

Για να νιώθουν  
οι άνθρωποι  
καλύτερα  
και να ζουν  
περισσότερο



**gsk** GlaxoSmithKline

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

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ/ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2008

ΤΕΥΧΟΣ 33/6ο έτος έκδοσης



# ΕΥΕΞΙΔΑ

## ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΚΩΔΙΚΟΣ 6899

Ηπατίτιδα Β

Δυσπεψία

Χειρουργική  
παχυσαρκίας

Τοπικά προϊόντα





## 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 αντικά (φάρμακα κατά των ιών HIV/AIDS και των χρόνιων ηπατίτιδων), στις καρδιαγγειακές 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.



# Άρθρο Σύνταξης



Φτάσαμε και εφέτος αισίως στην αρχή της νέας σχολικής, ακαδημαϊκής, εργασιακής περιόδου, με το σώμα και το πνεύμα να αποπνέουν ακόμα την καλοκαιρινή αύρα. Με τις ευχές μας για ένα υγιές και δημιουργικό ξεκίνημα, σας παρουσιάζουμε το παρόν φθινοπωρινό τεύχος της Ευεξίας με ιδιαίτερως ενδιαφέροντα άρθρα συμπεριλαμβανομένων πολλών θεμάτων διαίτας-διατροφής και περιβάλλοντος.

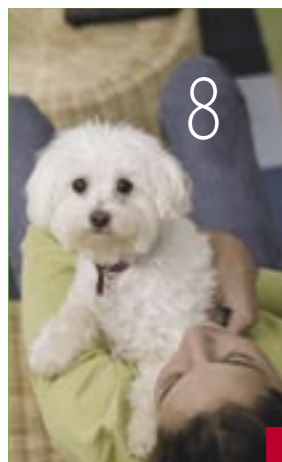
Ο κ. Ράντσιος μάς διαφωτίζει με το άρθρο του σχετικά με το τι σημαίνει το "Ε" στα τυποποιημένα τρόφιμα, που δεν είναι τίποτα άλλο παρά μία ενημέρωση του κοινού για τον κίνδυνο που πιθανόν υπάρχει από τα πρόσθετα των τροφών. Τα πρόσθετα στα τρόφιμα βοηθούν στη βελτίωση της εμφάνισής τους και στην παράταση της διάρκειας ζωής τους. Επομένως, τα σύμβολα αυτά που αναγράφονται στις συσκευασίες των τροφίμων είναι αναγκαστική συνέπεια του σύγχρονου τρόπου διατροφής και πιστοποιούν τον έλεγχο και ένα αποδεκτό επίπεδο ασφάλειας. Το εξαιρετικό άρθρο του κ. Αναστασιάδη μας φέρνει κοντά στο πρόβλημα της απρόσωπης σχέσης καταναλωτή της πόλης και αγρότη-παραγωγού με συνέπεια ο άνθρωπος της πόλης να απομακρύνεται από τη γεωργία και την ύπαιθρο και να μην ασχολείται με τα προβλήματά της, που όμως αποτελούν και δικά του προβλήματα. Η επανασύνδεση αγρότη και καταναλωτή εξασφαλίζει καλύτερα και φθηνότερα προϊόντα, αλλά κυρίως προστατεύει το περιβάλλον, μέσω της μείωσης της αλόγιστης χρήσης των φυσικών πόρων.

Το πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας στη χώρα μας ολοένα και αυξάνει με τεράστιες αναμενόμενες συνέπειες στο μέλλον. Οι τρόποι αντιμετώπισης αλληλά και το πώς θα κάνουμε τα παιδιά μας να βγούν από τα διαμερίσματα και να ασκηθούν παραπάνω μάς το αναλύουν στα άρθρα τους η κα Κασσίμη και ο κ. Χιώτης. Ενδιαφέρουσες είναι οι πληροφορίες από το άρθρο της κ. Καγιάφα για τα υπέρ και τα κατά της χειρουργικής αντιμετώπισης της νοσογόνου παχυσαρκίας. Από την αντίθετη πλευρά, ο κ. Δήμκας καταπιάνεται με το πρόβλημα του υποσιτισμού και κυρίως στα ηλικιωμένα άτομα και στους νοσηλεύομενους. Ανησυχητικό είναι ότι σε ποσοστό 70% υποδιαγιγνώσκεται με τεράστιες συνέπειες στη θεραπεία ή την ανάρρωση των ασθενών. Το πρόβλημα φαίνεται σύνθετο όσον αφορά την αιτιολογία του, ενώ η εφαρμογή ενός εργαλείου ελέγχου της διατροφικής κατάστασης του ασθενούς θα διευκολύνει τους κλινικούς ιατρούς να το εντοπίσουν εγκαίρως.

Συντροφιά στον άνθρωπο και ειδικά στον ηλικιωμένο ή το παιδί δίνουν τα κατοικίδια ζώα. Πρόσφατες μελέτες όμως έδειξαν ότι η παρουσία των ζώων στο σπίτι έχει ευεργετική επίδραση σε σειρά ψυχικών αλλήλα και σωματικών ασθενειών. Έτσι δεν είναι καθόλου περίεργο, όπως αναφέρει το άρθρο της κ. Γιάνναρου, που σε πολλές χώρες της Δύσης δημιουργούνται οι λεγόμενες «θεραπείες με ζώα», δηλαδή έχουμε είσοδο των ζώων στα νοσοκομεία μέσω ειδικών θεραπευτικών προγραμμάτων.

Το άρθρο του κ. Γιαννούση ασχολείται με το θέμα της ηπατίτιδας Β, που είναι επίκαιρο αφενός λόγω της αύξησης του επιπολασμού της νόσου μέσω της μετακίνησης των πληθυσμών και εισόδου αρκετών μεταναστών στη χώρα μας και αφετέρου λόγω της μεγάλης προόδου στη θεραπεία με νέα ισχυρά φάρμακα να έχουν μπει στη φαρέτρα των επιλογών μας. Από την άλλη πλευρά, η δυσπεψία είναι ένα συχνότατο πρόβλημα για το οποίο δεν ανευρίσκεται κάποια οργανική αιτία στις μισές περίπου των περιπτώσεων. Το πρόβλημα απασχολεί ουσιαστικά τον ασθενή εφόρου ζωής με υφέσεις και εξάρσεις, όπως σχολιάζει η κα Ζαφειροπούλου, ενώ τυχόν συμπτώματα που μπορεί να δηλώνουν σοβαρή υποκείμενη νόσο πρέπει πάντα να αναζητούνται. Τέλος, τα μικρά και νόστιμα, οι μικρές ιστορίες και η αλληλογογραφία θα γεμίσουν και τις άλλες σελίδες του τεύχους μας, που ελπίζω να το απολαύσετε.

