


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

ΚΩΔΙΚΟΣ 6899

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Γαστροοισοφαγική
παλινδρόμηση

Αθλούμενος
έφηβος

Σώμα & Καλοκαίρι

Διατροφογενετική

Πολυκυστικές
ωθήκες





Προάγουμε τη θεραπευτική. Βελτιώνουμε τη ζωή.

ΓΙ' ΑΥΤΟ ΕΙΜΑΣΤΕ ΕΔΩ.

Η Gilead Sciences είναι μια βιοτεχνολογική φαρμακευτική εταιρεία που ανακαλύπτει, αναπτύσσει και εμπορεύεται καινοτόμες θεραπείες για νόσους όπου υπάρχει επιτακτική ανάγκη. Αποστολή της εταιρείας παγκοσμίως είναι να προάγει τη φροντίδα των ανθρώπων που πάσχουν από ασθένειες απειλητικές για τη ζωή.

Η Gilead εστιάζει τους πρωταρχικούς στόχους της στα αντιικά (φάρμακα κατά των ιών HIV/AIDS και των χρόνιων ηπατίτιδων), στις καρδιοαγγειακές παθήσεις (πνευμονική αρτηριακή υπέρταση και ανθεκτική υπέρταση) και ασθένειες του αναπνευστικού (όπως η γρίπη και η κυστική ίνωση).

Σήμερα, το 40 % των υπαλλήλων μας εργάζεται στο τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης. Είναι ένα ποσοστό που υπερβαίνει το αντίστοιχο άλλων εταιρειών του χώρου μας και καταδεικνύει τη μακρόχρονη αφοσίωσή μας στην επιστημονική καινοτομία και αρίστευση.



GILEAD

Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Άρθρο Σύνταξης



Ξέρετε τι είναι η Διατροφογενωμική; Γνωρίζετε τι ερευνά η Διατροφογενετική; Είναι δύο νέοι, ελπιδοφόροι επιστημονικοί τομείς που, σύμφωνα με τον κ. Παπαμίκιο, θα αποτελέσουν σύντομα την αιχμή του δόρατος της διατροφικής έρευνας. Η πρώτη διερευνά την επίδραση που ασκούν οι διατροφικές μας επιλογές στην έκφραση κάποιων γονιδίων μας, ενώ η δεύτερη εξετάζει την αντίδραση του οργανισμού μας στα διάφορα θρεπτικά συστατικά, ανάλογα με το γενετικό του υπόβαθρο.

Αυτά και άλλα πολλά, ιατρικά και μη, συγκροτούν το 3ο τεύχος της Ευεξίας του 2008 που κρατάτε στα χέρια σας. Θα είναι άραγε επικτό στο μέλλον, με τη συμβολή της επιστημονικής έρευνας, να προλαμβάνουμε την εκδήλωση ασθενειών, τροποποιώντας κατάλληλα τη διατροφή μας και αποτρέποντας τη «γονιδιακή αναστάτωση»; Η απάντηση ανήκει ίσως στη σφαίρα της μελλοντολογίας. Για το λόγο αυτό, αντί να εναποθέτουμε τις ελπίδες μας στο μέλλον, είναι καλύτερα να υιοθετήσουμε άμεσα πρακτικές με «χειροπιαστά» αποτελέσματα και σ' αυτές ανήκει η υιοθέτηση της Μεσογειακής διαίτας, που φαίνεται ότι μπορεί να προλάβει ή να επιβραδύνει την εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως μας περιγράφει στο άρθρο του ο κ. Τσικρικιάς.

Η διατροφή όμως μπορεί να διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο και σε άλλα, λιγότερο γνωστά στο ευρύ κοινό, νοσήματα, όπως το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών που ταλαιπωρεί περίπου 5-10% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Οι μισές περίπου από τις γυναίκες αυτές είναι παχύσαρκες και φαίνεται ότι η σωστή ποιότητα διατροφής και η συστηματική άσκηση συμβάλουν πολύ από τις δυσάρεστες εκδηλώσεις του συνδρόμου.

Είναι πλέον καθολικά αποδεκτό ότι η παχυσαρκία αποτελεί μάστιγα της σύγχρονης εποχής. Πρέπει όλοι να αντιληφθούμε ότι το φαινόμενο ξεκινά νωρίς και μπορούμε δυστυχώς να το διαπιστώσουμε εύκολα, αν ρίξουμε μια ματιά στις παιδικές χαρές, όπως εύστοχα επισημαίνει στο άρθρο της η κα Παπούτσου. Δεν επιτρέπεται λοιπόν εφησυχασμός ούτε αδιαφορία. Καθήκον και υποχρέωση των γονέων είναι η διαρκής μέριμνα για τη σωστή ανάπτυξη των παιδιών τους, με τις κατάλληλες διατροφικές επιλογές, βασισμένες στη σωστή και υπεύθυνη ενημέρωση.

Έχουμε την τύχη να ζούμε στην Ελλάδα, την «κατοικία των θεών», με το λαμπερό ήλιο, τις καταπράσινες εξοχές και τη γαλιανή θάλασσα και αποτελεί στοιχειώδη υποχρέωσή μας να φέρουμε σε επαφή τα παιδιά μας με την ομορφιά της φύσης. Σε μια εποχή που

οι κάτοικοι των πόλεων ξεπερνούν πια παγκοσμίως τους κατοίκους της υπαίθρου, εμείς ως κάνουμε την υπέρβαση και ως δώσουμε τη δυνατότητα στα παιδιά μας να νοιώσουν το μεγαλείο της φύσης. Να είστε σίγουροι ότι η θέα και μόνο των φυσικών τοπίων κάνει θαύματα στην ψυχολογία τους και βοηθά ουσιαστικά στην κινητική, γενετική και κοινωνική τους ανάπτυξη.

Το καλοκαίρι έρχεται και όλοι ετοιμαζόμαστε να εξορμήσουμε στις παραλίες. Η έκθεση όμως σε κοινή θέα των παραπάνω κιλίων που μας φόρτωσαν οι ατασθαλίες του χειμώνα μας γεμίζει άγχος και ανησυχία. Όπως μας εξηγεί η κα Κασσίμη, δε χρειάζεται ούτε πανικός ούτε απογοήτευση. Μπορούμε έγκαιρα να προετοιμαστούμε, με σωστή αεροβική γυμναστική, στο γυμναστήριο ή ακόμα και στο σπίτι, ενώ μας προτείνει και εναλλακτικούς τρόπους άσκησης, όπως ο χορός, η βάδιση και η ορειβασία. Να θυμάστε ότι η γυμναστική απαιτεί καλή, αλλά όχι ειδική διατροφή. Το ίδιο δε ισχύει και για τους αθλητές. Όπως αναλύει διεξοδικά στο άρθρο της η κα Κωστάκη, οι αθλούμενοι που έχουν μια καλή ισορροπημένη διατροφή δε χρειάζονται συμπληρώματα με βιταμίνες και πρέπει να αποφεύγουν τις υπερβολές με χρήση ουσιών που μπορεί να προκαλέσουν ακόμη και μη αναστρέψιμες βλάβες της υγείας τους. Ωστόσο, είναι γεγονός ότι συχνά προσλαμβάνουμε επικίνδυνες τοξικές ουσίες χωρίς καν να το αντιλαμβανόμαστε. Δυστυχώς, το «ζωογόνο ύδωρ» που τρέχει από τις βρύσες μας, μπορεί στη μακρά πορεία του μέχρι εμάς να μολυνθεί από εξαιρετικά επικίνδυνα βαρέα μέταλλα προερχόμενα από απόβλητα εργοστασίων ή από νιτρικές ενώσεις ως αποτέλεσμα της αλόγιστης χρήσης λιπασμάτων. Ως εκ τούτου, το σλόγκαν «προσέχουμε για να έχουμε» τείνει να εξελιχθεί στο «προσέχουμε τι νερό έχουμε», όπως σωστά παρατηρεί η κα Γιάνναρου.

Στο παρόν τεύχος, θα βρείτε επίσης ενδιαφέροντα ιατρικά νέα για την πυλαία υπέρταση, για τη σχέση της παχυσαρκίας με τον καρκίνο και τη σχέση του καπνίσματος με τους πολύποδες του εντέρου. Επιπλέον, μπορείτε να διαβάσετε τα αποτελέσματα μιας ενδιαφέρουσας μελέτης από τη Γερμανία που διαπίστωσε αυξημένη συχνότητα καρδιαγγειακών συμβαμάτων κατά τη διάρκεια του Παγκοσμίου κυπέλλου ποδοσφαίρου του 2006. Καθώς λοιπόν πλησιάζει το Ευρωπαϊκό πρωτάθλημα ποδοσφαίρου και όλοι ετοιμαζόμαστε να απολαύσουμε την Εθνική μας ομάδα, καλό είναι να είμαστε χαλαροί, ήρεμοι και να μη ηθμονοούμε ότι το ποδόσφαιρο δεν είναι τίποτα περισσότερο από ένα συναρπαστικό παιχνίδι.

Ιωάννης Βλαχογιαννάκος
Αναπληρωτής Διευθυντής Σύνταξης

Π Ε Ρ Τ Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α



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

Άρθρο Σύνταξης	3
Μικρές Ιστορίες	6
Διατροφή: "Πολυκυστικές ωσθήκες"	8
Στεφανιαία νόσος & Διατροφή	10
Το επικίνδυνο ταξίδι του νερού	14
Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση	16
Ευεξία: "Σώμα και καλοκαίρι"	20
Παιδί & Έφηβος: "Αθλούμενος έφηβος"	22
Μικρά & Νόστιμα	26
Διατροφή: "Παχυσαρκία στη νηπιακή ηλικία"	30
Περιβάλλον: "Παιδί & Φύση"	32
Περί διαίτης: "Διατροφογενωμική- Διατροφογενετική"	36
Πυλαία υπέρταση	39
Επικοινωνούμε	42
Ημέρα ευαισθητοποίησης για τη δυσκοιλιότητα	44
Τα Νέα του Ιδρύματος	46

Διαβάστε στο επόμενο τεύχος για:

Διατροφή στην εγκυμοσύνη- στο θηλασμό
Κολοноσκόπηση χωρίς κολοноσκόπιο
Βιολογικές Θεραπείες σε ΙΦΝΕ
Οξεία διάρροια στα παιδιά
Γυμναστική στη θάλασσα

Τ Ε Υ Χ Ο Σ 3 1

Διευθυντής Σύνταξης: Γεώργιος Β. Παπαθεοδωρίδης, Γαστρεντερολόγος

Αναπληρωτές

Διευθυντές Σύνταξης: Σπήλιος Μανωλακόπουλος, Γαστρεντερολόγος
Ιωάννης Βλαχογιαννάκος, Γαστρεντερολόγος

Συντακτική Επιτροπή:

Ιωάννης Δήμακας, Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος
(Περί Διαιτης)

Ηλίας Κάνταρος, Γεωπόνος

(Περιβάλλον)

Αλεξάνδρα Κασσίμη, Δημοσιογράφος
(Ευεξία)

Παναγιώτα Καφρίτσα, Παιδίατρος - Παιδογαστρεντερολόγος
(Παιδί & Έφηβος)

Ιωάννης Μανιός, Διαιτολόγος - Εργοφυσιολόγος
(Διατροφή)

Χρήστος Τριάντος, Γαστρεντερολόγος
(Επικοινωνούμε)

Εμμανουήλ Τσόχατζης, Ιατρός
(Μικρά & Νόστιμα)

Επιμέλεια-

Διόρθωση κειμένων: Εύα Καραμανώλη, Αλίκη Τζάθα

Δημόσιες Σχέσεις:

Χάρης Τζάθας, Γαστρεντερολόγος

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



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.

Άστοχη γενετική



Υποτίθεται ότι η γενετική μηχανική προσφέρει στους επιστήμονες τη δυνατότητα να υπερβούν κάποια όρια που βάζει η ίδια η φύση για να ξεπεράσουν τα προβλήματα που επίσης αυτή δημιουργεί, πρώτα απ' όλα στον τομέα της υγείας

Θάυμα! Θάυμα! Κυκλοφόρησε ντομάτα που μυρίζει κάτι ανάμεσα σε βασιλικό, γεράνι και ρόδο. Είναι λιγότερο κόκκινη από την κανονική, παρήχθη από Ισραηλινούς ερευνητές και οφείλει το άρωμά της σε ένα γονίδιο του βασιλικού (το γονίδιο του ενζύμου συνθετάση της γερανιόλης). Προτείνεται να σερβίρεται πάνω σε ένα ντάκο με άρωμα φέτας και εσάνς ρίγανης, μαζί με ένα ποτήρι παγωμένο γάλα λίγων λιπαρών το οποίο συλλέγεται κατευθείαν από γενετικά τροποποιημένες αγελάδες ελαφριάς παραγωγής. Και για επιδόρπιο, προτείνεται μαρμελάδα ροδιού με χρώμα βασιλικού και άρωμα ντομάτας. Το παραπάνω λουκούλλιο «δεκατιανό» περιλαμβάνεται σε ένα ευρύτερο πακέτο προσφοράς και μπορεί να το απολαύσει κανείς όσο περιηγείται σε ένα virtual γύρο διακοπών, με τη βοήθεια ειδικού τσιπ που εφαρμόζεται ανώδυνα κάτω από το δέρμα του αριστερού καρπού...!

Πριν από λίγα χρόνια, η σκηνή θα θύμιζε ταινία επιστημονικής φαντασίας. Σήμερα, ελάχιστα απέχει από την πραγματικότητα. Μια πραγματικότητα, όμως, η οποία, όσο περισσότερες γεύσεις αποκτά, τόσο πιο άνοστη φαντάζει και όσο ξεπερνά τα όρια της γνώσης, τόσο στενεύει εκείνα της απόλαυσης.

Υποτίθεται ότι η γενετική μηχανική προσφέρει στους επιστήμονες τη δυνατότητα να υπερβούν κάποια όρια που βάζει η ίδια η φύση για να ξεπεράσουν τα προβλήματα που επίσης αυτή δημιουργεί, πρώτα απ' όλα στον τομέα της υγείας.

Όλες οι τελευταίες ανακαλύψεις δείχνουν ότι αυτό που πλέον προσπαθούν μετά μανίας οι επιστήμονες είναι να κάνουν όλους τους δυνατούς – αδύνατους από τη φύση – συνδυασμούς γονιδίων για να δημιουργήσουν είδη τα οποία ουδέποτε θα μπορούσαν να βρεθούν στον ίδιο πυρήνα κάτω από φυσικές συνθήκες. Κι αν αυτό το κάνουν για να βοηθήσουν τους πεινασμένους του τρίτου κόσμου, έχει καλώς. Γιατί, άραγε, όμως, θα πρέπει να αποκτήσουμε ντομάτα με γεύση ροδιού ή λαβράκι με γεύση ραδικιού και μήλο με λέπια μπαρμποουνιού; Βοηθάει, άραγε, αυτή η προσοδευτική ανακάλυψη τον στόχο της προστασίας του περιβάλλοντος, του καταναλωτή και των χειμαζόμενων του τρίτου κόσμου; Και ποιο είναι, άραγε, το κόστος της υποσχόμενης αφθονίας γεύσεων, μυρωδιών και ποσότητας; Τι επιπτώσεις έχουν οι νέες αυτές τεχνολογίες στην ποιότητα και ασφάλεια των τροφίμων; Ποιες είναι οι συνέπειες της εφαρμογής τους στο περιβάλλον και τα οικοσυστήματα; Ποιοι είναι οι κίνδυνοι και ποια τα οφέλη; Ποιος ωφελείται και ποιος κινδυνεύει;

Διότι, αν όλα αυτά είναι ακίνδυνα για την υγεία, την ισορροπία της φύσης, το περιβάλλον και την τσέπη μας, καλώς να έρθουν. Και είθε, τότε, να έρθουν και γενετικώς τροποποιημένα όνειρα. Με ανεξίτηλο χρώμα ευτυχίας, γεύση πληρότητας και μυρωδιά επιβεβαίωσης. Κι αν έρθουν και γενετικώς τροποποιημένοι άνθρωποι, απαλλαγμένοι από την αγωνία του φόβου και του συμφέροντος (σ.σ.: αυτός κι αν είναι φόβος...), μπολιασμένοι με γερές δόσεις αγάπης, γεμάτοι άρωμα κατανόησης και γεύση ελευθερίας, ακόμα καλύτερα....

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.

Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών & Διατροφή



Το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών ταλαιπωρεί 5-10% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Παρόλο που έχει κατά κύριο λόγο θεωρηθεί πρόβλημα γονιμότητας, σήμερα έχει πλέον αποδειχθεί ότι πρόκειται για μία μεταβολική διαταραχή με ιδιαίτερα σημαντικές συνέπειες.

Τα κλασικά του χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν ολιγομηνόρροια ή αμηνόρροια, ανωορρηξία, υπογονιμότητα, υπερτρίχωση και ακμή.

Αίτια και Διάγνωση

Η αιτία των πολυκυστικών ωοθηκών είναι άγνωστη. Κληρονομικοί αλλά και περιβαλλοντικοί παράγοντες προκαλούν αλλά και ενισχύουν την εμφάνιση του συνδρόμου. Διαταραχές των ωοθηκών, των επινεφριδίων, του υποθαλάμου και της υπόφυσης μπορεί να αποτελούν ένα κομμάτι του αιτιολογικού δέντρου του συνδρόμου αυτού. Συνήθως παρατηρείται ανικανότητα των ωοθηκών να παράγουν ορμόνες στις σωστές αναλογίες. Δύο είναι οι γυναικείες ορμόνες που ευθύνονται για τη διαδικασία αυτή, η θυλακιοτρόπος και η ωχρινοτρόπος. Στο σύνδρομο αυτό διαταράσσεται η ισορροπία ανάμεσα στις δύο αυτές ορμόνες με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η έμμηνος ρύση. Υπάρχουν όμως και άλλες εμπλεκόμενες ορμόνες στην όλη διαδικασία με κυρίαρχες, την ινσουλίνη και τη τεστοστερόνη. Υπερινσουλιναϊμία και ινσουλινοαντίσταση είναι το αποτέλεσμα των διαταραχών των ορμονών αυτών με κλινικές εκφάνσεις την ακμή και την υπερτρίχωση.

Για να γίνει διάγνωση του συνδρόμου πρέπει να συνυπάρχουν 2 από τα παρακάτω: ολιγομηνόρροια ή αμηνόρροια, κλινικές ή βιοχημικές ενδείξεις υπερανδρογοναιμίας και εμφάνιση πολυκυστικών ωοθηκών στο υπερηχογράφημα (εμφάνιση μικρών κυστών μέσα στις ωοθήκες).

Πολυκυστικές Ωοθήκες και Παχυσαρκία

Περίπου το 50% των γυναικών που πάσχουν από το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών είναι παχύσαρκες. Αποτέλεσμα του αυξημένου βάρους είναι η επιβάρυνση της ήδη υπάρχουσας υπερινσουλιναϊμίας, οι διαταραχές των λιπιδίων, η υπερανδρογοναιμία, η υπερτρίχωση και οι διαταραχές της περιόδου. Ταυτόχρονα, το υπερβάλλον λίπος συνήθως παρουσιάζεται στην περιοχή της κοιλιάς ενώ ακόμα και όταν το βάρος είναι φυσιολογικό, η κατανομή του λίπους είναι αυξημένη στην κοιλιακή χώρα. Οι παχύσαρκες γυναίκες που πάσχουν από το σύνδρομο αυτό, παρουσιάζουν μία ιδιαίτερη δυσκολία στην απώλεια βάρους, αν και τα δεδομένα είναι ακόμα αντιφατικά.

Ο ρόλος της διατροφής....

Η απώλεια βάρους, ακόμα και όταν αυτή είναι της τάξης του 5%, φαίνεται ότι βελτιώνει τα επίπεδα της ινσουλίνης

και της τεστοστερόνης στο αίμα καθώς και την υπερτρίχωση, την εμμηνορρυσία και την ακμή. Οι περισσότερες έρευνες από αυτές που μέχρι σήμερα έχουν διεξαχθεί, αφορούν κυρίως την μειωμένη ενεργειακή πρόσληψη και λιγότερο τη θρεπτική σύσταση.

Φαίνεται όμως, πως η ποιότητα της διατροφής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στα επίπεδα της γλυκόζης και της ινσουλίνης στο αίμα. Αν λοιπόν σκεφτούμε ότι η μείωση της ινσουλινοαντίστασης οδηγεί στη βελτίωση όλων των μεταβολικών διαταραχών που παρουσιάζονται στο σύνδρομο αυτό, διαφαίνεται ότι η διατροφή μπορεί να συμβάλει στην βελτίωση των επιπλοκών των πολυκυστικών ωοθηκών. Από τα μέχρι σήμερα δεδομένα, υπάρχουν ενδείξεις ότι μία διατροφή χαμηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λιπαρά (παχιά κρέατα, πλήρη τυριά και γαλακτοκομικά, γλυκά, σάλτσες κ.α) και αυξημένης σε φυτικές ίνες και κυρίως σε υδατάνθρακες χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη βελτιώνει όχι μόνο τα συμπτώματα του συνδρόμου, αλλά και συντελεί στην πρόληψη των ασθενειών που συνδέονται με την ινσουλινοαντίσταση, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2.

