



ΕΥΕΞΙΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ 6899

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Κολονοσκόπηση χωρίς
κολονοσκόπιο

Θάλασσα
& Γυμναστική

Οξεία διάρροια

Αντιμετωπίζοντας
τη βουλιμία



9 771109 741002

07



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



Το φετινό καλοκαίρι έχει ξεκινήσει ιδιαίτερο θερμό, ενώ οι πρώτες πυρκαγιές έχουν ήδη κάνει απειλητικές εμφανίσεις στα πεδία της πρωτεύουσας. Έτσι, μια εποχή κατά παράδοση ξηνοισιάς και χαλάρωσης αναμένεται να είναι εφέτος περίοδος ανησυχίας και πιθανής ταλαιπωρίας. Το πρόβλημα θα είναι, όπως πάντα, εντονότερο στην Αθήνα και στα μεγάλα αστικά κέντρα. Ειδικά, η Αθήνα καλείται φέτος να ανταπεξέλθει στις υψηλές θερμοκρασίες της εποχής χωρίς ένα από τα σημαντικότερα αμυντικά της όπλα: τα χιλιάδες στρέμματα δάσους που κάπκαν πέρυσσι στην Πάρνηθα. Έτσι, έχει εξασθενήσει πλέον δραματικά η άμυνα της πόλης στις υψηλές θερμοκρασίες, μιας πόλης που και από μόνη της προκαλεί ασφυξία στους κατοίκους της με το ατέλειωτο μπετόν, την απέραντη άσφαλτο και τα άπειρα κλιματιστικά κτιρίων και αυτοκινήτων που αυξάνουν περαιτέρω τη θερμοκρασία, όπως χαρακτηριστικά περιγράφει η κα Γιάνναρου. Παρά τα ατέλειωτα προβλήματα, όμως, ο κ. Ξουργιάς φρόντισε να μας θυμίσει ότι τα πράγματα δεν είναι και τόσο δραματικά για όσους απομεινούν στο κλεινόν άστυ.

Η θάλασσα αποτελεί μία από τις καλύτερες λύσεις για τις θερμές καλοκαιρινές ημέρες προσφέροντας απλόχερα όχι μόνο δροσιά αλλά και ώρες ξηνοισιάς και διασκέδασης. Ταυτόχρονα, εκτός από την απόλαυση, η θάλασσα ή έστω η πισίνα προσφέρουν ιδανικές ευκαιρίες για συστηματική άσκηση. Η υδρο-γυμναστική, όπως αναλύει η κα Κασσίμη, είναι ιδανική για άτομα που ξεκινούν τώρα την άσκηση ή που απέχουν από αυτήν πολλά χρόνια, αφού το νερό ασκεί σε κάθε κίνηση του σώματος την αντίσταση ακριβώς που χρειάζεται προκειμένου για να εξασκηθεί κανείς χωρίς υπερβολές. Παράλληλα, η γυμναστική στο νερό μπορεί να αποτελέσει και θεραπευτική μέθοδο για κάποιες παθήσεις των οστών και των μυών.

Η διατροφή είναι σημαντική για όλους μας, αλλά είναι ιδιαίτερα σημαντική για τις έγκυες γυναίκες, που πρέπει να προσλαμβάνουν τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για τον εαυτό τους αλλά και για το έμβρυο που αναπτύσσεται. Γενικά, η διατροφή της μελλοντικής μητέρας αλλά και της νέας μητέρας κατά τη διάρκεια του θηλασμού θα πρέπει να είναι ισορροπημένη και να περιλαμβάνει προϊόντα από όλες τις ομάδες τροφίμων, όπως περιγράφουν η κα Γραμματικάκη και η κα Ελευθερίου. Τα βιολογικά προϊόντα χρησιμοποιούνται από τους καταναλωτές ολοένα και περισσότερο, αλλά έχουν αρχίσει να εμφανίζονται κάποιοι προβληματισμοί από το σχετικά υψηλό κόστος τους, που ίσως αυξηθεί περισσότερο μετά τις συνεχείς αυξήσεις των τιμών του πετρελαίου. Δημιουργούνται λοιπόν ερωτήματα μήπως τα προϊόντα αυτά είναι απλώς “in”, μια μόδα της εποχής των παχιών αγελάδων. Ο κ. Αναστασιάδης, που σχολιάζει εκτενώς το όλο θέμα, καταλήγει ότι τα βιολογικά προϊόντα έχουν λιγότερο «κρυμμένο κόστος», αφού περιλαμβάνουν στην τιμή τους και ένα τίμημα σεβασμού στο περιβάλλον και την κοινωνία.

Η βουλημία, που αποτελεί μία από τις συχνότερες διατροφικές διαταραχές, είναι πρακτικά μία διαταραχή συμπεριφοράς και εμφανίζεται σε άτομα που χαρακτηρίζονται συνήθως από αδυναμία να αντιμετωπίσουν κατά μέτριο τις όποιες δυσκολίες της ζωής του. Το πρόβλημα και τις βασικές αρχές αντιμετώπισής του σχολιάζει ο κ. Μίλης.

Πέρα από τις υψηλές θερμοκρασίες, το καλοκαίρι κρύβει πρόσθετους κινδύνους. Ιδιαίτερο συχνό πρόβλημα είναι η οξεία γαστρεντερίτιδα, που εκδηλώνεται με οξεία διάρροια. Η αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού στα παιδιά, αλλά και στους ενήλικες, βασίζεται στην ενυδάτωση και την αναπλήρωση ηλεκτρολυτών, όπως φαίνεται στη λεπτομερή αναφορά του κ. Σιαφάκα.

Η κολινοσκόπηση είναι απαραίτητη σε όλα τα άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών για πρόληψη καρκίνου του παχέος εντέρου και σε όσους εμφανίζουν ανησυχιακά συμπτώματα ανεξαρτήτως ηλικίας. Η χρήση της όμως δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη, αφού η εξέταση δεν είναι αρεστή στην πλειονότητα του πληθυσμού. Στο παρόν τεύχος σχολιάζονται από τον κ. Μισαηλίδη δύο νέες δυνατότητες για πραγματοποίηση κολινοσκόπησης χωρίς κολινοσκόπιο: η εικονική κολινοσκόπηση με αξονική ή μαγνητική τομογραφία και η ασύρματη κάψουλα παχέος εντέρου. Οι εξετάσεις αυτές δεν μπορούν προς το παρόν να αντικαταστήσουν την κολινοσκόπηση, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε ειδικές περιπτώσεις και δίνουν ελπίδες για κολινοσκόπηση χωρίς κολινοσκόπιο στο μέλλον. Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου, νόσος Crohn και ελκώδης κολίτιδα, είναι χρόνια νοσήματα με αυξημένη νοσηρότητα και δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Ο κ. Κασιάνος και ο καθ. Ε. Τσιάνος σχολιάζουν τις νέες δυνατότητες θεραπευτικής παρέμβασης με «βιολογικούς» παράγοντες που έχουν αναπτυχθεί για αυτούς τους ασθενείς, οι οποίοι θα πρέπει να χορηγούνται μόνον από ιατρούς που ασχολούνται συστηματικά με τις παθήσεις αυτές και που έχουν τη θεωρητική γνώση και την κλινική εμπειρία όλου του φάσματος των θεραπευτικών επιλογών. Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα πεπτικού έλκους, λεμφώματος και καρκίνου του στομάχου. Τα τελευταία χρόνια, όμως, φαίνεται ότι το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού μπορεί να ευθύνεται για διάφορα εξωγαστρικά (εκτός του ανώτερου πεπτικού) νοσήματα, όπως αναφέρει ο κ. Δ. Γεωργιάδης.

Καλή χαλάρωση και καλή ανάγνωση!

Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης
Διευθυντής Σύνταξης

Π Ε Ρ Τ Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α



<i>Άρθρο Σύνταξης</i>	3
<i>Μικρές Ιστορίες</i>	6
<i>Το δυσκολότερο καλοκαίρι της Αθήνας</i>	8
<i>Κολονοσκόπηση χωρίς κολονοσκόπιο</i>	10
<i>Ευεξία: "Θάλασσα & Γυμναστική"</i>	14
<i>Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Νόσος Εντέρου & Βιολογικοί παράγοντες</i>	16
<i>Μικρά & Νόστιμα</i>	20
<i>Περιβάλλον: "Βιολογικά προϊόντα"</i>	22
<i>Περί διαίτης: "Αντιμετωπίζοντας τη βουλιμία"</i>	26
<i>Εξωγαστρικές εκδηλώσεις Ελικοβακτηριδίου πυλωρού</i>	30
<i>Παιδί & Έφηβος: "Όξεία διάρροια"</i>	34
<i>Διατροφή: "Τώρα τρώω για δύο"</i>	38
<i>Διατροφή: "Διατροφή & Θηλασμός"</i>	41
<i>Επικοινωνούμε</i>	44
<i>Τα Νέα του Ιδρύματος</i>	46

Διαβάστε στο επόμενο τεύχος για:

Δυσπεψία
 Ηπατίτιδα Β
 Υποσιτισμός
 Γυμναστική στα παιδιά

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

Τ Ε Υ Χ Ο Σ 3 2

Διευθυντής Σύνταξης: Γεώργιος Β. Παπαθεοδωρίδης, *Γαστρεντερολόγος*

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

Συντακτική Επιτροπή: Ιωάννης Δήμκας, *Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος (Περί Διαιτης)*
 Ηλίας Κάνταρος, *Γεωπόνος (Περιβάλλον)*
 Αλεξάνδρα Κασσίμη, *Δημοσιογράφος (Ευεξία)*
 Παναγιώτα Καφρίτσα, *Παιδίατρος - Παιδογαστρεντερολόγος (Παιδί & Έφηβος)*
 Ιωάννης Μανιός, *Διαιτολόγος - Εργοφυσιολόγος (Διατροφή)*
 Χρήστος Τριάντος, *Γαστρεντερολόγος (Επικοινωνούμε)*
 Εμμανουήλ Τσόχατζης, *Ιατρός (Μικρά & Νόστιμα)*

Επιμέλεια-Διόρθωση κειμένων: Εύα Καραμανώλη

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.

Μένουμε... Αθήνα!



Επιτέλους, είναι γεγονός! Μετά από έναν καθ' όλα επεισοδιακό και έντονο χειμώνα, με ακρίβεια, νομοσχέδια, διαδηλώσεις, απεργίες, καταλήψεις, μεταρρυθμίσεις, ιδιωτικοποιήσεις, συλλαλητήρια και όλα αυτά τα οδυνηρά και φρικαλέα που αποδιοργανώνουν τη ζωή του εν Αθήναις homo sapiens, έφτασε και φέτος το χρυσό καλοκαιράκι! Καθώς οι άδειες αρχίζουν, τα σχολεία κλείνουν και οι εξεταστικές τελειώνουν, κύματα (βλέπε ορδές) παραθεριστών ετοιμάζουν τα μικροαστικά τους κουβαδάκια, πακετάρουν δυο-τρία ρουχαλάκια απαραίτητα (μα να μη το βάλεις στο χωριό το καλό το τζιν? Τι το πλήρωσες!) και προελαύνουν αποφασιστικά στις απανταχού ελληνικές ακρογιαλιές.

Κάθε χρόνο τέτοια εποχή, μια αίσθηση ευφορίας, χαλάρωσης και απελευθέρωσης από την ασφυκτική ατμόσφαιρα της μεγαλούπολης εγκαθίσταται αργά αλλά σταθερά σε όλο το λεκανοπέδιο. Όλο; Όχι όλο! Όσο και αν ακούγεται τραγικό, εξακολουθούν και υπάρχουν μικρά γαλατικά χωριά ανυπότακτων που εξακολουθούν να αντιστέκονται στις καλοκαιρινές διακοπές. Είτε από ανάγκη είτε από «εναλλακτικότητα» (πού να συγχρωτίζεσαι τώρα με τις αγέλες των αγρίων στα νησιά!), κάθε χρόνο μια μερίδα πολιτών κάνει σλόγκαν της το «Μένουμε Αθήνα» και προσπαθεί με υπομονή και αυτοκυριαρχία να επιβιώσει, αντιμετωπίζοντας επιτυχώς την πρόκληση του αθηναϊκού καλοκαιριού.

Η ευλογοφανής απορία όλων, βέβαια, είναι: «τι μπορεί να κάνει κάποιος τρεις μήνες στην Αθήνα». Η απάντηση, δυστυχώς, είναι «όχι και πολλά...!». Καθότι οι πρωινές βόλτες μες στον καύσωνα και το τσιμέντο δεν ενδείκνυνται, αν είσαι καλοκαίρι στην Αθήνα και δεν δουλεύεις, αναγκάζεσαι να περνάς ατελείωτες ώρες ανίας μες στο σπίτι. Μια πρώτη λύση είναι η τηλεόραση. Όμως, η ελληνική τηλεόραση το καλοκαίρι ζει σε χρόνο παρατατικό... οι ατέρμονες επαναλήψεις πρωινών εκπομπών και σειρών, τα χριστουγεννιάτικα εορταστικά επεισόδια παραμονές Δεκαπενταύγουστου και τα αφιερώματα στο Πάθος του Κυρίου μέσα Ιούλη είναι αρκετά για να προκαλέσουν πολιτιστικό σοκ ακόμα και στους πλέον σκληροπυρηνικούς τηλεθεατές. Όταν πια κάποιος έχει μάθει απ' έξω όλες τις ατάκες από τους «Δύο Ξένους» και το «Κων/νου & Ελένης» (του γράφοντος μη εξαιρουμένου...), συνειδητοποιεί πως έφτασε ο καιρός να αναζητήσει κάποια άλλη ασχολία για τα καλοκαιρινά του απογεύματα. Οπότε το ρίχνει στο διάβασμα. Μυθιστορήματα για το μεγαλείο και την παρακμή της ανθρωπίνης φύσης οι πιο «ψαγμένοι», περιοδικά ποικίλης ύλης με κάθε λογής σπαρταριστά κουτσομπολιά οι πιο «mainstream» -δεν μας αρκεί, βλέπεις, που δεν πάμε διακοπές πουθενά, θέλουμε να μάθουμε και πού παραθερίζουν οι διάσημοι, μη χάσουμε! Και φυσικά ατελείωτες ώρες με κρύα αναψυκτικά ή καφέ στη βεράντα λύνοντας σταυρόλεξα και sudoku, παίζοντας πασιέντζα στο λάπτοπ ή δικτυοπλώνοντας προς αναζήτηση του ιδανικού προορισμού διακοπών. Όχι ότι πρόκειται να πάμε ποτέ, αλλά με 40 βαθμούς στην Αθήνα... ακόμα και το οφθαλμόλουτρο με αμμώδεις παραλίες με κοκοφοίνικες και γαλαζοπράσινα νερά είναι αναζωογονητικό!

Τραγικό, ε; Η αλήθεια είναι πως τα πράγματα δεν είναι και τόσο ζοφερά. Παρά την αφόρητη ζέστη, υπάρχουν αρκετές εναλλακτικές λύσεις για διασκέδαση. Στη Γλυφάδα για καφέ και μετά για ποτό στην παραλία ή μια βόλτα το βραδάκι στο Θησείο μετά το θερινό σινεμά. Επιβάλλεται πού και πού κανένα μπάνιο στις κοντινές παραλίες της Αττικής -ναι, αυτές με τα κολοβακτηρίδια λέω, δεν υπάρχουν άλλες πια... Αλλά, ακόμα και αν έχει κανείς την ατυχία να πρέπει να κατεβεί στο κέντρο, μπορεί να γελάσει με τους τουρίστες που τρέχουν μες στον καύσωνα να θαυμάσουν την κοιτίδα του αρχαίου πολιτισμού! Και στη χειρότερη, μπύρες ή παγωτό το βράδυ στη βεράντα με καλή παρέα. Αν μη τι άλλο, μεταξύ των θερινών κατοίκων της Αθήνας υπάρχει αλληλοκατανόηση και αλληλεγγύη! Καλό καλοκαίρι, λοιπόν... για παραθεριστές και μη!

Δεν είμαστε ειδικοί στις φωτογραφίες.



*Φροντίζουμε όμως να βγαίνουν
«φωτεινές».*

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



JANSSEN-CILAG
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.

A photograph of a middle-aged man with short, white hair, smiling warmly at the camera. He is wearing a light green polo shirt. He is holding a small, young tree with green leaves in a black plastic bag. The background is a blurred outdoor setting with a building and a window.

Το δυσκολότερο καλοκαίρι της Αθήνας

Στη ρίζα του κακού βρίσκονται τα υλικά κατασκευής της πόλης, κυρίως η άσφαλτος και το τσιμέντο, η «σφιχτή» δόμηση που δεν επιτρέπει την κυκλοφορία του αέρα, αλλά και η έλλειψη ελεύθερων, αδόμητων χώρων που θα μπορούσαν να ισορροπήσουν την κατάσταση.

Περίεργο θα είναι το φετινό καλοκαίρι για την Αθήνα. Η ελληνική πρωτεύουσα καλείται να «ανταπεξέλθει» στις υψηλές θερμοκρασίες της εποχής, χωρίς το πιο πολύτιμο αμυντικό της όπλο. Χωρίς την Πάρνηθα. Η απώλεια όμως των 56.000 στρεμμάτων δάσους, πέρυσι, ήταν μόνο το τελειωτικό χτύπημα για μια πόλη που, παραδομένη στο μπετόν, προκαλεί από μόνη της ασφυξία στους κατοίκους της.

Η «νόσος» από την οποία πάσχει η Αθήνα έχει όνομα. Λέγεται «θερμικές νησίδες», όπως είναι ο όρος που χρησιμοποιούν οι ειδικοί για να περιγράψουν το φαινόμενο μια πόλη να απορροφά την ηλιακή ακτινοβολία και να την «εξαπολύει» έπειτα εναντίον των ίδιων των κατοίκων της. Στη ρίζα του κακού βρίσκονται τα υλικά κατασκευής της πόλης, κυρίως η άσφαλτος και το τσιμέντο, η «σφιχτή» δόμηση που δεν επιτρέπει την κυκλοφορία του αέρα, αλλά και η έλλειψη ελεύθερων, αδόμητων χώρων που θα μπορούσαν να ισορροπήσουν την κατάσταση. Το πρόβλημα επιτείνουν βέβαια τα αυτοκίνητα (φθάνουν τα 2 εκατομμύρια αυτά που «βγαίνουν» καθημερινά στους δρόμους του λεκανοπεδίου), αλλά και τα κλιματιστικά μηχανήματα που εκτιμάται ότι αυξάνουν τη συνολικά θερμοκρασία της πόλης κατά 2 βαθμούς Κελσίου.

Είναι χαρακτηριστικό άλλωστε ότι ο όρος «καλοκαίρι» τείνει να έχει διαφορετική ερμηνεία ανάμεσα στις διάφορες συνοικίες της ίδιας της πόλης! Σύμφωνα με μετρήσεις του Πανεπιστημίου Αθηνών, για παράδειγμα, όταν στην Ηλιούπολη το θερμόμετρο δείχνει 30 βαθμούς Κελσίου, στο κέντρο της πρωτεύουσας η θερμοκρασία είναι σχεδόν 14 βαθμούς Κελσίου υψηλότερη.

Αυτό δε σημαίνει μόνο ότι οι κάτοικοι του κέντρου και των άλλων επιβαρυσμένων συνοικιών είναι πιο άτυχοι από τους υπόλοιπους. Σημαίνει και ότι είναι κατά αρκετές εκατοντάδες ευρώ φτωχότεροι στο τέλος του χρόνου. Σύμφωνα με υπολογισμούς ειδικών, μια οικογένεια που ζει στα δυτικά προάστια της Αθήνας πληρώνει για κλιματισμό έως και 300 ευρώ περισσότερα ετησίως από μια οικογένεια που ζει σε αντίστοιχο κτίριο στα νότια προάστια. Ως γνωστόν, οι ιδιαίτερα υψηλές θερμοκρασίες μειώνουν την απόδοση των κλιματιστικών μηχανημάτων που «αγκομαχώντας» να τα βγάλουν πέρα καταναλώνουν πολύ περισσότερη ενέργεια (δηλαδή ηλεκτρισμό). Οι κάτοικοι των δυτικών συνοικιών -εκεί όπου συγκεντρώνονται όλες οι παράμετροι της θερμικής νησίδας (ασφυκτική δόμηση, έλλειψη μόνωσης, έλλειψη ελεύθερων χώρων, αυξημένη κίνηση οχημάτων)- είναι οι λεγόμενοι «ενεργειακά φτωχοί» κάτοικοι της Αθήνας. Αυτοί, με άλλα λόγια, που πληρώνουν το παρωχημένο μοντέλο ανάπτυξης με το οποίο συνεχίζει να πορεύεται η ελληνική πρωτεύουσα...

Από πέρυσι, βέβαια, τα πράγματα είναι ακόμα χειρότερα. Κατά πολύ. Το δάσος της Πάρνηθας αποτελούσε τον

κυριότερο μηχανισμό μείωσης της θερμοκρασίας που διέθετε η Αθήνα -ένα γιγάντιο κλιματιστικό μηχανήμα που δρόσιζε την πόλη όποτε αυτή το χρειαζόταν περισσότερο. Σήμερα ο αεράς που περνά πάνω από το βουνό, ελλείψει βλάστησης, είναι θερμός και κατά συνέπεια ανεβαίνει ψηλά, αντί να εισέρχεται στην πόλη. Η θαλάσσια αύρα από μόνη της (το άλλο «πλεονέκτημα» της Αθήνας) δεν αρκεί για να δροσίσει την πόλη, με αποτέλεσμα το κλίμα να αλλάξει συνολικά. Είναι χαρακτηριστικό ότι το θερμικό φορτίο που θα δεχθεί η Αθήνα λόγω της απώλειας του ελατοδάσους της Πάρνηθας είναι, σύμφωνα με τους επιστήμονες, ίσο με τη θερμότητα που εκλύουν σήμερα όλα τα ΙΧ που κινούνται στους δρόμους του λεκανοπεδίου. Είναι δηλαδή σαν αυτό το καλοκαίρι να κυκλοφορεί ο διπλάσιος αριθμός οχημάτων...