Σπήλιος Μανωλακόπουλος  
Αναπληρωτής Διευθυντής Σύνταξης



8



14



22



34

Άρθρο Σύνταξης	3
Μικρές Ιστορίες	6
Κατοικίδια	8
Ηπατίτιδα Β	10
Ευεξία: "Γυμναστική για παιδιά"	14
Δυσπεψία	16
Μικρά & Νόστιμα	20
"Ε" τροφίμων	22
Περιβάλλον: "Τοπικά προϊόντα"	26
Περί Διαιτησίας: "Υποσιτισμός"	30
Παιδί & Έφηβος: "Παχυσαρκία"	34
Διατροφή: "Χειρουργική παχυσαρκίας"	38
Σπλαγγικό λίπος και εμμηνόπαυση	42
Επικοινωνούμε	44
Τα Νέα του Ιδρύματος	46

#### Διαβάστε στο επόμενο τεύχος για:

Διατροφή στην εμμηνόπαυση  
Φυλλικό οξύ: Πρόληψη καρκίνου;  
Η σημασία του ασβεστίου  
Γυμναστική στην εγκυμοσύνη  
Νέα φάρμακα για Ηπατίτιδα C

ΤΕΥΧΟΣ 33

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. Μπουρδάρας  
Γ.Β. Παπαθεοδωρίδης  
Α. Παπασπύρου  
Ε.Β. Τσιάνος

Εκδοτική επιμέλεια: GlobalActivitiesKey

Υπεύθυνη Διαφήμισης:  
Σοφία Καϊσάκη

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

Σχεδιασμός & Παραγωγή: GlobalActivitiesKey

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

Διευθυντής Σύνταξης:	Γεώργιος Β. Παπαθεοδωρίδης, Γαστρεντερολόγος
Αναπληρωτές Διευθυντές Σύνταξης:	Σπήλιος Μανωλακόπουλος, Γαστρεντερολόγος Ιωάννης Βλαχογιαννάκος, Γαστρεντερολόγος
Συντακτική Επιτροπή:	Ιωάννης Δήμκας, Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος (Περί Διαιτησίας) Ηλίας Κάνταρος, Γεωπόνος (Περιβάλλον) Αλεξάνδρα Κασσίμη, Δημοσιογράφος (Ευεξία) Παναγιώτα Καφρίτσα, Παιδίατρος - Παιδογαστρεντερολόγος (Παιδί & Έφηβος) Ιωάννης Μανιός, Εργοφυσιολόγος - Διατροφολόγος (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.

Θεοτοκοπούλου 4 & Αστροναυτών, 151 25 Μαρούσι τηλ. 210 6871500 [www.astrazeneca.gr](http://www.astrazeneca.gr)

## Ολυμπιονίκες... και στη ζωή!

Για άλλη μια χρονιά το καλοκαιράκι έφυγε και πήρε μαζί του τις υπέροχες αναμνήσεις του. Διακοπές, παραλίες, ξενύχτια και διασκέδαση αποτελούν πια, όπως και να το κάνουμε, παρελθόν, καθώς ο Σεπτέμβριος μας υποδέχτηκε όλους με δουλειές, υποχρεώσεις, σχολεία και άλλα παρεμφερή... "χειμερινά σπορ". Μαζί με τις αξέχαστες στιγμές των διακοπών έφυγαν και οι Ολυμπιακοί Αγώνες του Πεκίνου, οι οποίοι σημάδεψαν όχι μόνο το φετινό καλοκαίρι, αλλά και την ιστορία του αθλητισμού γενικότερα, όντας μια από τις πλέον αμφιλεγόμενες διοργανώσεις στα χρονικά του θεσμού. Από τη μία πλευρά η φαντασμαγορία της τελετής έναρξης, ο τεράστιος αριθμός των εθελοντών, τα υπερσύγχρονα στάδια και η άρτια οργάνωση εντυπωσίασαν την υψηλή και ανέδειξαν την εικόνα της Κίνας ως ανερχόμενης υπερδύναμης. Στον αντίποδα ωστόσο, το ολυμπιακό πνεύμα υπονομεύτηκε από την πλημμυρική διασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, από τη βίαιη καταστράτηγηση της ολυμπιακής εκκευρίας με τη συνέχιση των πολεμικών συρράξεων ανά τον κόσμο και, κυρίως, από το φαινόμενο του ντόπινγκ που πλέον λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας, θέτοντας εν αμφιβόλω τα καινούργια ρεκόρ και ενισχύοντας το σκεπτικισμό για κάθε κατάκτηση μεταλλίου.

Η λήψη αναβολικών, δυστυχώς, δεν αποτελεί απλώς προσβολή για τις αξίες του ολυμπισμού. Επισκιάζει, παράλληλα, μια διαφορετική όψη των Αγώνων: το ψυχικό σθένος ορισμένων αθλητών που, παρότι αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας, δηλώνουν συμμετοχή και καταφέρνουν να διακριθούν, αποδεικνύοντας πως η δύναμη της ανθρωπίνης θέλησης είναι ικανή να υπερνικήσει οποιοδήποτε εμπόδιο θέτει η φύση. Τα άτομα αυτά που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες, όπως ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου ή διαβήτη, δεν άφησαν την ασθένειά τους να σταθεί εμπόδιο στην αθλητική τους σταδιοδρομία, κατορθώνοντας πολλές φορές να κατακτήσουν ακόμα και ολυμπιακά μετάλλια στα αθλήματα που διαγωνίζονται.

Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του κωπηλάτη Steve Redgrave, ο οποίος είναι γνωστός και ως «Ο Υπέρτατος Βρετανός Ολυμπιονίκης», καθώς ήταν ο πρώτος ολυμπιονίκης που κέρδισε μετάλλιο σε 5 διαδοχικούς Ολυμπιακούς Αγώνες (1984-2000). Αν και διαγνώστηκε ότι πάσχει από ελκώδη κολίτιδα το 1992 και διαβήτη το 1997, δεν έπαψε να προπονείται και να συμμετέχει σε εθνικές και διεθνείς αθλητικές διοργανώσεις, κερδίζοντας 6 ολυμπιακά μετάλλια, 5 χρυσά και ένα χάλκινο. Για τα επιτεύγματά του, ανακηρύχτηκε Αθλητική Προσωπικότητα του 2000 από το BBC και το 2001 χρίστηκε ιππότης της Βρετανικής Κοινοπολιτείας.

Η Αμερικανίδα Carrie Johnson συμμετείχε στους Ολυμπιακούς της Αθήνας και του Πεκίνου με την ομάδα καγιάκ των ΗΠΑ. Κατά την προπόνησή της για τη διοργάνωση του 2004 άρχισε να υποφέρει από υπερκόπωση, έντονη απώλεια βάρους και αναιμία. Οι γιατροί την ενημέρωσαν ότι πάσχει από τη νόσο του Crohn αλλά ευτυχώς κατάφεραν να θέσουν την κατάστασή της υπό έλεγχο, γεγονός που της επέτρεψε όχι μόνο να διαγωνιστεί

στους Ολυμπιακούς της Αθήνας, αλλά και να τερματίσει 10η, στην υψηλότερη θέση που έχει τερματίσει ποτέ Αμερικανός στο καγιάκ. Σε ερώτηση δημοσιογράφου σχετικά με τη συμμετοχή της στους φετινούς Ολυμπιακούς, δήλωσε πως η αρρώστια δεν ελέγχει τη ζωή της και δεν θα την αποτρέψει από το να κάνει αυτά που επιθυμεί.

Παρόμοια είναι η περίπτωση της Tairia Flowers που συμμετέχει στην γυναικεία ομάδα σόφτμπαλ των ΗΠΑ, η οποία αντιμετωπίζει μια έξαρση της νόσου του Crohn πριν τους Ολυμπιακούς του 2004. Επί αρκετές εβδομάδες πριν διαγωνιστεί στην Αθήνα, δεν μπορούσε να φάει παρά μόνο ψωμί και σκέτα μακαρόνια. Αυτό όμως δεν την εμπόδισε να κερδίσει με την ομάδα της το χρυσό στους Ολυμπιακούς της Αθήνας και το ασημένιο στο Πεκίνο, αποδεικνύοντας ότι τα λουκούλια γεύματα τύπου... Michael Phelps (!) δεν είναι μονόδρομος για έναν αθλητή αξιώσεων.