Η διατροφή λοιπόν των γυναικών με PCOS, πρέπει να διέπεται από χαμηλή κατανάλωση τροφών πλούσιων σε απλά σάκχαρα, που ουσιαστικά επιδεινώνουν την υπερινσουλιναϊμία και την ινσουλινοαντίσταση, όπως τα γλυκά, τα αναψυκτικά και τη ζάχαρη σε όλες τις μορφές της.

Η κατανάλωση ανεπεξέργαστων δημητριακών (π.χ. ψωμί ολικής αλέσεως, αναποφλοιωτο ρύζι, κ.λπ.), λαχανικών εποχής, φρούτων με χαμηλό γλυκαιμικό φορτίο (π.χ. μήλα, εσπεριδοειδή, φράουλες) και πρωτεϊνών από ψάρι, κοτόπουλο και ημιαποβουτυρωμένα γαλακτοκομικά, αποτελεί το εφελτήριο για την ουσιαστική αντιμετώπιση του συνδρόμου, μαζί βέβαια με την όποια φαρμακευτική αγωγή έχει συνταχθεί από τον ειδικό ιατρό.

Είναι απαραίτητο τέλος να τονισθεί, πως η συστηματική σωματική δραστηριότητα συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπιση της ινσουλινοαντίστασης που παρατηρείται. Η καθημερινή λοιπόν ένταξη της στη ζωή των γυναικών που παρουσιάζουν το σύνδρομο αυτό, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική για την αντιμετώπισή του.





Στεφανιαία νόσος & Διατροφή

Τα νοσήματα της καρδιάς και των αγγείων αποτελούν στην εποχή μας την πρώτη αιτία θανάτου, τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες. Υπολογίζεται ότι το 30-40% όλων των θανάτων οφείλεται στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Στην Ελλάδα 30.000 περίπου άτομα κάθε χρόνο πεθαίνουν αιφνίδια από καρδιαγγειακές νόσους, ενώ χιλιάδες άλλα αναγκάζονται να περιορίσουν σημαντικά τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Τα κράτη ξοδεύουν τεράστια ποσά για τη θεραπεία των καρδιοπαθειών, ενώ θα μπορούσαν να αποφευχθούν σε ένα μεγάλο βαθμό με την σωστή ενημέρωση των ανθρώπων και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου διατροφής.

Η διατροφή είναι αλληλένδετη με την ανθρώπινη υγεία. Από αρχαιοτάτων χρόνων οι άνθρωποι είχαν επισημάνει την σημασία της σωστής διατροφής στην πρόληψη και αντιμετώπιση ασθενειών, όπως διαπιστώνεται από αναφορές σε θέματα διατροφής ακόμα και από την εποχή του Ομήρου, του Πλάτωνα και του Ιπποκράτη. Η σχέση της υγιεινής διατροφής στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη των ασθενειών είναι πλέον επιστημονικά αποδεδειγμένη, αφού όλο και περισσότερες έρευνες τεκμηριώνουν τα ευεργετικά οφέλη της.

Τι είναι η στεφανιαία νόσος;

Είναι η κακή λειτουργία ή βλάβη του μυοκαρδίου, που προκαλείται από τη στένωση ή απόφραξη μιας ή περισσότερων στεφανιαίων αρτηριών. Οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι τα αγγεία που τροφοδοτούν με αίμα και συνεπώς με οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες την καρδιά. Όταν τα αγγεία της καρδιάς δεν μπορούν, λόγω της στένωσης από την αθηροσκλήρωση, να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του καρδιακού μυός σε οξυγόνο, εμφανίζονται τα συμπτώματα της στεφανιαίας νόσου.

Ποιοί παράγοντες επηρεάζουν τη στεφανιαία νόσο;

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στεφανιαία νόσο χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Τους τροποποιήσιμους, όπως είναι η υπερλιπιδαιμία, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η άσκηση, και στους μη τροποποιήσιμους όπως το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό, η ηλικία και η γενετική προδιάθεση.

Ποιές τροφές ανεβάζουν τη χοληστερίνη;

Οι τροφές που προκαλούν αύξηση των τιμών της χοληστερίνης στο αίμα είναι εκείνες που περιέχουν μεγάλες ποσότητες «κακού» λίπους, (κορεσμένο λίπος), το οποίο είναι συνήθως ζωικής προέλευσης, και ανευρίσκεται σε αρκετά μεγάλη γκάμα της καθημερινής μας κατανάλωσης, όπως: βούτυρο, μαγιονέζα, ζωικό λίπος, κρέμες, παστές τροφές, παγωτά, παχιά κρέατα, αλλαντικά, μπέικον και κρόκοι αυγών, πλήρες γάλα, ολόπαχα γιαούρτια (λίπος > 2%) και λιπαρά τυριά, τυριά σε κρέμα, γλυκά και σοκολάτα, κακάο, ροφήματα και κρουασάν, αρτοσκευάσματα με αυγά και βούτυρο, τηγανητά τρόφιμα (π.χ. πατάτες, τοιπς) κτλ.



Η διατροφική πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής

Ποιές τροφές επιτρέπονται;

Οι τροφές που μπορούμε να καταναλώνουμε είναι όσες περιέχουν καλής ποιότητας λίπη π.χ. μονοακόρεστα (ελαιόλαδο) ή πολυακόρεστα (ψάρια, ξηροί καρποί) ή φυτικές ίνες (διαλυτές και αδιάλυτες). Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται: το ψωμί, οι φρυγανιές, τα παξιμάδια, το ρύζι, οι πατάτες, τα ζυμαρικά, τα ψάρια και το κοτόπουλο, το άπαχο κρέας, το ελαιόλαδο - σπορέλαια, τα αποβουτυρωμένα γαλακτοκομικά, οι άλιπες σούπες και όσπρια, τα λαχανικά (αγκινάρες, μελιτζάνες, λάχανο, καρότα, κουνουπίδι, κολοκυθάκια, αγγούρι, μαρούλι, μανιτάρια, πιπεριές, σπανάκι, καλαμπόκι, ντομάτες, χόρτα) κτλ.

Σακχαρώδης διαβήτης και διαιτητικές παρεμβάσεις

Η δίαιτα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της αγωγής του διαβήτη και είναι άκρως απαραίτητη για τη ρύθμιση όλων των διαβητικών ασθενών. Θα πρέπει να περιέχει υδατάνθρακες κυρίως από φυτικές ίνες, όπως τα φρούτα, τα λαχανικά και τα όσπρια. Εκτός όμως από τους υδατάνθρακες, σημαίνουσας σημασίας έχουν και τα λίπη και τα λευκώματα. Και τα τρία αυτά συστατικά παρέχουν το ολικό ποσό των θερμίδων, δηλαδή της απαραίτητης

ενέργειας για την πραγματοποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Τα λίπη πρέπει κατά κύριο λόγο να είναι φυτικά με βάση το ελαιόλαδο σε πολύ λιγότερο ποσοστό ζωικά, που να βασίζονται δηλαδή, στο βούτυρο. Από τις λευκωματούχες τροφές ως καλύτερη επιλογή θεωρείται το κοτόπουλο και τα ψάρια και λιγότερο τα λιπαρά κρέατα, κυρίως για την περιεκτικότητά τους σε ζωικά λίπη και χοληστερίνη.

Ποιός ο ρόλος της διατροφής στην αντιμετώπιση της υπέρτασης;

Φαίνεται ότι ένας μεγάλος αριθμός αλλαγών στον τρόπο ζωής, μπορεί να συμβάλει στη διατήρηση της αρτηριακής πίεσης εντός των φυσιολογικών ορίων και να μειώσει την πιθανότητα εκδήλωσης της υπέρτασης. Η απώλεια βάρους σε υπέρβαρα - παχύσαρκα άτομα, η μείωση της διαιτητικής πρόσληψης νατρίου, ο μετριασμός στην κατανάλωση αλκοόλ, η καθημερινή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, η μειωμένη κατανάλωση κορεσμένου λίπους (λίπος κρέατων, λίπος γαλακτοκομικών), η ενίσχυση της φυσικής δραστηριότητας, αποτελούν μερικά από «μυστικά» για μια σωστή ρύθμιση των τιμών της αρτηριακής πίεσης.

Παχυσαρκία και διατροφή

Η παχυσαρκία, είναι η πάθηση που δύναται να προληφθεί και να ελεγχθεί άμεσα εξισορροπώντας την προσλαμβανόμενη και την καταναλισκόμενη ενέργεια μέσω της πρόσληψης των θερμίδων. Αυτό επιτυγχάνεται κυρίως με την υιοθέτηση της υγιεινής διατροφής σε συνδυασμό με την τακτική άσκηση. Η μεσογειακή διαίτα μπορεί να συμβάλει αρκετά στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, λόγω της ποικιλίας των τροφών αλλά και της γαστρονομικής απόλαυσης που προσφέρει, έχοντας ως βασικό γνώμονα την συνετή θερμιδική πρόσληψη. Επιπλέον, το υψηλό περιεχόμενο της σε άπεπτες φυτικές ίνες προκαλεί ελάττωση της όρεξης αναπτύσσοντας ταχύτερα το αίσθημα κορεσμού.

Υπάρχει διαίτα που μπορεί να συνδυάζει όλα τα παραπάνω οφέλη;

Είναι πλέον επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι η καθιέρωση της μεσογειακής διατροφής με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που την διακρίνουν αποτελεί τη «διαίτα πρότυπο» για την επίτευξη της μακροζωίας και καλού επιπέδου ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα, με τη μεσογειακή διατροφή μειώνεται σημαντικά η πιθανότητα καρδιαγγειακών παθήσεων, ενώ το ελαιόλαδο που αποτελεί ένα από τα βασικότερα συστατικά της ασκεί ευεργετική

δράση σε ορισμένους τύπους καρκίνου, όπως του καρκίνου του μαστού, του προστάτη και του παχέος εντέρου. Η μεσογειακή διατροφή προστατεύει από την έκπτωση των εγκεφαλικών λειτουργιών, την απώλεια μνήμης και γενικότερα από ένα μεγάλο φάσμα ασθενειών που σχετίζονται με το γήρας. Τέλος, όπως ήδη αναφέρθηκε μειώνει την αρτηριακή πίεση, ενώ έχει θετικές επιδράσεις στο μεταβολισμό της γλυκόζης και των λιπιδίων σε ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη τύπου 2.


Τι είναι η Μεσογειακή Διατροφή;

Η μεσογειακή διατροφή περιλαμβάνει ένα διαιτολόγιο που βασίζεται στην ταξινόμηση ομάδων τροφίμων, δηλαδή ποια τρόφιμα και σε ποιες ποσότητες πρέπει να καταναλώνονται σε ημερήσια ή σε εβδομαδιαία βάση, ώστε να διατρεφόμεστε σωστά. Η τήρηση του συγκεκριμένου διαιτολογίου αποτελεί το χρυσό κανόνα της διατροφής και εξασφαλίζει υγιεινή διαβίωση, σωματική και πνευματική απόδοση. Με τη μορφή πυραμίδας εμφανίζεται η συχνότητα με την οποία θα πρέπει να καταναλώνονται τα διάφορα τρόφιμα. Περιλαμβάνει μεγάλη ποικιλία τροφών, έτσι ώστε το ένα είδος τροφής να συμπληρώνει το άλλο, ως προς τις θρεπτικές ουσίες, τις οποίες έχει ανάγκη καθημερινά ο άνθρωπος.

Στην καθημερινή κατανάλωση περιλαμβάνονται οι εξής τροφές: Ψωμί, δημητριακά, ζυμαρικά, ρύζι, πατάτες, φρούτα, όσπρια, ξηρούς καρπούς, λαχανικά, γάλα, τυρί, γιαούρτι, ελιές και τέλος, ελαιόλαδο. Μερικές φορές την εβδομάδα πρέπει να καταναλώνονται: Αυγά, πουλερικά, ψάρια και γλυκά. Το κόκκινο κρέας επιτρέπεται μερικές φορές το μήνα, ή αν καταναλώνεται πιο συχνά, πρέπει να είναι σε μικρές ποσότητες. Επίσης το κρασί επιτρέπεται καθημερινά, αλλά πάντα με μέτρο.

Η Μεσογειακή διαίτα είναι πλούσια σε σύνθετους υδατάνθρακες και άπεπτες φυτικές ίνες, που δημιουργούν αίσθημα πληρότητας στον οργανισμό, χωρίς να τον φορτώνουν με «παραπανίσιες» θερμίδες. Ακόμη είναι πλούσια σε πρωτεΐνες, που προέρχονται από τα γαλακτοκομικά προϊόντα, τα αυγά, τα όσπρια, το λευκό και το κόκκινο κρέας, ενώ διατηρεί σε χαμηλά επίπεδα τα κορεσμένα «κακά» λιπαρά. Το ελαιόλαδο έχει την πρώτη θέση στην παρεμπόδιση εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, διότι περιέχει μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και απομακρύνει την «κακή» χοληστερίνη, που μαζί με το κάπνισμα, το άγχος και τη μειωμένη φυσική δραστηριότητα οδηγεί στις περισσότερες παθήσεις. Τα λαχανικά και τα φρούτα είναι πλούσια σε βιταμίνες, μέταλλα και αντιοξειδωτικά, ενώ δίνουν στον οργανισμό λίγες θερμίδες. Τα ψάρια με τα λιπαρά οξέα «ω-3» που περιέχουν, παρεμποδίζουν την εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων και του καρκίνου.





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

Το επικίνδυνο ταξίδι του νερού...



Ανοίγουμε τη βρύση και απλά αυτό...
τρέχει. Ελάχιστοι την ώρα εκείνη
συνειδητοποιούμε ότι η βρύση μας
είναι απλά η τελευταία στάση ενός πολύ
μακρινού ταξιδιού, στη διάρκεια του
οποίου μπορεί να έχει συναντήσει ουκ
ολίγους... τοξικούς εχθρούς.

«να προσέχουμε τι νερό έχουμε»



«Να προσέχουμε για να έχουμε», ήταν το κάποτε επιτυχημένο σλόγκαν της εκστρατείας εξοικονόμησης νερού. Όλα δείχνουν όμως σήμερα ότι αυτό θα πρέπει να εξελιχθεί στο «να προσέχουμε τι νερό έχουμε». Πράγματι, οι περισσότεροι ανοίγοντας απλά τη βρύση μας δε συνειδητοποιούμε ότι το νερό που φαίνεται ότι τρέχει γάργαρο και καθαρό προέρχεται είτε από κάποια λίμνη ή κάποιο ποταμό είτε από βαθιά μέσα στο υπέδαφος. Από πηγές, δηλαδή, οι οποίες ενδεχομένως να «βάλλονται» από μια σειρά επικίνδυνους παράγοντες -ως επί το πλείστον με ευθύνη του ανθρώπου. Στο πέρασμά του από τη γη, το νερό μπορεί να συλλέξει κάθε λογής ρυπαντές, από απλά σωματίδια (άμμο, λάσπη), μέχρι και χημικές ουσίες όπως υδράργυρο, μόλυβδο, αμίαντο και ραδόνιο από βιομηχανικά απόβλητα και φυτοφάρμακα και λιπάσματα από γεωργικές καλλιέργειες. Το κατά πόσο όλα αυτά θα αφήσουν το «στίγμα» τους και στο νερό που γεμίζει καθημερινά το ποτήρι μας και δροσίζει τον οργανισμό μας εξαρτάται αποκλειστικά από τους ελέγχους που προηγούνται. Δυστυχώς, όμως, όπως αποδεικνύεται σχεδόν καθημερινά, αυτοί δεν είναι αρκετοί...

Δεν έχουν όλοι το Μόρνο... Σκεφτείτε για παράδειγμα τους κατοίκους των Οινόφυτων, του Ωρωπού, του Χαλκουτσίου και των άλλων περιοχών της Αττικοβοιωτίας που «μοιράζονται» τον ίδιο, ενιαίο υδροφόρο ορίζοντα, από τον οποίο και υδροδοτούνται από γεωτρήσεις. Εως πριν από λίγο καιρό, άνοιγαν όπως όλοι μας τη βρύση τους είτε για να πιουν νερό, είτε για να μαγειρέψουν, να φροντίσουν την προσωπική τους υγιεινή, να ποτίσουν τα λουλούδια ή τα χωράφια τους. Δε μπορούσαν να γνωρίζουν ότι στο ταξίδι του το νερό είχε «συλλέξει» και διατηρήσει ως το τέρμα σε υψηλές μάλιστα συγκεντρώσεις επικίνδυνα βαρέα μέταλλα, όπως το κάδμιο και ο μόλυβδος και το καρκινογόνο εξασθενές χρώμιο. Κι όμως, εξαιτίας -όπως έχει αποδειχθεί περίτρανα- της ασυδοσίας πολλών εργοστασίων της ευρύτερης περιοχής των Οινόφυτων τα οποία, αντί να επεξεργάζονται ως όφειλαν τα απόβλητά τους, τα απέρριπταν ως είχαν στα νερά του Ασωπού ποταμού, το πόσιμο νερό δεκάδων οικισμών, όχι μόνο ήταν ακατάλληλο για ανθρώπινη κατανάλωση, αλλά και για οποιαδήποτε άλλη χρήση.

Δε χωρά αμφιβολία ότι η κατανάλωση του «τοξικού» αυτού νερού μπορεί να προκαλέσει σοβαρές βλάβες στην υγεία, ωστόσο για να εξακριβωθούν οι συνέπειες της μακροχρό-

νιας «έκθεσης» σε αυτό ενός τόσο μεγάλου πληθυσμού θα πρέπει να πραγματοποιηθούν επιδημιολογικές μελέτες. Οι ίδιοι οι κάτοικοι πάντως φαίνεται να γνωρίζουν πια σε τι κίνδυνο έθεταν τον εαυτό τους πίνοντας αυτό το νερό. Είναι κοινό μυστικό στην ευρύτερη περιοχή το γεγονός ότι οι θάνατοι από καρκίνο έχουν εκτοξευθεί στα ύψη... Είναι χαρακτηριστικό ότι η νωση Ελλήνων Χημικών εξέδωσε πόρισμα στο οποίο αναφέρεται ρητώς ότι οι περιπτώσεις ύπαρξης υψηλών συγκεντρώσεων ολικού και εξασθενούς χρωμίου συνιστούν λόγο διακοπής της χρήσης του νερού για ανθρώπινη αλλά και οικιακή χρήση.

Δεν είναι βέβαια μόνο ο Ασωπός. Ούτε μόνο το εξασθενές χρώμιο η ουσία που απειλεί την υγεία των καταναλωτών. Για την ακρίβεια, τα βιομηχανικά απόβλητα αντιπροσωπεύουν ένα μικρό μόνο μέρος της απειλής που αντιμετωπίζουν τα επιφανειακά και υπόγεια ύδατα της χώρας μας. Ο βασικός κίνδυνος προέρχεται από την εντατική γεωργία και κτηνοτροφία. Υπολογίζεται ότι περίπου 1200 χημικά είδη, που περιέχουν 230 δραστικές ουσίες κυκλοφορούν στο εμπόριο και χρησιμοποιούνται στις καλλιέργειες ως φυτοφάρμακα, λιπάσματα ή ζιζανιοκτόνα. Πολλά από τα φυτοφάρμακα είναι ιδιαίτερα ανθεκτικά στο χρόνο και γι' αυτό εξαιρετικά επικίνδυνα, όταν καταλήγουν στο νερό. Το όριο που έχει υιοθετηθεί για την περιεκτικότητα σε φυτοφάρμακα είναι 0,5 μικρογραμμάρια (εκατομμυριοστό του γραμμαρίου) ανά λίτρο συνολικά, και ειδικά για ορισμένα οργανο-χημικά (τα ίδια ή τα προϊόντα αποικοδόμησής τους είναι ιδιαίτερα τοξικά) το όριο είναι το 0,1 μικρογραμμάρια ανά λίτρο.

Η νομοθεσία ορίζει, επίσης ότι το πόσιμο νερό δεν πρέπει να περιέχει περισσότερα από 50 milligram (χιλιοστά του γραμμαρίου) ανά λίτρο νιτρικών. Οι νιτρικές ενώσεις στα νερά προέρχονται, συνήθως, από τη χρήση λιπασμάτων και την απόρριψη λυμάτων και ιλύος. Οι νιτρικές ενώσεις είναι ουσίες, που υπάρχουν στη φύση, αλλά αυτό, που προκαλεί ανησυχία είναι οι ουσίες, στις οποίες μετασχηματίζονται: τα νιτρώδη και οι νιτροζαμίνες. Η μακροχρόνια κατανάλωση αυτών των ουσιών μέσω της τροφικής αλυσίδας μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στην ανθρώπινη υγεία, όπως ανάπτυξη καρκίνου. Κι όμως έχει βρεθεί ότι δύο στα δέκα δείγματα πόσιμου νερού στη χώρας μας εμφανίζουν υψηλή περιεκτικότητα σε νιτρικά άλατα.



Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση:

τι είναι και πως αντιμετωπίζεται;

Τυπικά ο οπισθοστερνικός καύσος γίνεται αντιληπτός τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα και εμφανίζεται ή επιδεινώνεται μετά από τη λήψη λιπαρών γευμάτων ή την κατάκλιση

Η παρουσία παχυσαρκίας, το κάπνισμα, αλλά και η κατανάλωση αλκοόλ αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες παλινδρόμησης. Άλλα συμπτώματα που μπορεί να υποδηλώνουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι οι όξινες ερυγές και ο θωρακικός πόνος, ενώ και εξωοισοφαγικές εκδηλώσεις, όπως βράγχος φωνής ή χρόνιος βήχας μπορεί να παρατηρηθούν.

Τι είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση;

Αν θέλουμε να ορίσουμε τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση θα λέγαμε ότι όξινο γαστρικό περιεχόμενο παλινδρομεί στον οισοφάγο, προκαλώντας συμπτώματα και/ή βλάβη του οισοφαγικού βλεννογόνου. Από τον ορισμό αυτό γίνεται αμέσως φανερό ότι η παρουσία οισοφαγίτιδας (φλεγμονή του οισοφαγικού βλεννογόνου) δεν είναι προαπαιτούμενο για τη διάγνωση και ότι η εμφάνιση συμπτωμάτων και μόνο αρκεί για να χαρακτηρίσει τους παλινδρομικούς ασθενείς.

Πόσο συχνή είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση;

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας και σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα, το 44% των ενηλίκων στις Η.Π.Α. εμφανίζουν αίσθημα οπισθοστερνικού καύσου, τουλάχιστον μία φορά το μήνα. Αντίστοιχα δεδομένα στον Ελληνικό πληθυσμό καταδεικνύουν ότι το 38% των ατόμων αναφέρει συμπτώματα γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης κάθε εβδομάδα.

Πώς εκδηλώνεται η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση;

Το πιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα της νόσου είναι ο οπισθοστερνικός καύσος, ένα υποκειμενικό σύμπτωμα πύρωσης (καύσου) που εντοπίζεται στο επιγάστριο, τη ξιφοειδή απόφυση και το στέρνο. Το 75% των ασθενών με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση εμφανίζουν οπισθοστερνικό καύσο, ενώ και αντίστροφα το 75% των ασθενών με οπισθοστερνικό καύσο πάσχουν από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, επομένως το συγκεκριμένο σύμπτωμα είναι αρκετά ειδικό και θεωρείται ότι χαρακτηρίζει τη νόσο. Τυπικά ο οπισθοστερνικός καύσος γίνεται αντιληπτός τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα και εμφανίζεται ή επιδεινώνεται μετά από τη λήψη λιπαρών γευμάτων ή την κατάκλιση. Παράλληλα,

η παρουσία παχυσαρκίας, το κάπνισμα, αλλά και η κατανάλωση αλκοόλ αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες παλινδρόμησης. Άλλα συμπτώματα που μπορεί να υποδηλώνουν παλινδρόμηση είναι οι όξινες ερυγές και ο θωρακικός πόνος, ενώ και εξωοισοφαγικές εκδηλώσεις, όπως βράγχος φωνής ή χρόνιος βήχας μπορεί να παρατηρηθούν.

Τι προκαλεί τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση;

Η παροδική χάλαση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα, δηλαδή του σφιγκτήρα που δημιουργεί ο μυϊκός χιτώνας στο σημείο μετάπτωσης του οισοφάγου στο στομάχι θεωρείται, σήμερα, ο κυριότερος παθογενετικός μηχανισμός παλινδρόμησης. Η παρουσία διαφραγματοκήλης σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παροδικών χαλάσεων, αλλά και με μειωμένη κάθαρση του παλινδρομούντος γαστρικού περιεχομένου.

Πώς διαγιγνώσκεται η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση;

Η διάγνωση τίθεται με την τυπική συμπτωματολογία, αν και η εξέταση εκλογής θεωρείται η 24ωρη pHμετρία. Η γαστροσκόπηση συνήθως δεν βοηθάει στη διάγνωση, δεδομένου ότι οι περισσότεροι ασθενείς (σε ποσοστό πάνω από 50%) δεν εμφανίζουν οισοφαγίτιδα. Η διενέργεια της γαστροσκόπησης, όμως, είναι απαραίτητη όταν υπάρχουν ανησυχητικά συμπτώματα, όπως δυσκαταποσία, αιμορραγία, αναιμία ή απώλεια βάρους.

Πώς αντιμετωπίζεται η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση;

Η θεραπεία της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης έχει σαν στόχο τόσο την εξάλειψη των συμπτωμάτων, όσο και την επούλωση της οισοφαγίτιδας, εφόσον αυτή υπάρχει. Στη συνέχεια, η θεραπευτική προσπάθεια επικεντρώνεται στην πρόληψη των υποτροπών,



δεδομένου ότι η παλινδρόμηση, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, είναι μια χρόνια νόσος. Παράλληλα, η επιτυχής θεραπευτική μας παρέμβαση είναι απαραίτητη, προκειμένου να προλάβουμε την εμφάνιση επιπλοκών, όπως για παράδειγμα την εμφάνιση στενώσεων του οισοφάγου ή ακόμα και την εμφάνιση οισοφάγου Barrett, επιπλοκές οι οποίες μπορεί να παρατηρηθούν σε ασθενείς με μακροχρόνια γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Για την επίτευξη των στόχων αυτών έχουμε στη διάθεση μας φαρμακευτικά σκευάσματα, αντιπαλινδρομικές χειρουργικές επεμβάσεις, αλλά και ενδοσκοπικές τεχνικές.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ

Η φαρμακευτική αγωγή για την αρχική αντιμετώπιση των ασθενών με παλινδρόμηση συνίσταται στη χορήγηση αναστολέων της αντλίας πρωτονίων. Οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων (εσομεπραζόλη, ομεπραζόλη, λανσοπραζόλη, παντοπραζόλη, ραμπεπραζόλη) επιφέρουν συμπτωματική ανακούφιση στο 83% των ασθενών (διακύμανση: 71-96%) και επούλωση της οισοφαγίτιδας στο 78% των περιπτώσεων (διακύμανση: 62-94%), μέσα σε ένα χρονικό διάστημα 4-8 εβδομάδων. Θεραπεία με ανταγωνιστές ισταμίνης τύπου 2 (ρανιτιδίνη, σιμετιδίνη, φαμοτιδίνη), οι οποίες προτείνονταν στο παρελθόν δε χρησιμοποιούνται πλέον, δεδομένου ότι τα ποσοστά επιτυχίας είναι σημαντικά χαμηλότερα (συμπτωματική ανακούφιση: 32-82%, επούλωση οισοφαγίτιδας: 0-82%).

Παρότι η χορήγηση ενός αναστολέα αντλίας πρωτονίων επιτυγχάνει τον έλεγχο της παλινδρόμησης στην πλειονότητα των ασθενών, σε 75-92% των περιπτώσεων τα συμπτώματα θα υποτροπιάσουν μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Για το λόγο αυτό στους περισσότερους ασθενείς συνιστάται συνέχιση της

φαρμακευτικής αγωγής σε βάθος χρόνου. Ήδη υπάρχει εμπειρία χορήγησης αναστολέων της αντλίας πρωτονίων για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 15 ετών, τόσο στην Ευρώπη, όσο και στις Η.Π.Α. Οι αρχικές ανησυχίες για τις επιπτώσεις που θα μπορούσε να έχει η αύξηση της γαστρίνης και η ατροφία του βλεννογόνου δεν έχουν επιβεβαιωθεί και η μακροχρόνια χορήγηση των φαρμάκων αυτών θεωρείται απόλυτα ασφαλής.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ – ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ

Η χειρουργική θεραπεία της παλινδρόμησης προτείνεται σαν εναλλακτική λύση για τους ασθενείς εκείνους που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή, για εκείνους που δεν πειθαρχούν στη φαρμακευτική αγωγή, καθώς και για εκείνους στους οποίους απαιτείται χορήγηση υψηλών δόσεων αναστολέων αντλίας πρωτονίων για μακρύ χρονικό διάστημα (π.χ. νέοι σε ηλικία ασθενείς).

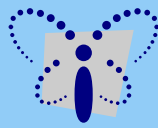
Κυρίως εφαρμόζεται η θολοπλαστική Nissen, η οποία εκτελείται και λαπαροσκοπικά. Το ποσοστό αποτυχίας είναι γύρω στο 10%, ενώ και μετεγχειρητικά ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών (50-60%) χρειάζεται να λαμβάνει και πάλι αναστολείς αντλίας πρωτονίων. Η επιτυχία της επέμβασης εξαρτάται, άμεσα, από την ικανότητα του χειρουργού, όπως αποδεικνύεται και από τα διαφορετικά ποσοστά αποτελεσματικότητας που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία, ανάλογα με το κέντρο στο οποίο πραγματοποιήθηκε η μελέτη.

Τέλος, σε μια προσπάθεια να αποφευχθεί η χειρουργική επέμβαση σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή, έχουν τελευταία αναπτυχθεί και ενδοσκοπικές μέθοδοι αντιμετώπισης της παλινδρόμησης, οι οποίες, όμως, ακόμα δεν έχουν βρει ευρεία εφαρμογή στην κλινική πράξη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

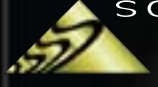
Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι μια συχνή κλινική οντότητα, η οποία εκδηλώνεται συνήθως με αίσθημα οπισθοστερνικού καύσου. Οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων αποτελούν τα φάρμακα εκλογής για την αντιμετώπιση της νόσου. Δεδομένου ότι, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η νόσος είναι μακροχρόνια, οι περισσότεροι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν τα φάρμακα αυτά σε βάθος χρόνου.





Μ.Σ. Ιακωβίδης Ελλάς Α.Ε.

SANDHILL
SCIENTIFIC



Νέο Σύστημα
Καταγραφής
και Μελέτης της
Γαστρο-Οισιφαγικής
Παλινδρόμησης Μέσω
του Συνδυασμού
των Δεδομένων της
Εμπέδησης
(Impedance)
και της pH-μετρίας.

ZepHr™

* Μικρότερο Μέγεθος
* Εγγύηση της Τεχνογνωσίας SANDHILL



Φιλελλήνων 24, 152 32 Χαλάνδρι - Αθήνα, Τηλ. Κέντρο: 210 68 56 870, Fax: 210 68 17 608
e-mail: info@msjacovides.com website: www.msjacovides.com

Προετοιμάστε *το σώμα σας* να υποδεχθεί το καλοκαίρι



Οι παραλίες μάς περιμένουν και πρέπει να είμαστε αντάξιοι των προσδοκιών τους



Το καλοκαίρι πρόκειται να σας υποδεχτεί με ιδιαίτερως ζεστές αγκάλες ωστόσο οι παραλίες ενδέχεται να είναι πιο αυστηρές μαζί μας. Η προοπτική των θαλασσιών εξορμήσεων προκαλεί άγχος σε πολλούς από εμάς οι οποίοι κατά τη διάρκεια του χειμώνα συνηθίζουμε να τρώμε λίγο παραπάνω. Λίγο το κρύο, λίγο τα βαριά χειμωνιάτικα φαγητά, λίγο τα βαριά ρούχα πίσω από τα οποία κρύβουμε τα παραπανίσια κιλά φαίνεται ότι μετατοπίζουν τη βελόνα της ζυγαριάς προς τα πάνω. Ο τρόμος κάθε γυναίκας αλλά και άντρα πλησιάζει μαζί με την ηλιοφάνεια και την καλοκαιρία. Οι παραλίες μάς περιμένουν και πρέπει να είμαστε αντάξιοι των προσδοκιών τους. Ωστόσο ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι η προετοιμασία για την παραλία δεν πρέπει να αφορά μόνο στην εξωτερική μας εμφάνιση. Σημασία δεν έχει μόνο να «κρουφήξουμε» την κοιλιά, να σφίξουμε τους γλουτούς και να «μαζέψουμε» τα «ψωμάκια» ή τα «σωσίβια». Η θερινή περίοδος συνεπάγεται εντονότερη άσκηση συνήθως καθώς οι επισκέψεις στην παραλία περιλαμβάνουν συνήθως κολύμπι, που σε συνδυασμό με τις υψηλές θερμοκρασίες που σημειώνονται κάθε χρόνο στη χώρα μας απαιτούν πολύ καλή φυσική κατάσταση. Το καλοκαίρι εξαντλεί τον οργανισμό μας και ο καλύτερος τρόπος να αντιμετωπίσουμε την θερινή κόπωση είναι να θωρακίσουμε το κορμί μας με δυνάμεις. Η προετοιμασία, αν δεν είμαστε από αυτούς που αθλούνται συστηματικά, καλό είναι να ξεκινά όσο το δυνατόν νωρίτερα. Βέβαια δεν χρειάζεται να μας πιάνει πανικός καθώς καλύτερα να προετοιμαστούμε με κάποια καθυστέρηση παρά να μας βρει το καλοκαίρι σε χειμερία νάρκη.

Ακολουθώντας την πεπατημένη, θα μπορούσαμε να γραφτούμε σε κάποιο γυμναστήριο και να ακολουθήσουμε ένα πρόγραμμα το οποίο να μην υπερβαίνει τις τέσσερις φορές την εβδομάδα, χωρίς φυσικά να υπερβάλλουμε κατά τις πρώτες επισκέψεις μας. Η αεροβική γυμναστική είναι αυτή που πρέπει να προτιμάται καθώς αυτή είναι που βελτιώνει τη φυσική μας κατάσταση, ενώ θωρακίζει την καρδιά, η οποία θα πρέπει να είναι δυνατή για να αντιμετωπίσει το καυτό καλοκαίρι.

Πολλοί βέβαια είναι αυτοί που αισθάνονται απέχθεια στη σκέψη και μόνο ενός αποστειρωμένου περιβάλλοντος

γυμναστηρίου. Εναλλακτικές υπάρχουν αρκεί να είμαστε ευρηματικοί και να έχουμε όρεξη να ανακαλύψουμε καινούρια πράγματα και δραστηριότητες. Ο εξοπλισμός ενός σπιτιού με ορισμένα όργανα γυμναστικής είναι μία σκέψη. Ωστόσο υπάρχουν μικρές λεπτομέρειες που θα πρέπει να προσέξουμε προκειμένου να μην μετατραπεί ο διάδρομος ή το όργανο κωπηλασίας σε «υπαίθρια» ντουλάπα. Σε πρώτη φάση αποφεύγετε, εάν αυτό είναι εφικτό, να τοποθετήσετε το όργανο γυμναστικής που θα επιλέξετε μέσα στο υπνοδωμάτιο. Αυτό κατ' αρχάς σάς στερεί τη δυνατότητα άσκησης σε περίπτωση που κάποιος άλλος κοιμάται στο δωμάτιο αποκλείοντας συνήθως τη δυνατότητα πρωινής γυμναστικής. Παράλληλα, συνειρμικά η κρεβατοκάμαρα παραπέμπει στις νυχτερινές συναναστροφές με τον Μορφέα, κοινώς στο μυαλό σας έρχεται πάντα ο ύπνος. Οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα, δείχνει παράταιρη σε ένα χώρο που προσανατολίζεται για ξεκούραση και ύπνο. Θα μπορούσατε να τοποθετήσετε το όργανο σε ένα χώρο που είτε διαθέτει τηλεόραση είτε ένα στερεοφωνικό τα οποία θα σας κρατούν απασχολημένους κατά τη διάρκεια της άθλησης.

Υπάρχει βέβαια και η πιο οικονομική λύση που είναι το γρήγορο περπάτημα ή ο τζόκινγκ. Τα αποτελέσματα συνήθως είναι πιο αναζωογονητικά, διότι η εναλλαγή παραστάσεων στο εξωτερικό περιβάλλον, ανεβάζουν συνήθως τη διάθεση και κρατούν αμείωτο το ενδιαφέρον. Σαράντα λεπτά ως μία ώρα περπάτημα για τρεις ή τέσσερις φορές την εβδομάδα μπορεί να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα καθώς αποτελούν την ιδανική αερόβια άσκηση που δεν καταπονεί και τις κλειδώσεις.

Σε περίπτωση όμως που ούτε ο απογευματινός περίπατος σάς εμπνέει μπορείτε να μπειτε στο ρυθμό του χορού. Παρακολουθήστε μαθήματα χορού, εάν μπορεί να σας συνοδεύει και ένα φιλικό πρόσωπο, ακόμα καλύτερα και στη συνέχεια αφεθείτε στα βήματα του δασκάλου. Πρόκειται για ιδιαίτερα καλή άσκηση η οποία βελτιώνει σημαντικά και τη διάθεση, ενώ αποβάλλει και την αίσθηση της καταναγκαστικής άσκησης.

Άλλες δραστηριότητες στις οποίες θα μπορούσε να επιδοθεί κανείς είναι εκδρομές για ράφτινγκ, πίντ μπολ ή ακόμη και ορειβασία, που με την σωστή καθοδήγηση δεν απαιτούν προηγούμενη εμπειρία.



Έχει ο αθλούμενος έφηβος ανάγκη από ειδική διατροφή;



Από τους αρχαίους Ολυμπιακούς αγώνες ήταν ήδη γνωστό ότι οι αθλητές που συμμετείχαν σε φυσική δραστηριότητα είχαν αυξημένη ανάγκη ενέργειας και η τροφή τους ήταν ειδική για την απόκτηση δύναμης και αντοχής.

Σήμερα προπονητές, αθλητίατροι, αθλητές και γονείς ενημερώνονται όλο και περισσότερο για τη σημασία που έχει μια επαρκής διατροφή σε ποσότητα και ποιότητα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την προπόνηση ή τον αγώνα, όχι μόνο στην αθλητική απόδοση αλλά και γενικότερα στη σωματική αύξηση και υγεία.

Γενικές αρχές διατροφής των εφήβων αθλητών

Είναι κοινή διαπίστωση ότι σήμερα οι έφηβοί μας αθλούνται συστηματικότερα, συμμετέχοντας σε αγώνες και αθλήματα που απαιτούν μεγαλύτερη ένταση και προσπάθεια χωρίς αναγκαστικά να σημαίνει ότι κάνουν πρωταθλητισμό. Η αυξημένη αυτή φυσική δραστηριότητα κατά την προπόνηση ή τον αγώνα θα αυξήσει την ημερήσια ενέργεια που δαπανάται και σε συγκεκριμένα αθλήματα μπορεί να κυμαίνεται από 500 έως και πάνω από 1500 θερμίδες (Kcal) την ώρα.

Κατά τη διάρκεια της άθλησης ο ανθρώπινος οργανισμός χρησιμοποιεί τις δικές του αποθήκες ενέργειας, όπως είναι το γλυκογόνο του ήπατος και των μυών, το λίπος του λιπώδους ιστού και μικρά ποσά πρωτεΐνης των μυών και των οργάνων. Οι απώλειες αυτές θα πρέπει όμως να αναπληρωθούν άμεσα με την κατανάλωση των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών μιας καλά ισορροπημένης διατροφής, που για τα περισσότερα αθλήματα θα πρέπει ουσιαστικά να περιέχει υδατάνθρακες και μάλιστα στο μεγαλύτερο ποσοστό 60-70%, λίπος 30% και το υπόλοιπο 15% πρωτεΐνες.

ΠΗΓΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ

1. Υδατάνθρακες

Οι υδατάνθρακες είναι το σπουδαιότερο καύσιμο του οργανισμού. Αποθηκεύονται στο ανθρώπινο σώμα ως ενδογενείς υπό μορφή γλυκογόνου στο ήπαρ και στους μυς. Το ηπατικό γλυκογόνο ανέρχεται σε 100 gr προσφέροντας 400 Kcal, ενώ το μυϊκό γλυκογόνο κυμαίνεται από 300-500 gr προσφέροντας 1200-2000 Kcal ενέργειας. Το ηπατικό γλυκογόνο διατηρεί την ομοιοστασία της γλυκόζης στο αίμα, ενώ το μυϊκό χρησιμοποιείται για τη λειτουργία των μυών κατά τη διάρκεια της άσκησης. Η ποσότητα αυτή του μυϊκού και ηπατικού γλυκογόνου είναι αρκετή για να εφοδιαστεί ο οργανισμός με ενέργεια για αγώνα ή προπόνηση διάρκειας 1-2 ωρών. Η εξάντληση επομένως του γλυκογόνου και η στέρηση των υδατανθράκων από την τροφή θα προκαλέσουν μείωση της αθλητικής απόδοσης και κόπωση.

Το είδος των υδατανθράκων, η επαρκής ποσότητα και ο τακτικός χρόνος λήψης με την τροφή, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την άσκηση, επηρεάζουν σημαντικά την αθλητική απόδοση και την σωματική κόπωση που ακολουθεί.

