στεφανιαίων (0.75, 95% CI 0.64-0.88, P<0.001) και κινδύνου αγγειακού εγκεφαλικού (0.79, 95% CI 0.67-0.93, P=0.0002). Στους διαβητικούς η επίδραση της θεραπείας με στατίνη ήταν ίδια ανεξάρτητα της ύπαρξης ιστορικού αγγειακής νόσου ή άλλων δημογραφικών και επιδημιολογικών χαρακτηριστικών. Η ανάλυση επίσης έδειξε ότι θεραπεία με στατίνη επί 5 έτη 1000 διαβητικών ασθενών θα αποτρέψει 42 μείζονα αγγειακά συμβάματα. Συμπερασματικά, η θεραπεία με στατίνη είναι απαραίτητη σε όλους τους διαβητικούς ασθενείς που έχουν αυξημένο κίνδυνο αγγειακών συμβαμάτων.

Συσχέτιση δείκτη μάζας σώματος κατά την παιδική ηλικία και κινδύνου στεφανιαίας νόσου στην ενήλικη ζωή

Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα και εμφανίζεται σε όλο και μικρότερες ηλικίες. Στις ΗΠΑ, το 19% των παιδιών ηλικίας 6-11 ετών είναι υπέρβαρα, με το δείκτη μάζας σώματος τους (βάρος σε κιλά / ύψος² σε μέτρα) να ξεπερνάει το 95ο εκατοστημόριο για την ηλικία και το φύλο τους σύμφωνα με τα νομογράμματα των κέντρων πρόληψης και ελέγχου νοσημάτων. Η παιδική παχυσαρκία εγείρει σοβαρές ανησυχίες καθώς είναι πιθανό να επηρεάσει την υγεία τους σαν ενήλικες. Ενώ παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου κάνουν ήδη την εμφάνιση τους σε παχύσαρκα παιδιά, η μακροχρόνια επίδραση της παιδικής παχυσαρκίας στον κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου είναι άγνωστη. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο New England Journal of Medicine (2007;357:2329-37), ερευνητές από τη Δανία μελέτησαν τη συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος σε παιδιά ηλικίας 7-13 ετών με τον κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου στην ενήλικη ζωή. Συμπεριέλεβαν 276835 παιδιά στα οποία ήταν διαθέσιμα τα στοιχεία ύψους και βάρους. Μετά από 5,063,622 ανθρωπο-έτη παρακολούθησης, 10235 άνδρες και 4318 γυναίκες ανέπτυξαν στεφανιαία νόσο. Ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου συσχετίστηκε θετικά με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος στην ηλικία 7-13 για τα αγόρια και 10-13 για τα κορίτσια. Οι συσχετίσεις ήταν γραμμικές σε κάθε ηλικία και ο κίνδυνος αυξανόταν σε ολόκληρη την κατανομή του δείκτη μάζας σώματος. Επιπρόσθετα, ο κίνδυνος αυξανόταν όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία του παιδιού. Οι συσχετίσεις γίνονταν ισχυρότερες μετά από διόρθωση του δείκτη μάζας σώματος ως προς το βάρος γέννησης. Συμπερασματικά, ο υψηλότερος δείκτης μάζας σώματος κατά την παιδική ηλικία συσχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου κατά την ενήλικη ζωή και η συσχέτιση είναι ισχυρότερη στα αγόρια από τα κορίτσια.

Μοιραστείτε ΤΟ αυτοκίνητό σας



Για τον Έλληνα, ένας είναι ο έρωτας που δεν στερεύει ποτέ: αυτός για το αυτοκίνητό του! Εάν πάντως ζει στην Αθήνα, όπου 150.000 νέα οχήματα προστίθενται κάθε χρόνο στους δρόμους, ίσως θα έπρεπε να αναθεωρήσει. Ή, τουλάχιστον, να κάνει car pooling!

Υπολογίζεται ότι ως το 2010 ο κυκλοφοριακός φόρτος θα έχει αυξηθεί κατά 10%,

Εάν το αυτοκίνητό μας είναι η μεγαλύτερή μας αγάπη, ήρθε η ώρα να λοξοκοιτάξουμε την «αγάπη» τού γείτονα. Αυτό πάντως είναι το carpooling (ή «συνεπιβατισμός», όπως είναι ο ελληνικός νεολογισμός): το «μοίρασμα» μιας διαδρομής με κάποιον που πάει στην ίδια κατεύθυνση. Η πρακτική αυτή, που εκτός από φθηνότερη κάνει και μια διαδρομή πολύ πιο ευχάριστη, έχει βρει χιλιάδες πιστούς σε όλο τον κόσμο, ενώ σε πολλές χώρες έχουν θεσμοθετηθεί και σχετικά κίνητρα. Σε πολλές Πολιτείες των ΗΠΑ για παράδειγμα, τα αυτοκίνητα με πάνω από δύο επιβάτες διαθέτουν τη δική τους λωρίδα κυκλοφορίας σε αυτοκινητοδρόμους.



«μοναχικούς» καβαλάρηδες των ΙΧ». Πολλές επιχειρήσεις για παράδειγμα υποχρεώνουν τους εργαζομένους τους να βρίσκουν συνεπιβάτες περιορίζοντας τον αριθμό των θέσεων που διατίθενται στο πάρκινγκ.

Κάθε μέρα, στους δρόμους της Αθήνας κυκλοφορούν περισσότερα από 2,5 εκατομμύρια αυτοκίνητα, με τα οποία πραγματοποιούνται πάνω από 8 εκατομμύρια μετακινήσεις. Πώς να λυθεί το πρόβλημα της ατμοσφαιρικής ρύπανσης της πρωτεύουσας; Ως γνωστόν, κάθε λίτρο βενζίνης που καίγεται παράγει περίπου 2,4 κιλά διοξειδίου του άνθρακα. Η κίνηση των ΙΧ. επίσης ευθύνεται για το 62% των συνολικά εκπεμπόμενων υδρογονανθράκων, για το 63% των συνολικά εκπεμπόμενων οξειδίων του αζώτου και για το 80% του συνολικά εκπεμπόμενου μονοξειδίου του άνθρακα.

Μία από τις βασικές παραμέτρους του προβλήματος είναι ότι, σήμερα, ο μέσος αριθμός των επιβατών ανά ΙΧ. είναι 1,1-1,2. Εάν είχαν έναν ακόμη επιβάτη, αυτόματα θα «αφαιρούνταν» τα μισά αυτοκίνητα από τους δρόμους.

Με αυτό το σκεπτικό, ξεκίνησε -και γρήγορα γιγαντώθηκε- το κίνημα του car pooling. Οι... car poolers συνταξιδεύουν είτε με γνωστούς τους (συναδέλφους, γείτονες, συγγενείς κλπ) είτε με αγνώστους τους οποίους εντοπίζουν μέσω των δεκάδων ειδικών ιστοσελίδων. Τρία τέτοια site λειτουργούν και στην Ελλάδα. Πρόκειται για το www.carpooling.gr, το www.sinerivatismos.gr και το www.sinerivatis.gr, μέσω των οποίων δίνεται η δυνατότητα σε άτομα που κινούνται προς την ίδια κατεύθυνση να μοιραστούν το ταξίδι, διαιρώντας δια δύο και τα έξοδα (parking, βενζίνη κ.λπ.). Απλά, καταχωρούν τη διαδρομή που τους ενδιαφέρει να μοιραστούν (π.χ. Χαλάνδρι - Ομόνοια) και αναμένουν κρούσεις από ενδιαφερόμενους -και το αντίστροφο.

Όπως είπαμε, στο εξωτερικό ισχύουν και κίνητρα για την προώθηση του car pooling, όπως π.χ. ειδικές λωρίδες κυκλοφορίας, καθώς και αντικίνητρα για τους

Ακόμα πιο «προχωρημένη» - τουλάχιστον για τα ελληνικά δεδομένα - είναι η ιδέα του car sharing. Πρόκειται για την... κατάργηση της ιδιοκτησίας, καθώς βασίζεται στο σκεπτικό «εφόσον δεν χρειάζεσαι το αυτοκίνητό σου 24 την ημέρα, γιατί να μη το χρησιμοποιούν και άλλοι;». Οι πιστοί του car sharing (που είναι πάρα πολλοί σε Ευρώπη και ΗΠΑ) εγγράφονται στις εταιρίες και έναντι μικρής μηνιαίας συνδρομής μπορούν να έχουν αυτοκίνητα όποτε τα χρειάζονται, τα οποία βρίσκονται σταθμευμένα σε διάφορα στρατηγικά σημεία. Οι συνδρομητές διαθέτουν πάντοτε κάρτα που ξεκλειδώνει τα αυτοκίνητα και με ένα απλό τηλεφώνημα ή ένα κλικ στο ίντερνετ, μπορούν να «κλείσουν» το όχημα που τους χρειάζεται. Στο τέλος του μήνα, τους αποστέλλεται ο λογαριασμός (βενζίνη κλπ), ο οποίος φθάνει μόλις στο 60% του κόστους της παραδοσιακής ενοικίασης. Εκτός αυτού, δεν χρειάζεται να αναζητούν πάρκινγκ ή να γεμίζουν το ρεζερβουάρ, ενώ είναι απαλλαγμένοι από το κόστος της ασφάλειας.

Έρευνες στο εξωτερικό έχουν δείξει ότι κάθε «μοιραζόμενο» αυτοκίνητο αντικαθιστά το λιγότερο έξι ΙΧ., μειώνοντας εξίσου τους ρύπους αντίστοιχα τη ρύπανση, αλλά και εξοικονομώντας πολύτιμο χώρο στους δρόμους και στα πάρκινγκ.

Η ανάγκη για εναλλακτικούς τρόπους μετακίνησης είναι σήμερα πιο επιτακτική από ποτέ. Στον στόλο των ΙΧ. στην Αθήνα, ο οποίος υπολογίζεται σήμερα σε 2,5 εκατ., προστίθενται κάθε χρόνο περί τα 150.000 νέα οχήματα. Υπολογίζεται ότι ως το 2010 ο κυκλοφοριακός φόρτος θα έχει αυξηθεί κατά 10%, ενώ οι καθημερινές μετακινήσεις θα φτάσουν τα 10 εκατομμύρια. Ταυτόχρονα, στα επόμενα δύο χρόνια, τουλάχιστον 9 βασικοί οδικοί άξονες της πρωτεύουσας θα φθάσουν σε σημείο κορεσμού. Δυστυχώς, τα στοιχεία δείχνουν ότι μόλις 4 στις 10 μετακινήσεις στην Αθήνα πραγματοποιούνται με Μέσα Μαζικής Μεταφοράς. Έτσι, στις ώρες αιχμής, η ταχύτητα του αυτοκινήτου στο κέντρο της Αθήνας δεν ξεπερνά τα 5 χλμ./ώρα, όση δηλαδή είναι και η ταχύτητα ενός πεζού. Σύμφωνα πάντως με το Ευρωπαϊκό μετρο, το 14% των Αθηναίων δηλώνει ότι ό,τι και να συμβεί δεν πρόκειται να χρησιμοποιεί λιγότερο το ΙΧ. του.





Αιμορροΐδες & ραγάδες πρωκτού

Αιμορροΐδες

Αιμορροειδοπάθεια, δηλαδή πρόβλημα με τις αιμορροΐδες, περιγράφεται σε συγγράμματα αρχαίων Ελλήνων και Ρωμαίων συγγραφέων. Υπολογίζεται ότι το ένα τρίτο του πληθυσμού της γης θα εμφανίσει συμπτώματα της νόσου.

Η πάθηση οφείλεται κατά κύριο λόγο στη χαλάρωση των αγγειακών ιστών της περιοχής (φλέβες του πρωκτού), που βοηθούν στην αποφυγή της ακράτειας και στην αφόδευση. Οι αιμορροΐδες διακρίνονται σε εσωτερικές και εξωτερικές.

Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η δυσκοιλιότητα, η καθιστική ζωή, η εγκυμοσύνη, η αναστολή της αφόδευσης, η γυμναστική με βάρη καθώς και φάρμακα που προκαλούν δυσκοιλιότητα ή διάρροια.

Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η δυσκοιλιότητα, η καθιστική ζωή, η εγκυμοσύνη, η αναστολή της αφόδευσης, η γυμναστική με βάρη καθώς και φάρμακα που προκαλούν δυσκοιλιότητα ή διάρροια.

Οι αιμορροΐδες κατατάσσονται σε

- **πρώτου βαθμού** οι οποίες δεν προβάλλουν καθόλου έξω από το έντερο, αλλά αιμορραγούν,
- **δευτέρου βαθμού** οι οποίες προβάλλουν έξω από έντερο μόνο κατά τη διάρκεια της αφόδευσης και ανατάσσονται αυτόματα,
- **τρίτου βαθμού** προβάλλουν έξω από έντερο και επανέρχονται μόνο με τη βοήθεια του δακτύλου και
- **τετάρτου βαθμού** που παραμένουν μόνιμα έξω από το έντερο.

Συμπτώματα

Η **αιμορραγία** είναι η πιο συχνή εκδήλωση και μπορεί να είναι τόσο σημαντική ώστε να προκαλεί σιδηροπενική αναιμία. Συνήθως παρατηρείται στο τέλος της κένωσης, στην τουαλέτα ή στο χαρτί καθαριότητας. **Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι κάποιος ασθενής που θα παρατηρήσει αίμα στα κόπρανα ή στην περιοχή του δακτυλίου, θα πρέπει να επισκεφθεί το γιατρό γιατί με παρόμοια συμπτώματα μπορεί να εκδηλωθούν και σοβαρότερες παθήσεις (κακοήθεια, κολίτιδες).**

Η **ψηλαφητή μάζα στην περιοχή** αποτελεί επίσης συχνή εκδήλωση, ενώ ο πόνος μπορεί να εκδηλώνεται σαν αίσθημα απλής δυσφορίας ή να είναι πολύ έντονος υποδηλώνοντας συνήθως περίσφιγξη.

Άλλες κλινικές εκδηλώσεις μπορεί να είναι η εκροή βλέννης και ο κνησμός, τα οποία επίσης μπορεί να συνοδεύουν και άλλες παθήσεις. Ειδικότερα **κνησμό στην περιοχή του πρωκτού**, που είναι αρκετά συχνό σύμπτωμα, μπορεί να προκαλέσουν εκτός από τις αιμορροΐδες, η ραγάδα, η διάρροια, η ακράτεια κοπράνων, τα συρρίγγια, η πρόπτωση ορθού, λοιμώξεις (όπως καντιντίαση, οξύουροι, ψώρα και αφροδίσια νοσήματα δηλαδή έρπητας, γονόρροια, κονδυλώματα), γενικευμένες δερματικές παθήσεις (ψωρίαση), τοπικά ερεθιστικά και αλλεργιογόνα καθώς και τροφές, όπως ο καφές, το τσάι, η σοκολάτα, τα αναψυκτικά τύπου κόλα, η μπύρα, η τομάτα και τα εσπεριδοειδή.

Πρόληψη

Σημαντική θεωρείται η πρόληψη της δυσκοιλιότητας με την τήρηση σωστής και ισορροπημένης διαίτας, με πολλές φυτικές ίνες και ταυτόχρονη πρόσληψη ικανών ποσοτήτων νερού. Πρέπει να αποφεύγονται τροφές που προκαλούν τοπικό ερεθισμό (μπαχαρικά, αλκοόλ).

Επίσης, ο ρόλος της φυσικής άσκησης και η αποφυγή της παχυσαρκίας είναι σημαντικός, καθώς επίσης και η τήρηση σωστών συνηθειών αφόδευσης.

Οι συνήθειες που διευκολύνουν την αφόδευση περιλαμβάνουν

- μη αναστολή της κένωσης,
- τήρηση συγκεκριμένης ώρας αφόδευσης συνήθως μετά από την αφύπνιση και το φαγητό (καθώς εκλύεται το γαστροκολικό αντανακλαστικό),
- αποφυγή παρατεταμένης παραμονής στην τουαλέτα.

Σε περιόδους με έντονα συμπτώματα ανακούφιση μπορεί να προσφέρει το πλύσιμο με χλιαρό νερό μετά την αφόδευση και η αποφυγή του χαρτιού τουαλέτας.

Σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να χρειάζεται και λήψη καθαρτικών, που όμως πρέπει να γίνεται μετά από ιατρικές οδηγίες.

Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται εύκολα με την απλή επισκόπηση, ψηλάφηση και ίσως ορθοσιγμοειδοσκόπηση.

Θεραπεία

Σαν συντηρητικά τοπικά μέτρα μπορούν να βοηθήσουν οι πρωκτικές αλοιφές και τα μαλακτικά κοπράνων. Πολύ σημαντική είναι η αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

Σε αιμορροΐδες τουλάχιστον 2ου βαθμού μπορεί να χρησιμοποιηθούν και διάφορες επεμβατικές μέθοδοι. Τέτοιες είναι:

Η **σκληροθεραπεία**, που προκαλεί θρόμβωση των αγγείων και καθήλωση του βλεννογόνου. Επιπλοκές της είναι ο πόνος και πιο σπάνια αποστήματα, κατακράτηση ούρων και ανικανότητα. Υποτροπή της νόσου περιγράφεται σε 30% των ασθενών σε 4 χρόνια.

Η **περίδεση με ελαστικούς δακτυλίους**, που είναι η περισσότερο διαδεδομένη μέθοδος, Έχει άμεση επιτυχία σε ποσοστό 85% και υποτροπή σε ποσοστό 31-56%. Οι επιπλοκές είναι ελάχιστες και συνίστανται σε πόνο, μικρή αιμορραγία και σπανιότερα απόστημα ή δυσουρικά ενοχλήματα.

Η **κρυοθεραπεία** και η **υπέρυθρος φωτοπηξία**, που για διάφορους λόγους δεν έχει ευρεία εφαρμογή.



Πρέπει να αποφεύγονται τροφές που προκαλούν τοπικό ερεθισμό (μπαχαρικά, αλκοόλ). Επίσης, ο ρόλος της φυσικής άσκησης και η αποφυγή της παχυσαρκίας είναι σημαντικός, καθώς επίσης και η τήρηση σωστών συνηθειών αφοδευσης

Τέλος, η **χειρουργική αφαίρεση**, που είναι η μόνη μέθοδος που είναι αποτελεσματική στις πιο σοβαρές περιπτώσεις, έχει καλά αποτελέσματα. Η χρησιμοποίηση νεότερων χειρουργικών τεχνικών έχει εξαλείψει και το σχετικά μικρό κίνδυνο ακράτειας κοπράνων, που είχαν οι παλαιότερες επεμβάσεις.

Ραγάδες πρωκτού

Η ραγάδα είναι μία επώδυνη λύση της συνέχειας του πρωκτού (σκίσιμο) και προκαλεί **έντονο πόνο** στην αφοδευση ή μετά από αυτήν. Στον έντονο πόνο συμβάλλει και ο σπασμός των σφιγκτήρων. Πολύ συχνά συνυπάρχει και **απώλεια ζωηρά ερυθρού αίματος**, ενώ ο ασθενής λόγω του έντονου πόνου αναβάλλει την κένωση.

Πώς προκαλείται ;

Η ραγάδα προκαλείται συνήθως από έξοδο πολύ σκληρών κοπράνων, τα οποία τραυματίζουν το βλεννογόνο του πρωκτού. Η **δευτερογενής** ραγάδα μπορεί να οφείλεται σε εγχειρήσεις στον πρωκτό, σε φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, μετά από τοκετό ή λόγω τραυματισμού των μυών του περινέου. **Η παρουσία αιμορροΐδων δεν αποτελεί σαφή προδιαθεσικό παράγοντα.**

Ανώδυνη ραγάδα θέτει σοβαρή υπόνοια φλεγμονώδους νόσου του εντέρου.

Προληπτικά μέτρα

Προτείνεται η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και

ψωμιού ολικής αλέσεως, ενώ η κατανάλωση λευκού ψωμιού, τροφών με παχύρρευστες σάλτσες και λουκάνικα θεωρείται ότι δρουν επιβαρυντικά.

Διάγνωση

Η διάγνωση τίθεται με το ιστορικό και την κλινική εξέταση.

Θεραπεία


Η αρχική αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

- Αποφυγή δυσκοιλιότητας.
- Εδρόλουτρα με χλιαρό προς ζεστό νερό για ανακούφιση του σπασμού.
- Συχνή χρήση τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες.
- Μαλακτικά κοπράνων.
- Μετά από ιατρική συμβουλή αλοιφές τοπικών αναισθητικών, υπόθετα και αλοιφές με συνδυασμούς αναισθητικών, παυσίπονων, αντιφλεγμονωδών και κορτικοστεροειδών.

Η χρήση αλοιφών νιτρογλυκερίνης (που πρόσφατα κυκλοφόρησαν στην χώρα μας) επούλωσαν το 88% των ραγάδων σε λιγότερο από 3 μήνες, ενώ το 30% εμφάνισε σαν παρενέργεια ήπια κεφαλαλγία.

Χειρουργική θεραπεία προτείνεται για τις περιπτώσεις που ο πόνος επιμένει και η συντηρητική θεραπεία έχει αποτύχει να επουλώσει τη ραγάδα.





Η ευχή
σας...
ευθύνη
μας

NYCOMED

NYCOMED HELLAS S.A.

Λ. Κηφισίας 196, Χαλάνδρι, 152 31 • Τηλ.: 210/6729570 Fax: 210/6729571
Λ. Καραμανλή 60, Θεσ/νίκη 546 42 • Τηλ.: 2310/870480

www.nycomed.gr

Τεχνητές γλυκαντικές ουσίες

Ποια η ταυτότητά τους;

Οι γλυκαντικές ουσίες αποτελούν σήμερα αναπόσπαστο κομμάτι της διατροφής του ανθρώπου. Πολλά προϊόντα που καταναλώνονται περιέχουν γλυκαντικές ουσίες. Μάλιστα, η κατανάλωσή τους προτιμάται σε σύγκριση με τα αντίστοιχα προϊόντα που περιέχουν ζάχαρη. Τι ήταν αυτό που έκανε τις βιομηχανίες τροφίμων να στραφούν σε αυτού του τύπου την αγορά και να επενδύσουν; Από την μια πλευρά η παχυσαρκία [τα 2/3 του ελληνικού πληθυσμού είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα], ο σακχαρώδης διαβήτης και τα καρδιαγγειακά νοσήματα που είναι σε ανοδική τροχιά και από την άλλη πλευρά, τα οικονομικά κέρδη για τις βιομηχανίες που είναι πολλαπλάσια.



Υπάρχουν πολλές γλυκαντικές ουσίες, που έχουν παραχθεί για την αντικατάσταση της ζάχαρης και κατηγοριοποιούνται σε φυσικές και τεχνητές. Μέχρι σήμερα μόνο η ζαχαρίνη, η ασπαρτάμη, η σουκραλόζη και η καλιούχος ακεσουλφάμη είναι εγκεκριμένες, από τις τεχνητές γλυκαντικές ουσίες, για χρήση.

Μια από τις πιο γνωστές γλυκαντικές ύλες είναι η ζαχαρίνη. Η συγκεκριμένη γλυκαντική ουσία θεωρείται ασφαλής, παρόλα αυτά φέρει προειδοποίηση στην ετικέτα, ότι μπορεί να είναι επικίνδυνη για την υγεία. Παλαιότερα, είχε φανεί πως η ζαχαρίνη σε υπερβολικά μεγάλες δόσεις προκαλεί καρκίνο της ουροδόχου κύστης σε πειραματόζωα, ωστόσο από επιδημιολογικές έρευνες σε ανθρώπους και με φυσιολογική κατανάλωση, δεν επιβεβαιώνεται αυτή η σχέση.