Τι μπορεί να γίνει

Ουδμία τύχη δεν μπορεί να έχει η ελληνική πρωτεύουσα εάν πρώτα από όλα δεν εξασφαλιστούν ελεύθεροι χώροι, εάν δηλαδή δεν συγκρατηθεί το κύμα δόμησης που σαρώνει τα πάντα απ' άκρη σ' άκρη του λεκανοπεδίου. Δεν φθάνει βέβαια αυτό. Οι αδόμητοι χώροι είναι απαραίτητο να «πρασινίσουν», να μετατραπούν σε ψυχρές οάσεις που να βελτιώσουν το θερμικό ισοζύγιο της πόλης.

Το δεύτερο σημαντικότερο βήμα, σύμφωνα με τους ειδικούς, είναι η επιλογή φιλικότερων προς το περιβάλλον κατασκευαστικών υλικών και χρωμάτων. Έχουν αναπτυχθεί τεχνολογίες, χρώματα και υλικά, που δεν συγκρατούν τη θερμότητα όπως το τσιμέντο ή η άσφαλτος, εκτοξεύοντας τη θερμοκρασία στα ύψη. Είναι χαρακτηριστικό ότι εάν όλοι οι ταράτσες της Αθήνας βάφονταν με ένα ειδικό «ψυχρό» πράσινο, η θερμοκρασία της πόλης θα έπεφτε κατά 2 βαθμούς Κελσίου. (Η «πυρακτωμένη» ταράτσα από μπετόν λειτουργεί σαν την καμένη Πάρνηθα: ζεσταίνει τον αέρα που περνά από πάνω της, με αποτέλεσμα αυτός να ανεβαίνει πάνω.)

Πάγιο αίτημα των επιστημόνων είναι επίσης το «όχι άλλα ΙΧ παρακαλούμε!». Η ενίσχυση των Μέσων Μαζικής Μεταφοράς αποτελεί μονόδρομο για μια πόλη σαν την Αθήνα, ώστε να «αποφορτιστεί» το μικροκλίμα της από τη θερμότητα που εκλύουν τα αυτοκίνητα.

Επειδή όμως πόλη σημαίνει κτίρια, απαραίτητο είναι αυτά να είναι έτσι κατασκευασμένα ώστε να μην επιβαρύνουν επιπλέον το κλίμα. Κτίρια με καλή μόνωση σημαίνει κτίρια που χρειάζεται να «δουλεύουν» πολύ περισσότερο τα κλιματιστικά τους για να δροσιστούν. Κτίρια, με άλλα λόγια, που «εκτοξεύουν» θερμότητα.



Κολονοσκόπηση χωρίς κολονοσκόπιο

Η εικονική κολονοσκόπηση χρησιμοποιεί την τεχνολογία της αξονικής τομογραφίας για να αναπαράγει την εικόνα του παχέος εντέρου η οποία φαινόταν μέχρι τώρα μόνο με την ενδοσκόπηση

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι συχνή αιτία θανάτου στο δυτικό κόσμο. Υπάρχει βεβαιότητα ότι η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των πολυπόδων και του καρκίνου του παχέος εντέρου μπορεί να μειώσουν τη θνητότητα της νόσου. Η κολονοσκόπηση θεωρείται η καλύτερη εξέταση για προληπτικό έλεγχο του παχέος εντέρου. Η εξέταση όμως είναι δυσάρεστη, μερικές φορές επώδυνη και έχει ένα ελάχιστο κίνδυνο επιπλοκών. Συνεπώς, πολλοί ασθενείς αρνούνται να υποβληθούν στην ενδοσκόπηση και γι' αυτό το λόγο γίνεται προσπάθεια να βρεθούν νέες τεχνικές, που θα έχουν σκοπό τη βελτίωση της συμμόρφωσης των ασθενών στα προγράμματα πρόληψης καρκίνου παχέος εντέρου.

Η ασύρματη ενδοσκοπική κάψουλα παχέος εντέρου και η εικονική κολονοσκόπηση θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου βελτιώνοντας έτσι την συμμόρφωση των ασθενών στα προγράμματα πρόληψης.

Εικονική κολονοσκόπηση

Η αξονική τομογραφία είναι μια μη επεμβατική και χωρίς πόνο εξέταση η οποία χρησιμοποιεί ειδικό εξοπλισμό ακτινών Χ για να παράγει πολλαπλές εικόνες από τα εσωτερικά όργανα και έναν ηλεκτρονικό υπολογιστή για να συνδέσει μαζί τις εικόνες από την περιοχή του σώματος η οποία εξετάζεται. Η εικονική κολονοσκόπηση χρησιμοποιεί την τεχνολογία της αξονικής τομογραφίας για να αναπαράγει την εικόνα του παχέος εντέρου η οποία μέχρι τώρα φαινόταν με την ενδοσκόπηση μόνο. Στην εικονική κολονοσκόπηση ο ηλεκτρονικός υπολογιστής αναπαράγει ένα λεπτομερές τρισδιάστατο μοντέλο του εσωτερικού της κοιλιάς και της πυέλου, το οποίο ο ακτινολόγος χρησιμοποιεί για να δει το παχύ έντερο με έναν τρόπο σαν να ταξιδεύει εικονικά σε αυτό.

Ο ασθενής ο οποίος θα υποβληθεί στην εξέταση αυτή θα πρέπει να γνωρίζει ότι την παραμονή της εξέτασης θα πρέπει να λάβει ειδική διαίτα και καθαρτικά για τον

Η ευαισθησία της κάψουλας για την ανίχνευση όλων των πιθανών βλαβών του παχέος εντέρου ανεξαρτήτως μεγέθους είναι χαμηλότερη της κολονοσκόπησης.


καθαρισμό του π. εντέρου. Επίσης κατά τη διάρκεια της εξέτασης ένας ευλύγιστος καθετήρας θα εισαχθεί στο ορθό, ώστε μέσω αυτού να περάσει αέρας στο π.εντερο. Για να είναι επιτυχής η εξέταση, το παχύ έντερο πρέπει να είναι γεμάτο αέρα (φουσκωμένο). Για αυτόν το λόγο οι ασθενείς μπορεί να έχουν αίσθημα πληρότητας, ίσως και πόνου. Η διάρκεια της εξέτασης είναι 15-20 λεπτά.

Τα πλεονεκτήματα της εικονικής κολονοσκόπησης είναι ότι α) είναι ελάχιστα επεμβατική εξέταση με μικρότερη πιθανότητα διάτρησης του εντέρου σε σχέση με την ενδοσκοπηση, β) είναι ίσως καλύτερα ανεκτή από τον ασθενή χωρίς να χρειάζεται καταστολή και γ) μπορεί να απεικονίσει ολόκληρο το παχύ έντερο ακόμη και στις περιπτώσεις που αυτό δεν είναι δυνατό να γίνει με την ενδοσκοπηση. Τα μειονεκτήματα είναι ότι α) μπορεί να μη διαγνώσει μικρούς πολύποδες (μικρότερους από 5 χιλ.), β) είναι καθαρά διαγνωστική εξέταση και επομένως εάν βρεθούν πολύποδες θα πρέπει να αφαιρεθούν ενδοσκοπικά, γ) ο ασθενής

δέχεται σχετικά μεγάλη δόση ακτινοβολίας και δ) γίνεται σε λίγα διαγνωστικά κέντρα.

Ασύρματη ενδοσκοπική κάψουλα παχέος εντέρου

Η κάψουλα του παχέος εντέρου σχεδιάστηκε ειδικά για τον έλεγχο του παχέος εντέρου. Έχει μέγεθος 11 x 32 χιλ. και έχει δύο κάμερες με αυτόματο φωτισμό, οι οποίες επιτρέπουν τη λήψη εικόνων βίντεο από τα άκρα της κάψουλας. Ο συνολικός χρόνος καταγραφής είναι περίπου 10 ώρες. Το σύστημα της κάψουλας περιλαμβάνει ειδικούς αισθητήρες (ηλεκτρόδια), οι οποίοι επικολλούνται στην κοιλιακή χώρα του ασθενή και ένα καταγραφέα στοιχείων, ο οποίος τοποθετείται σε μία ειδική θέση (σαν τσέπη) ενός γιλέκου- ζώνης, το οποίο φοράει ο ασθενής κατά την διάρκεια της εξέτασης και είναι συνδεδεμένος με τους αισθητήρες. Ο καταγραφέας στοιχείων αποθηκεύει τα στοιχεία που στέλνει η κάψουλα κατά τη διάρκεια των 10



Μετά το τέλος της εξέτασης τα καταγεγραμμένα στοιχεία προβάλλονται μέσω ειδικού προγράμματος στον ηλεκτρονικό υπολογιστή με τη μορφή εικόνων – video και εξετάζονται από τον ειδικό ιατρό.

ωρών της εξέτασης. Μετά το τέλος της εξέτασης τα καταγεγραμμένα στοιχεία προβάλλονται μέσω ειδικού προγράμματος στον ηλεκτρονικό υπολογιστή με τη μορφή εικόνων – video και εξετάζονται από τον ειδικό ιατρό.

Ο ασθενής, αφού καταπιεί την κάψουλα, μπορεί να κινείται ελεύθερα κατά τη διάρκεια των 10 ωρών της εξέτασης. Η κάψουλα αποβάλλεται φυσιολογικά, χωρίς ο ασθενής να το αντιληφθεί.

Ο καλός καθαρισμός του παχέος εντέρου είναι απαραίτητος για τη διαγνωστική επιτυχία της εξέτασης. Ο ιατρός δίνει οδηγίες για την προετοιμασία του παχέος εντέρου, οι οποίες περιλαμβάνουν ειδική δίαιτα και καθαρτικά, τα οποία πρέπει να λάβει ο ασθενής την παραμονή της εξέτασης

Οι επιπλοκές της εξέτασης είναι πολύ σπάνιες και αφορούν κυρίως την κατακράτηση της κάψουλας σε περιοχή του εντέρου όπου υπάρχει στένωση.

Στα μειονεκτήματα της εξέτασης περιλαμβάνονται η αδυναμία λήψης βιοψιών ή αφαίρεσης πολυπόδων. Επιπλέον, εάν ο καθαρισμός του εντέρου δεν είναι επαρκής, δεν υπάρχει δυνατότητα βελτίωση της εικόνας

Υπάρχουν μελέτες οι οποίες δημοσιεύθηκαν πρόσφατα και δείχνουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα όσον αφορά τη χρησιμοποίηση της κάψουλας για τη διάγνωση πολυπόδων και καρκίνου παχέος εντέρου. Παρόλα αυτά η ευαισθησία της κάψουλας για την ανίχνευση όλων των πιθανών βλαβών του παχέος εντέρου ανεξαρτήτως μεγέθους είναι χαμηλότερη της κολονοσκόπησης.

Συμπερασματικά, η εικονική κολονοσκόπηση και η ασύρματη κάψουλα παχέος εντέρου είναι εξετάσεις οι οποίες δεν μπορούν να αντικαταστήσουν την κολονοσκόπηση στην παρούσα χρονική στιγμή. Θα μπορούσαν όμως να χρησιμοποιηθούν για τον έλεγχο του παχέος εντέρου σε επιλεγμένες περιπτώσεις ασθενών και πάντα σε συνεννόηση με τον ειδικό ιατρό.



Modulen

IBD

Η εξειδικευμένη διαίτα για ασθενείς με νόσο Crohn

Το **MODULEN IBD** είναι η μοναδική διατροφή ειδικά σχεδιασμένη για ασθενείς με νόσο του Crohn (Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου) και η οποία περιέχει το φυσικό αντιφλεγμονώδη παράγοντα TGF-b2.



ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ

ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΣΗ

4-8 X 50g ημερησίως (διαλυμένης σε νερό)

ΣΤΗΝ ΥΦΕΣΗ

2-3 X 50g ημερησίως (διαλυμένης σε νερό)



Απολαύστε τη θάλασσα

κάνοντας γυμναστική

Η γυμναστική στο νερό θεωρείται ιδανική για άτομα που ξεκινούν τώρα την άθληση, ή που απέχουν από αυτήν πολλά χρόνια. Οι αρχάριοι «αθλητές» έρχονται συνήθως αντιμέτωποι με πόνους, πιασίματα, τραβήγματα και μικροτραυματισμούς, οι οποίοι αποτρέπονται όταν η άσκηση πραγματοποιείται μέσα στο νερό.

Γυμναστική κομμένη και ραμμένη στα μέτρα τού κάθε σώματος θεωρούν οι ειδικοί την άσκηση μέσα στο νερό, είτε αυτή εκτελείται στη θάλασσα είτε σε πισίνα. Προσφέρει τα ίδια οφέλη που αποκομίζει κανείς από την επίγεια άσκηση, χωρίς να καταπονεί αρθρώσεις, κλειδώσεις και μύες, ενώ η αντίσταση που ασκεί το νερό σε κάθε κίνηση του σώματος είναι ακριβώς αυτή που χρειάζεται προκειμένου να εξασκηθεί κανείς χωρίς υπερβολές. Σε περιπτώσεις μάλιστα παθήσεων ή τραυματισμών, που δεν επιτρέπουν την εκγύμναση του σώματος στο έδαφος, η άσκηση μέσα στο νερό θεωρείται ιδανική. Με την είσοδο του ανθρώπινου σώματος μέσα στο νερό δημιουργείται αυτομάτως αντίσταση από την άνωση που προκαλεί το πλούσιο σε περιεκτικότητα άλατος νερό. Οποιαδήποτε κίνηση λοιπόν γίνεται μέσα σε αυτές τις συνθήκες βρίσκει αντίσταση ανάλογη με το βάρος του σώματος και κατά συνέπεια σύμφωνα με τις δυνατότητές του. Φανταστείτε ότι γυμνάζεστε σε κάθε κίνηση έχοντας τοποθετήσει βάρια σε χέρια, πόδια και πλάτη τα οποία όμως έχουν το ακριβές βάρος που χρειάζεστε προκειμένου να εξασκηθείτε χωρίς απόκλιση (προς τα πάνω ή προς τα κάτω) ούτε γραμμαρίου. Η γυμναστική στο νερό θεωρείται ιδανική για άτομα που ξεκινούν τώρα την άθληση, ή που απέχουν από αυτήν πολλά χρόνια. Οι αρχάριοι «αθλητές» έρχονται συνήθως αντιμέτωποι με πόνους, πιασίματα, τραβήγματα και μικροτραυματισμούς, οι οποίοι αποτρέπονται όταν η άσκηση πραγματοποιείται μέσα στο νερό.

Εκτός από ιδανική μέθοδο συστηματικής άσκησης η υδρο-γυμναστική αποτελεί θεραπευτική μέθοδο για αρκετές παθήσεις. Οστεοαρθρίτιδα, προχωρημένη οστεοπόρωση (με ευαισθησία στους πόνους από κατάγματα), καταπονημένοι μύες, αλλά ακόμη και νόσοι, όπως είναι ο διαβήτης και η υπέρταση, φαίνεται ότι βρίσκουν το γιατρό τους μέσα στο νερό. Τόσο στην περίπτωση της υπέρτασης όσο και σε αυτήν του διαβήτη η γυμναστική μέσα στο νερό καθιστά την κατάσταση του ασθενή πιο διαχειρίσιμη. Οι πάσχοντες από τις παραπάνω νόσους το βρίσκουν συνήθως υπερβολικά δύσκολο και επίπονο να εξασκούνται στο έδαφος ακόμη και πάνω σε στρώμα, ενώ ακόμη και η απλή ορθοστασία προκαλεί δυσφορία. Το νερό παρέχει ένα ιδιαίτερα φιλόξενο περιβάλλον, ενώ οι φυσικές ιδιότητες του νερού το καθιστούν το ιδανικό μέσο εξάσκησης και θεραπείας για πόνους στην πλάτη και γενικότερο μυϊκών τραυματισμών.

Την ίδια στιγμή η αντίληψη του πόνου που ενδέχεται να αισθάνεται ένας ασθενής περιορίζεται σημαντικά λόγω των χαλαρωτικών ήχων που ακούει κανείς μέσα στο νερό αλλά και της ζεστασιάς που προσφέρει η αίσθηση της

θάλασσας. Αποτέλεσμα είναι η γυμναστική που στο έδαφος θα αποτελούσε επίπονη διαδικασία μετατρέπεται σε ευχάριστη και αναζωογονητική εμπειρία. Την ίδια στιγμή η άνωση παρέχει τη δυνατότητα μεγαλύτερης ευελιξίας στις κινήσεις, καθώς περιορίζεται σημαντικά η βαρύτητα, διευκολύνοντας κυρίως τις δυσκολότερες ασκήσεις που αφορούν στα κάτω άκρα. Η άνωση αποτελεί μία ενισχυτική δύναμη που δρα ως βοήθημα στις κινήσεις.

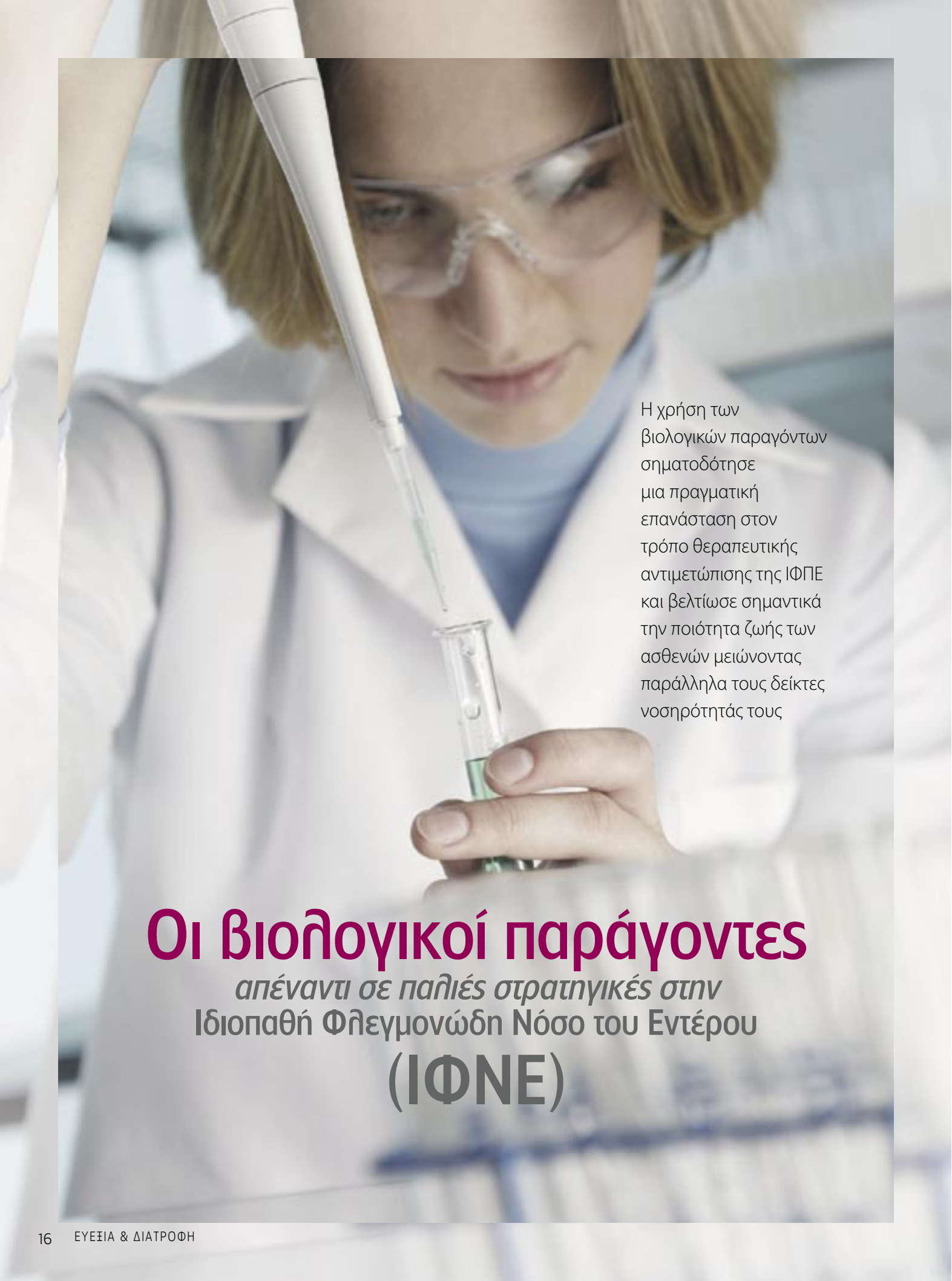
Περιορισμοί που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε περίπτωση άθλησης μέσα στο νερό.

Σε αρκετές περιπτώσεις παθήσεων της σπονδυλικής στήλης οποιαδήποτε άσκηση πρέπει να εκτελείται πάντα υπό την καθοδήγηση ειδικού, ενώ μπορεί κανείς ανενόχλητος να κολυπήσει σε αυτή την περίπτωση. Καλό θα ήταν να αποφεύγεται η άσκηση μέσα στο νερό σε άτομα που πάσχουν από υψηλό πυρετό, σημαντική καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμία ή έχουν κάποια μόλυνση. Παράλληλα, άτομα που έχουν έντονα προβλήματα αστάθειας ή περιορισμό στη λειτουργικότητα των κινήσεών τους θα πρέπει να αποφεύγουν υδάτινο τεχνητό περιβάλλον, δηλαδή τις πισίνες. Ο κίνδυνος τραυματισμού στις πισίνες είναι μεγάλος, ενώ τα λαστιχένια παπούτσια κρίνονται απαραίτητα σε αυτές τις περιπτώσεις καθώς αυξάνουν την τριβή.

Ορισμένες βασικές ασκήσεις για μέσα στο νερό

- ▶ **Γόνατο στο στήθος.** Η συγκεκριμένη άσκηση πρέπει να εκτελείται με το ένα χέρι να ακουμπά στο πλάι ή πίσω στο τοίχωμα της πισίνας. Η εναλλαγή των ποδιών δυναμώνει την μέση, τους γλουτούς, τους γοφούς.
- ▶ **Σήκωμα ποδιού.** Το ένα πόδι σηκώνεται ψηλά τεντωμένο, ενώ το άλλο πρέπει να παραμένει κάτω ελαφρώς λυγισμένο για να μην καταπονείται το γόνατο που στηρίζει το σώμα, ενώ καλό είναι να κρατίεστε από τον τοίχο της πισίνας. Τεντώνει και δυναμώνει τους μύες του ποδιού, των γοφών αλλά και της μέσης.
- ▶ **Περπάτημα μέσα στο νερό.** Το περπάτημα μέσα σε νερό (προς τα μπροστά και προς τα πίσω) που δεν ξεπερνά το ύψος του στήθους εξασκεί τους μύες των ποδιών χωρίς να καταπονεί τις αρθρώσεις στα γόνατα ή τους γοφούς. Ιδιαίτερα χρήσιμη άσκηση για όσους πάσχουν από οστεοπόρωση ή αρθρίτιδα. Η άσκηση μπορεί να γίνει πιο απαιτητική όταν στα χέρια προστίθενται ελαφρά βάρη.