Πιο κατάλληλοι είναι οι υδατάνθρακες που λαμβάνονται σε στερεή ή υγρή μορφή και έχουν υψηλό γλυκαιμικό δείκτη, δηλαδή προκαλούν γρήγορη αύξηση της γλυκόζης στο αίμα, δεν περιέχουν φυτικές ίνες, διαλύονται και πέπτονται εύκολα, έχουν ταχεία γαστρική κένωση και παράλληλα αναπληρώνουν τα υγρά που έχουν χαθεί με τον ιδρώτα. Ιδεώδης πηγή είναι οι βιομηχανοποιημένοι υδατάνθρακες που λαμβάνονται υπό μορφή ειδικών αθλητικών αναψυκτικών αλλά και τα

ελαφρά ροφήματα, οι χυμοί φρούτων και τα ανθρακούχα αναψυκτικά.

Η ποσότητα των υδατανθράκων που περιέχουν τα αθλητικά αναψυκτικά είναι μικρότερη συγκριτικά με εκείνη των κοινών αναψυκτικών, έτσι ώστε οι μεγάλες ποσότητες των αθλητικών αναψυκτικών που πίνουν οι αθλητές να μην προκαλούν γαστρεντερικά συμπτώματα, όπως διάρροια, ναυτία ή έμετος.

Τα αθλητικά αναψυκτικά προτείνεται να είναι ισότονα, δηλαδή ≤ 300 mOsm/L, για την καλή γαστρική κένωση, να είναι ελαφρά, δηλαδή η συγκέντρωση σε νάτριο να μην υπερβαίνει τα 10-25 mmol/L, να είναι κρύα (10-15°C) γιατί έχουν καλύτερη γεύση, και ευοδώνουν τη γαστρική κένωση. Να μην είναι πολύ γλυκά, γιατί η αίσθηση της γεύσης αυξάνεται κατά τη διάρκεια της άθλησης με αποτέλεσμα να μην καταναλίσκονται ευχάριστα και να μην επιτυγχάνεται η σωστή ενυδάτωση.

Σαν πηγή υδατανθράκων συνιστώνται μονο-, δι- και oligo-σακχαρίτες, καθώς και πολυμερή της γλυκόζης σε συγκέντρωση περίπου 10%, σε σωστή αναλογία μεταξύ τους, γιατί έτσι αποφεύγεται η υπερέκκριση ινσουλίνης, διευκολύνεται η σωστή αναπλήρωση των υγρών του σώματος, προσφέρεται η απαιτούμενη ενέργεια και αποφεύγεται η υπερώσμωση, η οποία προκαλεί γαστρεντερικές διαταραχές.

Πολλά αθλητικά αναψυκτικά κυκλοφορούν στο εμπόριο (Isostar, Gatorade, Powerrade, Lucozade sport, Lucozade energy κ.α), μερικά όμως από αυτά δεν πληρούν τις προϋποθέσεις, δηλαδή έχουν αυξημένη συγκέντρωση υδατανθράκων και νατρίου.

Τροφές που περιέχουν υδατάνθρακες με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη είναι:

1. Τα δημητριακά, όπως είναι τα ζυμαρικά, το άσπρο ψωμί, το ρύζι, το pop corn, τα corn flakes.
2. Διάφορα γλυκίσματα όπως είναι οι καραμέλες, το κέικ με σταφίδα.
3. Τα απλά σάκχαρα, όπως είναι η γλυκόζη, η μαλτόζη, το μέλι, η σακχαρόζη, η μελάσσα, το σιρόπι.
4. Τα λαχανικά, όπως είναι οι πατάτες, τα φασολάκια, τα καρότα και άλλα.
5. Φρούτα, όπως η μπανάνα, τα σταφύλια.
6. Όσπρια.

2. Λίπος

Το λίπος είναι ο δεύτερος μετά τους υδατάνθρακες κύριος παράγοντας ενέργειας για τον αθλούμενο έφηβο. Το λίπος της τροφής του δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερο από το 30% των ημερήσιων προσλαμβανόμενων θερμίδων, ούτως ώστε να υπάρχει δυνατότητα αύξησης του ποσού των προσλαμβανόμενων υδατανθράκων. Το λίπος πρέπει να

είναι υπό μορφή κυρίως ακόρεστων λιπαρών οξέων (μονο- και πολυ-ακόρεστα) φυτικής προέλευσης τουλάχιστον κατά το ήμισυ σε αναλογία.

Τα κεκορεσμένα λιπαρά οξέα ζωικής προέλευσης πρέπει να είναι περιορισμένα και να μην υπερβαίνουν το 10% της ημερήσιας προσλαμβανόμενης ενέργειας. Δηλαδή, ο αθλούμενος θα πρέπει να καταναλώσει άπαχο κρέας, τροφή χαμηλή σε λίπος, αποβουτυρωμένο γάλα και γαλακτοκομικά με 2.5% λιπαρά, λάδι φυτικής προέλευσης και κατά προτίμηση ελαιόλαδο λόγω της ταχύτερης πέψης και απορρόφησής του.

Η τροφή του πρέπει να είναι πλούσια σε ψάρι λόγω της γνωστής περιεκτικότητας του ιχθυελαίου σε ω-3 και ω-6 λιπαρά οξέα. Συνιστάται ο αθλητής να μην καταναλώνει λίπος για τουλάχιστον 3-4 ώρες πριν τον αγώνα και η ποσότητα να μην υπερβαίνει τα 10 gr ελαιολάδου.

3. Πρωτεΐνες

Οι πρωτεΐνες αποτελούν το 15% του βάρους σώματος και βρίσκονται κυρίως στους μυς. Αυτές λαμβάνονται κυρίως από την τροφή και συντίθενται λιγότερο από τον ανθρώπινο οργανισμό. Οι ημερήσιες ανάγκες του οργανισμού σε αυτές δεν εξαρτώνται μόνο από την ποσότητα αλλά και από την περιεκτικότητά τους σε απαραίτητα αμινοξέα σε σωστή αναλογία. Ενώ για άτομα που δεν αθλούνται οι ημερήσιες ανάγκες ανέρχονται σε 1 gr/kg σωματικού βάρους (Κ.Σ.Β.), για την πλειονότητα των αθλουμένων ανέρχονται σε 1.4 gr/Κ.Σ.Β. και φθάνουν τα 1.8 gr/Κ.Σ.Β. για εκείνους που συμμετέχουν σε αθλήματα με εξαιρετικά υψηλή δαπανώμενη ενέργεια καθώς και για εκείνους που χρειάζονται ειδική σύσταση και σύνθεση του σώματός τους.

Η ποσότητα αυτή μπορεί να ληφθεί από τροφή, η οποία περιέχει πρωτεΐνη που καλύπτει το 12-15% των ημερήσιων θερμιδικών αναγκών. Συνιστάται η αναλογία φυτικών και ζωικών πρωτεϊνών να είναι εξίσου διαμοιρασμένη με ελάχιστο περιεχόμενο λίπους, να περιέχουν τα απαραίτητα αμινοξέα σε σωστή αναλογία, να είναι διαλυτές, να απορροφώνται γρήγορα και να πέπτονται ώστε να μην προκαλούν γαστρεντερικό φόρτο.

ΥΓΡΑ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΕΣ

Ο ανθρώπινος οργανισμός είναι ικανός να μετατρέψει μόνο το 20-25% της ενέργειας που προσλαμβάνεται από τους υδατάνθρακες και το λίπος σε μηχανικό έργο για τη λειτουργία των μυών, ενώ το μεγαλύτερο ποσό 70-80% χάνεται ως θερμότητα. Η υπερθερμία που δημιουργείται αποφεύγεται με την κινητοποίηση διαφόρων μηχανισμών, ο σπουδαιότερος των οποίων είναι η παραγωγή ιδρώτα.

Ο ρυθμός παραγωγής του ιδρώτα εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες, όπως για παράδειγμα, η ένταση και η διάρκεια της άσκησης, οι κλιματολογικές συνθήκες (υψηλή



θερμοκρασία, υγρασία), ο τύπος της ένδυσης, η ανεπαρκής ενυδάτωση, και μπορεί να υπερβεί τα 2 λίτρα ιδρώτα για κάθε ώρα άσκησης. Η αφυδάτωση επομένως που θα προκληθεί, κυμαίνεται από 2-4% μέχρι 5-10% του βάρους σώματος, όπως συμβαίνει στη θερμοπληξία.

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην καλή ενυδάτωση και όταν η άσκηση διαρκεί περισσότερο από 30 λεπτά, η ενυδάτωση θα πρέπει να αρχίζει από τις προηγούμενες ημέρες και να συνεχίζεται κατά τη διάρκεια και μετά τον αγώνα με την λήψη αθλητικών αναψυκτικών.

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνουμε στα παιδιά, γιατί η θερμορρύθμισή τους υπολείπεται εκείνης των ενηλίκων ειδικά σε ακραίες καιρικές συνθήκες.

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

Οι αθλούμενοι που συμμετέχουν σε αγώνες ή προπονήσεις που διαρκούν περισσότερο από 30 λεπτά, πρέπει να γνωρίζουν ότι δεν επιτρέπονται τα αναψυκτικά διαίτης, όπως diet pepsi, coca cola light, γιατί η έλλειψη υδατανθράκων δεν βοηθά την αναπλήρωση του μυϊκού γλυκογόνου. Επίσης πρέπει να αποφεύγονται τα οιοπνευματώδη καθώς και το γάλα γιατί αποτελεί περισσότερο τροφή παρά αναψυκτικό.

Τα κοινά αναψυκτικά τύπου cola, λεμονάδα, πορτοκαλάδα, sprite, περιέχουν διπλάσια ποσότητα υδατανθράκων συγκριτικά με τα αθλητικά αναψυκτικά. Αυτά όπως και οι χυμοί φρούτων μπορούν να καταναλωθούν αυτούσια μόνο μετά τον αγώνα ή την προπόνηση για την αναπλήρωση του μυϊκού γλυκογόνου. Αν όμως καταναλωθούν πριν ή και κατά τη διάρκεια της άθλησης θα πρέπει τότε να διαλυθούν με νερό δηλαδή οι χυμοί και τα κοινά αναψυκτικά σε αναλογία 1:3 και για τα αναψυκτικά τύπου cola 1: 2. Έτσι ελαττώνεται η συγκέντρωση των υδατανθράκων και δεν προκαλούνται γαστρεντερικά προβλήματα, όπως διάρροιες, ναυτία, μετεωρισμός.

Σε αντίθεση με τη φυσιολογική διατροφή, το γεύμα του αθλούμενου σε επικείμενο αγώνα θα πρέπει να περιέχει μικρή ποσότητα φυτικών ινών. Γιατί όπως είναι γνωστό οι φυτικές ίνες μειώνουν τη γαστρική κένωση, εμποδίζουν τα ένζυμα υδρόλυσης και προάγουν τη βακτηριακή ζύμωση, με αποτέλεσμα την παραγωγή αερίων στο έντερο και γαστρεντερικό φορτίο.

Η κατάλληλη διατροφή του αθλούμενου εφήβου ο οποίος πρόκειται να πάρει μέρος σε αγώνα είναι:

Πριν τον αγώνα

Για άσκηση που διαρκεί περισσότερο από 30-45 λεπτά είναι σκόπιμο να λαμβάνονται εκ των προτέρων υδατάνθρακες ώστε να υπάρχουν ικανοποιητικά αποθέματα μυϊκού γλυκογόνου, τα οποία έχουν εξαντληθεί με την προπόνηση και συγκεκριμένα:

Τις 3-4 τελευταίες ημέρες πριν τον αγώνα η τροφή του πρέπει να είναι πλούσια σε υδατάνθρακες, περίπου 500-600 gr το 24ωρο, πτωχή σε λίπος, πρωτεΐνη και φυτικές ίνες. Τέσσερις ώρες



πριν τον αγώνα, ο αθλούμενος θα πρέπει να καταναλώνει υδατάνθρακες και συγκεκριμένα 6 ως 10 ποτήρια αθλητικών αναψυκτικών και ελαφριά τροφή με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη. Το προηγούμενο βράδυ ο αθλητής να αποφεύγει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ και καφεΐνης. Ακόμη να επισκέπτεται την τουαλέτα περίπου μισή ώρα πριν την έναρξη.

Κατά τη διάρκεια του αγώνα

Ανάλογα με την ένταση και τη διάρκεια του αγώνα συνιστάται να πίνουν ένα έως τρία ποτήρια αθλητικού αναψυκτικού για κάθε μία ώρα άσκησης.

Μετά τον αγώνα

Το μυϊκό γλυκογόνο που έχει ήδη καταναλωθεί κατά τη διάρκεια της άσκησης θα πρέπει να αναπληρωθεί αμέσως ώστε να επαρκεί για τις επόμενες αθλητικές δραστηριότητες.

Επομένως η χορήγηση των υδατανθράκων πρέπει να γίνει άμεσα κατά προτίμηση υπό μορφή αθλητικού αναψυκτικού σε ποσότητα περίπου 2 ποτήρια ανά 2 ώρες. Εάν ο αθλούμενος επιθυμεί στερεά τροφή προτιμάται σε ρευστή μορφή (blenderized) που περιέχει αυξημένο ποσό υδατανθράκων με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη, όπως μπανάνα, σταφίδες και μικρή ποσότητα λίπους και πρωτεΐνης. Όταν η όρεξη επανέλθει, ο αθλούμενος θα πρέπει να καταναλώσει 600 γραμμάρια υδατανθράκων τις επόμενες 24 ώρες με μέτριο ή υψηλό γλυκαιμικό δείκτη. Η τροφή του να είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος και πρωτεΐνη και οι υδατάνθρακες να αποτελούν το 70% των ημερησίων θερμίδων.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Οι αθλούμενοι που έχουν μία καλά ισορροπημένη διατροφή δεν χρειάζονται συμπληρώματα με βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία, παρά τις αυξημένες απώλειες από τον ιδρώτα και τα ούρα των δύο τελευταίων.

Συζητήσιμη είναι μόνο η χορήγηση σε αθλήτριες ενόργανης και ρυθμικής γυμναστικής οι οποίες βρίσκονται διαρκώς σε κατάσταση υποσίτισης, σε αθλητές αγωνισμάτων δύναμης ή βαρέων αθλημάτων και όταν η τροφή είναι πτωχή σε θρεπτικά συστατικά. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις συνιστάται η συμπληρωματική χορήγηση η οποία δεν

πρέπει να υπερβαίνει τις ασφαλείς ημερήσιες ανάγκες. Συνήθως τα διάφορα αθλητικά αναψυκτικά φαίνεται ότι διασφαλίζουν επαρκή επίπεδα μετάλλων-ιχνοστοιχείων.

Η χρήση πρωτεϊνικών παρασκευασμάτων στον αθλητικό χώρο έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις. Οι αθλητές στη προσπάθεια να επιταχύνουν τους ρυθμούς σύνθεσης της πρωτεΐνης έχουν στραφεί σε μία αλόγιστη κατανάλωση πρωτεϊνικών παρασκευασμάτων των οποίων η χρησιμότητά τους δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά.

Τονίζεται ιδιαίτερα η ανάγκη επαρκούς λήψης ασβεστίου σε αθλητές με μειωμένη οστική πυκνότητα (συνήθως οι αθλητές έχουν αυξημένη οστική πυκνότητα) και σε αθλήτριες με διαταραχές της έμμηνου ρύσης και συνιστάται η λήψη 1500 mg/24ωρο ασβεστίου. Αθλούμενα κορίτσια συχνά παρουσιάζουν ένδεια σιδήρου. Η συμπληρωματική χορήγηση σιδήρου δεν αυξάνει την αθλητική απόδοση και ενδείκνυται μόνο στην περίπτωση που υπάρχει σιδηροπενική αναιμία

ΕΡΓΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Οι νεαροί αθλούμενοι λόγω της έντονης επιθυμίας για επιτυχία αναζητούν πάντα μία μαγική τροφή που θα τους προσφέρει μία ιδεώδη σωματική διάπλαση. Οι περισσότερες από τις ουσίες με τέτοιες ιδιότητες που έχουν προβληθεί ως εργογόνες είναι αναποτελεσματικές και ερμηνεύονται περισσότερο ως μυθικές υποσχέσεις ή ως απραγματοποίητες προσδοκίες.

Οι εργογόνες ουσίες περιλαμβάνουν αναβολικά ανδρογόνα, διάφορα αμινοξέα όπως είναι η αργινίνη, η ορνιθίνη, η ασπαρτάμη και άλλα, καθώς και η καρνιτίνη, η καφεΐνη, ο βασιλικός πολτός. Όπως έχει αποδειχθεί οι περισσότερες από αυτές τις εργογόνες ουσίες δεν αυξάνουν την αθλητική απόδοση σε ένα καλά προπονημένο και διατρεφόμενο αθλητή. Επιπλέον δεν υπάρχουν επιστημονικές αποδείξεις που να τεκμηριώνουν την ευεργετική επίδραση τους.

Τελευταία κυκλοφορούν στο εμπόριο διάφορα ενεργειακά αναψυκτικά (energy drinks) όπως Red Bull – Sugar free, Red Bull, Shark, Power King. Τα αναψυκτικά αυτά περιέχουν υδατάνθρακες υψηλής περιεκτικότητας (11 έως 15%). Επιπλέον περιέχουν εργογόνες ουσίες, όπως ασπαρτάμη και ταυρίνη. Η πιθανή εργογόνος δράση των αναψυκτικών αυτών ενδεχομένως βασίζεται στην υψηλή συγκέντρωση καφεΐνης που περιέχουν (32 mg/100ml), που αντιστοιχεί σε ποσότητα μεγαλύτερη από ένα φλυτζάνι καφέ ή τσάι.

ΓΕΝΙΚΟΣ ΚΑΝΟΝΑΣ

Ο έφηβος αθλητής θα πρέπει να εκπαιδεύεται και να υπακούει στους κανόνες της σωστής διατροφής και να αποφεύγει τις υπερβολές και τις ακρότητες με την χρήση των ουσιών αυτών, γιατί οι βλάβες της υγείας μπορεί να είναι μη αναστρέψιμες.

Συσχέτιση παχυσαρκίας και επίπτωσης καρκίνου: μετανάλυση προοπτικών μελετών παρατήρησης

Η παχυσαρκία εκφράζεται ποσοτικά με το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), ο οποίος υπολογίζεται ως το πηλίκο του σωματικού βάρους σε kg δια του τετραγώνου του ύψους σε m. Υπέρβαροι θεωρούνται όσοι έχουν ΔΜΣ 25-30 kg/m² και παχύσαρκοι όσοι έχουν ΔΜΣ >30 kg/m². Υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι η παχυσαρκία συσχετίζεται με διάφορες μορφές καρκίνου, με τις σημαντικότερες να αφορούν τον καρκίνο παγκρέατος, παχέος εντέρου, μαστού, ενδομητρίου και νεφρού. Σε μια μετανάλυση που δημοσιεύτηκε στο Lancet (2008;371:569-78), ερευνητές από το Ηνωμένο Βασίλειο ανέλυσαν τα δεδομένα από 141 δημοσιευμένες μελέτες που περιελάμβαναν 282,137 περιπτώσεις καρκίνου. Σκοπός τους ήταν να καθορίσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου σε σχέση με την αύξηση του ΔΜΣ κατά 5 kg/m². Στους άνδρες, αύξηση του ΔΜΣ κατά 5 kg/m² συσχετίστηκε με 52% αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου του οισοφάγου (P<0.0001), 22% του θυροειδούς (P=0.02), 24% του παχέος εντέρου (P<0.0001) και 24% του νεφρού (P<0.0001). Στις γυναίκες, αντίστοιχη αύξηση του ΔΜΣ συσχετίστηκε με 59% αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου του ενδομητρίου (P<0.0001), 59% της χοληδόχου κύστης (P=0.04), 51% του οισοφάγου (P<0.0001) και 34% του νεφρού (P<0.0001). Ασθενέστερες θετικές συσχετίσεις (<20% αύξηση) βρέθηκαν μεταξύ αυξημένου ΔΜΣ και καρκίνου ορθού και μελανώματος στους άνδρες και καρκίνου παγκρέατος, θυροειδούς, μαστού και παχέος εντέρου στις γυναίκες. Οι συσχετίσεις δεν επηρεάζονταν από τη γεωγραφική κατανομή των μελετών, αν και βρέθηκαν ισχυρότερες συσχετίσεις ΔΜΣ και καρκίνου του μαστού στις ασιατικές χώρες. Συμπερασματικά, αυξημένος ΔΜΣ συσχετίζεται με αυξημένη επίπτωση σημαντικού αριθμού κακοηθειών, γεγονός που θα πρέπει να ευαισθητοποιήσει την επιστημονική κοινότητα για την ενημέρωση των πληθυσμών αλλά και τη διευκρίνιση των βιολογικών μηχανισμών που συνδέουν την παχυσαρκία με τον καρκίνο.