Για την ασπαρτάμη (Equal ή NutraSweet) υπάρχουν ορισμένες αναφορές που τη συσχετίζουν με πονοκεφάλους, ζαλάδες ή κόπωση σε ορισμένα άτομα (αποτέλεσμα αλλεργικής αντίδρασης) και πρόσφατες μελέτες σε πειραματόζωα που την συνδέουν με όγκους στον εγκέφαλο. Παρ' όλα αυτά, η ασφάλεια της ασπαρτάμης είναι αποδεδειγμένη με περισσότερες από 200 επιστημονικές μελέτες και αυτό είναι αναγνωρισμένο από διάφορους οργανισμούς υγείας από περισσότερες από 100 χώρες, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και το Αμερικάνικο Υπουργείο Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA), η Υγεία στον Καναδά (Health Canada), η Επιστημονική Επιτροπή για τα Τρόφιμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι ειδικοί του Υπουργείου Τροφίμων και Γεωργίας της Αμερικής (FAO) καθώς και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO). Η ασπαρτάμη χρειάζεται προειδοποίηση στην ετικέτα για τα άτομα που

πάσχουν από φαινολοκετονουρία, επειδή δεν μπορούν να μεταβολίσουν τη φαινολαανίνη, ένα από τα δύο αμινοξέα της γλυκαντικής ουσίας. Η ευρωπαϊκή σύσταση (FAO, WHO) μάλιστα αναφέρει ως ασφαλές όριο, τα 40 mg ασπαρτάμης ανά κιλό σωματικού βάρους ημερησίως που αντιστοιχεί σε 15 κουτάκια αναψυκτικού light ή 90 δισκία γλυκαντικού με χαμηλές θερμίδες.

Η καλιούχος ακεσουλφάμη (Sunette, Sweet One) θεωρείται ασφαλής και δεν χρειάζεται προειδοποίηση στην ετικέτα.

Συμπερασματικά, οι γλυκαντικές ουσίες μπορούν να βοηθήσουν, επειδή μειώνουν τη θερμιδική πρόσληψη χωρίς να αυξάνουν την κατανάλωση άλλων τροφίμων. Επίσης κάποιες βραχυχρόνιες και μια μακροχρόνια μελέτη έδειξαν ότι οι τεχνητές γλυκαντικές ουσίες μείωναν την πρόσληψη θερμίδων και συνέβαλαν στη μείωση του βάρους, χρειάζονται όμως περισσότερες μακροχρόνιες έρευνες. Το παράδοξο με τα light προϊόντα είναι ότι παρόλο που είναι σύμμαχος μιας ισορροπημένης διατροφής και χρήσιμο διατροφικό βοήθημα για την απώλεια βάρους, τα τελευταία 20 χρόνια που κυκλοφορούν στην αγορά, έχει αυξηθεί σημαντικά και το ποσοστό των υπέρβαρων ανθρώπων. Αυτό πολύ απλά σημαίνει ότι πρέπει το μέτρο να εφαρμόζεται σε όλα τα τρόφιμα, είτε είναι light, είτε όχι.

Περί Διαίτης

Γλυκαντική ουσία	Γλυκαντική Ικανότητα*	Πληροφορίες
Ζαχαρίνη	300	<p>Τεχνητή γλυκαντική ουσία, η πρώτη στην ιστορία. Το 1960, η ζαχαρίνη ενοχοποιήθηκε από Καναδούς επιστήμονες ως καρκινογόνα, γεγονός που έκανε τον Αμερικανικό FDA να εκδώσει οδηγία για τον περιορισμό της ημερήσιας κατανάλωσης της.</p> <p>Σήμερα, συστήνεται ελαχιστοποίηση της χρήσης της κατά την εγκυμοσύνη, γιατί διαπερνά τον πλακούντα και εντοπίζεται στους ιστούς του εμβρύου.</p> <p>Ιστορικά: Ανακαλύφθηκε τυχαία το 1879, στη διάρκεια πειραμάτων για συντηρητικά τροφίμων. Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο λύνοντας το πρόβλημα της έλλειψης ζάχαρης. Η χρήση της σε καιρό, ειρήνης, επικεντρώθηκε όμως στη διατήρηση της –γυναικείας κυρίως– σιλουέτας.</p>
Ασπαρτάμη	180	<p>Τεχνητή γλυκαντική ουσία. Παράγεται εύκολα, χάνει όμως την γλυκύτητα της μετά από έξι μήνες. Δεν έχει θερμίδες και χρησιμοποιείται σε μεγάλη γκάμα προϊόντων, από σιρόπια ζαχαροπλαστικής έως σως για σαλάτες. Αντενδείκνυται για άτομα που πάσχουν από φαινυλοκετονουρία (PKU).</p> <p>Ιστορικά: Την ανακάλυψε τυχαία ο χημικός Τζέιμς Σκλάτερ το 1965, ερευνώντας για νέα σκευάσματα κατά του πεπτικού έλκους. Χρειάστηκαν 16 χρόνια για να πάρει την έγκριση κυκλοφορίας, ενώ πολλές μελέτες αναφέρονται σε πιθανούς κινδύνους από την κατανάλωσή της. Κατά καιρούς έχει κατηγορηθεί για καρκινογένεση, ωστόσο η Ευρωπαϊκή Αρχή για την ασφάλεια των Τροφίμων, έχει αποφανθεί θετικά για την ασφάλειά της.</p>
Ακεσουλφάμη Κ	200	<p>Η ακεσουλφάμη Κ ή αλλιώς ακεσουλφαμικό κάλιο, είναι μια γλυκαντική ουσία με λίγες θερμίδες της οποίας η χρήση εγκρίθηκε το 1988. Είναι ένα οργανικό συνθετικό άλας, έχει συνεργιστική επίδραση γλυκανσης με άλλες γλυκαντικές ουσίες και εκκρίνεται μέσω του ανθρώπινου πεπτικού συστήματος αμετάβλητη, επομένως δεν έχει θερμιδική αξία.</p> <p>Θα τη βρείτε σε τσίχλες, τρόφιμα και ποτά.</p> <p>Για την ιστορία: Είναι το τρίτο κατά χρονική σειρά υποκατάστατο ζάχαρης. Ανακαλύφθηκε από την εταιρεία Hoechst AG το 1967 και εγκρίθηκε το 1992 για τα τρόφιμα, ενώ λίγα χρόνια αργότερα πήρε την έγκριση και για αναψυκτικά.</p>
Σουκραλόζη	500-600	<p>Παρασκευάζεται με ελεγχόμενη χλωρίωση της σακχαρόζης. Κλινικές έρευνες παγκοσμίως έχουν δείξει ότι η κατανάλωση της είναι ασφαλής και για τους διαβητικούς, αφού δεν επηρεάζει τα επίπεδα σακχάρων στο αίμα. Χρησιμοποιείται σε ποτά, γλυκά, γαλακτοκομικά προϊόντα, κονσέρβες φρούτων, σιρόπια, προμαγειρεμένα τρόφιμα.</p> <p>Ιστορικά: Ανακαλύφθηκε το 1976 και η χρήση της εγκρίθηκε επτά χρόνια αργότερα. Το 1998 ο FDA** και το 2004 η Ευρωπαϊκή Ένωση εξέδωσαν αντίστοιχα οδηγίες με τις οποίες επέτρεψαν την χρήση της γλυκαντικής ουσίας σε πολλά είδη τροφίμων και ποτών.</p>
Φρουκτόζη	1.75	<p>Φυσική γλυκαντική ουσία 75% πιο γλυκιά από την απλή ζάχαρη. Έχει ίδιες θερμίδες με αυτήν, αλλά τελικά προσδίδει λιγότερες θερμίδες επειδή απαιτείται μικρότερη ποσότητα για την εξασφάλιση της γλυκιάς γεύσης. Μεγάλες συγκεντρώσεις φρουκτόζης βρίσκονται στα φρούτα, αλλά και το μέλι, καθώς και άλλες τροφές, όπως τα λαχανικά. Ανήκει στους μονοσακχαρίτες, δηλαδή στην απλούστερη μορφή υδατανθράκων και χρησιμοποιείται από ιστούς σαν πηγή ενέργεια. Ο μεταβολισμός της φρουκτόζης δεν εξαρτάται από την ινσουλίνη και έτσι μπορεί να χρησιμοποιηθεί από άτομα που είναι ευαίσθητα στη γλυκόζη.</p>
Γλυκαντικές αλκοόλες		
Σορβιτόλη	0,60	Επειδή απορροφάται με γοργό ρυθμό από το συκώτι και μεταβολίζεται σε γλυκερόλη, μπορεί να προκαλέσει αύξηση στα επίπεδα τριγλυκεριδίων και χοληστερόλης.
Μαννιτόλη	0,60	Σε αυτήν την κατηγορία εντάσσονται οι υδρογονωμένοι μονοσακχαρίτες (πχ. σορβιτόλη, μαννιτόλη, ξυλιτόλη) και δισακχαρίτες (πχ. ισομαλτόλη, μαλτιτόλη, λακτιτόλη). Επίσης, μίγματα υδρογονωμένων μονοσακχαριτών (σορβιτόλη), δισακχαριτών (μαλτιτόλη) και ολιγοσακχαριτών (πχ. προϊόντα υδρόλυσης υδρογονωμένου αμύλου). Ο FDA** τις έχει χαρακτηρίσει ασφαλείς.
Ξυλιτόλη	1,00	
Ισομαλτόλη	0,55	
Μαλτιτόλη	0,75	Χρησιμοποιούνται στα τρόφιμα και πολύ συχνά σε τσίχλες. Η υπερκατανάλωσή τους ωστόσο, μπορεί να προκαλέσει κοιλιακές διαταραχές.
Λακτιτόλη	0,35	

* Γλυκαντική ικανότητα είναι πόσες φορές περισσότερη γλυκύτητα έχει μια ουσία από την ζάχαρη.

** Αμερικάνικος Κυβερνητικός Οργανισμός Ελέγχου Τροφίμων και Φαρμάκων



Αδιάκοπη Αναζήτηση της Ύψους



Galenica

με συνέπεια και ευθύνη



Galenica α.ε.

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

**Υπάρχουν
ανεπιθύμητες
αντιδράσεις
στις
τροφές;**

Αλληλοσυσχετίσεις
μεταξύ τροφικών
και άλλων
αλλεργιογόνων



Η κατανάλωση νέων ειδών διατροφής, καθώς και η πρόοδος στην τεχνολογία τροφίμων, προάγουν το φαινόμενο της ολοένα και αυξανόμενης ευαισθητοποίησης των ατόμων οποιασδήποτε ηλικίας στις διάφορες διάφορες τροφές.

Ακόμη και η έκφραση «ανεπιθύμητη αντίδραση στην τροφή» αποκαλύπτει την παράδοξη φύση των τροφικών αλλεργιών. Έτσι, ενώ εκατομμύρια συνάνθρωποί μας πεθαίνουν από πείνα, εκατομμύρια άλλοι αρρωσταίνουν και πεθαίνουν από υπερβολική κατανάλωση τροφής.

Αν και οι αλλεργικές αντιδράσεις στην τροφή δεν είναι κάτι νεοεμφανιζόμενο, δεν μπορούμε ωστόσο να αγνοήσουμε ότι η συχνότητά τους συνεχώς αυξάνεται, ακολουθώντας την πορεία των άλλων αλλεργιών. Όλο και πιο συχνά οι άνθρωποι παραπονοούνται στο γιατρό για δυσανεξία σε μεγάλο εύρος τροφών (από τη μουστάρδα μέχρι το σέλινο) και όλο και περισσότερα παιδιά υποφέρουν από έκζεμα ως αποτέλεσμα τροφικής αλλεργίας στο γάλα, τα αυγά και το ψάρι.

Φαίνεται ότι τόσο το περιβάλλον όσο και ο νέος τρόπος ζωής στις δυτικές κοινωνίες, ευθύνεται για την αύξηση της συχνότητας των αλλεργικών νοσημάτων. Έχουμε εγκαταλείψει τη διατροφή με σπιτικό μαγειρεμένο φαγητό από αγνά φρέσκα υλικά και έχουμε υιοθετήσει τη διατροφή με συσκευασμένα, κατεψυγμένα και αποστειρωμένα πολύπλοκα γεύματα. Τρώμε γρήγορα και ακατάστατα.

Φαίνεται ότι ο περίφημος «εντερικός φραγμός προστασίας» διασχίζεται όλο και συχνότερα από αλλεργιογόνα και μόρια μεσολαβητές της φλεγμονής, όπως η ισταμίνη και τα συντηρητικά.