Η χρήση των βιολογικών παραγόντων σηματοδότησε μια πραγματική επανάσταση στον τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης της ΙΦΠΕ και βελτίωσε σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών μειώνοντας παράλληλα τους δείκτες νοσηρότητάς τους

Οι βιολογικοί παράγοντες

απέναντι σε παλιές στρατηγικές στην
Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου
(ΙΦΝΕ)

Μικρή ιστορική αναδρομή στη θεραπεία της ΙΦΝΕ

Η φαρμακευτική αγωγή της Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους Νόσου του Εντέρου (ΙΦΝΕ) ακολούθησε πολλά στάδια τα τελευταία πενήντα χρόνια. Η αρχή έγινε με την ανακάλυψη της σουλφασαλαζίνης το 1942 στη Σουηδία. Στη συνέχεια μια σειρά από φάρμακα σημάδεψαν τις δεκαετίες που πρωτοχρησιμοποιήθηκαν στην πάθηση: τη δεκαετία του 1950 τα κορτικοστεροειδή (κορτιζόνη), τη δεκαετία του 1980 τα ανοσοκατασταλτικά/ανοσοτροποποιητικά φάρμακα όπως η αζαθειοπρίνη (AZA), η 6-μερκαπτοπουρίνη (6-MP) και η κυκλοσπορίνη Α (CyA), τη δεκαετία του 1990 η μεθοτρεξάτη (MTX) και την τελευταία δεκαετία οι βιολογικοί παράγοντες που περιλαμβάνουν ειδικά βιομηχανοποιημένα αντισώματα έναντι του παράγοντα νέκρωσης των όγκων-α (anti-TNFα/ Infliximab, Humira, Cimzia), μιας ουσίας που υπερπαραγεται σε καταστάσεις έντονης φλεγμονής ή καταστροφής κυττάρων ή ιστών. Η χρήση των βιολογικών παραγόντων σηματοδότησε μια πραγματική επανάσταση στον τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης της ΙΦΝΕ και βελτίωσε σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών μειώνοντας παράλληλα τους δείκτες νοσηρότητάς τους.

Ποιες είναι οι παλιές θεραπευτικές στρατηγικές στην ΙΦΝΕ;

Οι παλιές θεραπευτικές στρατηγικές στην ΙΦΝΕ είναι συνοπτικά οι παρακάτω:

A) Κορτικοστεροειδή (πρεδνιζολόνη – μεθυλπρεδνιζολόνη- βουδεσονίδη)

Ο ακριβής μηχανισμός δράσης παραμένει άγνωστος. Είναι χρήσιμα για την επίτευξη ύφεσης, δηλαδή ηρεμίας της πάθησης, έχουν όμως πολλές παρενέργειες και θα πρέπει να αποφεύγεται -εάν είναι δυνατό- η μακροχρόνια χρήση τους. Θα πρέπει να συνοδεύονται από διαιτητικές οδηγίες για αποφυγή ζάχαρης και αλατιού. Η βουδεσονίδη (είδος κορτιζόνης) έχει λιγότερες παρενέργειες (π.χ δέρμα), αλλά είναι κατά 13% λιγότερο αποτελεσματική από τα συμβατικά κορτικοειδή για επαγωγή ύφεσης δηλαδή ηρεμίας της πάθησης.

B) 5-Αμινοσαλικυλικά

Μοιάζουν χημικά αρκετά με την ασπιρίνη και έχουν αντιφλεγμονώδη αλλά μη επαρκώς διευκρινισμένη δράση. Είναι αποτελεσματικά στην ελκώδη κολίτιδα. Για τη νόσο του Crohn υπάρχουν αντικρουόμενες και μη επαρκείς μελέτες για την αποτελεσματικότητά τους. Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες η μεσαλαμίνη (είδος 5-αμινοσαλικυλικού) έχει κάποια θέση στη θεραπεία συντήρησης, την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου και πιθανά την πρόληψη της μετεγχειρητικής υποτροπής σε ασθενείς που έχουν ήδη χειρουργηθεί.

Γ) Αζαθειοπρίνη / 6-μερκαπτοπουρίνη (AZA/6-MP)

Η AZA/6-MP χρησιμοποιείται από το 1962 στη θεραπευτική. Ο μηχανισμός δράσης της είναι άγνωστος φαίνεται όμως πως έχει ανοσοκατασταλτική δράση και καταφέρει να αδρανοποιήσει ένα είδος λευκών αιμοσφαιρίων και με τον τρόπο αυτό να επιτύχει ανοσοκαταστολή και ανοχή στην εντερική φλεγμονή. Η AZA/6-MP είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική θεραπεία στην ΙΦΝΕ, μέχρι και σε 70% των ασθενών. Όμως, 30% των ασθενών δεν αποκρίνονται ή εμφανίζουν παρενέργειες, όπως αναιμία, άνοδο των ενζύμων του ήπατος, παγκρεατίτιδα, ή μια γενική δυσανεξία και δυσφορία στο πεπτικό σύστημα. Για τις περιπτώσεις γαστρεντερικής δυσανεξίας μπορεί να δοκιμαστεί εναλλακτικά η 6-MP. Ένας ειδικός έλεγχος σε ένα γονίδιο που ονομάζεται TPMT μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της τοξικότητας από το φάρμακο.

Δ) Μεθοτρεξάτη (MTX)

Η MTX είναι ανάλογο του φυλικού οξέος και έχει άγνωστο μηχανισμό δράσης. Θεωρείται ανοσοκατασταλτικό δεύτερης γραμμής, κυρίως για τη νόσο του Crohn. Η αποτελεσματικότητά της βρίσκεται υπό συνεχή αξιολόγηση, αποτελεί όμως σαφώς μια εναλλακτική λύση μετά την AZA/6-MP. Η δόση επαγωγής (δόση για να επιτύχουμε γρήγορα την ύφεση των συμπτωμάτων) είναι 25 mg την εβδομάδα ενδομυϊκά ή υποδόρια για 12-16 εβδομάδες ακολουθούμενη από δόση συντήρησης 15 mg την εβδομάδα ενδομυϊκά ή υποδόρια ή από του στόματος (π.χ συνήθως κατά το Σαββατοκύριακο). Η MTX έχει προβλήματα τοξικότητας. Για την πρόληψη τοξικότητας απαιτείται η χορήγηση 5 mg φυλικού οξέος ακριβώς την ημέρα μετά την χορήγηση της MTX (π.χ κάθε Δευτέρα).

Ε) Κυκλοσπορίνη (CyA)

Είναι το λιγότερο συχνά χρησιμοποιούμενο ανοσοκατασταλτικό στην ΙΦΝΕ, ειδικά στην ελκώδη κολίτιδα, και έχει πολύ συγκεκριμένες ενδείξεις. Οι μελέτες δείχνουν ότι η χρήση της μπορεί να οδηγήσει σε ανταπόκριση σε κάποιες περιπτώσεις, αλλά αυτή η ανταπόκριση είναι πρόσκαιρη και κατά κανόνα γρήγορα ακολουθείται από υποτροπή με έντονα συμπτώματα. Η χορήγησή της απαιτεί επίγνωση της δυνητικής τοξικότητας, πάρα πολύ στενή παρακολούθηση του ασθενούς και μέτρηση των επιπέδων του φαρμάκου, δηλαδή της στάθμης του φαρμάκου στο αίμα.

Μια νέα θεραπευτική προσέγγιση στην ΙΦΝΕ: Οι βιολογικές θεραπείες (Infliximab, Adalimumab, Certolizumab pegol)

Οι βιολογικές θεραπείες αποτελούν σημαντική θεραπευτική πρόοδο για την εντερική και την περιπρωκτική (στην περιοχή του πρωκτού) ΙΦΝΕ (Infliximab, αναμονή

Το ζήτημα της αρχικής επιθετικής συντηρητικής θεραπείας με στόχο την επούλωση του εντερικού βλεννογόνου και τη γρήγορη επαγωγή της ύφεσης και της ηρεμίας από τα συμπτώματα της πάθησης είναι το ελκυστικό ζητούμενο.

μελετών των υπολοίπων φαρμάκων) αλλά και τις εξωεντερικές (π.χ εκδηλώσεις από τις αρθρώσεις, το δέρμα) που πολλές φορές συνυπάρχουν στους ασθενείς αυτούς. Πριν την έναρξη των θεραπειών θα πρέπει να γίνει έλεγχος για ενεργό ή λανθάνουσα φυματίωση (δερματικό τεστ Mantoux, ακτινογραφία θώρακος και λήψη καλού ιστορικού του ασθενούς), διότι υπάρχει κίνδυνος αναζωπύρωσης παλαιάς λανθάνουσας φυματίωσης. Κατά τη θεραπεία θα πρέπει να στοχεύουμε στη δημιουργία συνθηκών βέλτιστης ανταπόκρισης (πιθανά να χρειαστεί συγχρόνηση ανοσοκατασταλτικών και πρέπει να διακοπεί το κάπνισμα) και την πρόληψη και αντιμετώπιση τυχόν αλλεργικών ή άλλων αντιδράσεων κατά τη χορήγηση. Όταν επιτύχουμε την ανταπόκριση, δηλαδή την ύφεση των συμπτωμάτων του ασθενούς θα πρέπει να στοχεύουμε στη διατήρηση της αποτελεσματικότητας, δηλαδή τη διατήρηση της καλής κατάστασης υγείας στην πορεία του χρόνου.

Ποιο τελικά είναι το καλύτερο φάρμακο για την ΙΦΝΕ;

Κανένα φάρμακο δεν αποτελεί την πλήρη και αιτιολογική θεραπεία της ΙΦΝΕ και για το λόγο αυτό είμαστε υποχρεωμένοι να αναζητούμε είτε την καταλληλότερη θεραπεία για τον συγκεκριμένο ασθενή, είτε να οδηγούμαστε σε συνδυασμούς φαρμάκων οι οποίοι θα μας εξασφαλίσουν το μέγιστο δυνατό θεραπευτικό αποτέλεσμα με την εξασφάλιση της λιγότερης δυνατής τοξικότητας. Το ζήτημα της αρχικής επιθετικής συντηρητικής θεραπείας με στόχο την επούλωση του εντερικού βλεννογόνου και τη γρήγορη επαγωγή της ύφεσης και της ηρεμίας από τα συμπτώματα της πάθησης είναι το ελκυστικό ζητούμενο. Θα πρέπει όμως να γίνουν περισσότερες μελέτες για να υποδειχθεί ο βέλτιστος τρόπος με τις υπάρχουσες ή τις τυχόν μελλοντικά διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές.

Υπάρχουν μυστικά στη θεραπευτική στρατηγική της ΙΦΝΕ;

Γενικός κανόνας είναι να γνωρίζουμε καλά τις ενδείξεις, τις δυνατότητες, αλλά και τις παρενέργειες κάθε φαρμάκου. Η επικρατούσα θέση είναι σήμερα ότι τα παραδοσιακά φάρμακα (κορτιζόνη, αμινοσαλκυλικά) και τα ανοσοκατασταλτικά έχουν βασική θέση στην θεραπεία. Η κορτιζόνη θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο για την

επίτευξη ύφεσης, εάν δεν είναι δυνατό να επιτευχθεί με άλλο τρόπο και στη συνέχεια να επιχειρείται η σταδιακή διακοπή της. Οι βιολογικοί παράγοντες πρέπει να χρησιμοποιούνται μετά από σαφείς ενδείξεις και τις γνωστές προφυλάξεις για τη φυματίωση.

Το πλαίσιο συγχρόνησης ανοσοκατασταλτικών μαζί με τις βιολογικές θεραπείες βρίσκεται υπό αξιολόγηση σε κλινικές μελέτες και επί του παρόντος πρέπει γενικά να προτιμάται η συγχρόνηση και ιδίως κατά την περίοδο της αρχικής θεραπευτικής προσέγγισης.

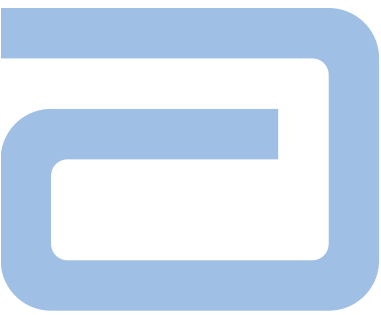
Τα φάρμακα στην ΙΦΝΕ δεν πρέπει να αλλάζουν εύκολα. Σε περίπτωση όμως τοξικότητας, παρενέργειας ή αναποτελεσματικότητας δεν θα πρέπει να υπάρχει δισταγμός για την άμεση αλλαγή του υπεύθυνου φαρμάκου, πάντοτε όμως με στρατηγικό σχεδιασμό και παράλληλη ενημέρωση του ασθενή.

Πως θα επιτύχουμε το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα στην ΙΦΝΕ;

Η ΙΦΝΕ χρειάζεται πάντοτε τη χάραξη μιας στρατηγικής αντιμετώπισης για να επιτευχθεί το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι βασικοί στόχοι θεραπείας είναι η επαγωγή και διατήρηση της ύφεσης και η εξασφάλιση ποιότητας ζωής τους ασθενούς. Αν ο ασθενής χρειαστεί χειρουργείο, θα πρέπει να προηγηθεί κατάλληλη προετοιμασία (διατροφή, ψυχολογική υποστήριξη, σχέδιο δράσης πριν και μετά το χειρουργείο). Για το λόγο αυτό κεφαλαίωδους σημασίας είναι η πλήρης γνώση της πάθησης γενικά, αλλά και ειδικά στον συγκεκριμένο ασθενή. Η συνεργασία με άλλες ειδικότητες είναι βασικότερη ώστε να δημιουργηθεί μια ομάδα αντιμετώπισης.

Για να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια από τη χρήση των παραδοσιακών θεραπειών, αλλά και των βιολογικών παραγόντων επιβάλλεται τούτη να γίνεται μόνο από ιατρούς οι οποίοι ασχολούνται συστηματικά με την πάθηση και οι οποίοι έχουν τη θεωρητική γνώση και την κλινική εμπειρία όλου του φάσματος των θεραπευτικών επιλογών. Μέγιστη σημασία έχει, όπως σε όλες τις χρόνιες παθήσεις, η απόλυτη και αμοιβαία εμπιστοσύνη και συνεργασία με τον ασθενή, αφού προηγηθεί κατάλληλη και πλήρης ενημέρωση.





A-00466

www.foh.gr

ABBOTT LABORATORIES (ΕΛΛΑΣ) Α.Β.Ε.Ε.

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

 **Abbott**
Immunology

Συνέπειες της υπερβολικής κατανάλωσης τροφής από ταχυφαγεία (fast-food) στο επίπεδο των ηπατικών ενζύμων

Το μεταβολικό σύνδρομο είναι συστηματική νόσος που περιλαμβάνει την κεντρική παχυσαρκία, την αρτηριακή υπέρταση, τη δυσλιπιδαιμία και το σακχαρώδη διαβήτη. Το λιπώδες ήπαρ ή μη-αλκοολική λιπώδης διήθηση (NAFLD) αποτελεί την ηπατική εκδήλωση του μεταβολικού συνδρόμου και μπορεί να εκδηλώνεται με ασυμπτωματική αύξηση των ηπατικών ενζύμων, συνηθέστερα της αλανινικής αμινοτρανσφεράσης (ALT). Διατροφικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί, μεταξύ άλλων, για την ανάπτυξη NAFLD. Σε μια μελέτη στο Gut (2008;57:649-54) ερευνητές από τη Σουηδία μελέτησαν την επίδραση της υπερβολικής κατανάλωσης τροφής από fast-food στα ηπατικά ένζυμα και την περιεκτικότητα του ήπατος σε τριγλυκερίδια, που υπολογίστηκε με τεχνική μαγνητικής φασματοσκόπησης. Στη μελέτη συμμετείχαν 12 υγιείς άνδρες και 6 γυναίκες με μέση ηλικία 26 ετών και αντίστοιχη ομάδα μαρτύρων. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα του πειράματος επί ένα μήνα έτρωγαν δύο φορές την ημέρα σε fast-food με σκοπό να διπλασιάσουν τις θερμίδες που προσελάμβαναν καθημερινά, ενώ ταυτόχρονα ακολούθησαν καθιστικό τρόπο ζωής. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα του πειράματος σε ένα μήνα αύξησαν το βάρος τους κατά 6.5 κιλά μέσο όρο. Η ALT αυξήθηκε από μέση τιμή 22 σε 97 IU/L στο τέλος του πειράματος, με ανώτερο φυσιολογικό όριο το 30 IU/L. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εμφάνισε αυξημένες τιμές ALT από την πρώτη εβδομάδα του πειράματος, ενώ η πρόσληψη γλυκόζης συσχετίστηκε με το λόγο μέγιστης ALT/αρχικής ALT. Η μέση περιεκτικότητα του ήπατος σε τριγλυκερίδια αυξήθηκε από 1.1% σε 2.8%, αν και η αύξηση αυτή δε συσχετίστηκε με τις αυξήσεις τις ALT. Στην ομάδα ελέγχου δεν παρατηρήθηκε ουδεμία μεταβολή στην ALT ή στο ποσοστό ηπατικών τριγλυκεριδίων. Συμπερασματικά, η υπερβολική κατανάλωση τροφής μπορεί να προκαλέσει εκσεσημασμένες αυξήσεις της ALT, οι οποίες προηγούνται της εμφάνισης ηπατικής στεατώσης.

Σύγκριση προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) με κολονοσκόπηση σε μετρίου κινδύνου ασθενείς 40-49 έναντι 50-59 ετών

Οι τρέχουσες συστάσεις πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου για το γενικό πληθυσμό είναι κολονοσκόπηση ανά 10ετία μετά την ηλικία των 50 ετών. Στόχος είναι η ανακάλυψη και αφαίρεση προκαρκινωματώδων καταστάσεων, όπως την προχωρημένη νεοπλασία του παχέος εντέρου ή και αδενωμάτων ακόμη πρωιμότερου ιστολογικού σταδίου. Εντούτοις, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς η χρησιμότητα της κολονοσκόπησης ως εργαλείο προσυμπτωματικού ελέγχου σε μικρότερες ηλικίες, ειδικά σε μετρίου κινδύνου ενήλικες 40-49 ετών. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο Gastroenterology (2008;134:1311-1315) αναλύθηκαν τα ευρήματα των κολονοσκοπήσεων στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου ιδιωτικής ασφάλισης στις ηλικιακές ομάδες 40-49 και 50-59 έτη. Συνολικά αναλύθηκαν 553 κολονοσκοπήσεις στην ηλικιακή ομάδα 40-49 και 352 στην ομάδα 50-59. Στις ηλικίες 40-49 ετών, 79 ασθενείς (14%) εμφάνισαν ένα ή περισσότερα αδενώματα, εκ των οποίων οι 11 (2% του συνόλου) εμφάνισαν προχωρημένη νεοπλασία (αδένωμα >1 εκ). Στις ηλικίες 50-59 ετών, 56 ασθενείς (16%) εμφάνισαν ένα ή περισσότερα αδενώματα, εκ των οποίων οι 13 (3.7%) είχαν προχωρημένη νεοπλασία και ένας αδενοκαρκίνωμα. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στον αριθμό ή στην εντόπιση των αδενωμάτων στις δύο ηλικιακές ομάδες. Εντούτοις, διαπίστωθηκε μια τάση μεγαλύτερου αριθμού προχωρημένων νεοπλασιών στην ομάδα 50-59, που δεν ήταν στατιστικά σημαντική, πιθανόν λόγω σχετικά μικρού αριθμού συμμετεχόντων στη μελέτη. Οι συγγραφείς υπέθεσαν ότι προχωρημένες νεοπλασίες που ανιχνεύονται στην ηλικία 50-59, μπορεί να ανιχνευτούν σε πιά προώρο στάδιο στις ηλικίες 40-49 ετών. Απαιτούνται συνεπώς μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα ασθενών και υπολογισμός κόστους-οφέλους για να απαντηθεί το ερώτημα της έναρξης προσυμπτωματικού ελέγχου από νεότερες ηλικίες.

Αποτελεσματικότητα της τελμπιβουδίνης σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β (ΧΗΒ)

Η χρόνια ηπατίτιδα Β οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας Β και αν μείνει χωρίς παρακολούθηση και θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να εξελιχθεί σε κίρρωση, ηπατική ανεπάρκεια και ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Τα τελευταία χρόνια οι θεραπευτικές επιλογές έχουν αυξηθεί και οι νέες θεραπείες εγγυώνται μακροχρόνια αποτελεσματικότητα και ασφάλεια. Οι εγκεκριμένες θεραπείες είναι η πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη, η λαμβιβουδίνη, η αδεφοβίρη, η εντεκαβίρη και οι πρόσφατα εγκεκριμένες τελμπιβουδίνη και τενοφοβίρη. Σε μια διπλή-τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *New England Journal of Medicine* (2007;357:2576-88) συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα της τελμπιβουδίνης με αυτή της λαμβιβουδίνης σε ασθενείς με ΧΗΒ. Τυχαιοποιήθηκαν 1367 ασθενείς (921 HBeAg θετικοί και 446 HBeAg αρνητικοί) να λάβουν είτε 600 mg τελμπιβουδίνης είτε 100 mg λαμβιβουδίνης άπαξ ημερησίως και η θεραπευτική απάντηση αξιολογήθηκε στο τέλος του πρώτου χρόνου (52 εβδομάδες) θεραπείας. Η τελμπιβουδίνη ήταν ανώτερη από τη λαμβιβουδίνη στη μέση ελάττωση του ιικού φορτίου (HBeAg θετική ΧΗΒ: 6.5 έναντι 5.5 log₁₀, HBeAg αρνητική ΧΗΒ: 5.2 έναντι 4.4 log₁₀ αντίγραφα/ml), στο ποσοστό ασθενών με μη ανιχνεύσιμο ιικό πολλαπλασιασμό (μη ανιχνεύσιμο HBV DNA ορού- HBeAg θετική ΧΗΒ: 60% έναντι 40%, HBeAg αρνητική ΧΗΒ: 88% έναντι 71%), και στην ανάπτυξη ιικής αντοχής στο φάρμακο (HBeAg θετική ΧΗΒ: 5% έναντι 11%, HBeAg αρνητική ΧΗΒ: 2% έναντι 11%). Και τα δύο φάρμακα ήταν απόλυτα ασφαλή. Συμπερασματικά, η τελμπιβουδίνη επιτυγχάνει ισχυρότερη καταστολή του ιικού πολλαπλασιασμού από τη λαμβιβουδίνη, με μικρότερη ανάπτυξη αντοχής.