Ακόμα παλαιότερα, μια άλλη αμερικανίδα, η Jackie Joyner Kersey, η οποία υπέφερε από χρόνιο άσθμα, έγραψε ιστορία κερδίζοντας συνολικά 6 ολυμπιακά μετάλλια στο έπταθλο και το άλμα εις μήκος, από τους Ολυμπιακούς του Λος Άντζελες το 1984 ως το 1996 στην Ατλάντα. Η Jackie αναγορεύτηκε «Κορυφαία Γυναίκα Αθλήτρια του 20ου αιώνα» από το διεθνούς κυκλοφορίας αθλητικό περιοδικό Sports Illustrated, ενώ παραμένει μέχρι σήμερα η κάτοχος του παγκόσμιου ρεκόρ στο έπταθλο.

Γνωστός είναι, τέλος, και ο κολυμβητής Gary Hall Jr., που εκπροσώπησε τις ΗΠΑ στους Ολυμπιακούς του 1996, του 2000 και του 2004, κερδίζοντας συνολικά τον εντυπωσιακό αριθμό των 10 ολυμπιακών μεταλλίων. Το 1999, η ανακάλυψη ότι πάσχει από διαβήτη τύπου I οδήγησε στην προσωρινή απόσυρσή του από τον αθλητισμό, δε στάθηκε όμως ικανή να τον παροπλίσει μόνιμα, με αποτέλεσμα να συνεχίζει να προπονείται μέχρι σήμερα. Είναι ένας από τους λίγους αθλητές που έχουν ταχθεί ανοιχτά και με σθένος εναντίον του ντόπινγκ, μη διστάζοντας να αμφισβητήσει δημόσια τη νομιμότητα αρκετών αμφιλεγόμενων επιτευγμάτων συναθλητών του (Marion Jones, Amy van Dyken). Πρόκειται για μια από τις πλέον χαρακτηριστικές προσωπικότητες στο χώρο της κολύμβησης, με πλήθος οπαδών ανά τον κόσμο.

Τα προαναφερθέντα παραδείγματα ασφαλώς δεν είναι οι μοναδικές περιπτώσεις αθλητών με σοβαρά προβλήματα υγείας που διακρίθηκαν σε διεθνούς φήμης αθλητικές διοργανώσεις. Είναι, παρόλα αυτά, χαρακτηριστικές του πώς η αισιοδοξία, η επιμονή και η διαρκής προσπάθεια μπορούν, σε συνδυασμό με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, να επιτρέψουν σε άτομα που πάσχουν από σοβαρά αυτοάνοσα νοσήματα όχι μόνο να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή αλλά και να εκπληρώσουν όλες τους τις φιλοδοξίες, κάνοντάς τα όνειρά τους πραγματικότητα. Όπως πολύ σωστά το θέτει η ίδια η Carrie Johnson, «...(η Crohn) είναι κάτι που –και με το παραπάνω– είσαι σε θέση να ζεις μαζί. Δεν πρόκειται να σε σταματήσει από την επίτευξη των στόχων σου και από το να ζήσεις στο έπακρο τη ζωή σου».

## Δεν είμαστε ειδικοί στις φωτογραφίες.



*Φραντίζουμε όμως να βγαίνουν «φωτεινές».*

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

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

# Κατοικίδια: Πιστοί σύντροφοι & θεραπευτές

Η επιστήμη φαίνεται να αποδέχεται σήμερα πλήρως τη «χρησιμότητα» των ζώων στη θεραπεία μιας σειράς ασθενειών.

Ήταν στις αρχές της δεκαετίας του '60, όταν ο Καναδός ψυχολογιστής Boris Levinson εισήγαγε για πρώτη φορά τη θεραπεία με ζώα (είχε χρησιμοποιήσει τις θεραπευτικές ιδιότητες του σκύλου σε ατομικές συνεδρίες με παιδιά). Έκτοτε, η έρευνα γύρω από το θέμα έχει κάνει άλματα, ωστόσο δε χρειάζεται να είναι κανείς ειδικός για να αντιληφθεί την ευεργετική επίδραση που έχουν τα ζώα στην ψυχική μας υγεία. Σκεφτείτε μόνο πόσες φορές έχετε ακούσει τους φίλους σας να ομολογούν ότι λίγες στιγμές παρέα με τη γάτα ή το σκύλο τους είναι ικανές να αφαιρέσουν το άγχος ολόκληρης της ημέρας. Πρόσφατες έρευνες επιβεβαιώνουν τις υποψίες μας, επεκτείνοντας μάλιστα το πεδίο της θεραπευτικής δράσης των κατοικίδιων και στη σωματική μας υγεία.

Η επιστήμη φαίνεται να αποδέχεται σήμερα πλήρως τη «χρησιμότητα» των ζώων στη θεραπεία μιας σειράς ασθενειών. Ασθενείς, για παράδειγμα, που έχουν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου και διαθέτουν τετράποδους φίλους -κυρίως σκύλους- παρουσιάζουν έξι φορές περισσότερες πιθανότητες για επιβίωση που ξεπερνά τον έναν χρόνο από τους υπόλοιπους. Κι αυτό γιατί έχει αποδειχθεί ότι το χάιδεμα ενός σκύλου βοηθά στη μείωση της αρτηριακής πίεσης (ενώ μην ξεχνάμε και το ότι οι τακτικοί περίπατοι με το σκύλο βοηθούν στην απώλεια περιττού βάρους πολύ πιο αποτελεσματικά από μια δίαιτα). Εκτός από τη μείωση της πίεσης, κλινικές έρευνες έχουν καταλήξει ότι τα κατοικίδια ζώα βοηθούν και στη μείωση της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων.

Χαρακτηριστικά ήταν επίσης τα ευρήματα πρόφατη έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε 240 παντρεμένα ζευγάρια στη Νέα Υόρκη. Όπως προέκυψε, τα ζευγάρια που δεν είχαν κατοικίδια, παρουσίαζαν περισσότερο στρες, υψηλότερη αρτηριακή πίεση και συχνότερες ταχυκαρδίες από ό,τι τα ζευγάρια που συμβίωναν με ζώα. Το εκπληκτικό ωστόσο ήταν ότι στα ζευγάρια που είχαν σκύλους ή γάτες, το στρες, η πίεση και το... χτυποκάρδι μειώνονταν περισσότερο με την εμφάνιση του πιστού τους τετράποδου παρά με την εμφάνιση του/της συζύγου! Οι επιστήμονες κατέληξαν ότι η στήριξη που μας προσφέρουν τα ζώα μας ιδιαίτερα σε περιόδους στρες, είναι ισοδύναμη, ή ακόμα και ισχυρότερη, από τη στήριξη που μας προσφέρουν τα αγαπημένα μας πρόσωπα.

Τελικά, είναι αναρίθμητες οι «εφαρμογές» της θεραπείας με ζώα τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε βιολογικό επίπεδο.

Μεταξύ άλλων, έχει βρεθεί ότι:

- Όσοι έχουν ζώα υποφέρουν λιγότερο από ήπια προβλήματα υγείας.
- Οι ηλικιωμένοι που έχουν κατοικίδια ζώα, εξαιτίας τού ότι έχουν λιγότερο στρες, επισκέπτονται πιο αραιά τον γιατρό τους και εμφανίζουν σπανιότερα εκφυλισμό των δεξιοτήτων τους.

- Παιδιά που έχασαν έναν από τους γονείς τους, ανταπεξέρχονται καλύτερα στον πόνο της απώλειας, εάν έχουν τη συντροφιά ενός ζώου.
- Παιδιά που έρχονται σε καθημερινή επαφή με ζώα κατά το πρώτο έτος της ζωής τους έχουν λιγότερα προβλήματα αλλεργικής ρινίτιδας και άσθματος.
- Παιδιά που συμβιώνουν με ζώα, έχουν περισσότερες πιθανότητες να ασχοληθούν με τον αθλητισμό και να έχουν χόμπι και κατ'επέκταση παρουσιάζουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση.
- Το 70% των οικογενειών δηλώνουν πιο ευτυχισμένες μετά την απόκτηση κατοικιδίου.
- Τα ζώα δρουν ευεργετικά και σε ασθενείς με AIDS, μειώνοντας το στρες και την κατάθλιψη που αποτελούν απόρροια της ασθένειας.