Κάπνισμα και αδενωματώδεις πολύποδες: μετανάλυση 42 μελετών παρακολούθησης

Οι αδενωματώδεις πολύποδες αποτελούν την πρόδρομη ιστολογική μορφή του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί την 3η συχνότερη κακοήθεια, με ένα εκατομμύριο καινούρια περιστατικά ανά έτος. Την τελευταία 20ετία, παρουσιάστηκαν ενδείξεις συσχέτισης του καπνίσματος με την ανάπτυξη αδενωματωδών πολυπόδων του παχέος εντέρου. Ερευνητές από την Ιταλία και τις ΗΠΑ ανέλυσαν τα δεδομένα από 42 δημοσιευμένες μελέτες προκειμένου να αποσαφηνίσουν την παραπάνω συσχέτιση (Gastroenterology 2008;134:388-95). Ο κίνδυνος ανάπτυξης αδενωματωδών πολυπόδων ήταν 214% υψηλότερος στους ενεργούς καπνιστές και 47% υψηλότερος στους πρώην καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές. Οι συχθείσεις ήταν ισχυρότερες για αδενώματα υψηλού κινδύνου μετάπτωσης σε κακοήθεια απότι για αδενώματα χαμηλού κινδύνου. Οι μελέτες όπου οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε ολική κολονοσκόπηση ανέδειξαν ισχυρότερη συσχέτιση καπνίσματος και ανάπτυξης πολυπόδων σε σχέση με αυτές όπου κάποιοι ή όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε μερική κολονοσκόπηση. Συμπερασματικά, η μετανάλυση αυτή προσφέρει ισχυρές ενδείξεις για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην ανάπτυξη και την επιθετικότητα προκαρκινωματοδών αλλοιώσεων στο παχύ έντερο.

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>

Σύγκριση συνδυασμένης ανοσοκαταστολής με σύνθηθη θεραπεία σε ασθενείς με πρωτοδιαγνωσθείσα νόσο Crohn

Η νόσος Crohn αποτελεί χρόνια ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του γαστρεντερικού. Οι περισσότεροι ασθενείς με ενεργό νόσο αντιμετωπίζονται αρχικά με κορτικοειδή, ωστόσο γρήγορα αναπτύσσουν αντοχή ή εξάρτηση σε αυτά. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο Lancet (2008;371:660-67), ερευνητές συνέκριναν την αποτελεσματικότητα της πρώιμης χορήγησης συνδυασμένης ανοσοκατασταλτικής αγωγής με βάση βιολογικό παράγοντα σε σχέση με την αποτελεσματικότητα της συνήθους θεραπείας σε ασθενείς με πρωτοδιαγνωσθείσα νόσο Crohn. Συγκεκριμένα, τυχαιοποίησαν 133 ασθενείς σε δυο ομάδες: η πρώτη έλαβε τρεις εγχύσεις infliximab τις εβδομάδες 0, 2 και 6 σε συνδυασμό με αζαθειοπρίνη και όπου χρειάστηκε συμπληρωματικές εγχύσεις infliximab και κορτικοειδή, ενώ η δεύτερη κορτικοειδή και στη συνέχεια, κατά σειρά και ανάλογα τη δραστηριότητα νόσου αζαθειοπρίνη και infliximab. Το πρωταρχικό καταληκτικό στοιχείο της μελέτης ήταν η ύφεση της νόσου χωρίς τη λήψη κορτικοειδών ή την ανάγκη χειρουργικής επέμβασης στο έντερο τις εβδομάδες 26 και 52 από την έναρξη της θεραπείας. Την 26η εβδομάδα, 39 από τους 65 ασθενείς (60%) στην ομάδα της συνδυασμένης ανοσοκαταστολής ήταν σε ύφεση σε σύγκριση με 23 από τους 64 ασθενείς (24%) στην ομάδα της συνήθους θεραπείας ($P=0.0062$). Στην 52η εβδομάδα, οι αντίστοιχοι αριθμοί ασθενών σε ύφεση ήταν 40 στους 65 (62%) έναντι 27 στους 64 (42%) ($P=0.0278$). Οι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χρήση των φαρμάκων δε διέφεραν στις δυο ομάδες και κυμαίνονταν στο 25-30%. Συμπερασματικά, η ανωτέρω μελέτη κατέδειξε ότι η άμεση χορήγηση συνδυασμένης ανοσοκαταστολής με βάση βιολογικό παράγοντα είναι πιο αποτελεσματική από τη συνήθη θεραπεία με κορτικοειδή για την επίτευξη ύφεσης και για τη μειωμένη χρήση κορτικοειδών σε ασθενείς με πρωτοδιαγνωσθείσα νόσο Crohn.

Αυξημένη επίπτωση καρδιαγγειακών συμβαμάτων κατά τη διάρκεια του Παγκοσμίου Κυπέλλου ποδοσφαίρου

Το Παγκόσμιο κύπελλο ποδοσφαίρου, που έλαβε χώρα στη Γερμανία το καλοκαίρι του 2006, υπήρξε η αφορμή για τη διερεύνηση της συσχέτισης του συναισθηματικού στρες και της επίπτωσης καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Μελετητές από τη Γερμανία, κατέγραψαν προοπτικά τα καρδιαγγειακά συμβάματα στην ευρύτερη περιοχή του Μονάχου κατά τη διάρκεια του Παγκοσμίου Κυπέλλου και δημοσίευσαν τα αποτελέσματα της μελέτης τους στο New England Journal of Medicine (2008;358:475-83). Τα καρδιαγγειακά συμβάματα κατά τη χρονική αυτή περίοδο συγκρίθηκαν με αυτά σε ίσο χρονικό διάστημα αμέσως πριν το Παγκόσμιο Κύπελλο. Συνολικά, καταγράφηκαν 4279 καρδιαγγειακά συμβάματα. Τις ημέρες που αγωνιζόταν η εθνική ομάδα της Γερμανίας, η επίπτωση των συμβαμάτων ήταν 2.66 φορές μεγαλύτερη από αυτή της περιόδου ελέγχου ($P<0.001$): αναλυτικά, στους άνδρες η επίπτωση ήταν 3.66 φορές μεγαλύτερη ($P<0.001$), ενώ στις γυναίκες 1.82 φορές ($P<0.001$). Σε ασθενείς με συμβάματα την ημέρα των αγώνων της εθνικής Γερμανίας, το 47% αφορούσε ασθενείς με γνωστή στεφανιαία νόσο σε σύγκριση με το 29% των ασθενών με συμβάματα κατά την περίοδο ελέγχου. Τις ημέρες των αγώνων, το υψηλότερο ποσοστό συμβαμάτων καταγράφηκε τις πρώτες δύο ώρες από την έναρξη των αγώνων. Όσον αφορά τα σοβαρά καρδιαγγειακά συμβάματα, την περίοδο του Παγκοσμίου Κυπέλλου αυξήθηκαν τα εμφράγματα κατά 2.5 φορές, η ασταθής στηθάγχη κατά 2.6 φορές και αρρυθμίες κατά 3.1 φορές ($P<0.001$ για όλες τις παραπάνω συγκρίσεις). Συμπερασματικά, η παρακολούθηση ενός στρεσογόνου αγώνα ποδοσφαίρου διπλασιάζει τον κίνδυνο σοβαρών καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Η παραπάνω παρατήρηση κάνει επιτακτική την ανάγκη λήψης προληπτικών μέτρων, ιδιαίτερα σε άνδρες με γνωστή στεφανιαία νόσο.

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



Παχυσαρκία στη νηπιακή ηλικία.

Ποιός ο ρόλος των γονέων με βάση τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά τους;

Σύμφωνα με τους σημαντικότερους φορείς υγείας ανά την υφήλιο, η πρόληψη αποτελεί σημαντική στρατηγική στην παιδιατρική πρακτική.

Η παχυσαρκία αποτελεί μία από τις σοβαρότερες και τις πιο διαδεδομένες νόσους της σύγχρονης εποχής. Σε γενικές γραμμές, παχυσαρκία θεωρείται το υπερβάλλον ποσό σωματικού λίπους που, όπως όλοι γνωρίζουμε, μπορεί να επιφέρει σοβαρά προβλήματα υγείας. Ωστόσο ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στις μέρες μας έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας τόσο στην Ελλάδα, όσο και στον υπόλοιπο κόσμο. Συγκεκριμένα υπολογίζεται πως το 5 έως 10% του πληθυσμού παγκοσμίως, δηλαδή περισσότερα από 250 εκατομμύρια άτομα, είναι υπέρβαρα. Μήπως τελικά η εξήγηση του φαινομένου «παχύσαρκος» βρίσκεται στην παιδική ηλικία; Δυστυχώς εύκολα διαπιστώνει κανείς με μια γρήγορη ματιά στις παιδικές χαρές πως τα νήπια δεν εξαιρούνται από τη νόσο αυτή. Εκτιμήσεις επιστημονικών ερευνών για τα υπέρβαρα και παχύσαρκα νήπια κάτω των πέντε ετών φανερώνουν πως ο αριθμός τους κυμαίνεται κάπου στα 22 εκατομμύρια σε όλον τον κόσμο.

«Γιατί είναι σημαντικό να μην αναπτύξει το παιδί μου παχυσαρκία κατά τη νηπιακή ηλικία;»

Καταρχήν η πρόληψη εμφάνισης παχυσαρκίας τόσο κατά τη νηπιακή όσο και κατά την παιδική ηλικία φαίνεται ότι είναι μία από τις σημαντικότερες μεθόδους πρόληψης και αποτροπής της εμφάνισης παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή και

κατά συνέπεια και όλων των χρόνιων προβλημάτων υγείας που συχνά συνυπάρχουν με την ύπουλη αυτή νόσο. Επιπλέον, με τη σωστή πρόληψη μπορούν να αποφευχθούν οι πιο άμεσες επιπτώσεις της νόσου που αφορούν σε δυσκολίες ένταξης των νηπίων στο σχολικό περιβάλλον λόγω της μειωμένης ικανότητας τους να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες που απαιτούν ευκινησία και ευλυγισία.

Έρευνες έχουν δείξει πως η παχυσαρκία στη νηπιακή ηλικία σχετίζεται πιο ισχυρά με την ύπαρξη παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή παρά με την παχυσαρκία που εμφανίζεται μετά τα 7 πρώτα χρόνια ζωής. Το γεγονός αυτό τονίζει τη σημασία της πρόληψης της παιδικής παχυσαρκίας στη νηπιακή ηλικία. Επιπλέον όσο μεγαλύτερη είναι η περίοδος παχυσαρκίας στην προσχολική παιδική ηλικία, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα αυτή να εμφανιστεί στην εφηβεία και μετέπειτα στην ενήλικη ζωή.

Δυστυχώς, παρά τη μεγάλη σημασία που έχει η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση της παχυσαρκίας, λίγοι είναι οι γονείς που αντιλαμβάνονται το πρόβλημα και καταφεύγουν σε ειδικούς για την αντιμετώπισή του. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι γονείς αντιλαμβάνονται ότι το παιδί τους έχει πρόβλημα παχυσαρκίας όταν αυτό γίνεται δυσκίνητο, γενικώς μη δραστήριο και όταν αρχίζει να παραπονιέται πως δέχεται «πειράγματα» από άλλα παιδιά για το βάρος και το μέγεθος του κορμιού του. Επιστημονικές έρευνες έχουν μάλιστα φανερώσει πως οι γονείς που ανήκουν στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα δείχνουν μικρότερη ανησυχία για το βάρος των παιδιών τους.

«Πώς μπορώ να ξέρω αν το παιδί μου είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο»;

Έπειτα από εκτενείς μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε χιλιάδες παιδιά, έχουν καθοριστεί τα φυσιολογικά όρια τιμών βάρους και ύψους για κάθε ηλικία, συμπεριλαμβανομένης της νηπιακής, και αυτά αναγράφονται στις καμπύλες ανάπτυξης που μπορείτε να δείτε στο βιβλιόριο υγείας του παιδιού σας. Συνετό είναι να ζητάτε σε τακτά χρονικά διαστήματα από τον παιδίατρο να ζυγίζει και να μετρά τις αναλογίες του παιδιού και να ελέγχει εάν αυτές εμπίπτουν στις φυσιολογικές τιμές.

«Πώς το μορφωτικό και κοινωνικό μου επίπεδο επηρεάζει το σωματικό βάρος του παιδιού»;

Η βιβλιογραφία αναφέρει πως ο συνδυασμός χαμηλού εισοδήματος, χαμηλού κοινωνικού επιπέδου και παχυσαρκίας σε έναν ή και στους δύο γονείς συμβάλλει στη δημιουργία συνθηκών για ανάπτυξη παχυσαρκίας στα παιδιά, όχι τόσο λόγω κληρονομικότητας, αλλά κυρίως λόγω του οικογενειακού περιβάλλοντος που συχνά διαμορφώνεται. Με πιο απλά λόγια, συχνά τα παιδιά αντίστοιχων οικογενειών

καταλήγουν να καταναλώνουν τρόφιμα χαμηλού κόστους, συχνά ανθυγιεινά, με ιδιαίτερα μεγάλη περιεκτικότητα λίπους, κυρίως κορεσμένου. Επίσης, οικογένειες με τα πιο πάνω χαρακτηριστικά συχνά παραλείπουν τα οικογενειακά γεύματα και άλλες οικογενειακές εκδηλώσεις που προωθούν την υιοθέτηση σωστού τρόπου διατροφής και στάσης ζωής γενικότερα.

Επίσης θεωρείται ότι οι μητέρες είναι αυτές που διαδραματίζουν το σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση των διαιτητικών συνηθειών των παιδιών, κάτι πολύ λογικό, αφού κυρίως κατά τη νηπιακή ηλικία εκείνες έχουν τον πρώτο λόγο στη διατροφή των παιδιών τους. Επίσης, πιστεύεται ότι οι μητέρες είναι αυτές που καθορίζουν και το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας των νηπίων ανάλογα με το χρόνο που αυτές αφιερώνουν στην ψυχαγωγία του παιδιού στα διάφορα παιδικά πάρκα αλλά και στο σπίτι. Έτσι, μητέρες με οικονομική άνεση πιθανώς να μπορούν να αφιερώνουν τον απαραίτητο χρόνο για τη σωστή ανατροφή των παιδιών τους. Πιο σημαντικό βέβαια είναι το γεγονός πως οι πιο μορφωμένοι γονείς προσπαθούν να ενημερώνονται από έγκυρες πηγές τόσο για τη σωστή διαπαιδαγώγηση των νηπίων όσο και για τα θέματα υγιεινής διατροφής.

Τέλος, το κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο των γονέων συνδέεται και με το δικό τους σωματικό βάρος. Άτομα χαμηλού μορφωτικού και κοινωνικού επιπέδου νοσούν πιο συχνά από παχυσαρκία κάτι που έχει έμμεση επίπτωση στο βάρος του παιδιού. Συγκεκριμένα μάθετε πως σύμφωνα με επιστημονικές έρευνες έχει διαπιστωθεί πως:

- Περίπου το 0-20% των παιδιών με γονείς φυσιολογικού βάρους είναι παχύσαρκα.
- Περίπου το 40% των παιδιών με έναν από τους δύο γονείς παχύσαρκο είναι παχύσαρκα.
- Περίπου το 80% των παιδιών που έχουν και τους δύο γονείς παχύσαρκους είναι παχύσαρκα.

Το παραπάνω αποτέλεσμα δεν αποδίδεται μόνο στο γεγονός ότι τα παιδιά κληρονομούν από τους γονείς τους γονίδια που σχετίζονται με αυξημένο βάρος αλλά κυρίως στα συνήθειες διατροφής και σωματικής άσκησης που κληρονομούν από εκείνους.

Σύμφωνα με τους σημαντικότερους φορείς υγείας ανά την υφήλιο, η πρόληψη αποτελεί στρατηγική στην παιδιατρική πρακτική. Είναι πια βέβαιο πως οποιαδήποτε εκστρατεία καταπολέμησης και πρόληψης της παχυσαρκίας δεν μπορεί να πετύχει χωρίς τη συμβολή των γονιών. Καθήκον και υποχρέωση όσον αφορά στο θέμα της παχυσαρκίας στη νηπιακή αλλά και τη σχολική παιδική ηλικία είναι οι τακτές επισκέψεις των γονέων στους ειδικούς για τον έλεγχο της σωματικής ανάπτυξης των παιδιών.



Παιδί & Φύση



Άνοιξε ο καιρός. Πως και πως το περιμέναμε αυτό! Για να μπορούμε να ξαμοληθούμε ελεύθεροι στην ύπαιθρο και τις παραλίες. Να εμφανίσουμε επιτέλους το γυμνό μας δέρμα στο ζωοδότη ήλιο. Να θυμηθεί το σώμα μας τη ζωντανή επαφή με τα στοιχεία της φύσης, την άμμο, το νερό, τον αέρα.

Προσωπικά, την περίμενα την εποχή αυτή με προσμονή, για ένα λόγο παραπάνω: για τη 13 μηνών κόρη μου. Θα' ναι το πρώτο διάστημα της ζωής της που θα μπορέσει αυτόνομη να βυθιστεί στο μεγαλείο της φύσης.

Η επαφή της με τη φύση έως τώρα ήταν ελάχιστη: οι δυό μας γάτες, όσα φυτά βρέθηκαν στο διάβα της στις συχνές βόλτες με το καρότσι, καθώς και κάποιες φορές που την καθίσαμε στους ελαιώνες να αισθανθεί την αγριάδα και το χώμα. Μα αν κρίνω απ' όσα μαθαίνω για τα συνομήλικά της παιδιά, κι αυτή η -λίγη- επαφή που είχε έως τώρα είναι μάλλον πλούσια.

Με έναν τρόπο παράδοξο για όλα τα άλλα πλάσματα της γης, ο άνθρωπος τις τελευταίες γενιές του έχει απομακρυνθεί πολύ από τη φύση. Ήδη μένουν περισσότεροι στις πόλεις παρά στην ύπαιθρο. Και ο τρόπος που αναπτύσσονται οι πόλεις αλλάζει ριζικά τον τρόπο που μεγαλώνουν τα παιδιά, ακόμα και σε σύγκριση με όσους από εμάς -τους γονείς- μεγαλώσαμε σε τέτοιες.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η εξαφάνιση της αλάνας, του αγαπημένου μας χώρου για καθημερινό ομαδικό παιχνίδι και του τόπου όπου γνωρίσαμε τις τσουκνίδες και τις μολόχες. Σήμερα τα παιδιά στις πόλεις παίζουν πια πολύ λιγότερο έξω στη ύπαιθρο. Στην Ολλανδία υπολογίστηκε πως ο χρόνος αυτός έχει μειωθεί στο μισό μέσα στα τελευταία 20 χρόνια. Ο λόγος είναι αυτό που λέμε «σύγχρονος τρόπος ζωής» που περιλαμβάνει μεγάλη πίεση και αυστηρή οργάνωση του χρόνου γονέων και παιδιών, πολλές δραστηριότητες που «πρέπει» να κάνουν τα παιδιά για «να έχουν μέλλον», η υποβάθμιση των πυκνοδομημένων περιοχών και η ταυτόχρονη προαστιοποίηση που μειώνει το διαθέσιμο ελεύθερο χρόνο. Γενικότερα, τα σημερινά παιδιά ελάχιστα κυκλοφορούν και παίζουν ελεύθερα. Ο κυριότερος λόγος που προβάλλουν οι γονείς είναι οι φόβοι για ατυχήματα και κακόβουλους ξένους. Αυτός είναι επίσης ένας από τους λόγους που έχει περιορίσει το να πηγαίνουν τα παιδιά ασυνόδευτα στο σχολείο.

Οι σύγχρονες γενιές παιδιών περιορίζονται σε ένα περιβάλλον που είναι δομημένο και βρίσκονται υπό διαρκή επίβλεψη. Έτσι έχουμε καταλήξει να ανακαλύπτουν οι επιστήμονες πως στην Αγγλία τα παιδιά 8 ετών ξέρουν πολύ περισσότερους χαρακτήρες του ηλεκτρονικού παιχνιδιού Pokemon απ' ότι αυτοφυή φυτά της περιοχής τους! Ή ότι στις ΗΠΑ τα παιδιά από 6 μηνών ως 6 ετών ξοδεύουν κατά μέσο όρο 1,5 ώρα την ημέρα μπροστά από ηλεκτρονικά μέσα όπως η τηλεόραση, συνήθεια που έχει συσχετιστεί και με αυξημένη παχυσαρκία...

Όλα αυτά δεν φαίνονται ούτε ωφέλιμα ούτε φυσιολογικά. Η ιστορία του είδους μας δεν είναι μόνο αναπτυξιακών επιτευγμάτων, είναι και γονιδιακή. Τα γονιδιακά μας επιλέχθηκαν βάσει των συνθηκών που ζούσαμε. Και στο μεγαλύτερο μέρος της ιστορίας μας - από τότε που εμφανίστηκε ο Homo sapiens πριν από 1,6 εκατομμύρια χρόνια- η διαβίωση στη φύση και η καθημερινή θέα της ήταν όχι μόνο ο κανόνας, αλλά και κάθε τι το διαφορετικό ήταν στη σφαίρα της φαντασίας - επιστημονικής θα λέγαμε, πλην όμως δεν είχαμε καν επινοήσει την επιστήμη!