Η προουκαλοπρίδη βελτιώνει τη σοβαρή χρόνια δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα, που επηρεάζει δυσμενώς την ποιότητα ζωής. Σε πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη της ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ διαπιστώθηκε ότι στην Ελλάδα πάσχει το 16% του πληθυσμού, με το 67% των δυσκοιλιών να είναι γυναίκες. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *New England Journal of Medicine* (2008;358:2344-54), δοκιμάστηκε η αποτελεσματικότητα χορήγησης προουκαλοπρίδης έναντι εικονικού φαρμάκου για 12 εβδομάδες σε ασθενείς με σοβαρή χρόνια δυσκοιλιότητα. Η προουκαλοπρίδη είναι αγωνιστής των 5-HT₄ υποδοχέων και έχει εντερικινητική δράση. Ασθενείς με σοβαρή χρόνια δυσκοιλιότητα θεωρήθηκαν όσοι εμφάνιζαν λιγότερες από δύο πλήρεις κενώσεις εβδομαδιαίως. Το πρωταρχικό καταληκτικό στοιχείο της μελέτης ήταν το ποσοστό των ασθενών με τρεις ή περισσότερες κενώσεις εβδομαδιαίως σε κάθε ομάδα. Τυχαιοποιήθηκαν 620 ασθενείς σε τρεις ομάδες: ομάδα εικονικού φαρμάκου, ομάδα 2 mg προουκαλοπρίδης και ομάδα 4 mg προουκαλοπρίδης. Το ποσοστό των ασθενών με τουλάχιστον 3 εβδομαδιαίες κενώσεις ήταν σημαντικά υψηλότερο στις ομάδες της προουκαλοπρίδης από αυτήν του εικονικού φαρμάκου (31% για 2 mg και 28% για 4 mg προουκαλοπρίδης έναντι 12% για εικονικό φάρμακο, P<0.001). Επιπρόσθετα, 45% των ασθενών στις ομάδες της προουκαλοπρίδης είχαν αύξηση στον αριθμό των εβδομαδιαίων κενώσεων, έναντι 26% στην ομάδα εικονικού φαρμάκου. Οι συχνότερες παρενέργειες της προουκαλοπρίδης ήταν κεφαλαλγία και κοιλιακό άλγος. Συμπερασματικά, η προουκαλοπρίδη αποτελεί υποσχόμενη θεραπεία της χρόνιας δυσκοιλιότητας, καθώς βελτιώνει σημαντικά την εντερική λειτουργία και ελαττώνει τα συμπτώματα της δυσκοιλιότητας. Μελέτες μεγαλύτερης διάρκειας θα εκτιμήσουν τη μακροχρόνια αποτελεσματικότητα και ασφάλειά της.



Βιολογικά προϊόντα:
είναι όντως
“in”;

Στη Μεγάλη Βρετανία τη 10ετία του '90, αν συυπολογίζονταν οι αρνητικές εξωτερικότητες:

- Η μέση αξία των γεωργικών προϊόντων θα επιβαρυνόταν κατά 13,3%.
- Το καθαρό εισόδημα των γεωργών θα μειωνόταν κατά 89%.
- Το κόστος καλλιέργειας θα αυξανόταν κατά 22,9€ (περίπου 35€) ανά στρέμμα αρόσιμης γης.

Δύσκολα θα βρεις στις μέρες μας κάποιο έντυπο με διατροφική θεματολογία που να μην έχει ένα τουλάχιστον άρθρο ανά τεύχος με αναφορά στα τρόφιμα βιολογικής γεωργίας - κτηνοτροφίας. Αλλά και όλα τα πρόσφατα στοιχεία δείχνουν μια διαρκή αύξηση των πωλήσεων των βιολογικών προϊόντων.

Αυτά ίσχυαν τουλάχιστον μέχρι το πρώτο τρίμηνο του έτους. Έκτοτε δεν έχουμε νεότερα. Ενωώ μετά την εμπέδωση της (αρκετά τρομοκρατικής) ειδησεογραφίας περί «αύξησης της τιμής του πετρελαίου», «παγκόσμιας επισιτιστικής κρίσης», «κύματος ακρίβειας» κλπ.

Ενδεχομένως όλες αυτές οι εξελίξεις να επηρεάσουν τα βιολογικά προϊόντα. Κάποιοι θα σπεύσουν να πουν πως η βιολογική γεωργία & κτηνοτροφία -και τα συχνά ακριβότερα από τα συμβατικά προϊόντα που παράγει- είναι απλώς "in", μια μόδα της εποχής των παχιών αγελάδων...

Για να φτάνει κάποιος σ' αυτό το συμπέρασμα, μάλλον δεν απαντάει σωστά στην ερώτηση «τι είναι η βιολογική γεωργία – κτηνοτροφία;». Η πιο συνηθισμένη απάντηση είναι «γεωργία χωρίς συνθετικά χημικά λιπάσματα και φυτοφάρμακα».

Όμως αυτή η απάντηση είναι λάθος! Κατ' αρχάς, γιατί είναι απάντηση στη ... διαφορετική ερώτηση: «τι δεν χρησιμοποιούν οι βιοκαλλιεργητές;» Κι ύστερα, γιατί η βιολογική γεωργία είναι πολύ περισσότερα πράγματα απ'αυτό.

Με μια κουβέντα, η ουσία της βιολογικής γεωργίας είναι η παραγωγή αγροτικών προϊόντων με σεβασμό και σε συνεργασία με τα φυσικά συστήματα και κύκλους.

Ο δρόμος που ακολουθεί η συμβατική γεωργία είναι ακριβώς ο αντίθετος: η απλοποίηση και προτυποποίηση, για να ασκεί ο παραγωγός το μέγιστο βαθμό ελέγχου σε συγκεκριμένες -ελάχιστες- φυσικές διεργασίες. Όστε να παράγει τις μέγιστες δυνατές ποσότητες ενός προϊόντος με όσο το δυνατόν σταθερότερες ιδιότητες (αυτό είναι που έχουμε -κακώς- συνηθίσει να λέμε «σταθερή ποιότητα») για να χρησιμοποιηθεί ως πρώτη ύλη στην παγκόσμια αγορά γεωργικών προϊόντων του μεγάλου πλανητικού χωριού μας.

«Τι το κακό;», θα πει κανείς, «δεν είναι αυτός μονόδρομος για να έχουμε φτηνά τρόφιμα σε επαρκείς ποσότητες;» Το κακό είναι πως στη φύση δεν απαντώνται πολλοί μονόδρομοι! Το σχήμα της φύσης είναι ο κύκλος. Όπου συναντάμε μια απλή γραμμική διαδικασία, θα βρούμε και αρκετές αντίθετες, εξισορροπητικές. Έτσι η συντήρηση της απλής γραμμικής διαδικασίας κοστίζει. Και τα νομίσματα της φύσης είναι η ενέργεια, οι φυσικοί πόροι και η (γενετική) πληροφορία.

Εμείς οι άνθρωποι μέχρι στιγμής έχουμε καταφέρει να δώσουμε χρηματική αξία μόνο σε κάποιες μορφές ενέργειας και φυσικών πόρων. Και είναι γνωστό εδώ και δεκαετίες πως τα τρόφιμα στην πραγματικότητα δεν είναι φτηνά, ακόμα κι όταν λογαριάζουμε με τα δικά μας ατελή νομίσματα.

Απλώς, όταν περνάμε απ' το ταμείο πληρώνουμε άμεσα μόνο ένα τμήμα του κόστους τους.

Ένα δεύτερο μεγάλο τμήμα της τιμής το πληρώνουμε έμμεσα, όχι ως καταναλωτές αλλά ως φορολογούμενοι. Αυτό συμβαίνει κυρίως στις πλούσιες χώρες του πλανήτη, για λόγους διατροφικής ασφάλειας (για να συνεχίσουν οι γεωργοί να παράγουν και για να είναι το φαγητό φτηνό στην τσέπη μας). Το τμήμα αυτό πληρώνεται κυρίως μέσω των πάσης φύσεως μέτρων αγροτικής πολιτικής (π.χ. επιδοτήσεις, δασμολογική προστασία, κλπ). Αλλά κι αλλιώς, όπως δείχνει το παράδειγμα του αρδευτικού νερού, όπου την κατασκευή και συντήρηση φραγμάτων και ταμειυτήρων την πληρώνουμε εν μέρει μέσω ... των λογαριασμών ηλεκτρικού ρεύματος.

Κι ένα τρίτο μεγάλο τμήμα είναι το «κρυμμένο» κόστος των αρνητικών επιπτώσεων στο περιβάλλον και την υγεία, το οποίο δεν το επωμίζονται τα γεωργικά προϊόντα, αλλά το μεταθέτουν σε τρίτους και συνήθως στο σύνολο της κοινωνίας και των μελλοντικών γενιών. Αυτά τα κόστη οι οικονομολόγοι τα λένε «εξωτερικές επιβαρύνσεις» ή αρνητικές «εξωτερικότητες».

Τα κόστη αυτά μπορούμε να τα υπολογίσουμε μόνο σε κάποιες περιπτώσεις και μόνο κατά προσέγγιση, με βάση το πόσο κοστίζει στο κράτος η αποκατάσταση της ζημιάς που έχει γίνει. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι αυτό που παρουσιάζουμε στον πίνακα της επόμενης σελίδας.

Απόπειρα εκτίμησης κατά προσέγγιση των αρνητικών εξωτερικών επιβαρύνσεων για τις οποίες ευθύνεται η γεωργία – κτηνοτροφία στη Μεγάλη Βρετανία το 1996 (πηγή: Pretty et al, 2000, Agr.Sys. 65: 2)

Πηγή εξωτερικής επιβάρυνσης	Κόστος (σε εκατομμύρια λίρες (£) το χρόνο)
Ρύπανση πηγών πόσιμου νερού από φυτοφάρμακα	119,60
Ρύπανση πηγών πόσιμου νερού από νιτρικά	16,40
Ρύπανση πηγών πόσιμου νερού από φωσφορικά και εδαφική διάβρωση	52,30
Μόλυνση πηγών πόσιμου νερού με <i>Cryptosporidium</i> (πρωτόζωο, από την κτηνοτροφία)	22,50
Κρούσματα ευτροφισμού & ρύπανσης	5,70
Ατμοσφαιρική ρύπανση (αέρια θερμοκηπίου & αμμωνία)	1.113,00
Ζημιές από εδαφική διάβρωση	13,77
Απώλειες οργανικής ουσίας και CO ₂	82,30
Αποκατάσταση οικοσυστημάτων	24,60
Αποκατάσταση στοιχείων τοπίου (hedgerows)	97,60
Απώλειες μελισσοσμηνών	1,73
Απώλεια αγροτικής βιοποικιλότητας	Αδύνατη η εκτίμηση
Τοξικότητες από φυτοφάρμακα	1,05
Χρόνιες επιπτώσεις φυτοφαρμάκων	Αδύνατη η εκτίμηση
Τροφικές δηλητηριάσεις (από βακτήρια & ιούς)	169,00
Επιπτώσεις αντίστασης στα αντιβιοτικά	Αδύνατη η εκτίμηση
Επιπτώσεις νόσου «τρελών αγελάδων»	607,00
Σύνολο αρνητικών εξωτερικότητων που μπορούν να εκτιμηθούν	2.326,55

Τέτοιου είδους υπολογισμοί έχουν γίνει και σε άλλες χώρες, κυρίως σε ότι αφορά στις επιπτώσεις στο περιβάλλον και την υγεία από τη χρήση φυτοφαρμάκων. Μάλιστα σε κάποιες αναπτυσσόμενες χώρες φαίνεται πως το τίμημα στην υγεία των γεωργών κοστολογείται ψηλότερα από το όφελος της μεγαλύτερης παραγωγής λόγω της χρήσης φυτοφαρμάκων. Αλλά και στις ΗΠΑ το 1992 υπολογίστηκε πως η εξωτερική επιβάρυνση της κοινωνίας από τη χρήση φυτοφαρμάκων ισοσκέλιζε το κόστος αγοράς τους.

Τις αρνητικές εξωτερικότητες της γεωργίας – κτηνοτροφίας τις πληρώνουμε, με τον έναν ή τον άλλον τρόπο. Κάποιες μάλιστα τις πληρώνουμε χωρίς καν να ξέρουμε πόσο! Τέτοιο παράδειγμα (εκτός αυτών του πίνακα) είναι οι μακροχρόνιες επιπτώσεις της εδαφικής διάβρωσης. Το έδαφος που μετακινήθηκε λόγω διάβρωσης στις ΗΠΑ το 1997 ήταν τόσο, που αν αντιστοιχιζόταν στη συνολική γεωργική έκταση της χώρας θα σήμαινε πως χάνονται 2,5 εκατοστά χώματος κάθε 34 χρόνια. Το χώμα όμως είναι ένας πολύ αργά ανανεώσιμος φυσικός πόρος. Για να σχηματιστούν 2,5 εκατοστά υπό κανονικές συνθήκες χρειάζονται 200–1000 χρόνια. Και χωρίς γόνιμο χώμα η ανθρωπότητα δεν έχει μέλλον. Πως όμως να κοστολογηθεί η μελλοντική έλλειψη γόνιμου εδάφους;

Κάποιες από αυτές τις αρνητικές εξωτερικότητες οφείλονται σε κακή η ανορθολογική διαχείριση από την πλευρά των γεωργών, που στο παρελθόν ενθαρρύνονταν και από πολιτικές επιδοτήσεων χωρίς πρόνοια για το περιβάλλον.

Όμως πολλές από τις αρνητικές εξωτερικότητες οφείλονται απλά στο γεγονός πως απλοποιήσαμε τις φυσικές διαδικασίες, προσπαθήσαμε να ευθυγραμμίσουμε τον κύκλο.


Στο παράδειγμα της διάβρωσης που προαναφέρθηκε, αν προστίθεται κάθε χρόνο στο έδαφος οργανική ουσία, όπως προτείνει η βιολογική γεωργία, ο χρόνος για να σχηματιστούν 2,5 εκατοστά εδάφους μειώνεται στα 30 χρόνια. Που πρακτικά σημαίνει πως στη βιολογική γεωργία το έδαφος «χτίζεται» αντί να καταστρέφεται, γεγονός που απέδειξε και πρόσφατη έρευνα στις ΗΠΑ.

Πολλά παραπλήσια παραδείγματα προσφέρει η σύγχρονη έρευνα που συγκρίνει τη βιολογική με τη συμβατική παραγωγή. Και τα περισσότερα αποδεικνύουν πως η βιολογική γεωργία – κτηνοτροφία έχει λιγότερες αρνητικές εξωτερικότητες. Και τα βιολογικά προϊόντα έχουν λιγότερο «κρυμμένο κόστος», η τιμή τους είναι πιο κοντά στην πραγματική τιμή των τροφίμων, περιλαμβάνουν στην τιμή τους και ένα τίμημα σεβασμού στο περιβάλλον και την κοινωνία.

Με όλη αυτή την υπεραξία υπευθυνότητας που εμπιρεύουν τα βιολογικά προϊόντα, ποιος μπορεί άραγε να πει ότι το “in” δεν τα χαρακτηρίζει;



Η άκρη του μίτου: για περισσότερη πληροφόρηση επισκεφθείτε την ιστοσελίδα του Jules Pretty στο <http://www.essex.ac.uk/bs/staff/pretty/>



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

Αντιμετωπίζοντας τη βουλιμία

10⁺⁶ συμβουλές

Η επίπτωση των διατροφικών διαταραχών σχετίζεται άμεσα τη συμπεριφορά μας προς το φαγητό. Η διαταραγμένη συμπεριφορά προς το φαγητό μπορεί να εκδηλωθεί στα πλαίσια της προσπάθειας να επιτευχθούν μη ρεαλιστικοί στόχοι ή να αποκτηθεί το αίσθημα ελέγχου της προσωπικής ζωής. Με τον τρόπο αυτό όμως, το μυαλό αποσπάται από σημαντικά προβλήματα: διαπροσωπικά, εργασιακά ή ψυχολογικά.

Πείνα ή όρεξη;

Η κατανάλωση φαγητού δεν έχει μόνο βιολογική αλλά και ψυχική αξία. Έχει φυσιολογικά δύο πλευρές: μια βιολογική, για να συντηρηθεί δηλαδή ο οργανισμός, προσλαμβάνοντας τροφή, αλλά και μια ψυχική, να ευχαριστηθεί δηλαδή το άτομο με τη γεύση, ώστε να θελήσει την κατανάλωση του φαγητού. Η επίγνωση της παραπάνω διαπίστωσης συντελεί στο να μπορεί κανείς να ξεχωρίσει την πείνα από την όρεξη.

Η πείνα αντιστοιχεί στο μήνυμα που στέλνει ο οργανισμός για να ζητήσει ενέργεια. Η όρεξη από την άλλη πλευρά, εξαρτάται από την ψυχική διάθεση και αντιστοιχεί στην αισθησιακή ικανοποίηση του ενστίκτου. Όπως υποστηρίζεται από έρευνες, «η πείνα» δύο μόλις ώρες μετά από ένα πλήρες γεύμα, συνιστά αυξημένη όρεξη για φαγητό και όχι εγκεφαλικό σήμα για πρόσληψη τροφής. «Ελέγξτε τα συναισθήματά σας εκείνη την στιγμή. Θα διαπιστώσετε ότι ένας θυμός, μια στεναχώρια, ένα άγχος κ.τ.λ. είναι οι αιτίες που σας κάνουν να λέτε στον εαυτό σας ότι πεινάτε», αναφέρουν ψυχολόγοι.

Το σωματικό βάρος αυξάνεται τρώγοντας όταν έχουμε όρεξη και όχι όταν πραγματικά πεινάμε. Γι' αυτό, είναι πολύ σημαντικό να μάθουμε να αποφεύγουμε το τσιμπολόγημα που σχετίζεται με την όρεξη. Κατά τη διάρκεια έντονης συναισθηματικής φόρτισης, άγχους ή κατάθλιψης, η διαχείριση των σημάτων πείνας και κορεσμού γίνεται πολύ δυσκολότερη, οπότε και αυξάνονται οι πιθανότητες αδηφαγίας.

Τι είναι το αδηφαγικό επεισόδιο;

Ένα αδηφαγικό/ βουλιμικό επεισόδιο συνεπάγεται απώλεια ελέγχου της περιορισμένης –για λόγους συνήθως αδυνατίσματος– πρόσληψης φαγητού και χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας, που συνοδεύονται από συμπεριφορές ακύρωσης. Κατά τη διάρκειά τους, ένα άτομο μπορεί να καταναλώσει μικρές ή μεγάλες ποσότητες φαγητού με γρήγορο ρυθμό, με πιθανές εναλλαγές από γλυκό σε αλμυρό και αντίστροφα σε χρονικό διάστημα 2-3 ωρών. Ακολουθεί μια προσωρινή υποχώρηση του αισθήματος της πείνας, του θυμού, του άγχους, αλλά τελικά απομένει ο φόβος της αύξησης του βάρους. Και είναι ο φόβος αυτός που οδηγεί αρκετές φορές σε λήψη ακραίων αντισταθμιστικών μέτρων: πρόκληση εμετού, χρήση καθαρτικών ή διουρητικών φαρμάκων.

Προφίλ

Ένα βουλιμικό άτομο χαρακτηρίζεται συνήθως από αδυναμία να αντιμετωπίσει κατά μέτωπο τις όποιες δυσκολίες της ζωής του. Επιθυμεί το ενδιαφέρον των υπολοίπων, αλλά στην πράξη το φοβάται, αποφεύγοντας την όποια κριτική/ σχολιασμό. Πιθανότατα, στη ζωή τους υφίστα-

νται σχέσεις ιδιαίτερα αμφιταλαντευόμενες και αμφιθυμικές που πολλές φορές πυροδοτούν τα αδηφαγικά επεισόδια. Η επιθυμία του βουλιμικού ατόμου να «αγκαλιάσει» ένα αγαπημένο του πρόσωπο αλλά και να το διώξει από κοντά του – νιώθοντας ότι απειλείται– περιγράφει την αμφιθυμία του.

Κατά κανόνα, τα βουλιμικά επεισόδια σχεδιάζονται και το φαγητό αποθηκεύεται με σκοπό να καταναλωθεί όταν δεν θα υπάρχει η πιθανότητα διακοπής. Για το λόγο αυτό, λαμβάνουν χώρα κατά τις νυκτερινές ώρες. Κάποιοι με χρόνια εξέλιξη εκδηλώνουν υπερφαγικά επεισόδια με βραδύτερους ρυθμούς, ενώ άλλοι «τσιμπολογάνε με τις ώρες» μικρές ποσότητες τροφών.

Η αίσθηση απώλειας του ελέγχου και των ορίων στις διαπροσωπικές σχέσεις, συνοδεύεται από την απόπειρα ανάκτησης αυτών με το φαγητό, όπου φαντασιώνει πως έχει τον πλήρη έλεγχο. Η δημιουργία της σχέσης αυτής με το φαγητό λειτουργεί ως καταφύγιο από τις αμφιθυμικές διαπροσωπικές του σχέσεις, στις οποίες δεν έχει τον έλεγχο. Στην περίπτωση αυτή εντάσσεται και η «συναισθηματική πείνα», όταν το φαγητό παρέχει ανακούφιση από άγχος, αναστάτωση ή κατάθλιψη σε άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση και διαπροσωπικές δυσκολίες.

Αυτοεκτίμηση

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση και το άγχος για την εικόνα του σώματος μπορούν να οδηγήσουν σε αλληπάλληλες προσπάθειες να περιοριστεί η κατανάλωση φαγητού, πράγμα που με τη σειρά του επιφέρει αδηφαγικά επεισόδια. Η αδηφαγία μπορεί να προκαλέσει κοιλιακή διάταση ή αύξηση του βάρους, που προκαλούν ενοχές και ενισχύουν τα προβλήματα αυτοπεποίθησης. Έρευνες υποδεικνύουν ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό νεαρών ανθρώπων που υπόκεινται σε δίαιτα αδυνατίσματος αναπτύσσουν διατροφική διαταραχή, παρόλο που όταν η επιθυμία για πολύ χαμηλό βάρος συνδυάζεται με προβλήματα μειωμένης αυτοεκτίμησης ή διαπροσωπικά προβλήματα, είναι αρκετά πιθανό να λάβουν χώρα.