Επειτα από όλα αυτά, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι στη Μ. Βρετανία, τη Γαλλία, τη Γερμανία, τις Η.Π.Α. και αλλού, τα ζώα εισάγονται στα θεραπευτικά ιδρύματα, όπως νοσοκομεία, οίκους ευγηρίας, κέντρα αποκατάστασης, ψυχιατρεία κλπ. Ως γνωστόν, η μακροχρόνια διαμονή σε τέτοιες δομές λειτουργεί πολύ επιβαρυντικά για τους ασθενείς, γεγονός που δυσχεραίνει και την αποθεραπεία τους. Αντί όμως οι γιατροί να τους «φορτώνουν» με φάρμακα, εφαρμόζουν τη λεγόμενη «θεραπεία με κατοικίδια», γνωστή και ως AAT («Animal-Assisted Therapy»), η οποία κερδίζει συνεχώς έδαφος παγκοσμίως. Οι σκύλοι λειτουργούν ως ψυχοθεραπευτές βοηθώντας μεταξύ άλλων στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης και την τόνωση της αυτοπεποίθησης των ασθενών, στη βελτίωση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης μεταξύ των ασθενών, στη μάχη ενάντια στη μοναξιά και την κατάθλιψη κλπ. Έχει βρεθεί ότι οι «σκύλοι θεραπευτές» είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί σε περιπτώσεις τραυματικών εμπειριών και φοβικών επεισοδίων, σε μαθησιακές δυσκολίες (π.χ. δυσλεξία), σε συναισθηματικές διαταραχές, σε προβλήματα λεκτικής και της μη-λεκτικής επικοινωνίας κλπ.

Ποιο είναι όμως το χαρακτηριστικό εκείνο των ζώων, και ιδίως των σκύλων, που τα μετατρέπει σε ιδανικούς θεραπευτές; Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι καθοριστικός παράγοντας για την εμφάνιση του στρες στη ζωή μας είναι η καθημερινή άσκηση κριτικής από τρίτους. Ενας σκύλος αντίθετα, φύσει κοινωνικό ον, είναι σε θέση να προσφέρει στοργή και αγάπη ανιδιοτελώς και απροσχημάτιστα, χωρίς καμία διάθεση κριτικής. Χαίρεται και ανταποκρίνεται στα χάδια και την προσοχή, από όποιον κι αν προέρχονται, γεγονός που όταν γίνεται αντιληπτό από τον άνθρωπο, έχει θαυματουργικές επιδράσεις.

# Ηπατίτιδα Β

Η διάγνωση της ηπατίτιδας Β είναι απλή. Απαιτεί μια συνηθισμένη αιμοληψία και βασίζεται στην ανίχνευση στο αίμα των πρωτεϊνών-αντιγόνων του ιού και των αντίστοιχων αντισωμάτων

## 1) Τι είναι η ηπατίτιδα Β και πως εμφανίζεται;

Η ηπατίτιδα Β είναι μία λοίμωξη από έναν ιό, που έχει την ικανότητα να εισέρχεται στα ηπατικά κύτταρα και να πολλαπλασιάζεται μέσα σε αυτά, χωρίς ο ίδιος ο ιός να είναι άμεσα τοξικός για το συκώτι. Όταν το ανοσοποιητικό μας σύστημα αναγνωρίσει τον ιό, επιτίθεται σε αυτόν, με αποτέλεσμα τη φλεγμονή στο ήπαρ (ηπατίτιδα) και την εμφάνιση του σχετικού κλινικού συνδρόμου. Στα βρέφη και στα παιδιά στα οποία φυσιολογικά το ανοσοποιητικό σύστημα δε βρίσκεται σε κατάσταση πλήρους ωρίμανσης, η πρώτη επαφή με τον ιό συνήθως δε γίνεται αντιληπτή ή συνοδεύεται από ένα γενικό αίσθημα κόπωσης και ανορεξίας, ενώ στην πλειονότητα των περιπτώσεων καταλήγει σε χρόνια λοίμωξη. Στους ενήλικες, στους οποίους ο βαθμός ωρίμανσης του ανοσοποιητικού συστήματος είναι υψηλότερος, η οξεία λοίμωξη εμφανίζεται τις περισσότερες φορές με πιο θορυβώδη συμπτωματολογία, όπως πυρετό, κεφαλαλγία, άλλα συμπτώματα ίωσης ή/και ίκτερο, ενώ συνήθως η νόσος είναι παροδική και αυτοπεριοριζόμενη. Σε ένα πολύ μικρό ποσοστό των ασθενών εμφανίζεται η κεραυνοβόλος μορφή της νόσου, όπου η εικόνα είναι δραματική, οδηγεί γρήγορα σε οξεία ηπατική ανεπάρκεια και χρήζει άμεσης αντιμετώπισης σε εξειδικευμένο μεταμοσχευτικό κέντρο. Η χρόνια λοίμωξη είναι κατά κανόνα ασυμπτωματική, μέχρι τουλάχιστον τα προχωρημένα στάδια της νόσου, όπου μπορούν να εμφανιστούν οι σοβαρές επιπλοκές της, δηλαδή η κίρρωση, η ηπατική ανεπάρκεια και ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος.

## 2) Πόσο συχνή και πόσο επικίνδυνη είναι η ηπατίτιδα Β;

Δυστυχώς, η λοίμωξη από τον ιό ηπατίτιδας Β είναι πολύ συχνή. Παγκοσμίως θεωρείται μία από τις συχνότερες λοιμώξεις με πάνω από 2 δισεκατομμύρια ανθρώπων να έχουν έρθει σε επαφή με τον ιό, ενώ υπολογίζεται ότι περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν χρόνια λοίμωξη. Από αυτούς περίπου μισό εκατομμύριο πεθαίνουν ετησίως από τις ηπατικές επιπλοκές της νόσου. Η Ελλάδα ανήκει στις χώρες με ενδιάμεση συχνότητα εμφάνισης της λοίμωξης (2-8% του πληθυσμού). Ωστόσο, πρόσφατα δεδομένα αναφέρουν πτωτική πορεία της συχνότητας της λοίμωξης, κυρίως λόγω του προγράμματος υποχρεωτικού εμβολιασμού που είναι σε ισχύ στην χώρα μας από το 1988 και της βελτίωσης των κοινωνικο-οικονομικών και υγειονομικών συνθηκών διαβίωσης. Από την άλλη πλευρά, η μεγάλη εισροή οικονομικών μεταναστών στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια από χώρες με υψηλή ενδημικότητα της νόσου φαίνεται ότι έχει συμβάλει στο να παραμείνει η χρόνια λοίμωξη από ιό ηπατίτιδας Β μία από τις συχνότερες χρόνιες ηπατικές παθήσεις στην Ελληνική επικράτεια.