Η επιστημονική έρευνα ανέδειξε ότι μεταξύ των αεροαλλεργιογόνων και των τροφικών αλλεργιογόνων υπάρχουν κοινές αντιγονικές δομές, γεγονός που περιπλέκει

τις γνώσεις μας για την αλλεργία. Βέβαια, στην περίπτωση αυτή τα συμπτώματα από την αλλεργία στο αεροαλλεργιογόνο (επιπεφυκίτιδα, ρινίτιδα, άσθμα) προέρχουν από αυτά της τροφικής αλλεργίας.

Μερικές από τις πιο συχνές διασταυρούμενες αλλεργίες μεταξύ τροφικών και αεροαλλεργιογόνων είναι:

1) Αλλεργία στη γύρη της σημύδας και σε ορισμένα φρούτα και λαχανικά

Εξήντα στα εκατό άτομα που είναι αλλεργικά στη γύρη της σημύδας εμφανίζουν ευαισθησία στα φρούτα και τα λαχανικά της οικογένειας των ροζακοειδών (ροδάκινο, κεράσι, βερύκοκο) και στα φουντούκια. Είναι σημαντικό ότι η αλλεργιογόνος δράση των παραπάνω εξαφανίζεται με το ψήσιμο και το βράσιμο.

2) Αλλεργία στο μίγμα αγροστώδων, στο σέλινο και τα μπαχαρικά.

Η ευαισθητοποίηση στα αγροστώδη σχετίζεται με την αλλεργία στο σέλινο στο 50% των περιπτώσεων, η οποία

μπορεί να αποβεί πολύ σοβαρή. Αναφέρεται η τριάδα «σημίδα-καρότο-σέλερι» ή το σύνδρομο «σέλερι-καρότο-αμβροσία-μπαχαρικά». Αφορά ασθενείς αλλεργικούς στα καρυκεύματα και στο σέλινο που εμφανίζουν αναπνευστική αλλεργία στο μίγμα αγροσωδών (80-90%). Τα καρυκεύματα που ενοχοποιούνται είναι το πιπέρι, η μουστάρδα, ο άνιθος, το κιμίνο και το κάρυ.

3) Σύνδρομο αυγού-πτηνού

Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των πρωτεϊνών του αυγού και των επιθηλίων των πουλιών (κοτόπουλου, πάπιας κλπ), η οποία και εξηγεί το σύνδρομο. Κατά συνέπεια, μετά από έκθεση σε αντιγόνα των πτηνών, κάποια άτομα αναπτύσσουν τροφικά αλλεργία στο αυγό.

Η κατανάλωση νέων ειδών διατροφής, καθώς και η πρόοδος στην τεχνολογία τροφίμων, προάγουν το φαινόμενο της ολοένα και αυξανόμενης ευαισθητοποίησης των ατόμων οποιασδήποτε ηλικίας στις διάφορες διάφορες τροφές. Για παράδειγμα, κάποια σκευάσματα που προορίζονται για αθλητές αρωματίζονται με ίχνη αυγού, πρωτεϊνών γάλακτος ή σόγιας. Διαδικασίες όπως η ομογενοποίηση του γάλακτος μπορεί να αυξήσουν την αντιγονικότητα του γάλακτος.

Μια ολοένα και πιο διαδεδομένη αλλεργία είναι η αλλεργία στο latex, η οποία περιορίζεται σε καθορισμένες ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου, όπως επαγγελματίες υγείας, παιδιά με δισχιδή ράχη και ανωμαλίες ουροποιητικού. Αυτά τα άτομα μπορεί να παρουσιάσουν αλλεργική αντίδραση μετά από κατανάλωση ακτινίδιου, μπανάνας ή αβοκάντο. Καθώς η τροφική αλυσίδα έχει καταστεί πολύπλοκη στη σύγχρονη ζωή, η ανίχνευση των μικρών ποσοτήτων αλλεργιογόνων που βρίσκονται «κρυμμένα» στις διάφορες τροφές έχει καταστεί ολοένα και δυσκολότερη. Αυτά τα αλλεργιογόνα μπορεί να προκαλέσουν τόσο δερματικές όσο και αναπνευστικές εκδηλώσεις, δυνητικά επικίνδυνες για τη ζωή. Έχουν αναφερθεί αντιδράσεις σε ξηρούς καρπούς, αυγό και άλλα στοιχεία «κρυμμένα» σε τροφές. Οι πρωτεΐνες γάλακτος που περιέχονται στο μητρικό γάλα μπορούν άριστα να προκαλέσουν αναφυλαξία ή γαστρεντερικά ενοχλήματα στο θηλάζον βρέφος.

Αυτό που πρέπει επιπλέον να γίνει τρόπος ζωής είναι η επαγρύπνηση για την ενδεχόμενη εμφάνιση συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη λήψη τροφής, και η προσεκτική ανάγνωση των επιγραφών με τα στοιχεία που εμπεριέχονται στα διάφορα τρόφιμα, ιδιαίτερα σε άτομα με ιστορικό ατοπίας στην οικογένεια.

Η έγκαιρη εντόπιση και αντιμετώπιση μιας οξείας αλλεργικής αντίδρασης είναι θέμα ζωής!



Η έγκαιρη εντόπιση και αντιμετώπιση μιας οξείας αλλεργικής αντίδρασης είναι θέμα ζωής!



Είναι ωραίο να νιώθεις τη σιγουριά σε κάθε σου βήμα.

AD STORE Hellas

Η Μεγαλύτερη
Ελληνική Φαρμακευτική Βιομηχανία



Φροντίδα για τον άνθρωπο

ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεοφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής, Ελλάς, Τηλ.: +30 210 60 393 26-9, Fax: +30 210 60 393 00
e-mail: info@elpen.gr, www.elpen.gr



■ **Ο αναγνώστης μας Δ.Λ., 64 ετών, από την Αττική, μας ρωτά σχετικά με τη χρόνια δυσκοιλιότητα η οποία τον απασχολεί. Αναφέρει ότι προσέχει τη διατροφή του και γενικότερα την υγεία του, καθώς κολυμπά τακτικά τους θερινούς μήνες και βαδίζει 4-5 χλμ καθημερινά. Η δυσκοιλιότητά του εμφανίζεται παροδικά, υπό τη μορφή κυρίως της δυσκολίας στην αφόδευση. Μας αναφέρει επίσης την παρουσία βουβωνοκήλης (δεξιά). Αναρωτιέται εάν υπάρχουν πρακτικές συμβουλές που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει το πρόβλημα.**

Αγαπητέ μας φίλε ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Είναι γεγονός ότι χρόνια δυσκοιλιότητα παρουσιάζει ένα πολύ σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού που φθάνει και το 25% σύμφωνα με ορισμένες αναφορές. Σχετικά με τη διάγνωση της δυσκοιλιότητας στην περίπτωση σας δε μας δίνετε αρκετές πληροφορίες καθώς ο όρος «δυσκολία στην αφόδευση» μπορεί να σημαίνει διαφορετικά πράγματα για κάθε άνθρωπο.

Γενικά οι άνθρωποι που αναφέρουν συμπτωματολογία χρόνιας δυσκοιλιότητας συνήθως διακρίνονται σε αυτούς που παραπονούνται για μειωμένη συχνότητα κενώσεων, οπότε πιθανώς πρόκειται για κάποιο πρόβλημα στην κινητικότητα του εντέρου, και σε εκείνους, όπως η δική σας περίπτωση, που παρουσιάζουν δυσκολία στην αφο-

δευση (π.χ. έντονη σύσφιξη) οπότε πιθανολογείται λειτουργικό ή οργανικό πρόβλημα στην ορθοπρωκτική περιοχή (αποφρακτική δυσκοιλιότητα).

Συχνά ωστόσο οι δυο παραπάνω καταστάσεις συνυπάρχουν, ενώ άλλες φορές μπορεί η μια να εκδηλωθεί με τα συμπτώματα της άλλης. Σε κάθε περίπτωση πάντως η αρχική θεραπεία περιλαμβάνει την άφθονη λήψη υγρών και τον εμπλουτισμό της διατροφής με φυτικές ίνες (τουλάχιστον 25 γρ ημερησίως) καθώς και την τακτική άσκηση, την οποία εσείς βέβαια ήδη κάνετε.

Φαίνεται επίσης ότι η αφόδευση διευκολύνεται με τον ασθενή σε βαθύ κάθισμα και τα γόνατα λυγισμένα κατά τη διάρκεια της. Παράλληλα με τα παραπάνω μέτρα θα ήταν καλό να επισκεφθείτε κάποιο γαστρεντερολόγο ο οποίος αφού καταγράψει το λεπτομερές ιστορικό και σας εξετάσει κλινικά θα καθορίσει τη βαρύτητα του προβλήματος και θα σας προσανατολίσει σχετικά με τον τύπο της δυσκοιλιότητας. Πιθανότατα θα χρειασθεί να υποβληθείτε σε εξετάσεις για να αποκλεισθεί κάποιο άλλο νόσημα που προκαλεί δυσκοιλιότητα (π.χ. υποθυρεοειδισμός). Εν συνεχεία ανάλογα με την ανταπόκριση στη δίαιτα και τη βαρύτητα της συμπτωματολογίας ο γαστρεντερολόγος σας θα κρίνει αν αξίζει να υποβληθείτε σε κάποιο περαιτέρω εξειδικευμένο διαγνωστικό έλεγχο ή αν θα χρειαστεί να χρησιμοποιήσετε υπακτικά φάρμακα. Στην περίπτωση αυτή το πιθανότερο είναι να ξεκινήσετε τον έλεγχο αυτό με κολονοσκόπηση, στην οποία ούτως ή άλλως λόγω ηλικίας έχετε ένδειξη να υποβληθείτε για προληπτικούς λόγους.

■ **Η αναγνώστριά μας Σ.Κ. μάς γράφει σχετικά με το πρόβλημα ακράτειας το οποίο την απασχολεί. Είναι 55 ετών και τους τελευταίους μήνες παρουσιάζει περιστασιακά μικρή απώλεια κοπράνων η οποία τη φέρνει σε εξαιρετικά δύσκολη θέση. Στο παρελθόν δεν υπήρξε ανάλογο πρόβλημα. Έχει 4 παιδιά, τα 3 εκ των οποίων με φυσιολογικό τοκετό. Έχει υποβληθεί σε ορθοσιγμοειδοσκόπηση από γαστρεντερολόγο χωρίς να διαπιστωθούν παθολογικά ευρήματα. Μας ρωτά αν υπάρχει λύση στο πρόβλημα και τι θεραπευτικές επιλογές υπάρχουν.**

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Είναι γεγονός ότι η ακράτεια κοπράνων εμφανίζεται σε κάποιο ποσοστό γυναικών μετά την αναπαραγωγική ηλικία. Κυμαίνεται από ήπια έως και αρκετά σοβαρή, αλλά ακόμη και η ήπια ακράτεια μπορεί να δημιουργήσει σημαντικά προβλήματα κοινωνικής φύσης. Η μεγάλη πλειονότητα των ασθενών είναι γυναίκες. Ως κύρια αιτία θεωρείται η κάκωση των σφιγκτήρων αλλά και γενικότερα των μυών του πυελικού εδάφους καθώς και των αιδοϊκών νεύρων κατά τον τοκετό. Η ακράτεια ωστόσο μπορεί να μην εκδηλωθεί αμέσως μετά τον τοκετό αλλά αρκετά χρόνια έως και δεκαετίες αργότερα.