Επειδή όμως η εξωτερική εμφάνιση συμβάλλει σημαντικά στην κοινωνική και διαπροσωπική επιτυχία, ειδικά οι γυναίκες θέτουν την εμφάνιση και το βάρος τους σαν υψηλές προτεραιότητες στη ζωή τους. Με τον τρόπο αυτό όμως ωθούνται σε αυστηρή δίαιτα, η οποία μπορεί με τη σειρά της να οδηγήσει στη βουλιμία.

Βέβαια, η συμπεριφορά των βουλιμικών ατόμων δεν βασίζεται στο αίσθημα της πείνας αλλά στην πεποίθηση ότι είναι πολύ «χοντροί», οπότε και η απώλεια βάρους θα λύσει το πρόβλημα. Για το λόγο αυτό, η διατροφική εκπαίδευσή τους θα πρέπει να αφορά την αναγνώριση τόσο της πείνας όσο και των σημάτων κορεσμού.

10+6

συμβουλές

Είτε πρόκειται υπερφαγία/ βουλιμία είτε για τσιμπολόγημα που ξεπερνά το σύνηθες – κατά τη διάρκεια του μαγειρέματος– είναι χρήσιμο μπουν σε πρόγραμμα τόσο τα γεύματα της ημέρας όσο και οι συνήθειες του ατόμου. Πρωταρχικό μέλημα είναι να αναγνωριστούν οι πιο «επικίνδυνες» ώρες και στιγμές, με σκοπό να αναπτυχθούν άμυνες και εναλλακτικές αντιμετώπισης των βουλιμικών – αδηφαγικών επεισοδίων.

Συγκεκριμένα:

1. Θεωρείται απαραίτητη η κατανάλωση ενός μικρού γεύματος κατά το πρωινό ξύπνημα και η τακτική σίτιση εντός της ημέρας. Ιδανικά 5-6 μικρά γεύματα, κατανεμημένα ομοιόμορφα κατά τη διάρκεια της ημέρας, παρέχουν μέγιστη ενέργεια στον οργανισμό, αλλά και μπορούν να μειώσουν την ορμή για ανεξέλεγκτο φαγητό.
2. Μην παραλείπετε γεύματα, καθώς μειώνεται με τον τρόπο αυτό ο μεταβολικός ρυθμός (ειδικότερα η τροφογενή θερμογένεση), ενώ αυξάνεται και η πιθανότητα υποτροπής αδηφαγικού επεισοδίου.
3. Τροποποιήστε τη ζωή σας ώστε να βοηθηθείτε: π.χ. περιοριστείτε σε ένα δωμάτιο του σπιτιού, καταναλώστε συγκεκριμένη ποσότητα φαγητού και αποφύγετε το υπόλοιπο, αγοράστε τρόφιμα σε μικρές ποσότητες και καταναλώστε ένα μικρό πακέτο.
4. Αποφύγετε τον πειρασμό. Είναι πολύ πιο πιθανό να υπερβείτε το όριο, όταν υπάρχουν επιδόρπια, πρόχειρο φαγητό και ανθυγιεινά σνακ στο σπίτι. Καθαρίστε το ψυγείο και τα ντουλάπια από τα αγαπημένα σας σνακ και γλυκά.
5. Προσπαθήστε να τρώτε με μέτρο, αντί να υποβάλλεστε σε αυστηρή ή επίπονη δίαιτα, που μπορεί αντιδραστικά να πυροδοτήσει αδηφαγικά επεισόδια. Μην προσπαθείτε να περιορίσετε την κατανάλωσή σας μετά από ένα επεισόδιο, καθώς πιθανότατα θα πεινάσετε παραπάνω, οπότε πάλι μπορεί να οδηγηθείτε σε αδηφαγία.
6. Μειώστε την ταχύτητα που τρώτε. Προσπαθήστε να αφήνετε τα μαχαιροπήρουνα αρκετά συχνά κατά την διάρκεια του γεύματος, ακόμα και όταν ξεπερνάτε το όριο.
7. Όλα τα γεύματα πρέπει να γίνονται σε τραπέζι, χωρίς περισπασμούς, όπως η τηλεόραση και τα περιοδικά/ εφημερίδες.
8. Προσπαθήστε να περιορίσετε τις φορές που ζυγίζεστε, κατά προτίμηση στη μία φορά την εβδομάδα, ειδικά αν σκέφτεστε συνέχεια το βάρος σας.
9. Η άσκηση βοηθά όχι μόνο στην απώλεια κάποιου βάρους με υγιεινό τρόπο, αλλά επίσης βελτιώνει τη συνολική υγεία, μειώνει το stress και βοηθά πολύ τα άτομα με κατάθλιψη. Απλές δραστηριότητες, όπως οι δουλειές του σπιτιού, το βάδισμα ή ο χορός αυξάνουν τα επίπεδα των ενδορφινών και βελτιώνουν σημαντικά τη διάθεση.
10. Κρατήστε ημερολόγιο συναισθημάτων και καταγράψτε το πως νιώθετε πριν και μετά από



ένα επεισόδιο. Αναγνωρίστε τα συναισθήματα εκείνα που πυροδοτούν αδηφαγία, ώστε σιγά να αντιμετωπίζετε τις δύσκολες στιγμές πιο παραγωγικά. Μετά από ένα επεισόδιο, αφιερώστε λίγο χρόνο να καταγράψετε τα συναισθήματά σας, ψυχικά και σωματικά. Ανατρέξτε αργότερα στο ημερολόγιο, για να βοηθήσετε τον εαυτό σας να συνδέσει την αδηφαγία με τις αρνητικές επιπτώσεις.

στην επιδείνωση του άγχους. Σχεδιάστε τα γεύματά σας, ειδικά όταν πρόκειται για εστιατόριο, ώστε να ξέρετε τι και πότε θα το καταναλώσετε. Εντοπίστε τη στιγμή της ημέρας που είναι πιο πιθανό να έχετε κάποιο αδηφαγικό επεισόδιο και κάντε μια λίστα με εναλλακτικές δραστηριότητες που απολαμβάνετε και θα σας αποφορτίζαν εκείνη τη στιγμή. Ιδανικά, συναντήστε ένα φίλο ή πηγαίετε σινεμά.

11. Αναγνωρίστε τις σκέψεις σας και το τι αυτές σημαίνουν, όταν δεν νιώθετε καλά. Για παράδειγμα, η σκέψη «νιώθω χοντρός» μπορεί να έχει διάφορες ερμηνείες: «είμαι υπέρβαρος» ή «φαίνομαι υπέρβαρος» ή ακόμα «νιώθω μη ελκυστικός/ή». Αναρωτηθείτε: «είμαι όντως χοντρός ή αισθάνομαι έτσι;» ή «υπάρχουν θέματα που δεν θα ήθελα να επικεντρωθώ τη δεδομένη στιγμή;» και «ασχολούμαι με το σχήμα του σώματός μου για να αποφύγω άλλα θέματα;».

14. Βάλτε ένα μικρό στόχο που θα πρέπει να διεκπεραιώσετε μέχρι το τέλος της ημέρας. Οτιδήποτε επιτυγχάνεται πέραν του μικρού αυτού στόχου, θα πρέπει να θεωρείται κέρδος, δεδομένου το ότι δεν πρέπει να έχετε υπερβολικές απαιτήσεις από τον εαυτό σας.

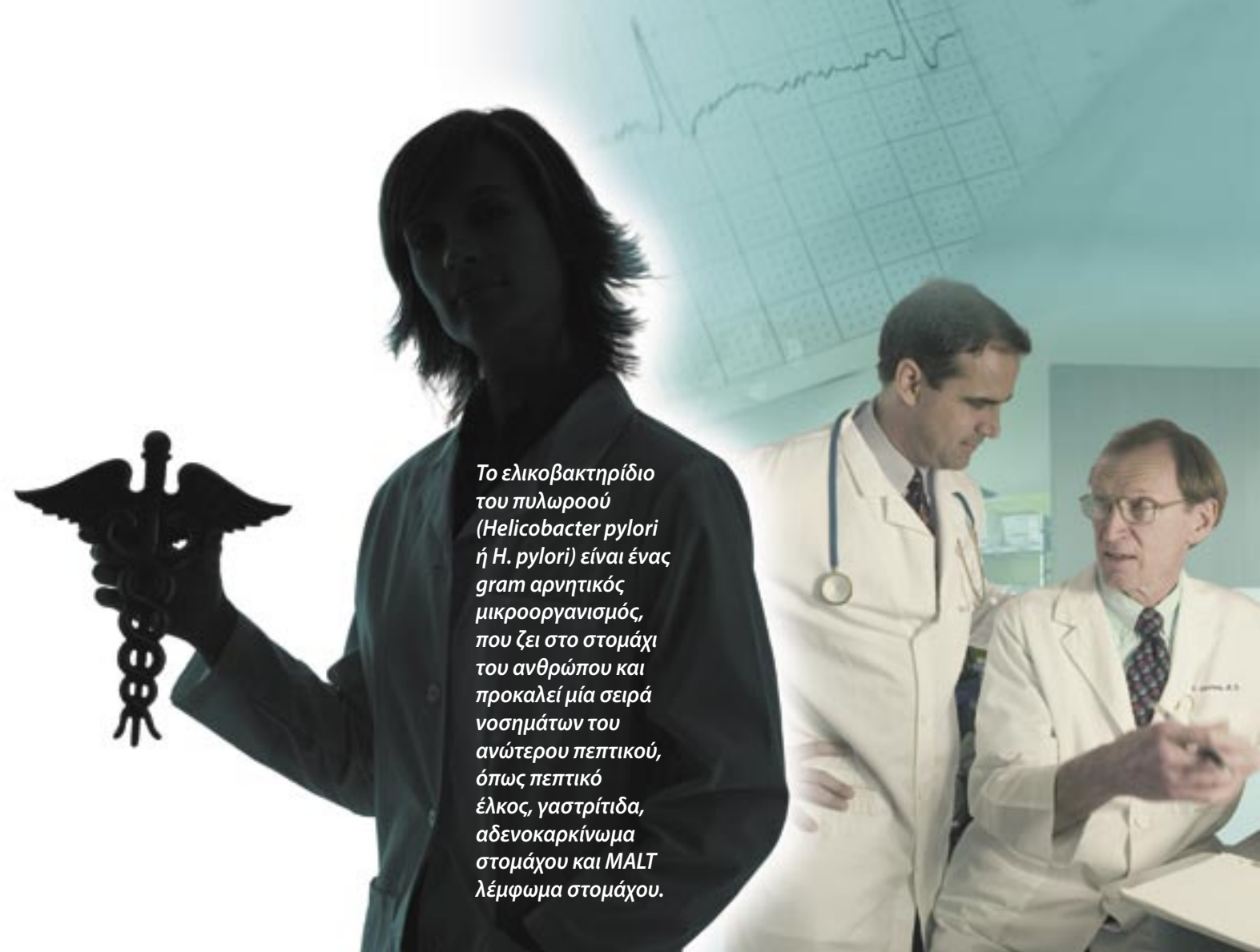
12. Δημιουργήστε μια λίστα με τα πράγματα που θα μπορούσατε να κάνετε είτε για να καθυστερήσετε ένα αδηφαγικό επεισόδιο, είτε για να σταματήσετε εκείνη τη στιγμή το φαγητό. Τέτοιες δραστηριότητες θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν μια επίσκεψη ή ένα τηλεφώνημα σε φίλο, έξοδο από την κουζίνα, μια βόλτα με το σκύλο ή με φίλους.

15. Κάντε μια λίστα από άσχετες με το φαγητό ανταμοιβές, που θα σας αποδώσετε με την επίτευξη μικρών ή μεγάλων στόχων (π.χ. μια βόλτα στο σινεμά, ένα βιβλίο, ένα cd).

13. Σχεδιάστε πιο προσεκτικά την ημέρα σας. Αποφύγετε τις μακρές ανοργάνωτες ή υπερβολικά οργανωμένες περιόδους, που συνεισφέρουν

16. Μην κριτικάρετε υπερβολικά τον εαυτό σας, καθώς κάτι τέτοιο μπορεί να οδηγήσει επίσης σε αναζήτηση ανακούφισης από το φαγητό και σε επιδείνωση της αδηφαγίας. Εκτιμήστε τον εαυτό σας όπως είναι, αφού τα επεισόδια αδηφαγίας είναι ο τρόπος σας να αντιμετωπίζετε τις δύσκολες στιγμές. Καταπολεμήστε το άγχος, αντιμετωπίζοντας τους στρεσογόνους παράγοντες με τρόπους που δεν περιλαμβάνουν το φαγητό.





Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (Helicobacter pylori ή H. pylori) είναι ένας gram αρνητικός μικροοργανισμός, που ζει στο στομάχι του ανθρώπου και προκαλεί μία σειρά νοσημάτων του ανώτερου πεπτικού, όπως πεπτικό έλκος, γαστρίτιδα, αδενοκαρκίνωμα στομάχου και MALT λέμφωμα στομάχου.

Εξωγαστρικές Εκδηλώσεις

ΤΟΥ Ελικοβακτηρίου ΤΟΥ Πυλωρού

Τα τελευταία έτη εμφανίζονται με αυξανόμενη συχνότητα επιστημονικές μελέτες στις οποίες γίνεται προσπάθεια να συσχετισθεί η *H. pylori* λοίμωξη με ορισμένα εξωγαστρικά νοσήματα, όπως καρδιαγγειακές, δερματολογικές, νευρολογικές, οφθαλμολογικές, αιματολογικές και ηπατικές παθήσεις. Όμως η πλειοψηφία των συσχετίσεων των επιδημιολογικών αυτών μελετών μπορεί να επηρεάζεται από διάφορους συγχυτικούς παράγοντες, όπως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ασθενών, ο χρόνος μετάδοσης της λοίμωξης, η παρουσία διαφορετικών στελεχών του μικροβίου και/ή η πρόσφατη λήψη οποιασδήποτε αντιμικροβιακής θεραπείας. Όμως, ακόμα και σε μελέτες στις οποίες έγινε προσπάθεια να ληφθούν υπόψη οι προαναφερθέντες παράγοντες, οι συσχετίσεις εξακολουθούν πολλές φορές να υφίστανται. Το γεγονός αυτό οδήγησε πολλούς ερευνητές να υποστηρίζουν ότι πρόκειται για αληθείς συσχετίσεις, οι οποίες οφείλονται στο ρόλο του *H. pylori* στην παθογένεση πολλών εξωγαστρικών νοσημάτων. Όμως, ιδιαίτερη σημασία έχουν τα νοσήματα εκείνα τα οποία ανευρίσκονται με μεγαλύτερη συχνότητα, αφορούν ένα μεγάλο μέρος του γενικού πληθυσμού και έχει τεκμηριωθεί με μεγαλύτερη σαφήνεια η συσχέτισή τους με την *H. pylori* λοίμωξη μέσω πολλαπλών ερευνών, ενώ παράλληλα υπάρχει θεραπευτικό όφελος για τον ασθενή με την εκρίζωση του *H. pylori*. Έτσι, η ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα είναι το νόσημα που συσχετίζεται περισσότερο από όλα τα άλλα με την *H. pylori* λοίμωξη, ενώ υπάρχουν πολλά δεδομένα ότι ο συγκεκριμένος μικροοργανισμός παίζει σπουδαίο ρόλο στην εμφάνιση σιδηροπενικής αναιμίας και της ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Αντιθέτως, δεν έχει σαφώς τεκμηριωθεί η σχέση του HP με την παθογένεση άλλων εξωγαστρικών εκδηλώσεων.

Σιδηροπενική αναιμία και *H. pylori* λοίμωξη

Η έλλειψη σιδήρου αποτελεί την πιο κοινή αιτία αναιμίας παγκοσμίως. Αφορά περίπου 500 έως 600 εκατομμύρια άτομα και αποτελεί την κυριότερη ένδειξη για ενδοσκοπική διερεύνηση του ανώτερου και κατώτερου γαστρεντερικού συστήματος. Οι ενδοσκοπήσεις (γαστροσκόπηση και κολonosκόπηση), όμως, αποτυγχάνουν να αποκαλύψουν την αιτία της αναιμίας σε σημαντικό ποσοστό των περιπτώσεων που σε ορισμένες μελέτες φθάνει και το 48%. Η αποτυχία στην ανακάλυψη της αιτίας της σιδηροπενίας σε ορισμένους ασθενείς ήγγειρε το ερώτημα εάν υπάρχουν και άλλες επιπρόσθετες αιτίες που δεν έχουν μέχρι σήμερα αποκαλυφθεί. Πρόσφατα άρχισε να αυξάνει η πεποίθηση ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της γαστρίτιδας από *H. pylori* και της σιδηροπενικής αναιμίας σε απουσία πεπτικού έλκους.

Από το 1991 στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί περιπτώσεις περιστατικών με σιδηροπενική αναιμία, στα οποία μετά από ενδελεχή έλεγχο του γαστρεντερικού

σωλήνα με γαστροσκόπηση, κολonosκόπηση, βαριούχο υποκλυσμό, ακτινολογικό έλεγχο λεπτού εντέρου, φυσιολογική εξέταση ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης κοπράνων και χωρίς ιστορικό λήψης μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, φυσιολογικών διαιτητικών συνηθειών, χωρίς προφανή εξωγαστρική αιτία απώλειας αίματος και χωρίς να πάσχουν από κοιλιοκάκη, το μοναδικό εύρημα ήταν η γαστρίτιδα συσχετιζόμενη με *H. pylori*. Στην πλειονότητα των περιστατικών η σιδηροπενική αναιμία βελτιωνόταν μετά από επιτυχή θεραπεία εκρίζωσης του *H. pylori* χωρίς να είναι απαραίτητη η χορήγηση επιπρόσθετης σιδηροθεραπείας. Μάλιστα στις περιπτώσεις εκείνες που δεν επιτεύχθηκε εκρίζωση του *H. pylori* δεν υπήρχε σχεδόν καμία μεταβολή των επιπέδων του σιδήρου κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Αξίζει να αναφερθεί ότι στη μεγαλύτερη επιδημιολογική έρευνα που έγινε στις Η.Π.Α. (NHANES 1999-2000) και αφορούσε 7.462 άτομα του γενικού πληθυσμού ηλικίας μεγαλύτερης των τριών ετών, η *H. pylori* λοίμωξη συσχετίζεται με μείωση των επιπέδων φερριτίνης, που αποτελεί το δείκτη των αποθηκών σιδήρου, κατά 14% και αύξηση της επίπτωσης της σιδηροπενικής αναιμίας κατά 2,6 φορές περισσότερο σε σχέση με άτομα οροαρνητικά για *H. pylori*.

Ιδιοπαθής Θρομβοπενική Πορφύρα και *H. pylori* λοίμωξη

Η Ιδιοπαθής Θρομβοπενική Πορφύρα (ΙΘΠ) είναι μια αυτοάνοση διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από καταστροφή των αιμοπεταλίων μετά από σύνδεσή τους με αυτοαντισώματα. Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου χαρακτηρίζονται από ήπια αιμορραγική διάθεση των βλεννογόνων και του δέρματος έως σοβαρού βαθμού ενδοεγκεφαλική αιμορραγία ή αιμορραγία από άλλα όργανα, που μπορεί να επιφέρει ακόμα και θάνατο, αν και στις περισσότερες περιπτώσεις η θρομβοπενία στο περιφερικό αίμα είναι ασυμπτωματική και η διάγνωση συνήθως γίνεται τυχαία μετά από έναν τυχαίο εργαστηριακό έλεγχο. Η θεραπεία της ΙΘΠ περιλαμβάνει τη χορήγηση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων (κορτικοειδή και γ-σφαιρίνη) και τη σπληνεκτομή. Η επίπτωση της *H. pylori* λοίμωξης σε ασθενείς με ΙΘΠ φαίνεται να είναι παρόμοια με εκείνη του γενικού πληθυσμού χωρίς να σημειώνεται διαφορά μεταξύ των δύο φύλων. Όμως η οροθετικότητα για *H. pylori* αυξάνει ανάλογα με την ηλικία σε ασθενείς με ΙΘΠ.

Τα τελευταία 5 χρόνια έχει δημοσιευτεί μεγάλος αριθμός μελετών που υποστηρίζει την αιτιολογική συσχέτιση της *H. pylori* λοίμωξης και της ΙΘΠ, καθώς φαίνεται να υπάρχει πλήρης ή μερική αποκατάσταση του αριθμού των αιμοπεταλίων μετά από επιτυχή θεραπεία εκρίζωσης του *H. pylori*. Κατά την σύγκριση των διαφόρων μελετών το συμπέρασμα που μπορεί να εξαχθεί είναι ότι το ποσοστό ανταπόκρισης στην αύξηση των αιμοπεταλίων ανέρχεται

Η λοίμωξη με *H. pylori* είναι παγκοσμίως διαδεδομένη και δεν είναι ξεκάθαρο, γιατί ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού είναι δυνατόν να εμφανίσει κάποια εξωγαστρική εκδήλωση.

σε 50% περίπου των περιπτώσεων ένα μήνα τουλάχιστον μετά από επιτυχημένη θεραπεία εκρίζωσης του *H. pylori* και συνοδεύεται με εξαφάνιση των αυτοαντισωμάτων έναντι των αιμοπεταλίων. Στις περισσότερες των περιπτώσεων η προηγηθείσα ανοσοκατασταλτική θεραπεία δεν διαδραμάτισε ουσιαστικό ρόλο στην ανταπόκριση μετά από την εκρίζωση του *H. pylori*, όπως επίσης δεν ήταν απαραίτητη η παράλληλη χορήγησή της με τη θεραπεία εκρίζωσης για να επιτευχθεί αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων. Η μικρή διάρκεια της ΙΘΠ ήταν ένας σημαντικός παράγοντας για την αποκατάσταση των αιμοπεταλίων, ενώ αξίζει να σημειωθεί πως έχουν αναφερθεί και περιπτώσεις επιτυχίας εκεί όπου η κλασική θεραπεία με την ανοσοκατασταλτική φαρμακευτική αγωγή ή την σπληνεκτομή απέτυχε. Λίγες περιπτώσεις ΙΘΠ παρουσίασαν υποτροπή μετά από επιτυχημένη εκρίζωση του *H. pylori*, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις η αποτυχημένη θεραπεία εκρίζωσης είχε ως αποτέλεσμα την παραμονή του αριθμού των αιμοπεταλίων στα αρχικά επίπεδα.