## 3) Πως μεταδίδεται ο ιός και ποιες είναι οι ομάδες υψηλού κινδύνου;

Ο ιός μεταδίδεται μόνον παρεντερικά, παρότι έχει απομονωθεί σχεδόν σε όλα τα ανθρώπινα βιολογικά υγρά. Αυτό συνεπάγεται ότι η λοίμωξη δε μεταδίδεται με τις τροφές, το θηλασμό ή τις συνήθεις κοινωνικές επαφές. Στα βρέφη και στα παιδιά η λοίμωξη

Στα βρέφη και στα παιδιά η λοίμωξη μεταδίδεται είτε κατά τη διάρκεια του τοκετού, όταν η μητέρα είναι φορέας του ιού είτε αργότερα από άτομο που νοσεί στο οικογενειακό τους περιβάλλον

μεταδίδεται είτε κατά τη διάρκεια του τοκετού, όταν η μητέρα είναι φορέας του ιού (κάθετη μετάδοση) είτε αργότερα από άτομο που νοσεί στο οικογενειακό τους περιβάλλον (ενδοοικογενειακή μετάδοση: αφανής παρεντερική διασπορά, κοινή χρήση ειδών προσωπικής υγιεινής). Στους ενήλικες, η λοίμωξη μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή (συμπεριλαμβάνεται στα αφροδίσια νοσήματα) και με την επαφή με μολυσμένο αίμα. Κατά συνέπεια, ενήλικες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου θεωρούνται όσοι έχουν πολλές ετερόφυλες ή ομόφυλες σεξουαλικές επαφές, οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών, οι πολυμεταγγιζόμενοι, όσοι έχουν λάβει μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του πριν το 1980, όσοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, το υγειονομικό προσωπικό, οι εργαζόμενοι σε υπηρεσίες αποκομιδής και επεξεργασίας απορριμμάτων, οι εσώκλειστοι σε σωφρονιστικά ή άλλου είδους ιδρύματα, ενώ σπάνια μπορεί να μεταδοθεί από οδοντιατρικές ή άλλες ιατρικές πράξεις και από πρακτικές όπως της δερματοστυξίας (τατουάζ), του body rearing, ή του βελονισμού, εφόσον δεν τηρούνται οι απαραίτητοι υγειονομικοί κανόνες.

#### 4) Ποιοι πρέπει να ελέγχονται;

Σε έλεγχο πρέπει να υποβάλλονται:

- Όσοι ανήκουν στις παραπάνω ομάδες υψηλού κινδύνου
- Όσοι έχουν συγγενή 1ου βαθμού (γονείς, αδέρφια, παιδιά) φορέα του ιού
- Όλοι οι μετανάστες από χώρες όπου η λοίμωξη παρουσιάζει υψηλή ενδημικότητα
- Όσοι εμφανίζουν αυξημένες τρανσαμινάσες

Εφόσον τα άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου ή όσοι έχουν συγγενή 1ου βαθμού με χρόνια λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας Β βρεθούν να μην έχουν έλθει σε επαφή με τον ιό, θα πρέπει να ξεκινούν τον εμβολιασμό που γίνεται σε τρεις δόσεις (0, 2 και 6 μήνες).

#### 5) Πως γίνεται η διάγνωση της ηπατίτιδας Β;

Η διάγνωση της ηπατίτιδας Β είναι απλή. Απαιτεί μια συνηθισμένη αιμοληψία και βασίζεται στην ανίχνευση στο αίμα των πρωτεϊνών-αντιγόνων του ιού και των αντίστοιχων αντισωμάτων. Αν ο έλεγχος είναι θετικός, θα πρέπει να απευθυνθούν σε εξειδικευμένο ιατρό, ο οποίος θα τους υποβάλλει σε πιο ειδικό έλεγχο. Εφόσον υπάρχει ένδειξη για ειδική θεραπευτική αντιμετώπιση, θα τους ενημερώσει για τα είδη των διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών ή διαφορετικά θα τους εντάξει σε ένα πρόγραμμα τακτικής παρακολούθησης.

#### 6) Τι πρέπει να προσέχουν οι χρόνιοι φορείς της ηπατίτιδας Β.;

Ακρογωνιαίος λίθος για την αποφυγή των επιπλοκών της νόσου είναι η σωστή και τακτική παρακολούθηση, επειδή η χρόνια λοίμωξη συχνά ακολουθεί πορεία υφέσεων και εξάρσεων, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε υποεκτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασης από τον ασθενή.

Στους φορείς του ιού συστήνεται επίσης η πλήρης διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ και η διακοπή του καπνίσματος, ενώ αντιθέτως δε συστήνεται η διακοπή του καφέ ή η υιοθέτηση άλλων διαιτητικών μέτρων. Θα πρέπει επίσης να ενημερώνουν τον ιατρό εάν πρόκειται να λάβουν κάποια άλλη θεραπεία, ιδιαίτερα αν αυτή περιλαμβάνει αντιφλεγμονώδη, αντιμικροβιακά, υπολιπιδαιμικά, χημειοθεραπευτικά ή ανοσοτροποποιητικά φάρμακα.

Είναι αυτονόητο ότι οι φορείς του ιού της ηπατίτιδας Β οφείλουν να μεριμνούν για την αποφυγή μετάδοσης της λοίμωξης, ενημερώνοντας τους οικείους τους και τους σεξουαλικούς τους συντρόφους, οι οποίοι πρέπει να υποβάλλονται σε εμβολιασμό.



SPARK BY GLOBAL ACTIVITIES KEY

Η ευχή  
σας...  
ευθύνη  
μας



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

Το παιδί σας περνάει τον περισσότερο ελεύθερο χρόνο του μπροστά από μια οθόνη ηλεκτρονικού υπολογιστή ή τηλεόρασης; Βρείτε τρόπους να παροτρύνετε το παιδί σας να αθληθεί, να κινηθεί και να δραστηριοποιηθεί εξασφαλίζοντάς του καλύτερη υγεία τόσο σωματική όσο και ψυχική.



# Πώς να ξεσηκώσετε το παιδί σας να γυμναστεί;



Τα παιδιά προτιμούν να βρίσκονται έξω από το σπίτι και όχι μπροστά σε μια τηλεόραση, ωστόσο δεν τους αρέσει να είναι έξω μόνα τους

Ο ειδικός επισημαίνουν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι θα πρέπει να εξασκούνται τουλάχιστον μία ώρα την ημέρα, δραστηριότητα η οποία όμως δεν είναι απαραίτητο να είναι συνεχόμενη. Το σημαντικότερο στοιχείο στη γυμναστική παιδιών και εφήβων είναι η συστηματικότητα. Κάθε μορφή άσκησης είναι απαραίτητη για τα παιδιά, καθώς συμβάλλει στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, στον καλύτερο ύπνο, αυξάνει την ενεργητικότητα κατά τη διάρκεια της ημέρας, περιορίζει το άγχος και τις πιθανότητες κατάθλιψης. Οι επιδράσεις της γυμναστικής στο παιδικό σώμα δε διαφέρουν πολύ από ό,τι στους ενήλικες. Η γυμναστική ωστόσο βοηθά στο να χτίζουν ένα γερό σώμα, με δυνατή μυϊκή μάζα και να αντιμετωπίζουν την άσκηση ως τρόπο ζωής. Παράλληλα, η ενασχόληση με τη γυμναστική και με οποιαδήποτε μορφή άσκησης αποτελεί τον καλύτερο σύμμαχο για την καταπολέμηση της παιδικής παχυσαρκίας, στην οποία δυστυχώς η Ελλάδα επιδεικνύει πολύ υψηλές επιδόσεις. Σε περίπτωση που το παιδί σας είναι πολύ δραστήριο και εξακολουθεί είτε να παίρνει βάρος, είτε να μη χάνει (εάν είναι υπέρβαρο), τότε καλό θα ήταν να αναζητήσετε τα αίτια στη διατροφή του. Οσον αφορά στον τύπο της άθλησης είναι σχεδόν δεδομένο ότι κανένα παιδί ή έφηβος δεν πρόκειται να ακολουθήσει με ενθουσιασμό κανένα πρόγραμμα αεροβικής γυμναστικής. Αυτός είναι από τους λόγους που δε βλέπει κανείς πολλά παιδιά να ιδρώνουν πάνω από τα όργανα γυμναστικής στα οργανωμένα γυμναστήρια και όχι το γεγονός ότι τα όργανα δεν είναι σχεδιασμένα για να χρησιμοποιηθούν από παιδιά. Τα παιδιά και οι έφηβοι απολαμβάνουν περισσότερο και μένουν πιο πιστοί στην άσκηση που περιλαμβάνεται στον τρόπο ζωής τους, όπως είναι για παράδειγμα το παιχνίδι ή κάποιο ομαδικό άθλημα.