Υπάρχει η δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης, τόσο συντηρητικής-φαρμακευτικής όσο και χειρουργικής, ανάλογα με τη βαρύτητα και το είδος της ακράτειας. Για το σκοπό αυτό, μετά τον αρχικό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο από το θεράποντα ιατρό, στον οποίο συμπεριλαμβάνεται και η ενδοσκόπηση, συχνά απαιτούνται πιο εξειδικευμένες εξετάσεις, όπως το ενδοπρωκτικό υπερηχογράφημα, με το οποίο ελέγχεται η ανατομική ακεραιότητα των σφιγκτήρων, η ορθοπρωκτική μανομετρία, με την οποία ελέγχεται η λειτουργία τους και η αισθητικότητα του ορθού, καθώς και το αφοδεογράμμα, με το οποίο επίσης ελέγχεται η παρουσία ανατομικών και λειτουργικών ανωμαλιών στην ορθοπρωκτική περιοχή όπως αυτή αναδεικνύεται κατά τη διαδικασία της εγκράτειας και της αφόδευσης. Οι παραπάνω εξετάσεις απαιτούν εξειδίκευση και εμπειρία και γίνονται σε λίγα μόνο κέντρα στη χώρα μας. Ο γαστρεντερολόγος σας θα σας κατευθύνει σχετικά με τη διενέργεια των εξετάσεων αυτών. Στη συνέχεια ανάλογα με τα αποτελέσματα θα συζητήσετε μαζί του τις δυνατές θεραπευτικές επιλογές.

■ **Αναγνώστριά μάς ρωτά σχετικά με το πρόβλημα της γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου από τα οποία ταλαιπωρείται τα τελευταία χρόνια. Παρουσιάζει συχνά οπισθοστερνικό κάυσο και όξινες αναγωγές μετά το γεύμα ιδίως τη νύκτα, συμπτώματα τα οποία ανακουφίζονται με τη λήψη ομεπραζόλης. Ως τώρα έχει αποφύγει να λάβει συστηματικά φαρμακευτική αγωγή για μεγάλο χρονικό**

διάστημα όπως της σύστασε ο παθολόγος της. Παράλληλα πάσχει από άσθμα το οποίο δεν ρυθμίζεται ικανοποιητικά με τα εισπνεόμενα φάρμακα. Ο πνευμονολόγος της υποπεύεται ότι ίσως υπεύθυνη για το άσθμα είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος. Μας ρωτά τη γνώμη μας για τη συσχέτιση αυτή καθώς και τι ενέργειες πρέπει να κάνει.

Αγαπητή μας φίλη ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Είναι γεγονός ότι από τις έως τώρα κλινικές μελέτες φαίνεται ότι ίσως υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο και σε ορισμένες μορφές άσθματος αν και δεν έχει αποδειχθεί κάποια σαφής αιτιολογική συσχέτιση. Φαίνεται ότι σε ορισμένες περιπτώσεις κατά τη γαστροοισοφαγική παλινδρομική συμβαίνουν μικροεισροφήσεις του γαστρικού υγρού που παλινδρομεί από τον οισοφάγο προς την τραχεία ή ενεργοποίηση ανατακλαστικών μέσω του πνευμονογαστρικού νεύρου λόγω του ερεθισμού νευρικών απολήξεων στον οισοφαγικό βλεννογόνο. Και οι δύο καταστάσεις μπορούν να οδηγήσουν σε βρογχόσπασμο με επακόλουθο κλινική εκδήλωση άσθματος. Μεταξύ των ασθενών με άσθμα, τα παραπάνω είναι πιο πιθανό να συμβαίνουν σε όσους παρουσιάζουν νυκτερινό βήχα ή εμφανίζουν άσθμα που δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στα εισπνεόμενα όπως στη δική σας περίπτωση. Συνεπώς η συσχέτιση δεν είναι αβάσιμη, ωστόσο δεν μπορούμε να είμαστε βέβαιοι ότι στην περίπτωση σας υπεύθυνη για το άσθμα είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος. Πρέπει πρώτα να τεκμηριωθεί ότι πάσχετε από γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο, αφού υποβληθείτε σε μια ειδική εξέταση κατά την οποία διενεργείται εικοσιτετράωρη μέτρηση του οισοφαγικού pH, έτσι ώστε να ελεγχθεί ο βαθμός της παλινδρομικής όξινης γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο. Εναλλακτικά η γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος μπορεί να αποδειχθεί εάν διαπιστωθούν συμβατές με αυτήν βλεννογονικές αλλοιώσεις στον οισοφάγο (οισοφα-

γίτιδα), αφού υποβληθείτε σε γαστροσκόπηση. Ακολούθως πρέπει να αποδειχθεί ότι η παλινδρομική αυτή ευθύνεται για τα συμπτώματά σας. Γενικά αυτό είναι αρκετά δύσκολο, εκτός εάν κατά την 24ωρη pHμετρία παρουσιάσετε συμπτώματα ταυτόχρονα με την καταγραφή επεισοδίου παλινδρομικής. Ένας πιο απλός τρόπος για την τεκμηρίωση της σχέσης αυτής σε έναν ασθενή, ο οποίος εκτός από διαγνωστική έχει και θεραπευτική αξία, είναι η παρατήρηση βελτίωσης του άσθματος έπειτα από συστηματική θεραπεία της γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου με ομεπραζόλη ή άλλον αναστολέα της αντλίας πρωτονίων. Συνεπώς θα ήταν χρήσιμο να απευθυνθείτε σε γαστρεντερολόγο ο οποίος σε συνεργασία με τον πνευμονολόγο σας θα σας κατευθύνει σχετικά.

■ **Η αναγνώστριά μας Κ.Λ., 40 ετών, ρωτά σχετικά με μια ραγάδα η οποία την ενοχλεί. Τα συμπτώματα ξεκίνησαν πριν 10 ημέρες υπό τη μορφή έντονου πόνου στον πρωκτό. Μετά την κένωση έβλεπε αίμα πάνω στα κόπρανα και στο χαρτί της τουαλέτας. Ο πόνος υποχωρούσε μετά από περίπου μισή ώρα. Τα συμπτώματα ξεκίνησαν ενώ η αναγνώστριά ήταν στο χωριό του πατέρα της όπου ο ιατρός την ενημέρωσε ότι έχει ραγάδα και της συνέστησε να πίνει πολλά υγρά, να καταπολέμησει τη δυσκοιλιότητα με τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες και να κάνει λουτρό, μετά από κάθε κένωση, στην περιοχή με χλιαρό νερό και στη συνέχεια να σκουπίζεται με μαλακή πετσέτα. Η αναγνώστριά εφάρμοσε τα μέτρα αυτά και αισθάνεται καλύτερα. Ωστόσο ανησυχεί μήπως αυτό έχει περαιτέρω συνέπειες στην υγεία της ή μήπως αιτία των συμπτωμάτων είναι κάποια άλλη πιο σοβαρή νόσος.**

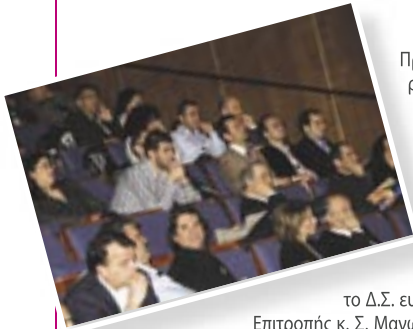
Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Η ραγάδα είναι μια λύση της συνεχείας του πρωκτικού δέρματος. Στην μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων υπεύθυνος για αυτή θεωρείται ο σπασμός του έσω σφιγκτήρα του

πρωκτού, ο οποίος προκαλεί μείωση της παροχής αίματος στο πρωκτικό κανάλι. Παρατηρείται συνήθως σε νέα υγιή άτομα και η συμπτωματολογία της τυπικά είναι αυτή που αναφέρατε. Ανάλογα με τα μορφολογικά χαρακτηριστικά της ραγάδας και τη διάρκειά της (μεγαλύτερη ή μικρότερη από 8 εβδομάδες) διακρίνεται σε οξεία και χρόνια. Στην περίπτωση σας φαίνεται ότι πρόκειται για οξεία ραγάδα, η οποία έχει και τη μεγαλύτερη πιθανότητα ανταπόκρισης στα συντηρητικά μέτρα, τα οποία σωστά σας πρότεινε ο αγροτικός ιατρός, όπως άλλωστε διαπιστώσατε και η ίδια. Πράγματι τα χλιαρά λουτρά βοηθούν το σφιγκτήρα να χαλαρώσει, ενώ η αποβολή μαλακών κοπράνων, με την άφθονη λήψη υγρών και φυτικών ινών, μειώνει την πιθανότητα περαιτέρω τραυματισμού της ευπαθούς περιοχής. Βέβαια η δυσκοιλιότητα μόνον δε φαίνεται ικανή να προκαλέσει ραγάδα, καθώς οι περισσότεροι ασθενείς με δυσκοιλιότητα δεν έχουν ραγάδα, ενώ από τους ασθενείς με ραγάδα μόνον ποσοστό 25% παρουσιάζει δυσκοιλιότητα. Σε περίπτωση αποτυχίας των παραπάνω υγειονομικών μέτρων μπορούν να χορηγηθούν τοπικά φάρμακα υπό τη μορφή αλοιφής, τα οποία προκαλούν χαλάρωση του σφιγκτήρα, ενώ αν αποτύχουν και αυτά υπάρχει η δυνατότητα χειρουργικής αντιμετώπισης. Στην περίπτωση σας θα ήταν καλό να εξετασθείτε από γαστρεντερολόγο έπειτα από λίγες εβδομάδες, ο οποίος θα ελέγξει εάν η ραγάδα επούλωθηκε, ενώ στην αντίθετη περίπτωση θα σας συστήσει την απαραίτητη αγωγή. Ανησυχία μήπως κάποια άλλη πιο σοβαρή νόσος ευθύνεται για τα συμπτώματα δεν δικαιολογείται ιδιαίτερα λόγω του τυπικού χαρακτήρα της συμπτωματολογίας. Ωστόσο ίσως σκόπιμη είναι η διενέργεια ορθοσιγμοειδοσκόπησης. Γι' αυτό μη θορυβηθείτε αν ο γαστρεντερολόγος σας προτείνει κάτι τέτοιο.



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 ΕΛΙΓΑΣΤ



Πραγματοποιήθηκε στις 22 και 23 Φεβρουαρίου 2008 στο Μέγαρο Συνεδριακό Κέντρο Αθηνών με μεγάλη επιτυχία η 3η Εκπαιδευτική Διημερίδα του ΕΛΙΓΑΣΤ. Τη Διημερίδα παρακολούθησαν περίπου 500 σύνεδροι (ιατροί κυρίως αλλά και Διαιτολόγοι, Νοσηλεύτες και Φοιτητές) και κατά γενική ομολογία το επιστημονικό επίπεδο ήταν εξαιρετικά υψηλό. Η Οργάνωση της Διημερίδας ήταν επίσης άψογη και το Δ.Σ. ευχαρίστησε τον Πρόεδρο της Οργανωτικής Επιτροπής κ. Σ. Μανωλακόπουλο και τα μέλη της για την ευσυνείδητη και επιτυχή προσπάθεια την οποία κατέβαλαν. Το βράδυ της Παρασκευής στην Τελετή Έναρξης παρευρέθησαν και χαιρέτισαν τη Διημερίδα ο Πρόεδρος του ΕΛΙΓΑΣΤ. κ. Δ. Παπαπαναγιώτου, ο Πρόεδρος της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας κ. Θ. Ροκκάς, ο Πρόεδρος της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος κ. Α. Νταϊλιάνας, ο Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης του Ήπατος κ. Ε. Ακριβιάδης και ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Ε. Καλοκαιρινός, ο οποίος κήρυξε την έναρξη της Διημερίδας.

Κατά τη διάρκεια της τελετής έναρξης απενεμήθησαν οι εξής τιμητικές διακρίσεις: Χρυσή διάκριση στην κα Άννα Συνοδινού για τη θητεία της στο Δ.Σ. του ΕΛΙΓΑΣΤ.

Αργυρές διακρίσεις στον κ. Νικόλαο Φρόνα για την Προεδρία του στο Δ.Σ. Παραρτήματος Ρόδου του ΕΛΙΓΑΣΤ. και στον κ. Σπήλιο Μανωλακόπουλο για την Προεδρία του στην Οργανωτική Επιτροπή της 3ης Διημερίδας του ΕΛΙΓΑΣΤ.