Στεφανιαία νόσος και *H. pylori* λοίμωξη

Τα τελευταία χρόνια έχει πραγματοποιηθεί ένας μεγάλος αριθμός μελετών που σκοπό είχαν να αναδείξουν τη σχέση του *H. pylori* και της ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Η αιτία για αυτήν τη συσχέτιση είναι ο υποθετικός ρόλος ορισμένων χρόνιων λοιμώξεων από μικροοργανισμούς στη δημιουργία βλάβης στο τοίχωμα των αγγείων και την ανάπτυξη της αθηρωματικής πλάκας. Η θεωρητική πιθανότητα επίδρασης στη φυσική ιστορία της νόσου μέσω της εκρίζωσης τέτοιου είδους μικροοργανισμών οδήγησε στη διενέργεια πολλών μελετών που προσπάθησαν να αναδείξουν την πιθανή αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ *H. pylori* και αθηρωμάτωσης, οι οποίες όμως συχνά είχαν αντιφατικά και αντικρουόμενα μεταξύ τους αποτελέσματα.

Έτσι, στις μελέτες που υποστηρίζουν αυτή την συσχέτιση φαίνεται ότι υπάρχει μεγαλύτερη επίπτωση *H. pylori* λοίμωξης σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιοπάθεια σε σχέση με τους ασθενείς που δεν πάσχουν από στεφανιαία νόσο. Επίσης, στην προσπάθεια που έγινε να συσχετιστούν οι παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο με τη λοίμωξη με *H. pylori*, φαίνεται ότι οι *H. pylori* οροθετικοί ασθενείς είχαν υψηλότερο μέσο όρο τιμών ολικής χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων και LDL-χοληστερόλης, και χαμηλότερο μέσο όρο τιμών για την HDL-χοληστερόλη και την απολιποπρωτεΐνη Α1 σε σχέση με τα άτομα που ήταν

οροαρνητικά για *H. pylori* λοίμωξη. Τέλος, η υπόθεση ότι ορισμένοι μικροοργανισμοί διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της ισχαιμικής καρδιοπάθειας οδήγησε διαφόρους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι η χορήγηση αγωγής με σκοπό την εκρίζωση του *H. pylori* θα ήταν δυνατόν να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης αθηρωματικής πλάκας. Έτσι, μέσα από άλλες μελέτες, ασθενείς με *H. pylori* λοίμωξη όταν έλαβαν αγωγή εκρίζωσης με αμοξικιλίνη, κλαριθρομυκίνη και ομεπραζόλη για 14 ημέρες παρουσίασαν παράλληλα με την εκρίζωση του *H. pylori* σημαντική πτώση των τιμών ολικής χοληστερόλης, του ινοδωγόνου και της LDL-χοληστερόλης, καθώς και μείωση του κινδύνου επαναστένωσης των στεφανιαίων αρτηριών μετά από αγγειοπλαστική σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Ωστόσο, αντίθετα με τα όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως υπάρχει σημαντικό τμήμα της επιστημονικής έρευνας κατά την οποία δεν αναδεικνύεται σαφής συσχέτιση μεταξύ της *H. pylori* λοίμωξης και της καρδιαγγειακής νόσου, αφού μέσα από αυτήν φάνηκε ότι δεν υπάρχει υψηλή επίπτωση της ΗΡ λοίμωξης σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και ούτε μεταβολή των τιμών του λιπιδαιμικού τους προφίλ μετά από επιτυχημένη εκρίζωση του *H. pylori*.

Συμπεράσματα

Από όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως μπορούμε να συμπεράνουμε ότι υπάρχουν ακόμα πολλά ερωτηματικά για αιτιολογική ή μη σχέση των προαναφερθέντων νοσημάτων με την *H. pylori* λοίμωξη. Η λοίμωξη με *H. pylori* είναι παγκοσμίως διαδεδομένη και δεν είναι ξεκάθαρο, γιατί ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού είναι δυνατόν να εμφανίσει κάποια εξωγαστρική εκδήλωση.

Ως προς τη σιδηροπενική αναιμία και την ιδιοπαθή θρομβοπενική πορφύρα, που παρά τον πλήρη έλεγχο δεν έχει βρεθεί συγκεκριμένο αίτιό τους, τα δεδομένα των μελετών υποστηρίζουν ότι η απομάκρυνση του μικροοργανισμού σχετίζεται με κλινικοεργαστηριακή βελτίωση των ασθενών. Έτσι, έχει γίνει πλέον ευρέως αποδεκτό ότι σε ασθενείς με αυτά τα νοσήματα πρέπει να ελέγχεται η παρουσία λοίμωξης με *H. pylori* και να δίνεται θεραπεία εκρίζωσης επι θετικού αποτελέσματος.

Αντίθετα, ως προς τη στεφανιαία νόσο, η αντιφατικότητα των αποτελεσμάτων που αφορούν τη σχέση *H. pylori* λοίμωξη με τη στεφανιαία νόσο οδηγεί την επιστημονική κοινότητα να καταλήγει στο συμπέρασμα ότι δεν έχει τεκμηριωθεί αιτιολογική συσχέτισή τους.

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>

Αντιμετώπιση

*της οξείας διάρροιας
στα παιδιά*

Το πρωταρχικό μέλημα αποτελεί η πρόληψη, η οποία μπορεί να επιτευχθεί με την καλή τήρηση των κανόνων υγιεινής κυρίως το πλύσιμο των χεριών...

Η οξεία διάρροια είναι μια από τις συχνότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας στις αναπτυσσόμενες χώρες. Είναι υπεύθυνη για 4 εκατομμύρια θανάτους παιδιών, ηλικίας μικρότερης των 5 ετών, ετησίως. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η οξεία διάρροια ευθύνεται για το 10% των εισαγωγών στο νοσοκομείο παιδιών ηλικίας κάτω των 5 ετών. Τα κυριότερα αίτια οξείας διάρροιας ανά τον κόσμο είναι οι λοιμώδεις παράγοντες, ιοί για τις αναπτυσσόμενες χώρες και βακτήρια για τις αναπτυσσόμενες χώρες.

Ο πρωταρχικός σκοπός της θεραπείας της οξείας διάρροιας αποσκοπεί στην αναπλήρωση του ελλείμματος ύδατος και ηλεκτρολυτών και στη διατήρηση της ενυδάτωσης όσο η διάρροια συνεχίζεται. Ενδοφλέβια ενυδάτωση απαιτείται για τους ασθενείς με σοβαρού βαθμού αφυδάτωση (> 10%), παραλυτικό ειλεό, ακατάσχετους εμέτους ή απώλεια αισθήσεων. Σε ηπιού και μέτριου βαθμού αφυδάτωση χορηγούνται διαλύματα ενυδάτωσης από το στόμα.

Η βάση της λειτουργίας των διαλυμάτων ενυδάτωσης από το στόμα στηρίζεται στη συνδεδεμένη μεταφορά νατρίου και γλυκόζης δια μέσου του εντερικού επιθηλίου. Ο μηχανισμός αυτός διατηρείται ακόμη και στις περιπτώσεις που το κύτταρο του εντερικού βλεννογόνου έχει υποστεί σημαντική βλάβη, όπως π.χ. στη λοιμώξη από Ροταϊό. Δυστυχώς, ακόμη και σήμερα χρησιμοποιούνται στην καθημερινή πράξη υγρά για ενυδάτωση (τσάι, φρουτοχυμοί, Coca Cola) που περιέχουν χαμηλή συγκέντρωση νατρίου και αυξημένη συγκέντρωση απλών σακχάρων τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε υπονατρίαμια και επιδείνωση της διάρροιας εξαιτίας της υψηλής τους οσμωτικότητας. Για το λόγο αυτό έχουν δοκιμαστεί διαλύματα ενυδάτωσης που περιέχουν γλυκόζη, ρύζι ή δημητριακά και ηλεκτρολύτες. Από αυτά τα καλύτερα μελετημένα είναι όσα περιέχουν ρύζι (50 gr/L) αντί για γλυκόζη. Τα διαλύματα αυτά φαίνεται ότι μειώνουν τον όγκο των κοπράνων και τη διάρκεια της διάρροιας. Οι σύνθετοι υδατάνθρακες που περιέχουν (π.χ. άμυλο) υδρολύονται από τα ένζυμα του λεπτού εντέρου σε μικρότερα μόρια τα οποία παραλαμβάνονται πολύ γρήγορα από τα επιφανειακά κύτταρα του εντερικού βλεννογόνου πριν αυξηθεί σημαντικά η ωσμωτικότητα μέσα στον εντερικό αυλό. Επίσης, τα λιπαρά οξέα βραχείας αλυσού που παράγονται στο παχύ έντερο από τους μη απορροφήσιμους υδατάνθρακες που φθάνουν εκεί αυξάνουν την απορρόφηση του νατρίου και την παθητική μεταφορά του νερού από τον αυλό προς τα εντερικά κύτταρα. Έχειδειχθεί ότι η προσθήκη αμύλου ανθεκτικού στην αμύλαση σε διαλύματα ενυδάτωσης από το στόμα ελαττώνει τον όγκο των κοπράνων και μειώνει τη διάρκεια της διάρροιας σε ενήλικες με χολεριογενή διάρροια. Για το ρύζι έχει βρεθεί ότι αναστέλλει την εκκριτική λειτουργία των εντερικών κυττάρων μέσω της δράσης του στην κυκλική μονοφωσφορική αδενοσίνη (cAMP).

Παρ' όλο όμως που τα διαλύματα ενυδάτωσης από το στόμα έχουν σώσει εκατομμύρια ζωές στον τρίτο κόσμο, η χρησιμοποίησή τους στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι κατώτερη του αναμενόμενου. Πλεονεκτήματα των διαλυμάτων ενυδάτωσης από στόμα αποτελούν η ιδανικότερη αναπλήρωση των υγρών από πλευράς φυσιολογίας, η αποφυγή της εισαγωγής στο νοσοκομείο και το χαμηλότερο κόστος, ενώ στα μειονεκτήματα συμπεριλαμβάνονται η απαίτηση της συνεχούς παρουσίας του γονέα στο πλευρό του παιδιού για να τα χορηγεί και η γεύση τους αφού σε πολλά παιδιά δεν είναι αρεστή.

Η σίτιση θα πρέπει να αρχίσει αμέσως μετά την ενυδάτωση. Η παλαιά αντίληψη ότι η σίτιση είναι προτιμότερο να καθυστερεί για να δοθεί κάποιος χρόνος ανάπαυσης στο «τραυματισμένο» έντερο το οποίο δυσασποροφά και επιτείνει τη διάρροια δεν ευσταθεί. Αντίθετα, μελέτες έδειξαν ότι 80-95% των υδατανθράκων, 70% του λίπους και 75% της πρωτεΐνης απορροφούνται άμεσα. Η πρόσληψη τροφής από το έντερο βοηθά στην επουλώση του τραυματισμένου βλεννογόνου, ενώ η πείνα οδηγεί στην υποπλασία του και στη μειωμένη δραστηριότητα των πεπτικών ενζύμων. Όταν το παιδί αρνήσει να σιτιστεί, έχει συχνές, μικρού όγκου, και βλενώδεις κενώσεις (κενώσεις «πεινας»). Στα βρέφη που θηλάζουν ο μητρικός θηλασμός θα πρέπει να αρχίσει αμέσως μετά την ενυδάτωση. Στα βρέφη που δεν θηλάζουν μπορεί να δοθεί το βρεφικό ξένο γάλα που έπαιρναν προηγουμένως χωρίς αραίωση. Η χορήγηση αραιωμένου γάλακτος, όπως συχνά γίνεται στην καθημερινή πράξη, δεν συνιστάται, γιατί τα βρέφη υποσιτίζονται μέχρι να τους δοθεί το πλήρες γάλα. Το γάλα ελεύθερο λακτόζης δεν θα πρέπει να δίνεται εξαρχής, γιατί πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι στην οξεία διάρροια των βρεφών δεν υπάρχει σημαντικού βαθμού δυσανεξία στη λακτόζη. Η απορρόφηση της λακτόζης είναι καλύτερη όταν το γάλα δίνεται αναμειγμένο με άλλες τροφές όπως ρύζι, δημητριακά παρά μόνο του. Γάλα ελεύθερο λακτόζης (γάλα αγελάδας ή σόγιας) συνιστάται όταν οι ασθενείς είναι σοβαρά αφυδατωμένοι κατά την πρώτη επίσκεψη, έχουν κλινικά σημεία υποσιτισμού ή η διάρροιά τους χειροτερεύει εμφανώς με την επανεισαγωγή της λακτόζης. Το φορτίο της λακτόζης προς το λεπτό έντερο μπορεί να ελαττωθεί με τη χρήση γάλακτος που έχει υποστεί ζύμωση ή έχει προστεθεί το ένζυμο β-γαλακτοσιδάση όπως συμβαίνει με το γιαούρτι. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η συνέχιση της διαίτας που περιέχει λακτόζη μπορεί να συνοδεύεται από μικρού βαθμού αύξηση των κενώσεων και παράταση της διάρροιας συγκρινόμενη με μια διαίτα ελεύθερης λακτόζης. Αυτό σε συνδυασμό με την ανυπομονησία των γονέων κάνει τους παιδίατρος στις αναπτυσσόμενες χώρες να προχωρούν στον πρόωρο διαιτητικό αποκλεισμό της.

Σε περιπτώσεις σοβαρής βλάβης του επιφανειακού εντερικού επιθηλίου που σημαίνει ότι η δραστηριότητα των



Δυστυχώς, ακόμη και σήμερα χρησιμοποιούνται στην καθημερινή πράξη υγρά για ενυδάτωση (τσάϊ, φρουτοχυμοί, Coca Cola) που περιέχουν χαμηλή συγκέντρωση νατρίου και αυξημένη συγκέντρωση απλών σακχάρων τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε υπονατρίαζ και επιδείνωση της διάρροιας εξαιτίας της υψηλής τους οσμωτικότητας

πεπτικών ενζύμων έχει μειωθεί κατά πολύ, όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις μεταλοιμώδους εντερίτιδας, ο ασθενής μπορεί να ωφεληθεί από τη χορήγηση στοιχειακών γαλάτων, ελεύθερων λακτόζης με υδρολυμένη πρωτεΐνη. Επειδή τα γάλατα αυτά έχουν συνήθως υψηλή οσμωτικότητα που μπορεί να επιδεινώσει τη διάρροια θα πρέπει να επιλεγεί αυτό με τη μικρότερη δυνατή οσμωτικότητα.

Για τα μεγαλύτερα παιδιά, η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής συνιστά την έγκαιρη επανασίτιση με μια ισορροπημένη διαίτα βασισμένη σε τροφές που περιέχουν σύνθετους υδατάνθρακες (ρύζι, δημητριακά, ψωμί, πατάτες), ψαχνό κρέας, μαγειρευμένα φρούτα και λαχανικά, γιαούρτι και αποφυγή τροφών υψηλών σε λίπη και απλά σάκχαρα (έτοιμοι χυμοί φρούτων, αναψυκτικά).

Τα αντιβιοτικά σπάνια ενδείκνυνται στη θεραπεία της οξείας διάρροιας αφού στην πλειονότητα των περιπτώσεων η νόσος αποδράμει από μόνη της. Σε περίπτωση αντιβιοτικής αγωγής καλό θα είναι να γίνεται αντιβιογράμμα, καθώς έχει παρατηρηθεί ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών. Στη λοίμωξη από σιγκέλλα τα αντιβιοτικά συντομεύουν την πορεία της νόσου και το χρόνο αποβολής του βακτηρίου στα κόπρανα. Η θεραπεία εντερίτιδας από σαλμονέλλα συνιστάται για τις παρακάτω κατηγορίες ασθενών: i) ανοσοκατασταλμένα άτομα ii) παιδιά με αιμοσφαιρινοπάθειες iii) παιδιά με τυφοειδή πυρετό iv) βακτηριαιμία από σαλμονέλλα και v) βρέφη κάτω των 3 μηνών. Για τη χωρίς επιπλοκές εντερίτιδα από σαλμονέλλα δεν συνιστάται θεραπεία

γιατί η χρήση των αντιβιοτικών μπορεί να παρατείνει τη φορία. Οι περιπτώσεις παρατεταμένης ή σοβαρής διάρροιας από καμπυλοβακτηρίδιο θεραπεύονται με ερυθρομυκίνη. Η αντιβιοτική αγωγή συνιστάται και για τη λοίμωξη με εντεροεισδυτικό ή εντεροτοξινογόνο κολοβακτηρίδιο.

Τα φάρμακα που εμποδίζουν τον περισταλισμό του εντέρου, όπως η λοπεραμίδη και η διφαινοξυλάτη με την ατροπίνη, δεν έχουν θέση στη θεραπεία της οξείας διάρροιας στα παιδιά, γιατί μπορούν να προκαλέσουν ειλέο και υπερανάπτυξη των παθογόνων οργανισμών. Έχουν επίσης αναφερθεί καταστολή της αναπνοής και κώμα. Φάρμακα που εμποδίζουν την απορρόφηση, όπως το μείγμα καολίνης πηκτίνης επίσης δεν συνιστώνται παρότι βελτιώνουν τη σύσταση των κοπράνων, γιατί μειώνουν την κινητικότητα του εντέρου και μπορεί να οδηγήσουν σε υπερανάπτυξη μικροβίων.

Το πρωταρχικό μέλημα όμως αποτελεί η πρόληψη, η οποία μπορεί να επιτευχθεί με την καλή τήρηση των κανόνων υγιεινής κυρίως το πλύσιμο των χεριών, τη βελτίωση των αποχετεύσεων, το μητρικό θηλασμό, την αποφυγή μη παστεριωμένου γάλακτος, μη επαρκώς ψημένων κρεάτων, πουλερικών και ατελώς βρασμένων (κάτω των 6 λεπτών) αυγών και την επαρκή κατάψυξη των τροφών. Η έρευνα αναπτύσσεται προς την κατεύθυνση των εμβολίων (έχει κυκλοφορήσει εμβόλιο έναντι του ροταϊού) που προφυλάσσουν από τη λοίμωξη με εντεροπαθογόνα μικρόβια.

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
Λεωφ. 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

«Τώρα τρώω για δύο...»

Συμβουλές διατροφής
για την περίοδο της εγκυμοσύνης



Μέρος Α'

Αντίθετα από τη γνωστή λαϊκή ρήση, οι περισσότερες έγκυες δε χρειάζεται να διπλασιάσουν την ποσότητα της τροφής που προσλαμβάνουν για να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για το έμβρυο που αναπτύσσεται. Στην πραγματικότητα, η έγκυος χρειάζεται να αυξήσει την ενεργειακή της πρόσληψη κατά περίπου 200-300 θερμίδες την ημέρα μόνο στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Ωστόσο, καθώς η εγκυμοσύνη πολλαπλασιάζει τις ανάγκες του οργανισμού σε ορισμένα θρεπτικά συστατικά (π.χ. φυλλικό οξύ, σίδηρο, ασβέστιο), καλό θα είναι όλες οι γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία ή σκέφτονται να αποκτήσουν

μωρό να ακολουθούν μία ισορροπημένη και πλούσια σε θρεπτικά συστατικά διατροφή.

Τι θα πρέπει να περιλαμβάνει η διατροφή της εγκύου;

Η διατροφή της μελλοντικής μητέρας θα πρέπει είναι ισορροπημένη και να περιλαμβάνει προϊόντα από όλες τις ομάδες τροφίμων. Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται οι μερίδες που θα πρέπει να καταναλώνει η μέλλουσα μητέρα καθημερινά από την κάθε ομάδα τροφίμων:



Ο αριθμός των θερμίδων που θα πρέπει να προσλαμβάνει η έγκυος - και συνεπώς ο ακριβής αριθμός των μερίδων τροφίμων- διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία της, το ύψος της, το μέγεθος του σκελετού της και τη φυσική της δραστηριότητα. Ένα γενικό πλαίσιο θερμίδων θα μπορούσαν να είναι οι 1800 με 2200 θερμίδες ανά ημέρα, ωστόσο οι ακριβείς ανάγκες της εγκύου καλό θα είναι να καθορίζονται κάθε φορά σε συνεργασία με το γιατρό και το διαιτολόγο της.

Για να αντιμετωπίσει η έγκυος τα συμπτώματα ναυτίας και φουσκώματος που πιθανόν εμφανιστούν, καλό θα είναι να μην καταναλώνει μόνο τρία κύρια μεγάλα γεύματα αλλά να καταναλώνει μικρά και συχνά γεύματα (τρία κύρια και δύο –τρία μικρά ενδιάμεσα γεύματα). Παράλληλα, καλό θα είναι να αποφεύγει τα πολύ λιπαρά ή τηγανητά τρόφιμα και να προτιμά τα ψητά ή βραστά φαγητά.

Καλό θα είναι να καταναλώνει 6-8 ποτήρια υγρά (νερό, φυσικούς χυμούς ή γάλα) την ημέρα, τα οποία καλό θα είναι να τα καταναλώνει ανάμεσα στα γεύματα και όχι κατά τη διάρκειά τους. Για την αποφυγή δυσκοιλιότητας, εκτός από την επαρκή πρόσληψη υγρών καλό θα είναι να καταναλώνει και τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες, όπως δημητριακά ολικής άλεσης, όσπρια, χόρτα και ξηρούς καρπούς.

Ποια θρεπτικά συστατικά είναι σημαντικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

Φυλλικό οξύ: Η κατανάλωση περίπου 400 μικρογραμμάρων (μg) καθημερινά πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνιστάται προκειμένου να αποφευχθούν γεννήσεις παιδιών με σύνδρομο του νωτιαίου σωλήνα και περιστατικά προεκλαμψίας, πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα, πρόωρου τοκετού και γέννησης νεογνών χαμηλού βάρους. Μετά το πρώτο τρίμηνο, η πρόσληψη φυλλικού οξέος θα πρέπει να αυξηθεί καθημερινά στα 600 μg. Τρόφιμα όπως οι φράουλες, το σπανάκι, το μπρόκολο, ο χυμός πορτοκαλιού είναι πλούσια σε φυλλικό οξύ. Πέρα όμως από την πρόσληψη φυλλικού οξέος από τη διατροφή, η λήψη συμπληρώματος τουλάχιστον 400 μg ανά ημέρα θεωρείται επιθυμητή τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για όλες τις γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία.