Ενας τρόπος να δαλεάσετε τα παιδιά – με σχεδόν πάντοτε αποτελέσματα ειδικά για τα μικρά παιδιά- είναι η ενασχόληση ολόκληρης της οικογένειας με κάποιες δραστηριότητες. Βγείτε έξω να παίξετε ποδόσφαιρο, να περπατήσετε ή απλώς μια βόλτα και είναι βέβαιο ότι το παιδί θα ακολουθήσει. Τα παιδιά προτιμούν να βρίσκονται έξω από το σπίτι και όχι μπροστά σε μια τηλεόραση, ωστόσο δεν τους αρέσει να είναι έξω μόνα τους. Παράλληλα, μπορείτε να ενθαρρύνετε τα παιδιά σας να μετακινούνται πιο δραστήρια. Τι εννοούμε με αυτό; Αν υπάρχουν σκάλες στην πολυκατοικία που ζείτε ξεκινήστε να τις χρησιμοποιείτε και να αποφεύγετε το ασανσέρ, προκειμένου και το παιδί να ακολουθήσει. Ενθαρρύνετε το παιδί να πηγαίνει στο σπίτι του φίλου/ της φίλης (αρκεί να το επιτρέπει η απόσταση φυσικά) με τα πόδια, όπως και στο σχολείο και αποφεύγετε να το πηγαίνετε εσείς με το αυτοκίνητο. Μην ξεχνάτε ότι κάθε δραστηριότητα έξω από το σπίτι είναι πολύ σημαντική για το παιδί και μην αποτρέψετε την έξοδό του από το σπίτι για παιχνίδι. Δώστε στο παιδί ερεθίσματα και βοηθήστε το να επιλέξει ένα χόμπι, όπως είναι η συμμετοχή σε ένα ομαδικό άθλημα (μπάσκετ, ποδόσφαιρο κ.τ.λ) ή ακόμη και ένα ατομικό άθλημα όπως είναι το τένις, η κολύμβηση. Σε περίπτωση που έχετε σκύλο, η βόλτα του μπορεί να περιλαμβάνει και το παιδί. Παροτρύνετε το παιδί να κάνει βόλτες με το ποδήλατο, ενώ ακόμα και το πιο απλό παιδικό παιχνίδι, όπως είναι το σχοινάκι, μπορείτε να γίνει πολύ ελκυστικό αρκεί να δείξετε κι εσείς ενδιαφέρον. Ακόμα και το πλύσιμο του αυτοκινήτου σας αποτελεί μια μορφή άσκησης. Ποτέ μην ξεχνάτε και την εναλλακτική επιλογή του χορού, η οποία αποτελεί εξαιρετικό τρόπο άθλησης και είναι μια συνήθεια που δεν ξεχνιέται ποτέ.



# Δυσπεψία



## Τι είναι δυσπεψία;

Δυσπεψία είναι ιατρικός όρος που αναφέρεται σε πλειάδα ακαθόριστων ενοχλημάτων της άνω κοιλίας, όπως πόνος ή δυσφορία, αίσθημα πληρότητας, πρώιμο κορεσμό, μετεωρισμό, ναυτία, εμετό και καύσο.

Είναι σύμπτωμα και όχι νόσος και ευθύνεται για περισσότερο από 50% των γαστρεντερικών ενοχλημάτων. Το ιστορικό ελάχιστα βοηθά στον εντοπισμό των πιθανών αιτίων, η ύπαρξη όμως συμπτωμάτων οργανικής νόσου, χρειάζεται διερεύνηση.

Τροφές που συχνά προκαλούν δυσπεψία είναι αλκοόλ, ερεθιστικά φαγητά, λιπαρά, καφές, γάλα λόγω δυσανεξίας στη λακτόζη.

## Πόσο συχνή είναι;

Περισσότερο από 25% του ενήλικου πληθυσμού παρουσιάζει δυσπεψία και παίρνει φάρμακα, ενώ κάθε χρόνο 8-54% των ενηλίκων παρουσιάζουν ενοχλήματα μεγάλης διάρκειας.

Στην πλειονότητα των ασθενών τα συμπτώματα, περιοδικά ή υποτροπιάζοντα, διαρκούν εφ' όρου ζωής, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους και να προκύπτει έμμεσα ή άμεσα μεγάλο κοινωνικό κόστος. Η έλλειψη ενιαίου ορισμού της δυσπεψίας δυσκολεύει τη διερεύνηση των ασθενών και τη σύγκριση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Εάν όμως κυριαρχεί κάποιο σύμπτωμα από τα αναφερθέντα, ενδεχομένως να συνιστά συγκεκριμένη πάθηση, πχ οπισθοστερνικός καύσος σημαίνει γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.

## Πότε οι ασθενείς πηγαίνουν στον γιατρό;

Οι ασθενείς απευθύνονται στο γιατρό, λόγω βαρύτητας των ενοχλημάτων, άγχους ή έλλειψης ψυχολογικής υποστήριξης, αλλά κυρίως από φόβο για σοβαρή νόσο, όπως καρκίνο, ιδιαίτερα αν έχει αρρωστήσει φίλος ή συγγενής. Ο γιατρός πρέπει να διερευνήσει με υπομονή τα συμπτώματα και να ξεχωρίσει τις οργανικές αιτίες της δυσπεψίας, όπως έλκος ή καρκίνο, ώστε χρησιμοποιώντας τα απαιτούμενα διαγνωστικά μέσα να προσφέρει την ανάλογη θεραπεία.

Η βασική διαγνωστική εξέταση είναι η οισοφαγογαστροσκόπηση, αν και μερικές φορές η εμπειρική θεραπεία έχει τα ίδια αποτελέσματα.

## Υπάρχουν άλλα αίτια δυσπεψίας;

Για δυσπεψία συχνά ευθύνονται φάρμακα ή τροφές. Φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν δυσπεψία είναι κυρίως τα παυσίπονα ή μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, η ασπιρίνη, κάποια αντιβιοτικά, τα θεοφυλλινούχα, μερικά αντιυπερτασικά. Τροφές που συχνά προκαλούν δυσπεψία είναι αλκοόλ, ερεθιστικά φαγητά, λιπαρά, καφές, γάλα λόγω δυσανεξίας στη λακτόζη.

Άλλες καταστάσεις που επίσης ευθύνονται για δυσπεπτικά ενοχλήματα είναι νοσήματα που προκαλούν δυσασπορόφηση, διηθητικά νοσήματα ή κινητικές διαταραχές του πεπτικού, παγκρεατικές νόσοι, νόσοι των χοληφόρων ή αγγειακά προβλήματα ( μεσεντέρια ισχαιμία), σακχαρώδης διαβήτης, νόσοι θυρεοειδούς, κολλαγονώσεις και ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Πραγματικές τροφικές αλλεργίες είναι σπάνιες στους ενήλικες.

## Πόσο συχνές είναι οι οργανικές βλάβες;

Οργανικές βλάβες όπως έλκος, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ή καρκίνος διαπιστώνεται μόνο σε 40% των ασθενών. Έλκη παρουσιάζονται σε 15% και συμβαίνουν στους ασθενείς που παίρνουν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ή έχουν λοίμωξη από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση εμφανίζεται με οπισθοστερνικό καύσο και αναγωγές και ίσως πόνος.