Σύμφωνα με υπολογισμούς του ΟΗΕ, το έτος 2005 για πρώτη φορά στην παγκόσμια ιστορία οι κάτοικοι των πόλεων θα ξεπερνούσαν σε αριθμό τους κατοίκους της υπαίθρου.



Στην Αγγλία μεταξύ 1971 και 1990 το ποσοστό των παιδιών 7-8 ετών που πήγαιναν ασυνόδευτα με το ποδήλατο ή τα πόδια στο σχολείο, έπεσε από το 80% στο 9%.

Για τις σημερινές γενιές παιδιών στις πόλεις, οι όροι έχουν αντιστραφεί: μια καθημερινότητα στη φύση είναι πέρα από κάθε φαντασία. Όμως δεν έχει κατανοηθεί η σχέση της υγιούς παιδικής ανάπτυξης με την επαφή με τη φύση. Το ερώτημα αυτό απασχολεί πια αρκετούς κλάδους επιστημόνων.

Ένα καλό σχετικό παράδειγμα είναι οι δυο μας γάτες. Που για την καθημερινή συμβίωσή τους με την κόρη μας έχουμε αντικρίσει πολλά συνοφρυωμένα βλέμματα στη μικρή μας πόλη! Παρότι η σχέση της επαφής παιδιών - κατοικίδιων ζώων με την εμφάνιση αλλεργιών δεν φαίνεται να έχει αποσαφηνιστεί γενικά, μία σημαντική μελέτη έδειξε πως παιδιά που στον πρώτο χρόνο της ζωής τους έρχονται σε επαφή με τουλάχιστον δύο σκυλιά ή γάτες παρουσιάζουν λιγότερες αλλεργίες όταν φτάσουν 6-7 χρονών. Και άλλη έρευνα αποκαλύπτει πως τα παιδιά που ζουν με κατοικίδια κάνουν πολύ λιγότερες απουσίες λόγω ασθένειας στο σχολείο!

Η φύση φαίνεται πως μας το παρέχει αυτό: μας θεραπεύει, τουλάχιστον ψυχολογικά! Η μελέτη που έθεσε τα θεμέλια της σχετικής έρευνας έγινε το 1984 σε νοσοκομειακά αρχεία 20 ετών, ασθενών (ενηλίκων) που είχαν εγχειριστεί για πάθηση του προστάτη. Αποδείχθηκε πως όσοι είχαν από το παράθυρο του δωματίου τους θέα με δέντρα, κατανάλωσαν λιγότερα παυσίπονα και απασχόλησαν λιγότερο το νοσηλευτικό προσωπικό, σε σχέση με όσους δεν έβλεπαν φύση!

Έκτοτε, το φαινόμενο αυτό έχει μελετηθεί αρκετά -σε ενήλικες και παιδιά- και τα ευρήματα είναι συγκλονιστικά. Κάποια παραδείγματα: Παιδιά 8-10 ετών σε αγροτικές περιοχές αντιμετωπίζουν τόσο καλύτερα συμβάντα που προκαλούν στρες (π.χ. χωρισμούς, θανάτους) όσο περισσότερα φυσικά στοιχεία έχουν διαθέσιμα γύρω από την περιοχή που μένουν. Κορίτσια 7-12 ετών που από το παράθυρο του δωματίου τους βλέπουν φύση έχουν υψηλότερους δείκτες συγκέντρωσης και αυτοπειθαρχίας. Το παιχνίδι σε φυσικό περιβάλλον μειώνει τα συμπτώματα του Συνδρόμου Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ADHD) σε παιδιά 5-18 ετών. Και άλλα πολλά...

Με απλά λόγια, λίγη θέα φυσικών τοπίων κάνει θαύματα για την ψυχολογία των παιδιών! Και τα ίδια ισχύουν για την κινητική, γνωστική και κοινωνική τους ανάπτυξη όταν παίζουν στην ύπαιθρο, με παραπλήσια εκπληκτικά ευρήματα που δυστυχώς δεν χωρούν εδώ. Οι θετικές επιπτώσεις φαίνονται τόσο σημαντικές, που στις ΗΠΑ κάποιοι εισήγαγαν τον όρο Σύνδρομο Έλλειψης Φύσης

(Nature Deficit Disorder) για να περιγράψουν αυτό που περνούν τα σημερινά παιδιά!

Για ποιο λόγο να συμβαίνει αυτό το φαινόμενο; Η πιο απλή απάντηση είναι γιατί κι εμείς είμαστε μέρος της φύσης, κι ως την αντιμετωπίζουμε ως «πράγμα». Λέγοντας το ίδιο με διαφορετικά λόγια, ο βιολόγος E. Wilson διατύπωσε μια «υπόθεση βιοφιλίας» (biophilia hypothesis), σύμφωνα με την οποία το είδος μας είχε εξελικτικό όφελος από κάθε είδους γνώση που μπορούσε να αποκτήσει για το περιβάλλον, τα φυτά και τα ζώα. Αλλά είναι βασικό να συμπαιθείς και να σέβεσαι αυτό που χρειάζεται να γνωρίσεις σε βάθος. Η κατανόηση προαπαιτεί την αγάπη.



Η ίδια η φύση μάς καλεί συχνά να την αγαπήσουμε. Το κάλεσμά της αφήνει τα ίχνη του στις θρησκείες και τις τέχνες. Είναι εκείνες οι στιγμές έκστασης που αναφέρουν πολλά παιδιά 6-12 χρονών, στιγμές που ήρθαν άξαφνα, κάποια τυχαία φορά που περιπλανιόντουσαν στη φύση. Στιγμές όπου ξέχασαν τελείως τον εαυτό τους και ένιωσαν ένα με το μεγαλείο γύρω τους. Τέτοια γεγονότα θεωρούνται κοινά, αν και δεν συμβαίνουν σε όλα τα παιδιά. Οι ψυχολόγοι που τα μελετούν λένε πως είναι δυνατό

να βιωθούν μόνο εφόσον το παιδί νιώθει ελεύθερο αλλά ταυτόχρονα και ασφαλές. Και πως τέτοιες στιγμές, λιγότερο ή περισσότερο έντονες, είναι σημαντικές για την οριοθέτηση και την αναγνώριση του εαυτού μας.

Και όχι μόνο! Σύμφωνα με άλλες έρευνες, τέτοιες στιγμές στη φύση και τα παιδικά βιώματα με κάποιον πρόγονο που ενθαρρύνει την εξερεύνηση και κατανόησή της, φαίνεται πως επιδρούν καταλυτικά στο αν ως ενήλικες θα δείξουμε έμπρακτο ενδιαφέρον για το περιβάλλον.

Όμως αυτά για την κόρη μου είναι πολύ πρόωρα ακόμα. Ως που να γίνει 4-5 χρονών, ο καθοριστικός μας ρόλος σε αυτόν τον τομέα ως γονείς είναι να της εμφυσήσουμε -αν θέλει- κάποιες αξίες: είναι το χρώμα «βρώμικο» ή «λασπωμένο»; Είναι η γάτα «κακή» ή «μαλακή»; Είναι η φύση κάτι που φοβάσαι ή κάτι ενδιαφέρον που σέβεσαι;

Αυτό είναι το παιχνίδι που έχει ήδη ξεκινήσει μεταξύ των γονιών και των μικρών παιδιών τους. Τελικά, πόσο την πρόσμενα αυτήν την εποχή! Θα 'χει χαρά κι ενδιαφέρον η επιστροφή στο κύτταρο απ' το οποίο προερχόμαστε. Τα ίδια ελπίζω και για σας, και τα παιδιά ν' ανακαλύψουν τη μαγεία που κρύβεται κάτω απ' την άμμο, στο βυθό και στα βράχια...

Φυσικά...
Ελεύθερα Γλουτένης



Τα προϊόντα ΣΑΡ είναι κατάλληλα για τη διατροφική αγωγή ατόμων με εντεροπάθεια από δυσανεξία στη γλουτένη (κοιλιοκάκη) και ερπητοειδή δερματίτιδα (διατροφικά 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 2883251

CANA



Δυο νέοι όροι στη διατροφή μας:

Διατροφογενωμική-Διατροφογενετική

Η διατροφογενετική επικεντρώνει στο ρόλο των γονιδίων, ενώ η διατροφογενωμική επικεντρώνει στο ρόλο των θρεπτικών συστατικών





Η διαιτητική πρόσληψη των ω-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων μέσα από την κατανάλωση ψαριών θεωρείται σημαντικός τρόπος ελάττωσης του κινδύνου για στεφανιαία νόσο ή έμφραγμα

Πολύ πρόσφατα δημιουργήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες η Διεθνής Εταιρεία Διατροφογενωμικής και Διατροφογενετικής με πρόεδρο την καταξιωμένη ελληνίδα ερευνήτρια Dr. Άρτεμις Σιμποπούλου. “Στην Ελλάδα αυτός ο κλάδος της επιστήμης εκπροσωπείται από την Ελληνική Εταιρεία Διατροφογενωμικής και Διατροφογενετικής της οποίας ο δικτυακός τόπος βρίσκεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση www.hsnn.gr.” Με την ευκαιρία του 1ου Παγκοσμίου Συνεδρίου Διατροφογενωμικής – Διατροφογενετικής που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα τον Νοέμβριο του 2007, οι δύο αυτοί όροι (διατροφογενωμική, διατροφογενετική) θα αρχίσουν από εδώ και στο εξής να ακούγονται όλο και πιο συχνά μια και αποτελούν την αιχμή του δόρατος της διατροφικής έρευνας. Ας εξερευνήσουμε λοιπόν περισσότερο τη σημασία τους. Με τον όρο **διατροφογενωμική** εννοούμε την επιστήμη την οποία ερευνά το ρόλο που παίζουν τα θρεπτικά συστατικά των τροφών που καταναλώνουμε στον τρόπο με τον οποίο εκφράζονται τα γονιδιά μας, το κατά πόσο δηλαδή η λειτουργία και έκφραση των γονιδίων μας επηρεάζεται από τα θρεπτικά συστατικά. Από την άλλη, με τον όρο **διατροφογενετική** νοείται η επιστήμη που ερευνά τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά ο οργανισμός μας στα διάφορα θρεπτικά συστατικά ανάλογα με το γονιδιακό υπόβαθρο που διαθέτει, π.χ αν με μία δεδομένη εκδοχή γονιδίου που έχει κάποιος θα αποκτήσει αυξημένες τιμές χοληστερίνης αν καταναλώσει μεγάλες ποσότητες κορεσμένων λιπαρών οξέων. Στην ουσία πρόκειται για τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος, για δύο επιστήμες εκ των οποίων η καθεμιά επικεντρώνει σε έναν διαφορετικό παράγοντα. Η διατροφογενετική επικεντρώνει στο ρόλο των γονιδίων, ενώ η διατροφογενωμική επικεντρώνει στο ρόλο των θρεπτικών συστατικών. Απώτερος στόχος και των δύο επιστημών είναι να κατανοήσουν πλήρως τους συσχετισμούς μεταξύ διατροφής, γονιδίων και ασθενειών ώστε να επιτευχθεί η πολυπόθητη εξατομικευμένη διατροφή ανάλογα με το γενετικό υπόβαθρο του καθενός.

Ας εξετάσουμε όμως ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα της διατροφογενωμικής, όπως είναι οι αντιαθηρογόνες ιδιότητες των ω-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων των ψαριών και των ελαίων που προέρχονται από αυτά. Η διαιτητική πρόσληψη αυτών των οξέων μέσα από την κατανάλωση ψαριών θεωρείται σημαντικός τρόπος ελάττωσης του κινδύνου για στεφανιαία νόσο ή έμφραγμα. Τα συγκεκριμένα λιπαρά μπορούν και επηρεάζουν όλη τη διαδικασία της αθηροσκλήρωσης με ευεργετικό για τον άνθρωπο τρόπο. Το αξιοθαύμαστο αυτό αποτέλεσμα οφείλεται στην ικανότητα των οξέων αυτών να μεταβάλλουν την έκφραση των γονιδίων που εμπλέκονται στη διαδικασία της φλεγμονής και της αθηρωμάτωσης. Τα λιπαρά αυτά οξέα συγκεντρώνονται στις μεμβράνες των κυττάρων του ενδοθηλίου των αγγείων της καρδιάς και από εκεί μπορούν για παράδειγμα να εμποδίσουν την έκφραση του γονιδίου της κυκλοξυγενάσης, ενός ενζύμου που βοηθά τη διαδικασία της αθηρωμάτωσης να εξελιχθεί. Έτσι, ανατρέπεται «το φράξιμο» των αρτηριών της καρδιάς.

Οι ανανεωμένες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας για την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου κάνουν αναφορά, εκτός των άλλων, στο ρόλο της κληρονομικότητας, των γονιδίων και στα διάφορα γενετικά τεστ εκτίμησης του καρδιαγγειακού κινδύνου. Υπάρχουν πολλά υποψήφια γονίδια και μονονουκλεοτιδικό πολυμορφισμοί (SNPs) γονιδίων οι οποίοι έχουν ήδη εξεταστεί (APOE, APOB, LPL, CETP, PAI1, GIIb/GIIa, FV, eNOS, MTHFR, ACE). Η σχέση όλων αυτών με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο φαίνεται να είναι μέτρια. Έτσι, τα υπάρχοντα γενετικά τεστ δε συμβάλλουν σημαντικά στη διάγνωση ή στην αντιμετώπιση της νόσου. Κάτι ανάλογο συμβαίνει και για άλλες χρόνιες νόσους όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η οστεοπόρωση και ο καρκίνος. Χρειάζεται περισσότερη έρευνα ώστε στο μέλλον ίσως να μπορούν να αναγνωριστούν άτομα υψηλού κινδύνου και να προσαρμοστεί κατάλληλα η θεραπεία και η διαιτητική αγωγή.



Προς το παρόν ας προσπαθήσουν όλοι να εφαρμόσουν τις βασικές αρχές της μεσογειακής διατροφής και ας σταματήσουν να ψάχνουν για «μαγικές απαντήσεις»

Ενδιαφέρον επίσης παρουσίασε η σχετική ομιλία του Καθηγητή Steve Humphries, ο οποίος είναι διευθυντής του Κέντρου Γενετικής των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων του University College Medical School του Λονδίνου. Ο Καθηγητής συγκαταλέγεται διεθνώς μεταξύ των σημαντικότερων ερευνητών στον τομέα των Cardiovascular Genetics (γενετική των καρδιαγγειακών νοσημάτων) και στις 9 Νοεμβρίου έκανε μια ομιλία στο Χαροκόπειο πανεπιστήμιο με θέμα: «Γενετικά τεστ για τη στεφανιαία νόσο: Αλήθεια ή φαντασία». Η ομιλία ήταν αποκαλυπτική και απόλυτα προσγειωμένη στην πραγματικότητα. Ο Καθηγητής είπε πολύ απλά πως τα σημερινά γονιδιακά τεστ των μονονουκλεοτιδικών πολυμορφισμών των γονιδίων (SNPs) προσφέρουν ελάχιστα στην εκτίμηση του κινδύνου για στεφανιαία νόσο. Δεν είναι τελείως άχρηστα, αλλά ούτε και ποσοτικοποιούν τον κίνδυνο, ώστε να μας δώσουν, προς το παρόν τουλάχιστον, μια πιο αξιόπιστη και χρήσιμη πληροφορία. Έχουν δηλαδή μικρή κλινική εγκυρότητα (clinical validity).

Αν δηλαδή κάποιος πληρώσει για να κάνει ένα τέτοιο τεστ και βρεθεί πως έχει ένα μονονουκλεοτιδικό πολυμορφισμό που προδιαθέτει για στεφανιαία νόσο κανείς δε μπορεί να του που πει πόσο παραπάνω κίνδυνο διατρέχει σε σχέση με κάποιον που δεν έχει το συγκεκριμένο πολυμορφισμό. Επίσης, οι διάφοροι γονιδιακοί πολυμορφισμοί που έχουν βρεθεί πως έχουν σχέση με μια νόσο αφορούν συγκεκριμένους πληθυσμούς. Έτσι, για τον ίδιο πολυμορφισμό άλλο κίνδυνο έχουν οι Σκοτσέζοι φίλοι μας, στους οποίους βρέθηκε πως ο πολυμορφισμός σχετίζεται με τη στεφανιαία νόσο και έχουν μεγάλη συχνότητα καρδιαγγειακών στον πληθυσμό τους, και άλλη βαρύτητα έχει σε εμάς τους Έλληνες οι οποίοι σαν πληθυσμός έχουμε μικρότερη συχνότητα καρδιαγγειακών παθήσεων και οι κλασσικοί παράγοντες κινδύνου (αυξημένη πίεση, χοληστερίνη, κάπνισμα, διατροφή κλπ) έχουν διαφορετική κατανομή. Είναι λογικό πως η πληροφορία της ύπαρξης ή μη συγκεκριμένου γονιδιακού πολυμορφισμού έχει περισσότερη αξία για το Σκοτσέζο που έχει μεγαλύτερο καρδιαγγειακό κίνδυνο παρά για τον Έλληνα, στον οποίο ακόμα δε γνωρίζουμε αν οι υπάρχοντες «ύποπτοι γονιδιακοί

πολυμορφισμοί» σχετίζονται με κάποια χρόνια πάθηση. Και αν ακόμα είναι νωρίς να εφαρμοστούν αυτά τα τεστ στην καθημερινότητά μας σκεφτείτε πόσο απέχει από την επιστημονική αλήθεια ο ισχυρισμός πως μπορούμε να δώσουμε κατευθυντήριες διαιτητικές οδηγίες ή και εξατομικευμένα δίαιτα βασιζόμενοι σε τέτοιου είδους γονιδιακά τεστ.

Το θέμα αυτόματα αποκτά έντονη βιοηθική σημασία γιατί η πληροφορία που παίρνει κάποιος κάνοντας το τεστ, άσχετα από τη χρησιμότητά της ή όχι, μπορεί να τον αγχώσει αδικαιολόγητα. Σύμφωνα με τον καθηγητή στο εμπόριο τα τεστ αυτά κοστίζουν γύρω στα 400 – 500 ευρώ. Αν κάποτε ενσωματωθούν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας θα κοστίζουν γύρω στα 100 – 200 ευρώ. Από μια μικρή έρευνα πάντως που έγινε φάνηκε πως ο κόσμος ερμηνεύει με το δικό του τρόπο τα τεστ αυτά και συνήθως δεν αλλάζει τις διατροφικές του συνήθειες. Θέλω να πιστεύω πως όταν φθάσουμε στο σημείο να έχουμε στη διάθεση μας περισσότερες έρευνες ώστε να αξιολογηθεί η βαρύτητα των μονονουκλεοτιδικών γονιδιακών πολυμορφισμών τότε μόνο θα μπορέσει να κριθεί το κατά πόσο μπορούν να εφαρμοσθούν στην καθημερινότητά μας. Ίσως τότε και το κράτος να τα ενσωματώσει στις εξετάσεις αίματος.

Ανακεφαλαιώνοντας, θα πρέπει να ειπωθεί πως η επιστήμη στο μέλλον θα εστιάσει περισσότερο στην πρόληψη των χρόνιων ασθενειών. Έτσι, μέσα από τη διατροφολογική θα υπάρξει κάποια στιγμή διαθέσιμη η γνώση ώστε η διαιτητική καθοδήγηση να δοθεί σε αυτούς που την έχουν ανάγκη και θα ωφεληθούν περισσότερο από αυτή. Εκτός από τα οφέλη στη δημόσια υγεία θα ωφεληθούν μέγιστα και οι διάφορες εθνικές οικονομίες ιδιαίτερα όταν η αξιοποίηση μιας τέτοιας γνώσης στοχεύει σε νοσήματα ευρέως διαδεδομένα όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η οστεοπόρωση, η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος και ίσως ο καρκίνος. Τα μελλοντικά αποτελέσματα αναμένονται με ανυπομονησία. Προς το παρόν ας προσπαθήσουν όλοι να εφαρμόσουν τις βασικές αρχές της μεσογειακής διατροφής και ας σταματήσουν να ψάχνουν για «μαγικές απαντήσεις»...





Πυλαία υπέρταση

1) Τι εννοούμε με τον όρο πυλαία υπέρταση;

Πυλαία υπέρταση είναι η αύξηση της πίεσης σε ένα σύστημα φλεβών εντός της κοιλιακής χώρας, το οποίο καλείται πυλαίο φλεβικό σύστημα. Υπό φυσιολογικές συνθήκες το φλεβικό δίκτυο από το στομάχο, παχύ και λεπτό έντερο, σπλήνα και πάγκρεας καταλήγουν στην πυλαία φλέβα. Από την πυλαία φλέβα ξεκινούν μικρότεροι κλάδοι, οι οποίοι καταλήγουν στο ήπαρ. Εάν για κάποιο λόγο αυξηθεί σημαντικά η πίεση στο πυλαίο σύστημα, δημιουργείται παράπλευρη κυκλοφορία. Το αίμα διοχετεύεται στην καρδιά από αυτή την παράπλευρη κυκλοφορία, μέσω των φλεβών του οισοφάγου (οισοφαγικοί κίρσοι), του φλεβικού δικτύου στο δέρμα της κοιλίας, καθώς και μέσω των φλεβών του ορθού και του πρωκτού (αιμορροΐδες), ώστε να καταλήξει τελικά στην καρδιά και από εκεί στους πνεύμονες, όπου θα οξυγονωθεί.