Σίδηρος: Οι ανάγκες για σίδηρο, κατά την εγκυμοσύνη είναι αυξημένες, παρά τη διακοπή της εμμήνου ρύσης. Η επαρκής πρόσληψη σιδήρου, καθώς και βιταμίνης C που αυξάνει τη βιοδιαθεσιμότητά του, είναι απαραίτητη για τη σύνθεση αιμοσφαιρίνης στα ερυθρά αιμοσφαίρια της μητέρας και του εμβρύου και την αποφυγή σιδηροπενικής αναιμίας. Έτσι, μειώνεται ο κίνδυνος για πρόωρο τοκετό, χαμηλό βάρος γέννησης και αυξημένης περιγεννητικής θνησιμότητας. Κατά το δεύτερο και τρίτο τρίμηνο, η πρόσληψη σιδήρου θα πρέπει να διπλασιασθεί (από 15 mg σε 27 mg) και συνιστάται η λήψη συμπληρώματος σιδήρου. Τρόφιμα πλούσια σε σίδηρο

Ομάδες τροφίμων	Μερίδες	Κύρια θρεπτικά συστατικά	Μέγεθος μερίδας
Ψωμιού και Δημητριακών	6-11	Θειαμίνη Σίδηρος Νιασίνη Φυτικές ίνες	1 φέτα ψωμί με 1 φλιτζάνι ξηρά δημητριακά 1/2 φλιτζάνι μαγειρεμένο ρύζι, μακαρόνια ή δημητριακά 3-4 μικρά κρακεράκια
Φρούτων	2-4	Βιταμίνη C Βιταμίνη A Φυτικές ίνες	1 μέτριο μήλο, μπανάνα πορτοκάλι 3/4 φλιτζανιού χυμού φρούτων
Λαχανικών	3-5	Βιταμίνη A Βιταμίνη C Φυτικές ίνες	1 φλιτζάνι ωμά φυλλώδη λαχανικά 3/4 φλιτζανιού χυμού λαχανικών
Γάλακτος	2-3	Ασβέστιο Ριβοφλαβίνη Πρωτεΐνες	1 φλιτζάνι γάλα ή γιαούρτι 30 γραμ. τυρί
Κρέατος	2-3	Πρωτεΐνες Νιασίνη Σίδηρος Θειαμίνη	80-90 γραμ. μαγειρεμένο άπαχο κρέας, πουλερικά, ψάρια 1/2 φλιτζάνι μαγειρεμένα ξηρά όσπρια 1 αυγό
Λοιπά τρόφιμα (βούτυρο, μαργαρίνη, λάδι, γλυκά, κ.α.)	Κατανάλωση με μέτρο	Πλούσιες πηγές λίπους και ζάχαρης	

Από: Ζαμπέλας (200) Διατροφή στα Στάδια της Ζωής, Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

είναι το κόκκινο κρέας, τα ψάρια, τα πουλερικά, οι φακές και τα αποξηραμένα φρούτα.

Ασβέστιο: Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι απαιτήσεις του εμβρύου σε ασβέστιο για την ανάπτυξη του ερειστικού του συστήματος είναι αυξημένες. Η κάλυψη των αναγκών του εμβρύου γίνεται μέσω της μεταφοράς ασβεστίου από τα οστά της μητέρας στο αίμα, την αυξημένη εντερική απορρόφηση ή τη μειωμένη απέκκριση με τα ούρα. Κατά συνέπεια, η διατροφή της μητέρας πρέπει να είναι πλούσια σε ασβέστιο, ώστε να επιτυγχάνεται η αναπλήρωση των αποθεμάτων ασβεστίου στον οργανισμό της, η διατήρηση της οστικής της μάζας και η μείωση κινδύνου για εμφάνιση οστεοπόρωσης κύησης. Παράλληλα, επαρκής πρόσληψη ασβεστίου (1000-1300 mg) κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να οδηγήσει σε μείωση 45%-75% των περιστατικών προεκλαμψίας, αλλά και άλλων μορφών υπερτασικής νόσου εγκυμοσύνης. Σαν αποτέλεσμα, μειώνεται ο κίνδυνος μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, καθώς και πρόωρου τοκετού και μειωμένης ανάπτυξης του εμβρύου στη μήτρα. Το ασβέστιο είναι απαραίτητο να λαμβάνεται σε συμπλήρωμα ειδικά σε γυναίκες μικρότερες των 25 ετών αλλά και σε όσες λαμβάνουν λιγότερο από 600mg ημερησίως από τη διατροφή τους.

ω-3 Λιπαρά οξέα: Τα ω-3 λιπαρά οξέα (α-λινολενικό οξύ, DHA, EPA) παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, του νευρικού συστήματος και του αμφιβληστροειδή των ματιών του εμβρύου. Το α-λινολενικό οξύ αποτελεί πρόδρομη ένωση για το σχηματισμό DHA και EPA ενώ είναι ένα από τα απαραίτητα λιπαρά οξέα καθώς δεν μπορεί να συντεθεί στον ανθρώπινο οργανισμό και έτσι απαιτείται η πρόσληψή του μέσω της διατροφής. Σημαντικές πηγές ω-3 λιπαρών οξέων αποτελούν ο λιναρόσπορος, τα λιπαρά ψάρια και σε μικρότερες ποσότητες τα αυγά και το κρέας.

Ποιες τροφές θα πρέπει να αποφεύγει η έγκυος;

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η μητέρα καλό θα είναι να αποφεύγει ορισμένες τροφές, είτε λόγω συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών που περιέχουν είτε λόγω του μικροβιακού τους φορτίου. Το συκώτι και τα προϊόντα του (πατέ), θα πρέπει να αποφεύγονται λόγω της υψηλής περιεκτικότητας σε βιταμίνη Α. Η υπερκατανάλωση της λιποδιαλυτής αυτής βιταμίνης έχει συσχετιστεί με συγγε-

νείς ανωμαλίες.

Παράλληλα, τροφές όπως τα φρέσκα τυριά (brie, camembert) και άλλα γαλακτοκομικά προϊόντα τα οποία δεν έχουν παστεριωθεί θα πρέπει να αποφεύγονται. Σημαντικό είναι επίσης η μητέρα να μην καταναλώνει κρέατα, πουλερικά και αυγά που δεν είναι καλά μαγειρευμένα ενώ θα πρέπει να δίνεται προσοχή στο σχολαστικό πλύσιμο των φρούτων και λαχανικών που καταναλώνει.

Παρά τις συστάσεις για πρόσληψη ω-3 λιπαρών οξέων, η μέλλουσα μητέρα καλό θα είναι να μην καταναλώνει μεγάλα λιπαρά ψάρια (π.χ. τόνος, ξιφίας) περισσότερες από δύο φορές την εβδομάδα, εξ' αιτίας του υψηλού περιεχομένου τους σε υδράργυρο και άλλα βαρέα μέταλλα, που μπορεί να είναι τοξικά για το έμβρυο.

Η κατανάλωση αλκοόλ και καφεΐνης καλό θα είναι να αποφεύγεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ωστόσο σε περίπτωση που η μητέρα καταναλώσει είτε αλκοόλ είτε καφεΐνη, συστήνεται να μην υπερβαίνει τα 1-2 ποτήρια αλκοολούχων ποτών την εβδομάδα ενώ η συνολική κατανάλωση καφεΐνης θα πρέπει να περιοριστεί στα 300 mg ανά ημέρα (100 mg καφεΐνης περιέχονται σε μία κούπα καφέ, σε μισή κούπα τσάι, σε μία μεγάλη σοκολάτα και δύο ποτήρια αναψυκτικό τύπου κόλα).

Αύξηση σωματικού βάρους

Η εγκυμοσύνη δεν αποτελεί την κατάλληλη περίοδο για απώλεια σωματικού βάρους ακόμα κι αν η γυναίκα είναι υπέρβαρη. Η μέση αύξηση βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε μία γυναίκα με φυσιολογικό βάρος υπολογίζεται σε 9-13 kg. Αν και υπάρχει μεγάλη διακύμανση στον τύπο με τον οποίο γίνεται η αύξηση του βάρους της μητέρας, πολύ συχνά, κατά το πρώτο τρίμηνο η αύξηση είναι 1-1,5 kg, κατά το δεύτερο τρίμηνο 3,5-4 kg, και κατά το τρίτο τρίμηνο 5-6 kg. Η χαμηλή πρόσληψη βάρους θα έχει ως αποτέλεσμα το έμβρυο να μην αναπτυχθεί σωστά. Από την άλλη πλευρά, η μεγάλη αύξηση του σωματικού βάρους της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη κύησης ή υπέρτασης κύησης και να επηρεάσει την πορεία της εγκυμοσύνης. Παράλληλα, όμως, επηρεάζει και την υγεία του παιδιού σε όλη τη διάρκεια της ζωής του, αφού η πιθανότητα εμφάνισης παχυσαρκίας, υπέρτασης και διαβήτη τύπου 2 κατά την ενήλικη ζωή είναι αυξημένη σε παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν υπερβολική αύξηση βάρους κατά την εγκυμοσύνη.

Βάρος σώματος πριν την εγκυμοσύνη	Προτεινόμενη συνολική αύξηση βάρους
Λιποβαρής (ΔΜΣ: <19,8)	12,5-18,0 κιλά
Κανονική (ΔΜΣ: 19,8-26,0)	11,5-16,0 κιλά
Υπέρβαρη (ΔΜΣ: 26,0-29,0)	7,0-11,5 κιλά
Παχύσαρκη (ΔΜΣ: >29,0)	7,0 κιλά τουλάχιστον

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) υπολογίζεται από τον τύπο: βάρος πριν την εγκυμοσύνη (σε κιλά) προς το τετράγωνο του ύψους (σε μέτρα²)

«Η διατροφή της μητέρας κατα τη διάρκεια του θηλασμού...»

Συμβουλές διατροφής για την περίοδο του θηλασμού

Είναι γεγονός ότι το βρέφος διπλασιάζει σχεδόν το βάρος που είχε κατά τη γέννησή του μέσα στους πρώτους μόλις τέσσερις μήνες της ζωής του. Για το λόγο αυτό, η διατροφή του βρέφους κατά το κρίσιμο αυτό στάδιο ανάπτυξης θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικά επιλεγμένη.

Η φύση έχει προνοήσει για αυτό παρέχοντας τη δυνατότητα στο βρέφος να τραφεί με το μητρικό γάλα. Ωστόσο, η ίδια η μητέρα μπορεί να επηρεάσει τη σύσταση και τον όγκο του γάλατος που προσφέρει στο βρέφος της καθώς τόσο η ποιότητα όσο και η ποσότητα του μητρικού γάλατος σχετίζεται άμεσα με τη διατροφή της. Συγκεκριμένα, η τήρηση ενός ισορροπημένου διαιτολογίου και η επαρκής κατανάλωση υγρών εξασφαλίζουν στη θηλάζουσα επαρκή παραγωγή γάλατος, ενώ η πρόσληψη από τη τροφή πληθώρας θρεπτικών συστατικών εξασφαλίζουν την καλή ποιότητα του μητρικού γάλακτος. Ταυτόχρονα, η επάρκεια της διατροφής της θηλάζουσας σε θρεπτικά συστατικά προστατεύει και τα δικά της διατροφικά αποθέματα. Για παράδειγμα αν η θηλάζουσα δεν

προσλαμβάνει επαρκή ποσότητα ασβεστίου από τη διατροφή της, ο οργανισμός της θα χρησιμοποιήσει τα αποθέματα ασβεστίου από τα οστά της ώστε να εξασφαλιστεί η σταθερή περιεκτικότητα ασβεστίου στο μητρικό γάλα. Σε γενικές γραμμές, αν οι θρεπτικές ανάγκες της θηλάζουσας γυναίκας δεν πληρούνται η παραγωγή του γάλατος θα εξασφαλίζεται εις βάρος των μητρικών αποθεμάτων. Σε μεγαλύτερο κίνδυνο είναι οι γυναίκες που δεν σιπίζονταν καλά στην διάρκεια της εγκυμοσύνης και συνεχίζουν την ίδια ανεπαρκή σίτιση και στην διάρκεια του θηλασμού, οι έφηβες θηλάζουσες και οι γυναίκες που θηλάζουν περισσότερα από ένα βρέφη (πχ. στην περίπτωση διδύμων κλπ).

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ:

- Καταναλώστε 2-3 λίτρα υγρών καθημερινά
- Καταναλώστε 3-4 μερίδες γαλακτοκομικών καθημερινά (1 μερίδα = 1 φλιτζάνι γάλα (240 ml), 1 κεσές γιαούρτι, 30 γραμ κίτρινο τυρί)
- Καταναλώστε 180-210 γραμ τρόφιμα ζωικής προέλευσης όπως κρέας, πουλερικά, ψάρια, αυγά κλπ
- Καταναλώστε τουλάχιστον 3 μερίδες φρούτων και 4 μερίδες λαχανικών καθημερινά. (1 μερίδα φρούτου = 1 μέτριο φρούτο ή η ποσότητα που χωράει σε ένα φλιτζάνι, 1 μερίδα λαχανικών = 1 φλιτζάνι ωμά λαχανικά ή ½ φλιτζάνι βραστά)
- Καταναλώστε επαρκή ποσότητα αμυλώδων τροφίμων (δημητριακά, ρύζι, πατάτα, ψωμί, μακαρόνια κλπ)
- Χρησιμοποιείτε ελαιόλαδο ως την κύρια πηγή λιπαρών

Συγκεκριμένα, τα βασικά σημεία που θα πρέπει να προσέξει η θηλάζουσα μητέρα είναι τα εξής:

ΕΠΑΡΚΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΘΕΡΜΙΔΩΝ.

Οι περισσότερες γυναίκες μετά την εγκυμοσύνη επιθυμούν να επανέλθουν στο πριν τη σύλληψη σύνθητες σωματικό τους βάρος και για το λόγο αυτό συχνά υποβάλλουν τον εαυτό τους σε αυστηρές δίαιτες. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια του θηλασμού απαιτείται καθημερινά διαιτητική πρόσληψη τουλάχιστον 500 θερμίδων επιπλέον σε σχέση με αυτές που θα ήθελε η ίδια γυναίκα σε περίπτωση που δεν θηλάζε, ενώ τα αποθέματα λίπους τα οποία δημιουργήθηκαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι σε θέση να προσφέρουν ένα περιορισμένο μόνο ποσό θερμίδων. Για το λόγο αυτό η παραγωγή του γάλακτος εξαρτάται κυρίως από την ενεργειακή πρόσληψη της μητέρας. Επιπρόσθετα, εάν ο θηλασμός διαρκέσει για περισσότερο από 3 μήνες ή εάν το σωματικό βάρος της θηλάζουσας μειωθεί κάτω από το ιδανικό για το ύψος της, τότε η πρόσληψη ενέργειας από την τροφή θα πρέπει να αυξηθεί ανάλογα. Το ίδιο συμβαίνει και εάν η θηλάζουσα πραγματοποιεί θηλασμό περισσότερων του ενός βρέφους ταυτόχρονα, όπως στην περίπτωση διδύμων. Για τον λόγο αυτό συστήνεται κατά τη διάρκεια του θηλασμού να μην επιδιώκεται απώλεια βάρους μεγαλύτερη των 2 κιλών μηνιαίως καθώς αυτό πιθανώς να έχει ως συνέπεια τη μείωση της παραγωγής του γάλακτος. Επιπλέον, δίαιτες χαμηλότερες από 1800 kcal πιθανώς να επιδράσουν αρνητικά τόσο στην παραγωγή γάλακτος όσο και στη σύστασή του και για το λόγο αυτό θα πρέπει να αποφεύγονται.

ΕΠΑΡΚΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΠΛΟΥΣΙΩΝ ΣΕ ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ.

Παράλληλα με την αύξηση της ενεργειακής πρόσληψης, κατά τη διάρκεια του θηλασμού, συνιστάται επιπλέον

πρόσληψη πρωτεΐνης, περίπου 15-20 γραμ. ημερησίως, σε σχέση με την ποσότητα που απαιτούνταν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η αυξημένη αυτή ανάγκη μπορεί να καλυφθεί με την κατανάλωση συνολικά 3 – 4 φλιτζανιών γάλα την ημέρα ή με την κατανάλωση ποικιλίας ζωικών τροφίμων, όπως είναι το κρέας, τα πουλερικά, τα ψάρια, τα αυγά, το τυρί κ.α.

ΕΠΑΡΚΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΛΙΠΑΡΩΝ ΟΞΕΩΝ ΜΑΚΡΑΣ ΑΛΥΣΟΥ.

Τα λιπαρά οξέα μακράς αλυσού (DHA, EPA) βρίσκονται στα λιπαρά ψάρια και αποτελούν απαραίτητα δομικά συστατικά του εγκεφάλου του βρέφους, ενώ παράλληλα σχετίζονται με τη γνωσιακή του ανάπτυξη. Καθώς, όμως, ο ανθρώπινος οργανισμός δεν έχει τη δυνατότητα ενδογενούς παραγωγής αυτών των λιπαρών, χρειάζεται να τα λαμβάνει από τη τροφή του. Η επαρκής κατανάλωση των λιπαρών οξέων μακράς αλυσού από τη μητέρα, εξασφαλίζει την επάρκεια του μητρικού γάλακτος σε αυτά. Καθότι, λοιπόν, πηγές των λιπαρών οξέων αποτελούν τα λιπαρά ψάρια, συστήνεται στις θηλάζουσες η κατανάλωση λιπαρών ψαριών (όπως ο σολομός, το σκουμπρί, η σαρδέλα κ.τ.λ.) μέχρι και 2 φορές εβδομαδιαίως. Όσον αφορά τα μεγάλα λιπαρά ψάρια, όπως ο τόνος και ο ξιφίας, αυτά καλό θα είναι να αποφεύγονται λόγω της υψηλής περιεκτικότητάς τους σε υδράργυρο και άλλα βαρέα μέταλλα ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος τοξικότητας.

ΕΠΑΡΚΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ.

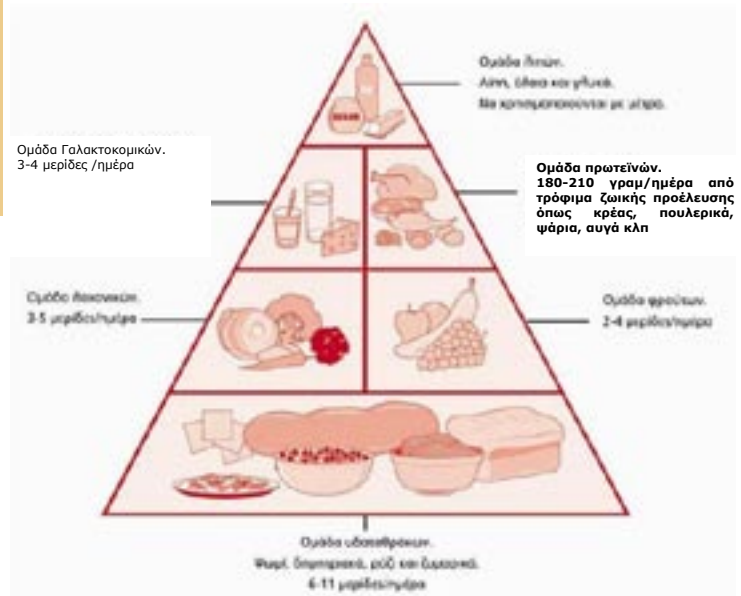
Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε βιταμίνες μπορεί να επηρεαστεί από τη διαίτα της θηλάζουσας, ενώ εξαρτάται και από τα αποθέματά της. Συμπτώματα ανεπάρκειας βιταμινών έχουν εμφανιστεί σε βρέφη που θηλάζαν, όταν η μητέρα παρουσίαζε έλλειψη



σε βασικά διατροφικά συστατικά. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η επαρκής κατανάλωσης τροφίμων όπως τα εσπεριδοειδή, τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά και τα φυτικά έλαια. Εξαιρέση αποτελεί η βιταμίνη K, της οποίας η περιεκτικότητα στο μητρικό γάλα είναι ανεπαρκής για τις ανάγκες του βρέφους, ακόμα κι όταν η μητέρα προσλαμβάνει αρκετή ποσότητα με τη διαίτα. Γι' αυτόν το λόγο, όλα τα νεογέννητα θα πρέπει να λαμβάνουν επιπλέον βιταμίνη K με μία εφάπαξ ένεση κατά την γέννησή τους.

ΕΠΑΡΚΗΣ ΛΗΨΗ ΥΓΡΩΝ.