## Πόσο συχνός είναι ο καρκίνος;

Καρκίνος διαπιστώνεται σε λιγότερο από 2% των ασθενών. Αφορά άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών, συσχετίζεται

με λοίμωξη με ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις του στομάχου, οικογενειακό ιστορικό και μετανάστευση από χώρες που ενδημεί ο καρκίνος.

### Πόσο συχνά δεν υπάρχει νόσος;

Σε περισσότερο από 50% των ατόμων με δυσπεψία δεν διαπιστώνεται καμία νόσος και η δυσπεψία είναι λειτουργική. Η λήψη προσεκτικού ιστορικού και η σωστή κλινική εξέταση εντοπίζει τους ασθενείς με συμπτώματα υψηλού κινδύνου για υποκείμενη νόσο.

### Ποια συμπτώματα αποτελούν σήμα κινδύνου;

Δυσφαγία, απώλεια βάρους, ενδείξεις γαστρεντερικής αιμορραγίας, σιδηροπενική αναιμία, λανθάνουσα αιμορραγία από τα κόπρανα, είναι συμπτώματα που χρειάζονται επείγουσα οισοφαγογαστροσκόπηση για αποκλεισμό έλκους, γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης ή κακοήθειας.

Η ένταση του πόνου, οι αντανάκλασεις, η περιοδικότητα στην ημέρα και το έτος, η σχέση με τα γεύματα, η ανακούφιση με τη λήψη τροφής ή αντιόξινων, η αφύπνιση του πάσχοντα τη νύχτα είναι κλασικά χαρακτηριστικά του πεπτικού έλκους, ενώ η λειτουργική δυσπεψία δεν αφυπνίζει τον ασθενή τη νύχτα. Έντονος πόνος που αντανάκλα στη ράχη σχετίζεται με επιπλεγμένο έλκος. Μεγάλη απώλεια βάρους εγείρει υποψίες γαστρικού ή παγκρεατικού καρκίνου, ενώ πολλαπλοί εμετοί με άπεπτες τροφές υποδηλώνουν απόφραξη ή διαταραχή κινητικότητας του πεπτικού.

### Χρειάζονται παρακλινικές εξετάσεις;

Ατομα άνω των 45-50 ετών υποβάλλονται σε πλήρη αιματολογικό έλεγχο, έλεγχο ηλεκτρολυτών και ασβεστίου, ηπατικής, θυρεοειδικής και παγκρεατικής λειτουργίας καθώς και έλεγχο κοπράνων για παράσιτα. Επειδή η χρόνια λοίμωξη με ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού σχετίζεται με πεπτικά έλκη σε ποσοστό 80%, ασθενείς κάτω των 45 ετών και χωρίς συμπτώματα-σημεία κινδύνου συνήθως αρχικά διερευνώνται με μη επεμβατικές δοκιμασίες. Σε θετικό αποτέλεσμα δίνεται θεραπεία εκρίζωσης, δεδομένου ότι η θεραπεία βελτιώνει τη δυσπεψία που σχετίζεται

με έλκος, ενώ δεν έχει αποτέλεσμα στη λειτουργική δυσπεψία.

Η οισοφαγογαστροσκόπηση επιτρέπει την ακριβή διάγνωση και πρέπει να γίνεται σε ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα, καθώς και σε εκείνους που εμφανίζουν δυσπεψία άνω των 50 ετών ή προέρχονται από χώρες που ενδημεί ο γαστρικός καρκίνος. Ενδεχομένως να χρειάζεται και σε ασθενείς που φοβούνται τον καρκίνο με σύμφωνη γνώμη και του γιατρού.

### Δυσπεψία χωρίς έλκος

Η δυσπεψία χωρίς έλκος διαρκεί αρκετές εβδομάδες. Αφορά τους μισούς σχεδόν ασθενείς με δυσπεψία. Δεν υπάρχει οργανική αιτία ούτε κλινικά ή ενδοσκοπικά ευρήματα.

Το άμεσο κόστος στις ΗΠΑ ξεπερνά τα 2 δισεκατομμύρια ανά έτος, το δε έμμεσο κόστος από μείωση παραγωγικότητας και ημεραργίες είναι πολύ μεγαλύτερο.

Υπάρχουν και εδώ διατροφικές αιτίες αλλά στο 60% των ασθενών κυριαρχούν οι κινητικές διαταραχές του πεπτικού. Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση δεν σχετίζονται με την λειτουργική δυσπεψία, ενώ μεταξύ αυτών των ασθενών υπάρχει μεγαλύτερη επίπτωση ψυχολογικών διαταραχών.

Στην πλειονότητα των ασθενών τα συμπτώματα, περιοδικά ή υποτροπιάζοντα, διαρκούν εφ' όρου ζωής, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους και να προκύπτει έμμεσα ή άμεσα μεγάλο κοινωνικό κόστος.

Τα συμπτώματα είναι πόνος, μετεωρισμός, καύσος, ερυγές, πρόωρος κορεσμός, με εξάρσεις και υφέσεις, ενίοτε αφορούν σε ολόκληρο το πεπτικό, αλλά δεν αφυπνίζουν τον ασθενή την νύχτα. Η διαφορική διάγνωση δε διαφέρει από αυτή της δυσπεψίας και η κλινική εξέταση είναι αρνητική.

### Θεραπεία

Θεραπευτικά έχουν δοκιμαστεί διάφορα σχήματα, ανάλογα με το κυρίαρχο σύμπτωμα και τη συμμετοχή του άγχους στην πρόκληση της λειτουργικής δυσπεψίας. Η αλλαγή στον τρόπο ζωής, η αποφυγή ενοχλητικών τροφών, η μείωση του άγχους, οι αναστολείς της έκκρισης του γαστρικού υγρού, τα τροποποιητικά της κινητικότητας του στομάχου, τα αντικαταθλιπτικά, τα φάρμακα για την εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου είναι μερικές από τις χρησιμοποιούμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις με αμφισβητούμενα αποτελέσματα.



Μ.Σ. Ιακωβίδης Ελλάς Α.Ε.