Ακολούθως εδόθησαν οι υποτροφίες του Ιδρύματος «ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΒΟΥΛΠΙΩΤΗΣ», «ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ», «ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΔΕΛΗΚΑΡΗΣ» και «ΦΩΤΗΣ ΗΛΙΑΔΗΣ» για το ακαδημαϊκό έτος 2007–2008 στους κ.κ. Ιωάννη Θεοδωρόπουλο, Μαρία Ρογαλίδου, Χρήστο Κελαϊδίτη και Βασίλειο Παντερή, αντίστοιχα. Ανεγνώσθησαν σύντομες βιογραφίες των προσώπων στη μνήμη των οποίων θεσπίστηκαν οι υποτροφίες, οι οποίες παρατίθενται στη συνέχεια.

Η τελετή έναρξης έκλεισε με συναυλία της Ευανθίας Ρεμπούτσικα, στην οποία τραγούδησε η Έλλη Πασπαλά. Επακολούθησε δεξίωση.

«ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΒΟΥΛΠΙΩΤΗΣ» Εισήγηση Ηλία Αγγ. Φωκά



Ο Γεώργιος Βουλπιώτης είναι ο ιδρυτής και πρώτος Πρόεδρος της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας, την οποία και υπηρέτησε από διάφορες θέσεις του Δ.Σ. επί μία 25ετία.

Γεννήθηκε με την Ανατολή του 20ου αιώνα, το 1900, στο Παρόριον της Λειβαδιάς και έφυγε από τη ζωή το 1980.

Από μικρό παιδί ήταν καλλιτεχνική ιδιοσυγκρασία και παράλληλα με τις σπουδές του ασχολήθηκε με τη ζωγραφική και τη μουσική. Ήταν δεξιότεχνος του βιολιού. Σε ηλικία δε 20 ετών υπηρέτούσε ως εθελοντής στο στρατό και τοποθετήθηκε στην Κρατική Ορχήστρα Αθηνών. Τότε ευτύχισε να γνωρίσει τον Δημήτρη Μητρόπουλο, με τον οποίο και συνε-

δέθη με φιλία.

Τις Ιατρικές του σπουδές ο Γιώργος Βουλπιώτης τις άρχισε στην Αθήνα και τις συνέχισε στο Πανεπιστήμιο των Παρισίων, απ' όπου έλαβε και το Διδακτορικό του Δίπλωμα. Είναι ενδιαφέρον και σας αναφέρω στο σημείο αυτό ότι, κατά τη διάρκεια των σπουδών του στο Παρίσι, για να εξοικονομεί τα προς το ζην, έπαιζε τα βράδια βιολί σε ββούκι κινηματογράφου.

Μετά τις πανεπιστημιακές του σπουδές δούλεψε για 10 ακόμα χρόνια σε διάφορα νοσοκομεία των Παρισίων, κοντά σε διάσημους δασκάλους και αφού έκανε παθολογία, καρδιολογία και πνευμονολογία, ασχολήθηκε με τη γαστρεντερολογία στην αρχή κοντά στον περίφημο Raoul Bensaude, και στη συνέχεια, κοντά στο μεγάλο γιατρό, φιλόσοφο, λάτρη της μουσικής και φιλέλληνα René Guttman, του οποίου υπήρξε ο αγαπημένος μαθητής και φίλος, όπως ο ίδιος ο Guttman μου είχε εξομολογηθεί. Το 1938 επιστρέφει οριστικά πλέον στην Ελλάδα μετά από 17 περίπου χρόνια απουσίας και παρά το γεγονός ότι πολλές σειρήνες με δλεαστικές προτάσεις προσπάθησαν να τον κρατήσουν, ακόμα και στις Η.Π.Α.

Την εποχή εκείνη δεν υπήρχε στην Ελλάδα η ειδικότητα της Γαστρεντερολογίας. Ο Γιώρ-

γος Βουλπιώτης εργάστηκε τότε σε διάφορα νοσοκομεία των Αθηνών ως σύμβουλος Γαστρεντερολόγος, ενώ παράλληλα είχε θέσει ως σκοπόν της ζωής του, εφ' ενός μεν την αναγνώριση της ειδικότητας, αφ' ετέρου δε την ίδρυση της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας. Στο σημείο αυτό προτιμώ να σας μεταφέρω το ιστορικό της πραγματοποίησης των στόχων του αυτών όπως το διηγείται ο ίδιος στην ομιλία του κατά την εναρκτήρια συνεδρίαση του 1ου Πανελληνίου Συνεδρίου Γαστρεντερολογίας, το 1969, του οποίου ήταν Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής: «...Ολίγον προ του τελευταίου Παγκοσμίου Πολέμου, ενεφανίσθησαν εις τας Αθήνας οι πρώτοι, ελάχιστοι τον αριθμόν Γαστρεντερολόγοι, ειδικευθέντες εις το εξωτερικόν. Το 1952, πέντε εξ ημών των αρχαιοτέρων, εμεριμνήσαμεν να αναγνωρισθί υπό του οικείου Υπουργείου η Γαστρεντερολογία ως υπο-Ειδικότης της Γενικής Παθολογίας. Δεν εγένετο τούτο προς ικανοποίησιν ατομικών μας φιλοδοξιών ή επαγγελματικών μας βλέψεων, αλλά προς ικανοποίησιν επιτακτικής ανάγκης των πασχόντων εκ του πεπτικού συστήματος, οίτινες αφθονούν εις τον τόπον μας και οι οποίοι – όπως συμβαίνει δι' όλας τας παθήσεις – δέον όπως εξετάζονται υπό ειδικού ιατρού. Ταυτοχρόνως όμως ιδρύσαμεν και την Ελληνικήν Γαστρεντερολογικήν Εταιρείαν με τη συμμετοχή μερικύων εκπροσώπων των συγγενών προς εμάς Ειδικότητων ήτοι Χειρουργών, Ακτινολόγων και Εργαστηριακών...».

Με την ίδρυση της Εταιρείας ο Γιώργος Βουλπιώτης αναλαμβάνει Πρόεδρος της προσωρινής Διοικούσης Επιτροπής. Από τότε είχε μία συνεχή παρουσία εις τον χώρο αυτόν για 25 περίπου χρόνια, δύο φορές ως Πρόεδρος και κυρίως ως Γενικός Γραμματέας. Στο διάστημα αυτό ο Γιώργος Βουλπιώτης χάραξε την πορεία της Εταιρείας και μετάγγισε σε μια ολόκληρη γενιά Γαστρεντερολόγων πάνω απ' όλα το ήθος και την ευπρέπεια.

Όλα αυτά τα χρόνια είχε πολύτιμη συμπαράστατή στο έργο του, εκτός των άλλων, την αφοσιωμένη σύντροφος της ζωής του Νέλλα. Στο σπίτι τους φιλοξενούσαν και τα Γραφεία της Εταιρείας.

Ο Γιώργος Βουλπιώτης, ιδιαίτερα σεμνός εκ χαρακτήρος, δεν μιλούσε ποτέ για τον εαυτό του, τα ενδιαφέροντά του και το έργο του. Πολλές από τις μαρτυρίες, του συντομού αυτού Βιογραφικού σημειώματος, μου τις έδωσε το 1992 η σύζυγός του για την ομιλία μου κατά τον εορτασμό των 40 χρόνων της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας. Μεταξύ άλλων μου εξομολογήθηκε κάτι που κατέγραψα με συγκίνηση και σας το μεταφέρω με τα ίδια της τα λόγια: «Ο Γιώργος ήταν απλός άνθρωπος. Όταν παντρευτήκαμε μου είπε: Μη νομίζεις ότι θα κάνω ποτέ χρήματα από την Ιατρική. Δεν έκανε πράγματι χρήματα από την Ιατρική ο Γιώργος. Τον ευλογώ γι' αυτό».

Ο Γιώργος Βουλπιώτης υπήρξε ένας ευπατρίδης της Ιατρικής.

Ας ευχηθούμε το παράδειγμά του να ακολουθήσουν και οι νέες γενιές των Γαστρεντερολόγων.

Κλείνοντας οφείλω να συγχαρώ το Διοικητικό Συμβούλιο του Ελληνικού Ιδρύματος Γαστρεντερολογίας & Διατροφής για την πρωτοβουλία του να τιμήσει σήμερα το Γιώργο Βουλπιώτη αφιερώνοντας μία υποτροφία στη Μνήμη του.

«ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ» Εισήγηση Αθανάσιου Ι. Αρχιμανδρίτη



Είμαι ιδιαίτερα συγκινημένος για την απονομή της υποτροφίας αυτής από το ΕΛΙΓΑΣΤ προς τιμήν, ενός από τους δασκάλους μου, του Γαστρεντερολόγου Γιώργου Θεοδωρόπουλου.

Ο Γιώργος Θεοδωρόπουλος καταγόταν από το Αίγιο και είχε γεννηθεί το 1935. Σπούδασε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και πήρε ειδικότητα Παθολογίας και Γαστρεντερολογίας στην Α' Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, κοντά στον αείμνηστο Ζευγολάτη διακεκριμένο Γαστρεντερολόγο της εποχής εκείνης. Στη συνέχεια μετέβη στη Γαλλία, όπου συνέχισε την εκπαίδευσή του στη Γαστρεντερολογία και ειδικότερα στην

Ηπατολογία, στην Κλινική του δίασημου Ηπατολόγου Καθηγητή Caroli. Ασχολήθηκε ιδιαίτερα με τη διαγνωστική προσέγγιση της ηπατίτιδας Β και του ηπατοκυτταρικού καρκίνου.

Στο τέλος του 1971 τον πρωτογνώρισα ως επιμελητή Παθολόγο-Γαστρεντερολόγο της νεοϊδρυθείσας τότε Κλινικής της Παθολογίας Φυσιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών με διευθυντή τον Καθηγητή κ. Β. Αγγελόπουλο.

Η συνεργασία μου με τον Γιώργο ήταν άψογη και αρμονική και είχε ως αποτέλεσμα τη δημοσίευση μελετών, τόσο στην ηπατίτιδα και τον ηπατοκυτταρικό καρκίνο, όσο και

τα πολυμορφικά συστήματα του ορού σε διάφορες ηπατοπάθειες.

Ο Γιώργος Θεοδωρόπουλος πέραν της συμβολής του στην ανάπτυξη της Ηπατολογίας στην Ελλάδα, υπήρξε και από τους πρωτοπόρους στην ενδοσκόπηση του πεπτικού συστήματος. Ήταν ευφυής και ακάματος και η παρουσία του στο χώρο της Γαστρεντερολογίας ήταν λιαν αξιοσημείωτη. Πράγματι, ο Γιώργος Θεοδωρόπουλος διετέλεσε Γενικός Γραμματέας δύο θητείες (Πρόεδρος Παπανικολάου 1979-80, Πρόεδρος Μανούσος 1981-82) και εν συνεχεία Πρόεδρος της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας (1983-1984) με θητεία, κατά γενική ομολογία, άκρας επιτυχημένη.

Δυστυχώς, η πρόωρη απώλεια του στέρησε την οικογένειά του από το στήριγμά της και την Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία και την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών από ένα αναμφισβήτητο κεφάλαιο που είχε να προσφέρει πολλά ακόμη στο χώρο της Γαστρεντερολογίας.

«ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΔΕΛΗΚΑΡΗΣ»

Εισήγηση Κωνσταντίνου Αρβαντάκη



Ο Παναγιώτης Δελιάκρης, του οποίου τη μνήμη τιμά σήμερα το Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας & Διατροφής (ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.) με την απονομή υποτροφίας στο όνομά του, γεννήθηκε στην Αθήνα το 1944 όπου ολοκλήρωσε τις εγκύκλιες σπουδές του. Έλαβε το πτυχίο Ιατρικής το 1968 από το Πανεπιστήμιο Αθηνών και ειδικεύθηκε στη Χειρουργική στην Α' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική στο Λαϊκό Νοσοκομείο, με μέντορες τους Καθηγητές Χρυσοσπάθη και Γολεμάτη, που τον επηρέασαν στην κατεύθυνση της εξειδίκευσης στην χειρουργική πεπτικού. Έλαβε το διδακτορικό δίπλωμα το 1977 από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και ακολούθησε μετεκπαίδευση σε Κέντρα Χειρουργικής Πεπτικού

στο εξωτερικό, ιδιαίτερα της χειρουργικής στομάχου στο Johannesburg και Aalborg στη Δανία.