Όσον αφορά στην κατανάλωση υγρών, συνιστάται η κατανάλωση 2-3 λίτρων ημερησίως, τα οποία η θηλάζουσαμπορείνακαταναλώνειτόσοκατάτη διάρκεια του θηλασμού όσο και κατά τα ενδιάμεσα διαστήματα, κυρίως υπό τη μορφή νερού, γάλατος, χυμών φρούτων & λαχανικών καθώς και σε μορφή σούπας. Η κατανάλωση αλκοόλ και καφεΐνης καλό θα είναι να αποφεύγεται. Σε περίπτωση που η θηλάζουσα επιλέξει να καταναλώσει αλκοόλ, καλό θα είναι η κατανάλωση να μην ξεπερνά τα ένα με δύο ποτά ημερησίως κατά προτίμηση υπό τη μορφή 1-2 ποτηριών λευκού κρασιού ή μπύρας. Ωστόσο, αν η μητέρα έχει καταναλώσει αλκοόλ, καλό θα είναι να περιμένει τουλάχιστον 2 ώρες πριν θηλάσει. Επιπλέον, η υπερβολική κατανάλωση καφέ θα πρέπει να αποφεύγεται ενώ θα πρέπει να ενημερώνεται η γυναίκα και για τις υπόλοιπες πηγές καφεΐνης πέραν του καφέ, όπως αναψυκτικά τύπου κόλα, τσάι και διάφορα φάρμακα. Καλό θα είναι η συνολική πρόσληψη καφεΐνης να μην ξεπερνά τα 650 mg καθώς η αυξημένη πρόσληψη



της πιθανώς να οδηγήσει σε νευρική ή/και αιπνία στο βρέφος. Επιπλέον, είναι σημαντικό η θηλάζουσα να ενημερώνεται ότι πολλά φυσικά βότανα, όπως η αλόη, η εχινάκια, η κασκάρια, το χαμομήλι, το τζίνσενγκ, η σένα, ο ευκάλυπτος κ.ά., αντενδείκνυνται κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Τρόφιμα με ισχυρή γεύση και καρυκεύματα όπως το σκόρδο, το κρεμμύδι και το κύμινο πιθανώς να μεταβάλλουν τη γεύση του γάλατος, να ενοχλήσουν το ευαίσθητο στομαχάκι του μωρού και πιθανότατα να προκαλέσουν κολικούς. Ωστόσο δεν θα πρέπει να αποκλείονται από τη διατροφή της θηλάζουσας παρά μόνο σε περίπτωση που φανεί ότι πράγματι το βρέφος ενοχλείται από κάποιο από αυτά τα τρόφιμα. Το ίδιο ισχύει για τρόφιμα τα οποία έχουν πιθανή αλλεργιογόνο δράση όπως τα φιστίκια, το αγελαδινό γάλα, το ψάρι τα αυγά και το σάρι. Σε αυτήν την περίπτωση το τρόφιμο θα πρέπει να αποσύρεται από τη διαίτα της θηλάζουσας για 72 ώρες και να επανεισάγεται σε μικρή ποσότητα ανάλογα με την ανοχή του βρέφους.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι το κάπνισμα εκτός από τις βλαβερές ουσίες που περιέχει και περνούν στο γάλα που παράγεται, αλλοιώνει τη γεύση του κι έτσι το μωρό, ίσως αρνηθεί να θηλάσει. Για το λόγο αυτό το κάπνισμα απαγορεύεται κατά τη διάρκεια του θηλασμού ενώ συγχρόνως συνιστάται να αποφεύγεται να βρίσκεται η μητέρα αλλά και το βρέφος σε χώρους καπνίζοντων.





• **Η αναγνώστριά μας Κ.Α., 20 ετών, από την Αθήνα, μας γράφει σχετικά με το πρόβλημα που την απασχολεί. Εδώ και δυο χρόνια παρουσιάζει περιστασιακά (περίπου μια φορά κάθε μήνα) επεισόδια κοιλιακού άλγος τα οποία συνοδεύονται συχνά από πυρετό έως 38 °C, διαρκούν 3-4 ημέρες και υποχωρούν αυτόματα.**

Αρχικά κάποιος ιατρός, τον οποίο επισκέφθηκε, χωρίς όμως να τον ενημερώσει για την ύπαρξη πυρετού, της είχε μιλήσει για την πιθανότητα συνδρόμου ευερεθίστου εντέρου. Ένας δεύτερος ιατρός όμως ο οποίος την εξέτασε ενώ παρουσίαζε το τελευταίο επεισόδιο, της συνέστησε εισαγωγή στο νοσοκομείο, καθώς του έδινε την εντύπωση ότι έπασχε από περιτονίτιδα.

Η ασθενής αρνήθηκε και τα συμπτώματα υποχώρησαν αυτόματα όπως και τις άλλες φορές. Σε υπερηχογράφημα το οποίο έκανε έπειτα από λίγες ημέρες διαπιστώθηκε η ύπαρξη υγρού στην κοιλιακή χώρα το οποίο σε δεύτερο υπερηχογράφημα αργότερα

είχε εξαφανισθεί. Οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν αυξημένη ταχύτητα καθίζησης ερυθρών και C-αντιδρώσας πρωτεΐνης. Ο γιατρός που την είχε εξετάσει της μίλησε για την πιθανότητα να πάσχει από Οικογενή Μεσογειακό Πυρετό και πρότεινε περαιτέρω έλεγχο. Μας ρωτά πληροφορίες για την πάθηση αυτή καθώς και για το τι πρέπει να κάνει.

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Ο Οικογενής Μεσογειακός Πυρετός είναι μια κληρονομική νόσος, η οποία οφείλεται σε υπολειπόμενο γονίδιο δηλαδή σε γονίδιο το οποίο ο ασθενής έχει εις διπλούν (ένα από τον κάθε γονέα), ενώ οι ίδιοι οι γονείς επειδή συνήθως έχουν μια μόνο φορά το γονίδιο αυτό μπορεί να μην πάσχουν. Η πρωτεΐνη που παράγει το γονίδιο αυτό φαίνεται να σχετίζεται με τον έλεγχο της αντίδρασης του οργανισμού στους εισβολείς δηλαδή με τον έλεγχο της φλεγμονής. Έτσι φαίνεται ότι η τροποποίηση της πρωτεΐνης αυτής από το μεταλλαγμένο γονίδιο οδηγεί σε ανεξέλεγκτη πυροδότηση της φλεγμονής υπό ορισμένες συνθήκες, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να παρουσιάζουν επεισόδια περιτονίτιδας (φλεγμονή του περιτοναίου, δηλαδή της μεμβράνης που καλύπτει τα εσωτερικά όργανα της κοιλιάς) και ενδεχομένως αρθρίτιδας (δηλαδή φλεγμονή των αρθρώσεων), οι οποίες είναι άσηπτες (δηλαδή δεν οφείλονται στην παρουσία κάποιου μικροοργανισμού). Τα επεισόδια αυτά υποχωρούν αυτόματα έπειτα από λίγες ημέρες. Ωστόσο σε ορισμένους ασθενείς υπάρχει ο κίνδυνος μακροχρονίως να οδηγήσει στην εμφάνιση αμυλοείδωσης, η οποία είναι νόσος προκαλούμενη από την εναπόθεση πρωτεϊνικού υλικού στους ιστούς, το οποίο παράγεται στα πλαίσια χρόνιας φλεγμονής. Ευτυχώς η χο-

ρήγηση αγωγής (κολχικίνης) διαβίου στους πάσχοντες από οικογενή μεσογειακό πυρετό αποτρέπει αυτή την εξέλιξη. Στην περίπτωσή σας τα κλινικά ευρήματα από την εξέταση του ιατρού σας σε συνδυασμό με το υπερηχογράφημα και τον εργαστηριακό έλεγχο συνηγορούν ότι περάσατε ένα επεισόδιο περιτονίτιδας, το οποίο ήταν άσηπτο, γιατί αν οφειλόταν σε κάποιο μικρόβιο θα είχατε επιδεινωθεί ταχέως χωρίς χειρουργική αντιμετώπιση και χωρίς την χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής.

Ωστόσο άσηπτη περιτονίτιδα μπορούν να προκαλέσουν και άλλα νοσήματα (π.χ πορφυρίες ή ρευματικά νοσήματα όπως ο ερυθρεμάτης λύκος ή το σκληρόδερμα). Τα ανωτέρω νοσήματα μπορούν να αποκλεισθούν με τον κατάλληλο κλινικοεργαστηριακό έλεγχο στον οποίο θα προβεί ο θεράπων ιατρός σας. Τότε μόνο μπορούμε να μιλάμε για διάγνωση Οικογενούς Ρευματικού Πυρετού, καθώς ο έλεγχος για το γονίδιο της νόσου γίνεται μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα και συνεπώς η νόσος εξακολουθεί να διαγιγνώσκεται έπειτα από αποκλεισμό των άλλων αιτιών.

Επομένως θα ήταν χρήσιμο να ακολουθήσετε τις οδηγίες του γιατρού σας ο οποίος κατά την διερεύνηση της νόσου ίσως χρειασθεί να σας παραπέμψει σε κάποιο εξειδικευμένο κέντρο.

• **Ο αναγνώστης μας Κ.Θ. 40 ετών μας ρωτά σχετικά με το κίνδυνο γαστρεντερίτιδας κατά το ταξίδι το οποίο θα κάνει στην Αφρική το καλοκαίρι. Το προηγούμενο καλοκαίρι επισκέφθηκε επίσης την Αφρική όπου είχε ταλαιπωρηθεί από επεισόδιο γαστρεντερίτιδας. Αν και δεν εμφάνισε πυρετό, παρουσίασε πολλές διαρροϊκές κενώσεις και παρέμεινε στο κρε-**

βάτι για 3-4 ημέρες, γεγονός που τον ταλαιπώρησε αλλά και περιόρισε το διάστημα το οποίο είχε στη διάθεση του για να απολαύσει το ταξίδι. Μας ρωτά αν κινδυνεύει και στο επόμενο ταξίδι να συμβεί το ίδιο και τι μπορεί να κάνει για να το προλάβει.

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Τα συμπτώματα που παρουσιάσατε αποτελούν χαρακτηριστικά της τόσο γνωστής «νόσου των ταξιδιωτών». Με τον όρο αυτόν συμπεριλαμβάνουμε όλα τα συμπτώματα γαστρεντερίτιδας (διάρροιες κυρίως που μπορεί να συνοδεύονται από πρόσμειξη αίματος, πυρετό ή και εμετούς), τα οποία παρουσιάζουν ταξιδιώτες από αναπτυσσόμενες χώρες με καλές συνθήκες υγιεινής που ταξιδεύουν σε αναπτυσσόμενες χώρες. Η νόσος προκαλείται κυρίως από την πόση νερού ή βρώση τροφής επιμολυσμένων από διάφορους μικροβιακούς παράγοντες, συχνότερα από κολοβακτηρίδιο. Από τη νόσο θα υποφέρει το 25%-50% των ταξιδιωτών κατά τη διαμονή του εάν δεν πάρει κανένα μέτρο προφύλαξης.

Συνήθως τα συμπτώματα ξεκινούν 2-3 ημέρες μετά την άφιξη και στη πλειονότητα των ασθενών διαρκούν 1-3 ημέρες, αν και σε λίγους επιμένουν καθ' όλη την παραμονή τους στην ξένη χώρα. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι ίδιοι οι κάτοικοι της χώρας δεν προσβάλλονται σε σημαντικό ποσοστό από τη νόσο, γιατί έχουν ανοσοποιηθεί λόγω της μακροχρόνιας έκθεσης στους παράγοντες αυτούς. Προκειμένου να αποφύγει την ταλαιπωρία ο ταξιδιώτης καλό είναι να λάβει κάποια

απλά μέτρα, όπως να καταναλώνει μόνο εμφιαλωμένο νερό και κατά προτίμηση ανθρακούχο καθώς το σχετικά χαμηλό pH του τελευταίου αναστέλλει την ανάπτυξη των μικροοργανισμών. Μπορεί να πίνει με σχετική ασφάλεια τσάι ή καφέ παρασκευασμένα με βραστό νερό όσο είναι ακόμη ζεστά. Καλό είναι επίσης να αποφεύγει την αγορά μικρογευμάτων ή παγωτών από πλανόδιους πωλητές στον δρόμο. Ταξιδιώτες με σοβαρά συνοδά νοσήματα (π.χ νεφροπαθείς, καρδιοπαθείς, ηπατοπαθείς, διαβητικοί υπό ινσουλίνη) επιβάλλεται εκτός των παραπάνω να πάρουν προφυλακτικά και αντιβίωση κατά την παραμονή τους στην ξένη χώρα. Προφυλακτική αντιβίωση επίσης μπορούν να πάρουν ταξιδιώτες χωρίς συνοδά νοσήματα, οι οποίοι απλώς δεν θέλουν να υποβληθούν κατά τις διακοπές τους στους παραπάνω περιορισμούς.

• Αναγνώστης μας από την Αθήνα μας πριν λίγους μήνες υπεβλήθη σε υπερηχογράφημα και σε γαστροσκόπηση λόγω επίμονου αισθήματος μετεωρισμού. Η γαστροσκόπηση ήταν φυσιολογική ενώ το υπερηχογράφημα έδειξε έναν μικρό πολύποδα (4 χιλιοστά) στην χοληδόχο κύστη. Ο αναγνώστης τώρα είναι καλύτερα χωρίς να πάρει κάποια συγκεκριμένη θεραπεία και ρωτά εάν ευθύνεται ο πολύποδας για τα συμπτώματα και εάν πρέπει να τον αφαιρέσει.

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Οι πολύποδες της χοληδόχου

κύστης αν και είναι ένα σχετικά σπάνιο εύρημα, ωστόσο δεν προκαλούν ιδιαίτερη ανησυχία όταν είναι μικρότεροι από 10 χιλιοστά σε διάμετρο όπως στην περίπτωση σας. Στη σπάνια μάλιστα περίπτωση που προκαλούν συμπτώματα αυτά θυμίζουν τα συμπτώματα του κωλικού των χοληφόρων λόγω χολολιθίασης, δηλαδή επίμονο πόνο στο άνω τμήμα της κοιλιάς ιδίως δεξιά ο οποίος, αφού αυξηθεί σταδιακά, διαρκεί μερικές ώρες και μετά υποχωρεί. Συνεπώς το αίσθημα μετεωρισμού που περιγράφετε δεν σχετίζεται με τον πολύποδα. Όσον αφορά τέτοιους πολύποδες στην χοληδόχο κύστη, δηλαδή μικρούς και ασυμπτωματικούς δεν συνιστάται χειρουργική αντιμετώπιση, εκτός εάν διαπιστωθεί ότι μεγαλώνουν σταδιακά.

Συνεπώς, θα ήταν καλό να υποβληθείτε ξανά σε υπερηχογράφημα σε τρεις μήνες και εάν διαπιστωθεί αύξηση του μεγέθους του πολύποδα τότε μπορείτε να συζητήσετε με τον γιατρό σας το ενδεχόμενο χειρουργικής αντιμετώπισης, δηλαδή χολοκυστεκτομής (αφαιρείται η χοληδόχος κύστη μαζί με τον πολύποδα). Όπως και στην περίπτωση των ασθενών με χολολιθίαση, η χοληδόχος κύστη μπορεί να αφαιρεθεί τόσο με κλασικό ανοικτό χειρουργείο όσο και λαπαροσκοπικά. Σε περίπτωση που το μέγεθος του πολύποδα είναι αμετάβλητο, καλό είναι σε συνεννόηση πάντα με τον γιατρό σας να υπάρχει παρακολούθηση με υπερηχογράφημα σε τακτά χρονικά διαστήματα.

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.

ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ ΥΠΟΤΡΟΦΙΩΝ

Το Δ.Σ. αποφάσισε να προκηρύξει για το έτος 2009 τις κάτωθι υποτροφίες:

- Υποτροφία «Αναστάσιος Εμμανουήλ»**
Αφορά Γαστρεντερολόγο ο οποίος επιθυμεί να μετεκπαιδευτεί σε κέντρο του εξωτερικού για χρονικό διάστημα μέχρι 12 μηνών. Η υποτροφία είναι χορηγία της εταιρείας ASTRAZENECA.
- Υποτροφία «Νικόλαος Πετρίδης»**
Αφορά Γαστρεντερολόγο ή Ιατρό συναφούς προς τη Γαστρεντερολογία ειδικότητας προκειμένου να μετεκπαιδευτεί σε κέντρο του εξωτερικού για χρονικό διάστημα μέχρι 12 μηνών. Η υποτροφία είναι χορηγία της εταιρείας JANSSEN - CILAG.
- Υποτροφία «Χαράλαμπος Ν. Σμπαρούνης»**
Αφορά Γαστρεντερολόγο ή Ιατρό συναφούς προς τη Γαστρεντερολογία ειδικότητας ή Διαιτολόγο ή Επιστήμονα Διατροφής που επιθυμεί να μετεκπαιδευτεί σε κέντρο του εξωτερικού για χρονικό διάστημα μέχρι 12 μηνών. Η υποτροφία είναι χορηγία του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.
- Υποτροφία «Νίκος Παπανικολάου»**
Αφορά ειδικευόμενο Γαστρεντερολόγος, ο οποίος επιθυμεί να μετεκπαιδευτεί για διάστημα έξι μηνών κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου της ειδικότητός του, ως ο νόμος ορίζει, σε κέντρο του εξωτερικού. Το ποσό της υποτροφίας είναι χορηγία του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.
- Το ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. δέχεται αιτήσεις Ιατρών Γαστρεντερολόγων ή ασχολούμενων με το πεπτικό ή Διαιτολόγων για χορηγίες μετεκπαίδευσης ή συμμετοχής σε Ερευνητικά ή Εκπαιδευτικά Προγράμματα Κέντρων του Εξωτερικού για περιορισμένη χρονική διάρκεια (μέχρι 6 μήνες).**
Για όλες τις υποτροφίες που θα δοθούν το μηνιαίο ποσό επιχορήγησης θα ανέρχεται στα 1200€. Αιτήσεις συμμετοχής γίνονται δεκτές μέχρι 14/11/2008.
Πληροφορίες δίδονται από τα γραφεία του Ιδρύματος Γαστρεντερολογίας και Διατροφής, Πατριάρχου Ιωακείμ 30, 106 75 Αθήνα, Τηλ. 210 72 31 332 και από το δικτυακό τόπο www.eligast.gr.

Προϋποθέσεις Υποψηφιότητας

- Υποψηφιότητα δύνανται να υποβάλλουν Ειδικευόμενοι Ιατροί στη Γαστρεντερολογία μετά τη συμπλήρωση του τρίτου έτους ειδικότητας ή Ειδικευμένοι Ιατροί ανεξάρτητα από το χρόνο λήψεως ειδικότητας. Επίσης ειδικευμένοι Διαιτολόγοι ή Επιστήμονες σχετικοί με τη διατροφή.
- Ηλικία : Μέχρι 40 ετών.
- Ικανοποιητική γνώση της αντίστοιχης ξένης γλώσσας.

Δικαιολογητικά

- Αίτηση του Υποψηφίου.
- Λεπτομέρες Βιογραφικό Σημείωμα στο οποίο να εμφανίζεται η σταδιοδρομία, η εμπειρία, το επιστημονικό και ερευνητικό έργο του υποψηφίου.
- Επιστολή αποδοχής του υποψηφίου από το Κέντρο του Εξωτερικού που θα γίνει η μετεκπαίδευση, όπου θα αναφέρεται και το ανακείμενο αυτής.
- Οικονομική κατάσταση του ίδιου ή της οικογένειάς του όπως προκύπτει από την τελευταία φορολογική δήλωση.
- Υπεύθυνη δήλωση ότι ο υποψήφιος δεν λαμβάνει υποτροφία ή επιχορήγηση από άλλο φορέα, ούτε πρόκειται να λάβει κατά τη διάρκεια της μετεκπαίδευσής του.
- Συστατική επιστολή από δύο ιατρούς ενεργά μέλη του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. προκειμένου για ιατρούς, και δύο επιστημόνων σχετικών με τη διατροφή, προκειμένου για διαιτολόγους.
- Συνέντευξη με τα μέλη της Επιτροπής Υποτροφιών του Ιδρύματος.

Προϋπόθεση για τη χορήγηση της υποτροφίας είναι η δέσμευση του υποψηφίου για τη συμμετοχή του σε ερευνητικό πρόγραμμα του Κέντρου Μετεκπαίδευσης. Σε κάθε δημοσίευση ή ανακοίνωση του ερευνητικού έργου θα αναφέρεται ότι ήταν υπότροφος του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. ή χορηγού του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.

ΧΟΡΗΓΟΙ ΚΑΙ ΔΩΡΗΤΕΣ μέχρι 04/07/2008

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε :

Αγοραστό Πολυξένη, Θεσσαλονίκη	50 €	Κολινατίη Χαρά, Μελίσσι Κορινθίας	25 €	Σούλου Άννα, Αθήνα	15 €
Αντωνάκης Θεόδωρος, Ηράκλειο	15 €	Κουλαουζίδης Αναστάσιος, Edinburgh U.K.	50 €	Σπύρος Χάσκος, Σπάτα	20 €
Αποστολίδου Ευτυχία, Γλυφάδα	25 €	Κουτρώτσιου Γεωργία, Γιάννουλη Λάρισας	15 €	Ταταρίδου Χρυσάνθη, Δράμα	15 €
Βαρέλη Έλενα, Δάφνη	15 €	Κωνσταντοπούλου Παναγιώτα, Ζωγράφου	15 €	Τζανέτος Γεώργιος, Αγ. Ιωάννης Κιάτο	40 €
Βαρέλης Ιωάννης, Ρόδος	40 €	Λατσάρη Μαρία, Θεσσαλονίκη	15 €	Τσιότσος Ευάγγελος, Νεοχώρι Κυλλήνης	25 €
Γιαμά Αγγελική, Χίος	20 €	Λεγάλη Φωτεινή, Μαρούσι	15 €	Τσουδή Μαρία, Ηράκλειο	15 €
Γκίκας Ανδρέας, Σπάτα	15 €	Μασούρας Χαράλαμπος, Περιστέρι	40 €	Τσουκαλάς Γιώργος, Ναύπλιο	15 €
Δελής Κωνσταντίνος, Πειραιάς	50 €	Μιχαήλ Μαρία, Ρόδος	15 €	Φουσέκης Χρήστος, Άμφισσα	15 €
Δημητρίου Αθανασία, Πάτρα	25 €	Μούκου Μαρία, Δράμα	15 €	Φρόνας Νικόλαος, Ρόδος	50 €
Δημητροπούλου Ευαγγελία, Κοζάνη	15 €	Μπομπότη Πολυξένη, Μυτιλήνη	15 €		
Δημητρούλοπούλου Δημήτριος, Χαλάνδρι	50 €	Μπουγιουκλής Χρήστος, Θεσσαλονίκη	15 €		
Διαγαλέτος Φωτάγγελος, Σάμη Κεφαλληνίας	20 €	Μπουζάκης Ηλίας, Χανιά	40 €		
Εξάρχου Καλλιόπη, Γλυφάδα	20 €	Παζαρίδης Ιωάννης, Τρίπολη	15 €		
Ζερβακάκης Αντώνιος, Αθήνα	100 €	Παζβάνη Χρυσούλα, Θεσσαλονίκη	50 €	In Memoriam :	
Καλύβα Αγγελική, Ν. Φιλοθέη	15 €	Παπακώστας Νικόλαος, Χαλάνδρι	50 €	Ξενοφών Τεκκετζόγλου, Ν. Μάκρη	50 €
Κιλιντζής Βασίλειος, Πτολεμαίδα	50 €	Πάπιδας Αλέξανδρος, Χαλάνδρι	15 €	Μνήμη Παναγιώτη Κοντού	
Κλαδούγος Θεοχάρης, Άλιμος	15 €	Πλάτσας Βασίλειος, Οραιοκάστρο Θεσ/κης	15 €		
Κολληλιά Μαρία, Ιτέα	25 €	Πρασά Ελένη, Αλεξανδρούπολη	15 €		

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

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