2) Ποια είναι τα αίτια της πυλαίας υπέρτασης;

Στο Δυτικό Κόσμο, τα πιο συχνά αίτια αποτελούν η κίρρωση του ήπατος, λόγω κατάχρησης αιθυλικής αλκοόλης και χρόνιας ηπατίτιδας Β ή C.

Γενικότερα, τα αίτια της πυλαίας υπέρτασης παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα:

I) Αυξημένη αντίσταση στη ροή

A) ΠΡΟΗΠΑΤΙΚΗ (απόφραξη πυλαίας φλέβας)

- 1) Συγγενής ατρησία ή στένωση
- 2) Θρόμβωση πυλαίας φλέβας
- 3) Θρόμβωση σπληνικής φλέβας
- 4) Πίεση εκ των έξω (νεόπλασμα)

B) ΕΝΔΟΗΠΑΤΙΚΗ

- 1) Μεθηπατιδική κίρρωση (χρόνια ηπατίτιδα Β, C)
- 2) Αλκοολική κίρρωση
- 3) Κίρρωση από μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος
- 4) Χολοστατικές ηπατοπάθειες (πρωτοπαθής χολική κίρρωση, σκληρυντική χολαγγειίτιδα)
- 5) Νόσος Wilson
- 6) Αιμοχρωμάτωση
- 7) Συγγενής ηπατική ίνωση
- 8) Σχιστοσωμίαση

Γ) ΜΕΤΑΚΟΛΠΟΕΙΔΙΚΗ

- 1) Σύνδρομο Budd-Chiari
- 2) Συμφορητική περικαρδίτιδα
- 3) Απόφραξη κάτω κοιλής φλέβας

II) Αυξημένη ροή στην πυλαία φλέβα

- 1) Σύνδρομο Banti
- 2) Σπληνομεγαλία (π.χ. μυελοειδής μεταπλασία)

3) Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα της πυλαίας υπέρτασης;

Τα κύρια συμπτώματα της πυλαίας υπέρτασης, με τις συνοδές επιπλοκές είναι:

α) **Κιρσορραγία**, δηλαδή αιμορραγία από κιρσούς οισοφάγου: εκδηλώνεται κλινικά με αιματέμεση (εμετό με αίμα) ή με μέλαινες κενώσεις (μαύρα κόπρανα). Το μαύρο χρώμα των κοπράνων οφείλεται στην παρουσία αίματος,

το οποίο έχει υποστεί τις χημικές επιδράσεις των υγρών πέψης του πεπτικού σωλήνα. Πρέπει να αναφερθεί ότι σε περιπτώσεις που η αιμορραγία είναι μεγάλη από το ανώτερο πεπτικό υπάρχει περίπτωση το χρώμα των κοπράνων να μην είναι μαύρο σαν πίσσα, αλλά κόκκινο σκούρο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι λόγω της μεγάλης ποσότητας αίματος ανεπαρκούν τα πεπτικά υγρά ή το αίμα διέρχεται γρήγορα από τον πεπτικό σωλήνα, και έτσι δεν πραγματοποιούνται εκείνες οι χημικές αντιδράσεις που αλλάζουν το χρώμα του αίματος.

β) **Ασκίτης**, δηλαδή ανάπτυξη ελεύθερου υγρού ενδοκοιλιακά (εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας). Πρέπει να σημειωθεί ότι η παρουσία μικρής ποσότητας ελεύθερου υγρού είναι συνήθως ασυμπτωματική. Αντίθετα, στην περίπτωση της ύπαρξης μεγάλης ποσότητας ασκίτικου υγρού, ο ασθενής δύναται να εμφανίσει σημαντική δυσφορία, καθώς και δύσπνοια.

γ) **Ηπατική εγκεφαλοπάθεια**. Πρόκειται για ένα νευροψυχιατρικό σύνδρομο, το οποίο μπορεί να οφείλεται στην πυλαία υπέρταση και κυρίως στην παράπλευρη κυκλοφορία που αναπτύσσεται και την παράκαμψη του ήπατος, αλλά κυρίως οφείλεται σε συνυπάρχουσα ηπατική ανεπάρκεια. Η ηπατική ανεπάρκεια ή η παράκαμψη του ήπατος έχουν ως αποτέλεσμα διάφορες τοξικές ουσίες, παραπροϊόντα του μεταβολισμού, να μην αδρανολοιούνται στο ήπαρ, αλλά να κυκλοφορούν ελεύθερα και να καταλήγουν στον εγκέφαλο με τελικό αποτέλεσμα την δυσλειτουργία των εγκεφαλικών κυττάρων. Η εγκεφαλοπάθεια εκδηλώνεται αρχικά με διαταραχές προσωπικότητας (αλλαγή στη συμπεριφορά, προβλήματα μνήμης, διαταραχές ύπνου). Σε πιο προχωρημένα στάδια, ο ασθενής εμφανίζει αστάθεια βάδισης, κολλώδη ομιλία, μπορεί να είναι ληθαργικός και σε βαρεία εγκεφαλοπάθεια μπορεί να πέσει σε κώμα. Καταστάσεις οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση ή να επιδεινώσουν την εγκεφαλοπάθεια είναι οι λοιμώξεις, η αιμορραγία πεπτικού, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η δυσκοιλότητα, η κατάχρηση αλκοόλ, ηρεμιστικών και αγχολυτικών και διουρητικών.

4) Πώς γίνεται η διάγνωση της πυλαίας υπέρτασης;

Η παρουσία πυλαίας υπέρτασης μπορεί να διαγνωσθεί με τις ακόλουθες μεθόδους:

α) Ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού, από την οποία αποδεικνύεται η παρουσία κιρσών οισοφάγου. Οι κιρσοί οισοφάγου αποτελούν το πιο συχνό αίτιο αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού και αποτελούν αποδεικτικό στοιχείο πυλαίας υπέρτασης.

β) Απεικονιστικές μεθόδους (υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία), μέσω των οποίων διαγιγνώσκεται η παρουσία σπληνομεγαλίας και παράπλευρης κυκλοφορίας,

τα οποία είναι αποτέλεσμα της αυξημένης πίεσης στην πυλαία φλέβα.

γ) Καθητηριασμός ηπατικών φλεβών. Καθητήρας εισέρχεται από τη μηριαία φλέβα, ανέρχεται στην κάτω κοίλη, καθητηριάζεται μία ηπατική φλέβα και ενσφηνώνεται στο φλεβικό δίκτυο του ήπατος. Ο καθητήρας φέρει ειδικό αισθητήρα, μέσω του οποίου μετράται η πίεση του ηπατικών κολποειδών. Πρέπει να σημειωθεί ότι πρόκειται για μέθοδο επεμβατική και γι' αυτό δε χρησιμοποιείται συχνά στην καθημερινή κλινική πράξη.

5) Υπάρχει θεραπεία για την πυλαία υπέρταση;

Δυστυχώς, τα πιο πολλά αίτια της πυλαίας υπέρτασης δεν θεραπεύονται. Εντούτοις, οι σύγχρονες θεραπευτικές μέθοδοι επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση των επιπλοκών της.

A) Κίρσοραγία. Χρήζει επείγουσας αντιμετώπισης σε νοσοκομείο, καθώς πρόκειται για πάθηση με υψηλό ποσοστό θνησιμότητας. Η θεραπεία έχει τρεις στόχους:

1) Την αιμοδυναμική στήριξη του πάσχοντος με μεταγγίσεις και στενή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων σε μονάδα εντατικής θεραπείας.

2) Την προσπάθεια διακοπής της αιμορραγίας με επείγουσα ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού και συνοδό περίδεση ή σκληροθεραπεία των αιμορραγούντων κισμών. Η περίδεση είναι μία μέθοδος με την οποία ο γαστρεντερολόγος χρησιμοποιεί ελαστικούς δακτυλίους ώστε να απολινώσει τους κισμούς. Κατά τη σκληροθεραπεία γίνεται έγχυση σκληρυντικής ουσίας στον κισμό που αιμορραγεί.

3) Τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών, όπως η σωματοστατίνη ή το ανάλογό της (οκτρεοτίδη), οι οποίες προκαλώντας αγγειοσύσπαση περιορίζουν την αιμορραγία.

Όσον αφορά την πρόληψη, αλλά και την αποφυγή υποτροπών κίρσοραγίας, επιτυγχάνεται με φαρμακευτική αγωγή και περίδεση των κισμών. Η χορήγηση μη εκλεκτικών β-αναστολέων, όπως η προπρανολόλη ή η ναδολόλη, έχει βρεθεί ότι μειώνει την πίεση στο πυλαίο φλεβικό σύστημα και κατά συνέπεια περιορίζει την πιθανότητα ρήξης κισμών. Επίσης πρόσφατες σειρά μελετών έχει αποδείξει ότι η προφυλακτική περίδεση σε ασθενείς με μεγάλο βαθμού κισμούς ή σε ασθενείς με κισμούς που έχουν αιμορραγήσει περιορίζει την πιθανότητα (επαν)αιμορραγίας.

B) Ασκήτης. Η αντιμετώπιση του ασθενή με ασκήτη στηρίζεται στην άναλο δίαιτα και στη χορήγηση διουρητικών (σπιρονολακτόνη και/ή φουροσεμίδα). Κριτήριο ανταπόκρισης αποτελεί η απώλεια σωματικού βάρους και η απώλεια

νατρίου στα ούρα. Εκκενωτική παρακέντηση ενδείκνυται σε περιπτώσεις μεγάλης ασκίτικης συλλογής που δεν ανταποκρίνεται στην άναλο δίαιτα και τα διουρητικά. Τότε γίνεται αφαίρεση του υγρού, ιδιαίτερα όταν η συλλογή προκαλεί δύσπνοια και αίσθημα δυσφορίας στον ασθενή.

Γ) Εγκεφαλοπάθεια. Ο αρχικός στόχος είναι η εξάλειψη του εκλυτικού αιτίου που προκάλεσε τη διαταραχή του επιπέδου συνείδησης του ασθενή (π.χ.αιμορραγία, λοίμωξη κτλ.). Έπειτα η χορήγηση λακτουλόζης (υπακτικό) σε συνδυασμό με τη χορήγηση αντιβιοτικών ουσιών (νεομυκίνη ή ριφαξιμίνη) έχει βρεθεί ότι συμβάλλουν στη μείωση της παραγωγής τοξικών ουσιών, οι οποίες επηρεάζουν το επίπεδο συνείδησης του ασθενούς.

6) Τι είναι το TIPS (Διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαίοσυστηματική αναστόμωση);

Πρόκειται για μία επεμβατική ακτινολογική παρέμβαση, κατά την οποία δημιουργείται μία χαμηλής αντίστασης οδός μεταξύ της ηπατικής φλέβας και ενδοηπατικού κλάδου της πυλαίας φέβας (συνηθώς ο δεξιός κλάδος). Αυτή η οδός παραμένει ανοικτή με την τοποθέτηση μίας μεταλλικής ενδοπρόθεσης. Με αυτό τον τρόπο αίμα επιστρέφει στη συστηματική κυκλοφορία παρακάμπτοντας το πυλαίο σύστημα με τις αυξημένες αντιστάσεις, μειώνοντας έτσι την πίεση στην πυλαία φλέβα.

Οι κύριες ενδείξεις του TIPS είναι η αντιμετώπιση των επιπλοκών της πυλαίας υπέρτασης. Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση αιμορραγίας κισμών οισοφαγού, η οποία συνεχίζεται παρά την ενδοσκοπική θεραπεία, καθώς και για ανθεκτικό ασκίτη, που δεν υποχωρεί με χορήγηση διουρητικών.

Οι συχνότερες επιπλοκές του TIPS είναι η θρόμβωση και επαναστένωσή του, καθώς και η εμφάνιση ή επιδείνωση προϋπάρχουσας ηπατικής εγκεφαλοπάθειας.

7) Ποιος είναι ο ρόλος της μεταμόσχευσης ήπατος;

Η μεταμόσχευση ήπατος αποτελεί την οριστική θεραπεία για τα πιο πολλά αίτια πυλαίας υπέρτασης. Σε αυτό το σημείο, όμως, πρέπει να σημειωθεί η σημαντική έλλειψη δοτών με αποτέλεσμα να μην υπάρχει δυνατότητα για μεγάλο αριθμό μεταμοσχεύσεων ήπατος ανά έτος στη χώρα μας.



■ **Ο αναγνώστης μας Σ.Κ. 61 ετών επιθυμεί να ενημερωθεί σχετικά με τη γαστροσκόπηση στην οποία σκέπτεται να υποβληθεί. Από διμήνου εμφανίζει πόνο στην άνω κοιλιακή χώρα μετά τα γεύματα χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα. Ωστόσο στο ιστορικό του αναφέρεται κοιλιακή μαρμαρυγή και προ λίγων ετών υποβλήθηκε σε αντικατάσταση μιτροειδούς βαλβίδας από μεταλλική. Λαμβάνει αντιπηκτική αγωγή (Sintrom) και διατηρεί το INR μεταξύ 3-4. Ο οικογενειακός του ιατρός του συνέστησε γαστροσκόπηση. Γνωρίζει ότι με την αντιπηκτική αγωγή που λαμβάνει είναι πιο εύκολο να προκληθεί σημαντική αιμορραγία λόγω οποιουδήποτε τραυματισμού. Μας ρωτά αν είναι απαραίτητο να κάνει τη γαστροσκόπηση, ανησυχεί μήπως εγκυμονεί κινδύνους γι' αυτόν, και πως μπορεί να τους αντιμετωπίσει.**

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Εμφάνιση επιγαστραλγίας ή άλλων δυσπεπτικών ενοχλήσεων τα οποία δεν προϋπήρχαν σε άτομο της ηλικίας σας δικαιολογεί τη διενέργεια γαστροσκόπησης ακόμη και εάν δε συνυπάρχουν άλλα ανησυχητικά συμπτώματα. Ο έλεγχος του INR είναι μία εξέταση η οποία δείχνει πόσο γρήγορα πήζει το αίμα και η φυσιολογική τιμή είναι <1.5.

Η απλή διαγνωστική ενδοσκόπηση χωρίς τη λήψη βιοψιών δεν εγκυμονεί κινδύνους αιμορραγίας. Ωστόσο η λήψη βιοψιών δημιουργεί κάποιο κίνδυνο αιμορραγίας όταν το INR έχει τιμή άνω του 2.5.

Από την άλλη πλευρά ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή και μεταλλική μιτροειδή βαλβίδα, όπως εσείς, δεν είναι εύκολο να διακόψουν την αντιπηκτική αγωγή, γιατί ο κίνδυνος θρομβοεμβολικού επεισοδίου είναι μεγάλος.

Στην περίπτωση σας θα μπορούσε να γίνει αρχικά μια απλή διαγνωστική ενδοσκόπηση χωρίς τη λήψη βιοψιών και χωρίς να αναγκαστείτε να τροποποιήσετε την αντιπηκτική σας αγωγή. Εάν διαπιστωθεί κάποια βλάβη από την οποία χρειάζεται να ληφθούν βιοψίες, τότε η ενδοσκόπηση θα επαναληφθεί αφού διακόψετε την αντιπηκτική αγωγή. Στην περίπτωση αυτή, αφού διακοπεί η αγωγή, το INR παρακολουθείται καθημερινά και χορηγείται παρεντερικά ηπαρίνη η οποία διακόπεται 4-6 ώρες πριν την ενδοσκόπηση και επαναχορηγείται 2-6 ώρες μετά. Η από του στόματος αντιπηκτική αγωγή ξεκινά 12 ώρες μετά την ενδοσκόπηση και συνεχίζεται με την ηπαρίνη έως ότου τα επίπεδα του INR ξαναγίνουν θεραπευτικά. Επίσης είναι δυνατό να υποβληθείτε εξ αρχής σε γαστροσκόπηση με διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής ώστε να αποφύγετε το ενδεχόμενο δεύτερης ενδοσκόπησης. Θα ήταν χρήσιμο να επισκεφθείτε κάποιο γαστρεντερολόγο και συζητώντας μαζί του να καταλήξετε στη καλύτερη για εσάς επιλογή και επίσης να ενημερωθείτε για την αναγκαιότητα της προφυλακτικής λήψης αντιβίωσης.

■ **Η αναγνώστριά μας Σ.Λ. μας ρωτά για το τι πρέπει να κάνει με την μητέρα της η οποία είναι 82 ετών και πρόσφατα νοσηλεύτηκε στο Νοσοκομείο λόγω οξείας παγκρεατίτιδας. Πριν από 30 χρόνια υποβλήθηκε σε χολοκυστεκτομή λόγω επεισοδίου οξείας χολοκυστετίτιδας. Κατά την πρόσφατη νοσηλεία της η μητέρα της υποβλήθηκε σε υπερηχογράφημα και σε μαγνητική τομογραφία, τα οποία όπως την ενημέρωσαν οι ιατροί, είχαν σαν εύρημα την παρουσία λίθων στον χοληδόχο πόρο, οι οποίοι απέτελεσαν και το αίτιο της παγκρεατίτιδας. Οι ιατροί συνέστησαν στη μητέρα της να υποβληθεί σύντομα σε ενδοσκοπική παλινδρομική χολαγγειοπαγκρεατογραφία προκειμένου να αφαιρεθούν οι λίθοι. Η μητέρα της αναγνώστριάς δεν έχει σημαντικά συνοδά νοσήματα, ωστόσο η ίδια φοβάται να επιτρέψει στη μητέρα της να υποβληθεί στην εξέταση αυτή, λόγω του προχωρη-**

μένου της ηλικίας, και ζητά τη συμβουλή μας. Επίσης απορεί πως είναι δυνατόν να υπάρχουν λίθοι αφού η χοληδόχος κύστη έχει αφαιρεθεί.

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Συχνά ο σχηματισμός λίθων στη χοληδόχο κύστη, ο οποίος είναι πολύ συχνός στις γυναίκες μετά τα 40 έτη, συνοδεύεται από την ύπαρξη λίθων στο χοληδόχο πόρο δια του οποίου η χολή καταλήγει στο λεπτό έντερο. Οι λίθοι αυτοί έχουν μεταναστεύσει από τη χοληδόχο κύστη ή σπανιότερα δημιουργούνται εξ αρχής εντός του χοληδόχου πόρου. Η ύπαρξη των λίθων ενδέχεται να δώσει συμπτώματα, το συνηθέστερο από τα οποία είναι χαρακτηριστικού τύπου κοιλιακός πόνος,

Τουλάχιστον 10% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χολοκυστεκτομή θα εμφανίσουν συμπτώματα στο μέλλον (συμπεριλαμβανομένης και πιθανής παγκρεατίτιδας) λόγω της παρουσίας λίθων στο χοληδόχο πόρο.

Δεν μπορούμε να γνωρίζουμε εάν πριν 30 έτη ελέγχθηκε ο χοληδόχος πόρος της μητέρας σας κατά το χειρουργείο. Άλλωστε όπως προαναφέρθηκε υπάρχει το ενδεχόμενο οι λίθοι να σχηματίστηκαν εξ αρχής εντός του χοληδόχου πόρου μετά από πάροδο τόσων ετών. Το σίγουρο είναι ότι εφόσον προκάλεσαν μια τόσο σοβαρή επιπλοκή, όπως η παγκρεατίτιδα, υπάρχει ισχυρή ένδειξη να αφαιρεθούν, διότι η πιθανότητα να προκαλέσουν ένα παρόμοιο ή ακόμη σοβαρότερο επεισόδιο απειλητικό για τη ζωή της στο άμεσο μέλλον είναι ιδιαίτερα μεγάλη.

Η ενδοσκοπική παλινδρομική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography, ERCP) είναι μια ενδοσκοπική μέθοδος κατά την οποία, με τον ασθενή υπό καταστολή, εισάγεται το ενδοσκόπιο δια του στόματος έως το δωδεκαδάκτυλο, ανευρίσκεται το σημείο δια του οποίου διοχετεύεται η χολή από το χοληδόχο πόρο στο έντερο (φύμα του Vater), το οποίο καθετηριάζεται και υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο αφαιρούνται οι λίθοι αφού προηγουμένως διαταμεί ο σφιγκτήρας που φυσιολογικά υπάρχει στην εκβολή του χοληδόχου πόρου.

Είναι γεγονός ότι επιπλοκές παρουσιάζονται σε 5-8% των ασθενών μετά την ERCP με σοβαρότερες την παγκρεατίτιδα, την αιμορραγία και τη διάρρηξη, ενώ υπάρχει και πολύ μικρό ποσοστό θνητότητας. Ωστόσο τα ηλικιωμένα άτομα, ιδιαίτερα όταν δεν έχουν μείζονα συνοδά νοσήματα, δε φαίνεται να

κινδυνεύουν περισσότερο από τα νεότερα άτομα που θα υποβληθούν στη εξέταση, ενώ κινδυνεύουν σαφώς λιγότερο από τα ηλικιωμένα άτομα τα οποία θα υποβληθούν σε αφαίρεση των χοληδοχολιθών με ανοικτό χειρουργείο.