Επέστρεψε στην Α' Χειρουργική Κλινική στο Λαϊκό, εξελέγη Λέκτορας Ιατρικής το 1982 και Επίκουρος Καθηγητής το 1985. Το ίδιο έτος ανακηρύχθηκε Υφηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών για το ερευνητικό έργο στους τύπους της βαγοτομής και της επίδραση στη γαστρική έκκριση, πεδίο στο οποίο διακρίθηκε, όταν η χειρουργική στομάχου ήταν στο επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος. Το 1986 ανέλαβε τη διεύθυνση της Β' Χειρουργικής Κλινικής στο Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», την οποία οργάνωσε υποδειγματικά στα 15 χρόνια που υπηρέτησε και συνέβαλε στην πρόωθηση της χειρουργικής πεπτικού και στην εκπαίδευση των νέων χειρουργών έως την εκδημία του το 2000. Υπήρξε ένας από τους πρωτοπόρους της λαπαροσκοπικής χειρουργικής, ιδιαίτερα του οισοφάγου και στην εγχείρηση της θολοπτύχωσης για τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.

Παράλληλα με το νοσηλευτικό και διοικητικό έργο, ασχολήθηκε ενεργά και συμμετείχε στα δρώμενα Επιστημονικών Εταιρειών, ιδιαίτερα της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας και της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας (Ε.Γ.Ε.), στην οποία υπηρέτησε στο Διοικητικό Συμβούλιο την τριετία 1993 - 1996 και Γενικός Γραμματέας το 1996, όπου συνεργασθήκαμε δημιουργικά κατά τη θητεία μου ως Προέδρου της Ε.Γ.Ε..

Διακρίθηκε σε πολλούς τομείς, ως Χειρουργός, Εκπαιδευτής, Ερευνητής, Ακτιβιστής

σε Επιστημονικές Εταιρείες, Ομιλητής σε Επιστημονικά Συνέδρια, Συγγραφέας Επιστημονικών Εργασιών, Μέλος Συντακτικών Επιτροπών Περιοδικών και Οργανωτικών Επιτροπών Ελληνικών και Διεθνών Συνεδρίων. Από κάθε θέση που πέρασε άφησε έργο και πλούσια παρακαταθήκη στην οικογένειά του, στην άξια σύντροφό του Γωγώ που είναι σήμερα μαζί μας, στους μαθητές του, συνεργάτες και φίλους.

Εμείς που είχαμε τη δυνατότητα να συνεργασθούμε με τον Παναγιώτη, και από το ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. αναφέρω τον Καθηγητή Βασίλειο Γολεμάτη, το Γεν. Γραμματέα Δημήτρη Καραμανώλη, τον Γιώργο Κητή και τον ομιλούντα, δε λησμονούμε τις αρετές του, την ευθύτητα και παρρησία του λόγου του με την χαρακτηριστική βαθιά φωνή του, την αμεσότητα της παρουσίας του, τη ζεστασιά της επικοινωνίας και τη συνθετική ικανότητα, παράγοντες που συνέβαλαν στην παραγωγή συλλογικού έργου.

Αυτά είναι τα στοιχεία στα οποία επιστρέφουμε με ευλαβική μνήμη των ανθρώπων που άφησαν το αποτύπωμά τους. Αυτή η διάσταση της ανθρώπινης κατάστασης, «la condition humaine» κατά το Γάλλο στοχαστή André Malraux, είναι μια από τις θεμελιώδεις αξίες της ζωής που ζει πέρα από το φθαρτό και εφήμερο, πέρα από την εξουσία και τη δόξα, πέρα από την ύλη, πέρα απ' το προσωρινό μας πέρασμα από τον μάταιο τούτο κόσμο.

Αυτή τη μνήμη του ανθρώπου αποτυπώνει με την απaráμιλλη οικουμενική γραφή του ο Γιώργος Σεφέρης στα Τρία Κρυφά Ποιήματά.

«όπως τα πεύκα
κρατούν τη μορφή του αγέρα
ενώ ο αγέρας έφυγε, δεν είναι εκεί
το ίδιο τα λόγια
φυλάγουν την μορφή του ανθρώπου
κι ο άνθρωπος έφυγε, δεν είναι εκεί»

«ΦΩΤΗΣ ΗΛΙΑΔΗΣ»

Εισήγηση Δημητρίου Γ. Καραμανώλη



Ο Φώτης Ηλιάδης, ειδικεύομενος στη Γαστρεντερολογία στο Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά, πέθανε στα 35 του χρόνια μετά από μάχη 2 ετών με τον καρκίνο του εγκέφαλου, που τον ταλαιπώρησε. Δεν πρόλαβε έτσι να ολοκληρώσει μια ευοίωνη σταδιοδρομία και να συνεχίσει μια προσωπική ζωή, η οποία είχε όλες τις προδιαγραφές να είναι λαμπρή. Παίδι σκληρά εργαζόμενης οικογένειας από την Πτολεμαΐδα της Μακεδονίας, κατέβηκε στην Αθήνα αναζητώντας μια καλύτερη εκπαίδευση στη Γαστρεντερολογία και περισσότερες ευκαιρίες. Όσοι τον γνώρισαν διατηρούν τη μνήμη ενός πολύ καλού γιατρού, ενός έντιμου, ικανού, φιλότιμου ανθρώπου και ενός άξιου οικογενειάρχη. Ο τρόπος που έζησε αλλά και ο τρόπος που αντιμετώπισε τη δοκιμασία του, έδειξαν ότι ο Φώτης Ηλιάδης ήταν αγωνιστής στη ζωή και ωραίος και γενναίος σας Έλληνας Μακεδών στο θάνατό του. Το Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής αφιερώνει την υποτροφία αυτή στη μνήμη του, θέλοντας να τιμήσει τις αγωνίες και τις προσπάθειες των Ειδικεύομενων στη Γαστρεντερολογία, οι οποίοι με συνθήκες που συνήθως όχι μόνο δεν είναι ιδανικές, αλλά ούτε καν ικανοποιητικές σε πολλές περιπτώσεις, αγωνίζονται για ένα καλύτερο μέλλον και για τη βελτίωση των υγειονομικών πραγμάτων της χώρας.

ΑΛΛΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΤΑ ΧΑΝΙΑ Στις 16 Ιανουαρίου 2008 στα Χανιά, στο Κέντρο Αρχιτεκτονικής Μεσογείου (Παλαιό Αρσενάλι), το ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. σε συνεργασία με την Ιατρική Εταιρεία Χανίων διοργάνωσε εκδήλωση για το κοινό με θέμα την **πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου**. Στην εκδήλωση προήδρευσε ο Αναπληρωτής Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης κ. Κώστας Παπαδάκης, τη δε ομιλία πραγματοποίησε ο Διευθυντής του Γαστρεντερολογικού Τμήματος του «Βενιζελείου-Παναγιώτου» Γ.Ν. Ηρακλείου και Πρόεδρος του Παραρτήματος Ηρακλείου του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. κ. Γρηγόρης Πασπάτης. Την εκδήλωση παρακολούθησαν περίπου 300 άτομα.

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΖΑΝΗ Το Παράρτημα Θεσσαλονίκης του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. σε συνεργασία με τον Ιατρικό Σύλλογο Κοζάνης και την Παθολογική Κλινική του Γ.Ν. Κοζάνης διοργανώνει επιστημονική διημερίδα στις 11-12 Απριλίου 2008 στο Ξενοδοχείο «Ερμιόνιο». Στην εκδήλωση θα συζητηθούν τα θέματα : «Παχυσαρκία, Ιογενείς Ηπατίτιδες και Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Εντέρου».



Τα Νέα του Ιδρύματος

ΧΟΡΗΓΟΙ ΚΑΙ ΔΩΡΗΤΕΣ μέχρι 29/02/2008

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε :

Αβραμίδης Ιάκωβος, Θεσσαλονίκη	50 €	Κοιλιάκου Σταυρούλα, Αθήνα	50 €	Παρασκευάς Εμμανουήλ, Αθήνα	50 €
Αδομπίου Αδάμ, Πικέρμι	50 €	Κοντογιάννης Μιχαήλ – Κυριάκος, Βούλα	50 €	Πατέρας Σταύρος, Λάρισα	50 €
Αλεξανδράκης Γεώργιος, Αθήνα	50 €	Κοντού Μαρίνα, Ραφήνα	50 €	Πατίκος Κωνσταντίνος, Πειραιάς	100 €
Αντωνίου Αθανάσιος, Φάρσαλα	50 €	Κόρακα Ευαγγελία, Χανιά	15 €	Περάκης Γεώργιος, Ιεράπετρα	30 €
Αντωνίου Παύλος, Λευκωσία / Κύπρος	50 €	Κοσμάπουλος Θεοκυδίδης, Αρχαία Ολυμπία	15 €	Πέρπερας Αντώνιος, Χαλάνδρι	50 €
Αντωνόπουλος Κωνσταντίνος, Καρδίτσα	25 €	Κοτσικός Νίκος, Αθήνα	50 €	Περπερίδη Μαρία, Μεσολόγγι	47 €
Αντωνόπουλος Χριστόφορος, Ηλιούπολη	20 €	Κουβαράς Στέργιος, Χαλκίδα	50 €	Περρής Σπύρος, Αθήνα	50 €
Αποστολοπούλου Κωνσταντίνη, Πάτρα	25 €	Κουλοτούκης Αλέξανδρος, Λάρισα	15 €	Πιζάνης Σωκράτης, Ν. Ερυθραία	15 €
Αρμένη Αθηνά, Ίσθμια	30 €	Κουρνέτας Ιωάννης, Αθήνα	15 €	Πιλπιλίδης Ιωάννης, Θεσσαλονίκη	50 €
Αρχαυλής Εμμανουήλ, Αθήνα	50 €	Κτιστάκη Μαρία, Χανιά	25 €	Πισιόλας Δημήτρης, Βριλήσσια	50 €
Ασλανίδου Ελένη, Γιαννιτσά	30 €	Κωνσταντίνου Κωνσταντίνος, Λάρισα	50 €	Πλημμυρίδης Ιάκωβος, Αθήνα	25 €
Αυλωνίτη Καλλιόπη, Καισαριανή	25 €	Κωστάκη Ουρανία, Αθήνα	30 €	Πολυδώρου Ανδρέας, Αθήνα	50 €
Βαγιονάκη Μαρία, Αθήνα	50 €	Κωστόπουλος Αθανάσιος, Ίλιον	20 €	Πολύμερος Δημήτριος, Χαλάνδρι	50 €
Βάσσος Βασίλειος, Γιαννιτσά	20 €	Λαδόπουλος Ιωσήφ, Θεσσαλονίκη	15 €	Ράντσιος Απόστολος Τ., Μαρούσι	25 €
Βατής Γεώργιος, Ρόδος	15 €	Λαμπρόπουλος Λάμπρος, Ηλιούπολη	20 €	Ραχωβίτης Αλέξανδρος, Λάρισα	50 €
Βαφεϊάδη Ειρήνη, Παπάγου	50 €	Λαριός Μιχαήλ, Λευκιά / Κύπρος	50 €	Σαβεριάδης Αδόλφος, Λέρνακα/Κύπρος	50 €
Βουγιουκλής Ηλίας, Δράμα	20 €	Λιάλιος Δημήτριος, Π. Φώκαια	15 €	Σαμανταρά Φωτεινή, Θεσσαλονίκη	50 €
Γαλάνης Νεκτάριος, Λαμία	15 €	Λιόντης Νικόλαος, Νίκαια	15 €	Σανίδας Σπύρος, Λαμία	50 €
Γαργώνης Πέτρος, Χαλάνδρι	20 €	Μαγδαληνός Νεκτάριος, Αθήνα	50 €	Σαπουδά Άννα, Θεσσαλονίκη	15 €
Γεωργόπουλος Φίλιππος, Βριλήσσια	50 €	Μάκρη Αλεξανδρούπολη	30 €	Σεβαστιανός Βασίλειος, Αθήνα	50 €
Γεωργουλός Σωτήρης, Λαμία	30 €	Μαμάτσιος Γεώργιος, Κοζάνη	10 €	Σιδηράς Αναστάσιος, Περιστέρι	15 €
Γιαννακόπουλος Θεόδωρος, Ραφήνα	20 €	Μάνεση Μαίρη, Αθήνα	15 €	Σπτά Στέλλα, Ρέθυμνο	40 €
Γκόγκου Αγγελική, Θεσσαλονίκη	20 €	Μάνεσης Εμμανουήλ, Αθήνα	50 €	Σκλάβος Παναγιώτης, Μελίσσια	50 €
Γρηγορίου Αθανάσιος Η., Θεσσαλονίκη	15 €	Μαντά Ζαχαρούλα, Νίκαια	15 €	Σκούρας Σπύρος, Ζωγράφου	50 €
Δαδάκης Κωνσταντίνος, Αθήνα	50 €	Ματθαίου Περικλής, Παπάγου	50 €	Σουφλερής Κωνσταντίνος, Θεσσαλονίκη	50 €
Δανδάκης Δημήτριος, Αθήνα	50 €	Ματαμάκη Ιωάννα, Χανιά	15 €	Σταϊκούρα Αμαλία, Γλυφάδα	15 €
Δανηλίδης Ιωάννης, Αθήνα	50 €	Μαυριγιαννάκης Μιχαήλ, Αθήνα	30 €	Σταλήμερος Σερραφείμ, Ν. Σμύρνη	15 €
Δελακίδης Στέργιος, Αθήνα	50 €	Μαυρίδης Στάυρος, Μεταμόρφωση	30 €	Στεργίου Μαρία Μαργαρίτα, Πειραιάς	15 €
Δημάδη Σπυριδούλα, Βριλήσσια	50 €	Μαυρογιάννη Παναγιώτα, Αθήνα	50 €	Σπιβακτά Βενετία Σ., Νεάπολη Αιτωλίας	20 €
Δημάδης Στυλιανός, Αμφιλοχία	50 €	Μερίτσης Γεώργιος, Αγρίνιο	30 €	Στυλιανίδου Στυλιανή, Κομοτηνή	15 €
Δημάκη Μαρία, Πάτρα	15 €	Μήτσος Δημήτριος, Θεσσαλονίκη	15 €	Τεκνεδόγλου Ξενοφών, Μάτι – Ν. Μάκρη	50 €
Δημόπουλος Φώτης, Ίλιον	50 €	Μίλεσης Γιώργος, Αθήνα	25 €	Τελάκης Εμμανουήλ, Πειραιάς	50 €
Δήμου Ευαγγελινή, Χαλάνδρι	50 €	Μίντζα Γεωργία, Πάτρα	15 €	Τζελιάτης Απόστολος, Θεσσαλονίκη	15 €
Δρογίτης Παύλος, Θεσσαλονίκη	25 €	Μισαηλίδης Νίκος, Κηφισιά	50 €	Τζιλβές Δημήτρης, Θεσσαλονίκη	50 €
Ελευθεριάδης Νικόλαος, Πτολεμαίδα	15 €	Μιχαλόπουλος Αντώνιος, Θεσσαλονίκη	15 €	Τζιτίη Δημήτρα, Χαλάνδρι	100 €
Ευγενικό – Κάμητα Καλλιόπη, Βούλα	50 €	Μιχόπουλος Σπύρος, Κηφισιά	50 €	Τζουμακλιάκης Δημήτρης, Βριλήσσια	50 €
Ζαμπέλη Εύη, Αθήνα	50 €	Μοναχί Βερονίκη, Ιερά Μονή Κοιμήσεως της Θεοτόκου,		Τζωρτζή Ευφρανθία, Αλεξανδρούπολη	15 €
Ζαρίμπα Ελένη, Λάρισα	15 €	Μπαμπάλετου Αθηνά, Μέγα Ευύδριο Λορίσης	15 €	Τριανταφυλλίδης Ιωάννης, Χαϊδάρι	50 €
Ζαφειροπούλου Ροδέννα, Αθήνα	50 €	Μπάσδελης Θεόδωρος, Κιάτο	15 €	Τριανταφύλλου Κωνσταντίνος, Ηλιούπολη	50 €
Ζαχάρας Απόστολος, Ιωάννινα	15 €	Μπέγκα Νατάσα, Ιωάννινα	20 €	Τριάντος Χρήστος, Πάτρα	50 €
Ηλιάδης Χαράλαμπος, Πτολεμαίδα	500 €	Μπέλτης Αθανάσιος, Θεσσαλονίκη	50 €	Τσαμακίδης Κλεισθένης, Ν. Χαλκιδώνα	50 €
Ηλιάδου Καλλιόπη, Πτολεμαίδα	200 €	Μποβαρέτος Νικόλαος, Αθήνα	60 €	Τσατραφίλη Σταυρούλα, Μυτιλήνη	40 €
Θεοδόση Παναγιώτα, Ζάκυνθος	15 €	Μπογιοπούρη Αγγελική, Κερατσινί	15 €	Τσιάκος Σταύρος, Ν. Σμύρνη	50 €
Θεοδωρόπουλος Αθανάσιος, Αθήνα	15 €	Μπουζάκης Ηλίας, Χανιά	20 €	Τσιμαμάκη Νίκη, Βύρωνας	15 €
Θεοδώρα Παναγιώτης, Τέμενη Αγιώ	20 €	Μπουλουγρά Αγγελική, Καλλιθέα	20 €	Τσιμοπούλου Ζαχαρίας, Τρίπολη	50 €
Θεοφανίδου Ιωάννα, Πειραιάς	15 €	Μυστακίδης Κωνσταντίνος, Ξέρρες	50 €	Τσολάκη – Μπισσαγιάννη Μαρία, Φάρσαλα	50 €
Θεοχρόπουλος Νίκος, Φάρσαλα	50 €	Μωυσιδίου Ωρασιόλη, Θεσσαλονίκη	25 €	Τσουβελακίδου Ευφροσύνη, Νίκαια	25 €
Θεοχρόπουλου Καίτη, Φάρσαλα	50 €	Νάκος Ανδρέας, Θεσσαλονίκη	50 €	Τσοχάκης Εμμανουήλ, Αθήνα	50 €
Θωμόπουλος Κωνσταντίνος, Πάτρα	100 €	Νικολοπούλου Βασιλική, Πάτρα	50 €	Φακίδου Άννα, Βόλος	15 €
Καζούρης Δημήτριος, Αθήνα	50 €	Νιμής Μακράμ, Αθήνα	50 €	Φιλιππίδης Κωνσταντίνος, Κορυφή Ημαθίας	15 €
Κακαβάς Γεώργιος, Λαμία	15 €	Νταϊλιάνος Απόστολος, Χαλάνδρι	15 €	Φωτεινού Μαρία, Λευκάδα	25 €
Καλαμπάκος Γεώργιος, Αγιά Λάρισα	15 €	Ξιάρχος Παναγιώτης, Θεσσαλονίκη	50 €	Χαληγιάννη Παρασκευή, Κομοτηνή	50 €
Καλλι Στέφη, Κηφισιά	15 €	Οικονομοπούλου Χριστίνα, Ρόδος	20 €	Χαρπάκης Εμμανουήλ, Νίκαια	20 €
Καλογεράκης Κωνσταντίνος, Αλικιανός Χανίων	15 €	Όμιλος Χαλκιαδάκη, Ηράκλειο	1500 €	Χασιλίδη Σοφία, Π. Φάληρο	15 €
Καλύβα Παρασκευή, Αθήνα	50 €	Ουσταμανωλάκης Παντελής, Ηράκλειο	50 €	Χατζηαργυρίου Μαρία, Μυτιλήνη	50 €
Κανταρτζοπούλου Μαρία, Χολαργός	15 €	Πανδής Οδυσσεύς, Αθήνα	15 €	Χατζηδόκη Ειρήνη, Αθήνα	15 €
Καντζουράνη Ντίνα, Ν. Σμύρνη	15 €	Παντζαβέλη Λέλα, Φάρσαλα	50 €	Χατζηκωνσταντίνου Ειρήνη, Ρόδος	25 €
Καραγεωργίου Χάρης, Αθήνα	50 €	Παζίνου Μαργαρίτα, Παπάγου	40 €	Χατζηχριστοδούλου Σιλβία, Ρόδος	15 €
Καραγιάννη Μάγδα, Λάρισα	15 €	Παπαβασιλείου Ευστάθιος, Ν. Ψυχικό	50 €	Χονδρού Βασιλική, Παπάγου	50 €
Καραγιάννης Δημήτριος, Αιγάλεω	50 €	Παπαγιαννόπουλος Γεώργιος, Αθήνα	15 €	Χουλιάρα Λόλα, Λάρισα	15 €
Καραγιάννης Στέφανος, Ν. Ηράκλειο	50 €	Παπαδημητρίου Δημήτρης, Λάρισα	15 €	Χρηστιάς Ηλίας, Πάτρα	50 €
Καραμανώλης Δημήτρης Εμμ., Λάρισα	30 €	Παπαδογεωργόπουλος Κωνσταντίνος, Παπάγου	20 €	Χρηστίδου Δάφνη Χριστ., Χανιά	20 €
Καραμολέγκου Αναστασία, Πειραιάς	15 €	Παπαδόπουλος Αλέξανδρος, Αλεξανδρούπολη	50 €	Χρονάκης Μιχαήλ, Άλιμος	50 €
Καραντάσος Παναγιώτης, Μαρούσι	50 €	Παπαθεοδωρίδης Βασίλειος, Καλαμάτα	50 €	Χρόνης Γεώργιος, Αθήνα	50 €
Καρασφώτης Δημήτριος, Τρίπολη	50 €	Παπαθεοδωρίδης Γεώργιος, Βριλήσσια	50 €	Χρόνης Οδυσσεύς, Μαρούσι	50 €
Καρβούνης Αλέξανδρος, Κάντζα Αττικής	20 €	Παπαϊωάννου Χρήστος, Μαρούσι	50 €	Χρύσανθος Νικόλαος, Πειραιάς	50 €
Καρδάση Μαρία, Βόλος	20 €	Παπαλεξανδρίδου Κυριακή, Ξάνθη	25 €		
Κατεμίδου Μαρία, Έδεσσα	15 €	Παπαναστασίου Θεόφιλος, Βόλος	30 €		
Κατρή Ελένη, Αθήνα	15 €	Παπαναστασίου Χρήστος, Παπάγου	15 €		
Κελαϊδίτη Ειρήνη, Άργος Ορεστικό	15 €	Παπαζοίνης Γεώργιος, Αθήνα	50 €		
Κελαϊδίτης Χρήστος, Άργος Ορεστικό	15 €	Παπαζοίνης Κωνσταντίνος, Αθήνα	50 €		
Κελεμένη Αναστασία Β., Καστοριά	20 €	Παπαστασινός Χρήστος, Ζωγράφου	50 €		
Κεφάλας Ιωάννης, Καλαμάτα	40 €	Παρασκευά Κωνσταντίνη, Αθήνα	50 €		
Κητής Γεώργιος, Θεσσαλονίκη	50 €	Παρασκευά Μαρία Φιλία, Ρόδος	15 €		
				In Memoriam :	
				Ιωάννης Καραϊτιανός, Αθήνα	100 €
				Μνήμη Μυρτώς Σακκά	

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



ΑΝΟΙΓΟΥΜΕ ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ ΖΩΗΣ.

Βλέπουμε μακριά. Εμείς στη Roche συνδυάζουμε τις δυνάμεις μας στην έρευνα και ανάπτυξη καινοτόμων διαγνωστικών και φαρμάκων που σώζουν ανθρώπινες ζωές.

Φωτίζουμε τα αίτια -ακόμα και ανιάτων- ασθενειών και ερευνούμε τη γενετική τους προδιάθεση.

Παρέχουμε έγκαιρη πρόληψη και διάγνωση και σχεδιάζουμε εξατομικευμένες θεραπείες.

Βελτιώνουμε και παρατείνουμε τη ζωή εκατομμυρίων ασθενών.

Έτσι ανοίγουμε ορίζοντες ζωής και δημιουργούμε σήμερα, ένα αύριο πιο φωτεινό για τον Άνθρωπο.



We Innovate Healthcare