Στην περίπτωση πάντως της μητέρας σας φαίνεται να υπάρχουν περισσότεροι κίνδυνοι εάν δεν υποβληθεί σε ERCP παρά εάν υποβληθεί. Αφού προηγηθεί συνεννόηση με τους θεράποντες ιατρούς θα πρέπει να ενημερωθεί η ίδια, η οποία και πρέπει τελικά να αποφασίσει.

■ **Ο αναγνώστης μας Θ.Β. 40 ετών από τη Θεσσαλονίκη υποβλήθηκε πρόσφατα σε εργαστηριακό έλεγχο και παρουσιάζει αύξηση των ηπατικών ενζύμων. Προ 4 ετών εμφάνισε ελκώδη κολίτιδα η οποία εκδηλώθηκε με διάρροια και αίμα στις κενώσεις. Παρά τη λήψη ισχυρής φαρμακευτικής αγωγής, η οποία περιλάμβανε κορτιζόνη και ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, η νόσος ουδέποτε υφέθηκε οριστικά και ο αναγνώστης μας αναγκάστηκε να χειρουργηθεί προ διαίτας. Έκτοτε ζει χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα με ικανοποιητική ποιότητα ζωής. Ωστόσο στον πρόσφατο ετήσιο αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο στον οποίο υποβάλλεται διαπιστώθηκε αύξηση των ηπατικών ενζύμων πάνω από τις ανώτερες φυσιολογικές τιμές. Στο παρελθόν ενημερώθηκε από τον ιατρό του αλλά και από το διαδίκτυο ότι κινδυνεύει να εμφανίσει και ηπατολογικά προβλήματα. Επιθυμεί να πληροφορηθεί εάν η αύξηση των ηπατικών ενζύμων σχετίζεται με τη νόσο του και εάν ναι, πώς μπορεί να συμβαίνει αυτό αφού τον διαβεβαίωσαν ότι με την αφαίρεση του παχέος εντέρου η νόσος θεραπεύτηκε οριστικά.**

Αγαπητέ μας φίλε ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Είναι γεγονός ότι οι πάσχοντες από ελκώδη κολίτιδα μπορούν να παρουσιάσουν σε μικρό ποσοστό (έως και 7% σε κάποιες μελέτες) μια φλεγμονώδη πάθηση των μεγάλων χοληφόρων αγγείων, την πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα. Αντίστροφα έως και το 70% των πασχό-

ντων από αυτή τη νόσο πάσχει από ελκώδη κολίτιδα ή νόσο Crohn. Η νόσος αυτή, στα αρχικά στάδια είναι ασυμπτωματική και εμφανίζεται με αυξημένες τιμές των ηπατικών ενζύμων, κυρίως της αλκαλικής φωσφατάσης για της γGT (με ή χωρίς αυξημένες τιμές χολερυθρίνης).

Η νόσος είναι δυνατό να εμφανισθεί ταυτόχρονα με την εκδήλωση της ελκώδους κολίτιδας, αρκετά χρόνια πριν την εκδήλωσή της ή και αρκετά χρόνια μετά την εκδήλωσή της ακόμη και εάν έχει μεσολαβήσει θεραπευτική κολεκτομή.

Πρόκειται για μια χρόνια νόσο η οποία εξελίσσεται αργά, με την κατάλληλη βέβαια αγωγή και παρακολούθηση, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις ίσως τελικά απαιτηθεί μεταμόσχευση ήπατος.

Ωστόσο οι αυξημένες τιμές ηπατικών ενζύμων σε ασθενή με ιστορικό ελκώδους κολίτιδας δεν συνεπάγεται υποχρεωτικά την ύπαρξη της παραπάνω νόσου δεδομένου ότι υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός άλλων αιτίων που μπορεί να τις προκαλέσουν όπως ιογενείς ηπατίτιδες, παροδικές ιώσεις, φάρμακα και άλλες αυτοάνοσες φλεγμονώδεις παθήσεις του ήπατος ή των χοληφόρων.

Θα μας βοηθήσει εάν αναφέρατε ποιά ακριβώς ηπατικά ένζυμα είναι αυξημένα καθώς και τις τιμές τους. Σίγουρα θα ήταν καλό να επαναληφθεί ο εργαστηριακός έλεγχος και εφ' όσον επιβεβαιωθεί η βιοχημική διαταραχή να επισκεφθείτε κάποιο γαστρεντερολόγο, ο οποίος αφού σας εξετάσει και σας υποβάλει στον απαιτούμενο κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, που πιθανότατα εκτός των άλλων θα περιλαμβάνει έλεγχο των χοληφόρων με υπερηχογράφημα ή/και μαγνητική τομογραφία, θα σας κατευθύνει σχετικά.

■ **Ο αναγνώστης μας Σ.Λ. 30 ετών από τον Πύργο μάς ρωτά σχετικά με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ως προς την κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων. Πριν λίγους μήνες άρχισε να εμφανίζει διάρροιες και μετεωρισμό, οι οποίες διαπίστωσε ότι σχετιζονταν με λήψη γαλακτοκομικών προϊόντων (τυρί, γάλα, γιαούρτι). Όταν δοκιμαστικά σταμάτησε την κατανάλωση αυτών των προϊόντων, η συμπτωματολογία υφέθηκε και όταν εκ**

νέου άρχισε να τα καταναλώνει υποτροπίασε. Δεν έχει επισκεφθεί γιατρό και ρωτά εάν πρέπει να το κάνει και εάν τα συμπτώματα αυτά μπορούν να σχετίζονται με κάποιο σοβαρό νόσημα.

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Τα συμπτώματα που μας περιγράφετε είναι τυπικά ανεπάρκειας της λακτάσης. Η λακτάση είναι ένα ένζυμο που υπάρχει στο λεπτό έντερο και διασπά τον υδατάνθρακα λακτόζη η οποία είναι ο κύριος διασκαχαρίτης που υπάρχει στο γάλα.

Η διάσπαση αυτή επιτρέπει στη λακτόζη να απορροφηθεί. Εάν το ένζυμο αυτό για κάποιο λόγο ανεπαρκεί η λακτόζη δεν απορροφάται, παραμένει στο έντερο και συμπαρασύροντας νερό προκαλεί διάρροια, ενώ αφού διασπασθεί από τους μικροοργανισμούς που υπάρχουν φυσιολογικά στο παχύ έντερο, παράγει αέρια τα οποία προκαλούν αίσθημα μετεωρισμού.

Η συντριπτική πλειονότητα των νεογνών διαθέτει το ένζυμο σε πλήρη λειτουργία, με την πρόοδο όμως της ηλικίας σε ένα ποσοστό των ανθρώπων σταδιακά η λειτουργία του ενζύμου μειώνεται ή και καταργείται εντελώς. Πρόκειται για την ανεπάρκεια της λακτάσης, η οποία σε ορισμένους πληθυσμούς όπως ο ελληνικός είναι ιδιαίτερα συχνή (υπάρχουν μελέτες οι οποίες αναφέρουν ποσοστά έως 70%).

Βέβαια δεν έχουν όλοι την ανεπάρκεια αυτή στον ίδιο βαθμό με αποτέλεσμα άλλοι να εμφανίζουν συμπτώματα με την κατανάλωση μικρών ποσοτήτων, ενώ άλλοι να χρειάζεται να καταναλώσουν μεγάλες ποσότητες γαλακτοκομικών προϊόντων για να την εμφάνιση συμπτωμάτων. Επίσης πολλοί αναφέρουν μεγαλύτερη ανοχή στο γιαούρτι, πιθανώς γιατί περιέχει το ίδια ένζυμο που διασπούν τη λακτόζη.

Μπορείτε να επισκεφθείτε κάποιο γαστρεντερολόγο ο οποίος αφού πάρει λεπτομερές ιστορικό και σας εξετάσει θα επιβεβαιώσει τη διάγνωση και θα σας δώσει τις κατάλληλες οδηγίες. Το σίγουρο είναι ότι θα χρειασθεί να καταγράψετε την ποσότητα και το είδος των γαλακτοκομικών που σας προκαλούν συμπτώματα ώστε να προσαρμόσετε τη διαίτα σας ανάλογα.



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.



10η Μαΐου: Ημέρα Ευαισθητοποίησης για τη Δυσκοιλιότητα

Σε ειδική εκδήλωση που πραγματοποιήθηκε την Πέμπτη 8 Μαΐου 2008, εκπρόσωποι του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. έδωσαν συνέντευξη τύπου επί ευκαιρία της 10ης Μαΐου, που έχει καθιερωθεί ως «Ημέρα Ευαισθητοποίησης για τη Δυσκοιλιότητα» και τελεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η ανάγκη θέσπισης «Ημέρας Ευαισθητοποίησης για τη Δυσκοιλιότητα» στην Ελλάδα προέκυψε κυρίως από τα ευρήματα δύο μεγάλων επιδημιολογικών μελετών για το πρόβλημα της δυσκοιλιότητας, που οργανώθηκαν από το ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. Ειδικότερα, στις μελέτες αυτές βρέθηκε ότι:

- Το πρόβλημα της δυσκοιλιότητας στην Ελλάδα είναι πολύ συχνό, αφού το ποσοστό των πασχόντων ανέρχεται σε 16% τον τελευταίο χρόνο και περίπου 1 στους 5 Έλληνες δήλωσαν ότι είχαν πρόβλημα δυσκοιλιότητας τουλάχιστον 1 φορά στο παρελθόν.
- Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης δυσκοιλιότητας τους τελευταίους 12 μήνες από τους άνδρες, με περίπου 7 στους 10 δυσκοιλιούς να είναι γυναίκες (67% των δυσκοιλιών είναι γυναίκες και 33% άνδρες).
- Η δυσκοιλιότητα φαίνεται ότι έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των πασχόντων, αφού οι περισσότεροι από τους πάσχοντες (>70%) έχουν διάφορα συμπτώματα, όπως κοιλιακό πόνο, φούσκωμα, ανορεξία, κακή διάθεση, νευρικότητα κλπ.
- Η πλειοψηφία επίσης των πασχόντων (>70%) θεωρεί τη δυσκοιλιότητα σημαντικότερο ή εξίσου σημαντικό πρόβλημα με άλλες κοινές παθήσεις, όπως η ημικρανία και το κοινό κρυολόγημα.
- Περίπου 1 στους 4 απ' όσους πάσχουν από δυσκοιλιότητα, ιδίως όσοι είναι νέοι, αλλάζουν τις διατροφικές τους συνήθειες, 1 στους 3 παίρνουν παραδοσιακά χρησιμοποιούμενα προϊόντα (π.χ. τσάι, αποξηραμένα δαμάσκηνα, ακτινίδια, λιναρόσπορους κ.λπ.), ενώ 46% παίρνουν φάρμακα κατά της δυσκοιλιότητας (υπακτικά).
- Υπάρχουν πολλές λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας. Πολλοί από τους πάσχοντες πιστεύουν ότι το πρόβλημα μπορεί να αντιμετωπιστεί σίγουρα & αποτελεσματικά με τη χρήση υπακτικών. αλλά συχνά δεν τα χρησιμοποιούν από το φόβο του εθισμού και της σύγχυσης που επικρατεί γύρω από το θέμα.
- Μόνο 47% των πασχόντων έχει συμβουλευτεί γιατρό, ενώ από τους υπόλοιπους, 29% δεν έχει συμβουλευτεί κανέναν. Περίπου 1 στους 8 δε θεωρούν τη δυσκοιλιότητα ακριβώς ιατρικό θέμα, 1 στους 4 πιστεύουν ότι πρέπει να την αντιμετωπίσουν μόνοι τους και τέλος 15% ανησυχούν για τυχόν εξετάσεις που ίσως χρειαστεί να γίνουν (π.χ. κολonosκόπηση). Ατυχώς, 1 στους 5 πάσχοντες ηλικίας >45 ετών θεωρούν ότι η δυσκοιλιότητα είναι φυσιολογικό πρόβλημα όσο μεγαλώνουν.
- Στην Ελλάδα ο μέσος όρος που το πρόβλημα επιμένει είναι 11 χρόνια. Σε παγκόσμιο επίπεδο, 30% των πασχόντων υποφέρει για περισσότερο από 10 χρόνια, ενώ στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό είναι 38 %.

Τα παραπάνω ευρήματα αυτά προκάλεσαν προβληματισμό και κρίθηκε σκόπιμη η προσπάθεια για περισσότερη ενημέρωση του κοινού πάνω σε αυτό το θέμα. Η σωστή ενημέρωση του κοινού για τα αίτια και κυρίως για τους καταλληλότερους τρόπους αντιμετώπισης της δυσκοιλιότητας αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη μακροχρόνια μείωση του προβλήματος.

Δυσκοιλιότητα; Dulcolax® και κοιμηθείτε ήσυχη!

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

- Δρα σίγουρα και προγραμματισμένα σε 6 - 10 ώρες, βοηθώντας στην επαναφορά του φυσιολογικού ρυθμού του εντέρου.
- Έχει τοπική δράση, εκεί ακριβώς που χρειάζεται.
- Μικρά δισκία, εύκολα στη λήψη

Πάντα στην ώρα του!



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

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

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

Τα Νέα του Ιδρύματος

ΔΙΟΡΘΩΣΗ

Στο προηγούμενο τεύχος του περιοδικού (τεύχος 30 – ΜΑΡΤΙΟΣ/ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2008) εκ παραδρομής εμφανίζεται ως συγγραφέας του άρθρου με τίτλο «Αλλεργίες : Υπάρχουν ανεπιθύμητες αντιδράσεις στις τροφές / Αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ τροφικών και άλλων αλλεργιογόνων» στη στήλη «Παιδί & Έφηβος» η κα Θωμάη Καραγκιόζογλου αντί της πραγματικής συγγραφέως του άρθρου αυτού, που είναι η κα Μαρία Κουλούρη, Παιδιάτρος.

Η συντακτική επιτροπή απολογείται και ζητά την κατανόηση της κας Κουλούρη και του αναγνωστικού κοινού για το σφάλμα αυτό.

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 διοργάνωσε με επιτυχία επιστημονική διημερίδα στις 11-12 Απριλίου 2008 στο Ξενοδοχείο «Ερμιόνιο». Στην εκδήλωση αναπτύχθηκαν τα θέματα : «Παχυσαρκία, Ιογενείς Ηπατίτιδες και Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Εντέρου». Τη διημερίδα παρακολούθησαν περίπου 100 Γαστρεντερολόγοι αλλή και ιατροί συναφών ειδικοτήτων.



ΧΟΡΗΓΟΙ ΚΑΙ ΔΩΡΗΤΕΣ μέχρι 06/05/2008

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε :

Αγγελής Νικόλαος, Νίκαια	50 €	Μουγκριδού Μαρίνα, Βούλα	50 €	Σταυροπούλου Γεωργία, Θεσσαλονίκη	30 €
Βαρβιτσιώτης Ιωάννης, Αθήνα	30 €	Μουστεράκη Μαρία, Χανιά	15 €	Τουτουτζής Νικόλαος, Φάρσαλα	60 €
Βλαστού Ευθυμία, Κερασίνη	20 €	Μπουζάκης Ηλίας, Χανιά	40 €	Τράντος Μιχαήλ, Φάρσαλα	50 €
Γαλανόπουλος Γεώργιος, Αθήνα	15 €	Μπουμπάς Ιωάννης, Φάρσαλα	50 €	Τσιάμης Γρηγόρης, Βύρωνας	25 €
Γερούλης Γεώργιος, Παράλιον Αστρος	20 €	Μυριαλή Μαρία, Ρόδος	30 €	Τσικρτζής Ιορδάνης, Καβάλα	15 €
Γιαλούρη Αικατερίνη, Μέγαρο	20 €	Νικολακόπουλος Αλέξανδρος, Πάτρα	15 €	Τσιλιμάγκου Σοφία, Πάτρα	15 €
Γιαννάκης Παναγιώτης, Άλιμος	20 €	Παντελιά Μαρία, Αθήνα	30 €	Τσιρώνης Χαρίλαος, Αθήνα	50 €
Γιαννούσης Ιωάννης, Γέρακας	50 €	Παντέρας Δημήτρης, Τρίκαλα	50 €	Τσουράπας Γεώργιος, Βόλος	15 €
Γκιαδάκης Δημήτριος, Θεσσαλονίκη	50 €	Παζινού Μαργαρίτα, Παπάγου	50 €	Τσώνου Ελένη, Μαρούσι	20 €
Γούλας Σπυρίδων, Αγ. Δημήτριος	50 €	Παπαδοπούλου Σοφία Παν., Αθήνα	80 €	Φαφαλιού Μαρία, Αθήνα	50 €
Γριμάδης Ευτυχία, Θεσσαλονίκη	50 €	Παπαθεοδωρίδη Ελένη, Καλαμάτα	20 €	Φέστας Δημήτρης, Καλαμάτα	25 €
Δραγογιάννης Αθανάσιος, Βόλος	50 €	Παπανικολάου Νικόλαος Γ., Ιωάννινα	100 €	Χατζηδάκης Νικόλαος, Χαλάνδρι	100 €
Ευθυμίου Αλκιβιάδης, Θεσσαλονίκη	50 €	Παπαπαναγιώτου Διαμάντω, Αθήνα	20 €	Χατζηιωάννου Ντίνα, Λάρνακα/Κύπρος	15 €
Ζιόβας Δημήτριος, Γέρακας	15 €	Παρτσάφας Ηρακλής, Περιστέρι	35 €	Χριστοδούλου Έλλη, Φάρσαλα	30 €
Θεολόγη Ειρήνη, Αχαρνές	15 €	Πέρδος Αθανάσιος, Ηράκλεια	50 €		
Ιωαννίδου Νίκη, Θεσσαλονίκη	15 €	Πετρίδης Αθανάσιος, Αθήνα	50 €		
Καραγιάννης Στέλιος, Βασιλί Φαρσάλων	50 €	Πινιώτης Αλέξανδρος, Αγ. Παρασκευή	50 €		
Καραλή Μαρία Ευαγ., Αγρίνιο	30 €	Πουλιανός Γεώργιος, Αθήνα	50 €		
Καράμπελας Χαράλαμπος, Καματερό	15 €	Ράιος Κωνσταντίνος, Ελασσόνα	15 €	In Memoriam :	
Καραολίδης Χαράλαμπος, Μελίσσια	15 €	Ριζοκόστα – Αγγελή Ζωή, Ν. Ηράκλειο	15 €	Ευαγγελία Π. Καραμανώλη, Αθήνα	50 €
Καραπατή Άννα, Ζάκυνθος	50 €	Σακέλλιος Κωνσταντίνος, Ζωγράφου	15 €	Μνήμη Ευαγγελίας Γ. Καραμανώλη	
Κατσάκος Νικόλαος, Ν. Ηράκλειο	50 €	Σακκά Καίτη, Φάρσαλα	20 €	Χαράλαμπος Καραολίδης, Μελίσσια	20 €
Κουκουφλής Γεώργιος, Φάρσαλα	100 €	Σαλδάρη Μαρία, Αθήνα	15 €	Μνήμη Νίκου & Δροσιάς Ποπάκη	
Κρυωνά Ελένη, Θεσσαλονίκη	20 €	Σαλικας Γεώργιος, Καβάλα	105 €	Χαράλαμπος Καραολίδης, Μελίσσια	30 €
Λαζαράκη Γεωργία, Θεσσαλονίκη	50 €	Σεπέτη Βασιλική, Πειραιάς	20 €	Μνήμη Ανθής Βρουωνίδη	
Μαντάς Κωνσταντίνος Χ., Χολαργός	15 €	Σεργιάκη Μαρία, Αθήνα	20 €	Χαράλαμπος Καραολίδης, Μελίσσια	20 €
Μηλιά Φωτεινή, Καλλιθέα	20 €	Σεχόπουλος Παναγιώτης, Κηφισιά	100 €	Μνήμη Ειρήνης Αντωνιάδη	
Μπάλλας Σπύρος, Ν. Ιωνία	50 €	Σιαραπλή Ελένη, Θεσσαλονίκη	15 €	Θεοδώρα Φραγκομανώλη, Θεσσαλονίκη	500 €
Μπαμπασώφη Χριστίνα, Θεσσαλονίκη	20 €	Σίμου Πολυξένη, Χαλάνδρι	50 €	Εις μνήμην των γονέων της	
Μπερτζελέτου Σταυρούλα, Αθήνα	20 €	Σινόπουλος Ιωάννης, Βριλήσσια	15 €		
Μόραλη – Τσουδερού Αγοραστή, Ρέθυμνο	100 €	Σπένγγου Μαρία, Ιωάννινα	20 €		
Μοσχόπουλος Ιωάννης, Αλεξάνδρεια Ημαθίας	20 €	Στυροπούλου Στεφανία, Αθήνα	15 €		
		Σταματόπουλος Νίκος, Αθήνα	30 €		

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