SANDHILL  
SCIENTIFIC



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

ZepHr™

\* Μικρότερο Μέγεθος  
\* Εγγύηση της Τεχνογνωσίας SANDHILL



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

## Κλινική χρησιμότητα της ασύρματης ενδοσκοπικής κάψουλας πεπτικού στην αντιμετώπιση γαστρεντερικών νοσημάτων

Η ασύρματη ενδοσκοπική κάψουλα του πεπτικού αποτέλεσε μια μικρή επανάσταση, καθώς επιτρέπει την επισκόπηση όλου του μήκους του λεπτού εντέρου, το οποίο είναι απροσπέλαστο με τα κλασικά ενδοσκόπια. Η κάψουλα καταπίνεται από το στόμα και με την ενσωματωμένη κάμερα που διαθέτει καταγράφει εικόνες από το λεπτό έντερο, οι οποίες αναλύονται μετά την αποβολή της με τα κόπρανα. Εντούτοις, σε κλινικό επίπεδο δεν έχει αποσαφηνιστεί η βαρύτητα των ευρημάτων της στην αντιμετώπιση των ασθενών. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Clinical Gastroenterology and Hepatology* (2008; 6: 433-37), ερευνήθηκε η σημασία των ευρημάτων της ασύρματης ενδοσκοπικής κάψουλας στην αντιμετώπιση των ασθενών και κατά πόσο τα ευρήματα αυτά τροποποιούν τις θεραπευτικές αποφάσεις των γιατρών. Για το σκοπό αυτό, οι γιατροί που ζητούσαν την εξέταση ερωτούνταν πριν από αυτή το θεραπευτικό τρόπο αντιμετώπισης του ασθενούς που θα ακολουθούσαν αν η εξέταση δεν ήταν εφικτή. Οι απαντήσεις τους συγκρίθηκαν με την αντιμετώπιση του ασθενούς μετά την πραγματοποίηση της εξέτασης. Συνολικά καταγράφηκαν οι απαντήσεις των γιατρών πριν και μετά την εξέταση σε 98 ασθενείς. Το 92% των γιατρών που ζήτησαν την εξέταση ήταν γαστρεντερολόγοι, το 3% παθολόγοι και το υπόλοιπο 5% ιατροί άλλων ειδικοτήτων. Μετά την εξέταση, το συνολικό σχέδιο αντιμετώπισης άλλαξε στο 67% των ασθενών. Επιπρόσθετα, η διαγνωστική στρατηγική άλλαξε σε 61% των ασθενών, με το 43% να αφορά αλλαγή προς στρατηγική χαμηλότερου κινδύνου για τον ασθενή. Τέλος, το θεραπευτικό πλάνο τροποποιήθηκε σε 31% των ασθενών.

Συμπερασματικά, η ασύρματη ενδοσκοπική κάψουλα του πεπτικού αποτελεί χρήσιμο κλινικό εργαλείο, που βοηθάει στη λήψη κλινικών αποφάσεων και πολλές φορές αλλάζει το διαγνωστικό και θεραπευτικό πλάνο προς στρατηγικές χαμηλότερου κινδύνου.

## Δραστικότητα και ασφάλεια της χορήγησης ανταγωνιστών του παράγοντα νέκρωσης των όγκων στη νόσο του Crohn: Μετανάληυση ελεγχόμενων μελετών

Οι βιολογικές θεραπείες με ανταγωνιστές του παράγοντα νέκρωσης των όγκων χορηγούνται στη νόσο του Crohn από δεκαετίας με σημαντικά αποτελέσματα. Σε μια μετανάληυση των ελεγχόμενων μελετών που περιελάμβαναν χορήγηση εικονικού φαρμάκου και η οποία δημοσιεύτηκε στο *Clinical Gastroenterology and Hepatology* (2008; 6: 644-653), ερευνήθηκε η δραστικότητα των βιολογικών παραγόντων στην αρχική θεραπεία και θεραπεία συντήρησης των ασθενών με νόσο Crohn και στη συριγγοποίηση νόσο, όπως επίσης και το προφίλ ασφαλείας τους. Για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας συμπεριλήφθηκαν 14 μελέτες με 3995 ασθενείς, ενώ για τον έλεγχο της ασφάλειας συμπεριλήφθηκαν 21 μελέτες με 5356 ασθενείς. Συνολικά, η θεραπεία με ανταγωνιστές του παράγοντα νέκρωσης των όγκων ήταν αποτελεσματικότερη από τη θεραπεία με εικονικό φάρμακο για την επίτευξη ύφεσης μετά από 4 εβδομάδες θεραπείας (μέση διαφορά 11%; 95% CI 6%-16%,  $P < 0.001$ ) και για τη διατήρηση της ύφεσης τις εβδομάδες 20-30 στους ανταποκριθέντες ασθενείς (μέση διαφορά 23%; 95% CI 18%-28%;  $P < 0.001$ ). Η χορήγηση βιολογικών παραγόντων σε συριγγοποιητική νόσο Crohn εκτιμήθηκε σε 10 μελέτες που περιελάμβαναν 776 ασθενείς και ήταν σημαντικά αποτελεσματική (μέση διαφορά 16%; 95% CI 8%-25%;  $P < 0.001$ ). Καθώς οι εργασίες αυτές περιελάμβαναν κυρίως το infliximab, για συμπεράσματα αναφορικά με τους υπόλοιπους εμπορικά διαθέσιμους παράγοντες απαιτούνται περαιτέρω μελέτες. Αναφορικά με το προφίλ ασφαλείας, η θεραπεία με ανταγωνιστές του παράγοντα νέκρωσης των όγκων δεν αύξησε τον κίνδυνο θανάτου, κακοήθειας ή σοβαρής λοίμωξης. Τονίζεται, όμως, ότι για ασφαλέστερα συμπεράσματα στον τομέα ασφαλείας απαιτούνται μεγαλύτερο αριθμός ασθενών και κυρίως μεγαλύτερη διάρκεια παρακολούθησης. Συμπερασματικά, οι βιολογικοί παράγοντες είναι αποτελεσματικά και ασφαλή φάρμακα στη θεραπεία της νόσου Crohn.

## Διακοπή της ανοσοκατασταλτικής αγωγής σε ασθενείς με νόσο Crohn που λαμβάνουν θεραπεία συντήρησης με infliximab

Το infliximab είναι αντίσωμα έναντι του παράγοντα νέκρωσης των όγκων και χορηγείται σε ασθενείς με ανθεκτική στη σύνθητη ανοσοκατασταλτική θεραπεία ή συριγγοποιητικό νόσο Crohn. Σε ασθενείς που λαμβάνουν infliximab και επιτυγχάνουν ύφεση της νόσου, η ταυτόχρονη συνέχιση ανοσοκατασταλτικής αγωγής δεν είναι αποδεδειγμένα ωφέλιμη, ενώ ενδεχομένως συσχετίζεται με παρενέργειες, όπως αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων. Σε μια τυχαίοποιημένη μελέτη από το Βέλγιο και τη Γαλλία που δημοσιεύτηκε στο *Gastroenterology* (2008; 134: 1861-1868), ερευνήθηκε η διακοπή της ανοσοκατασταλτικής αγωγής σε ασθενείς με ύφεση υπό infliximab. Τυχαίοποιήθηκαν 80 ασθενείς με ελεγχόμενη νόσο  $\geq 6$  μήνες υπό μηνιαία έγχυση infliximab (5 mg/kg ενδοφλεβίως) είτε να διακόψουν την ανοσοκατασταλτική αγωγή είτε να τη συνεχίσουν, ενώ παράλληλα συνέχισαν τη θεραπεία με infliximab για 2 χρόνια. Πρωταρχικό καταληκτικό σημείο ήταν το ποσοστό των ασθενών που χρειάστηκε αύξηση της συχνότητας χορήγησης του infliximab ή διακοπή της θεραπείας. Δευτερογενή καταληκτικά σημεία ήταν η ασφάλεια, η βλενογονική επούλωση και τα επίπεδα του infliximab στο αίμα. Στα αποτελέσματα της μελέτης, παρόμοιο ποσοστό ασθενών χρειάστηκε αύξηση της συχνότητας χορήγησης (24/40 ή 60% όσων συνέχισαν έναντι 22/40 ή 55% όσων διέκοψαν ανοσοκαταστολή) ή διακοπή του infliximab (11/40 όσων συνέχισαν έναντι 9/40 όσων διέκοψαν). Τα επίπεδα της CRP ήταν υψηλότερα ( $P < 0.005$ ) και τα επίπεδα του infliximab στο αίμα χαμηλότερα ( $P < 0.0001$ ) στους ασθενείς που διέκοψαν την ανοσοκατασταλτική αγωγή. Το ποσοστό επούλωσης των βλενογονικών ελκών ήταν περίπου 60% και στις δύο ομάδες χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά. Συμπερασματικά, η συνέχιση της ανοσοκατασταλτικής αγωγής πέρα από το εξάμηνο δεν προσφέρει σαφή πλεονεκτήματα έναντι της μονοθεραπείας με infliximab, εντούτοις συνδυάζεται με υψηλότερα επίπεδα infliximab στο αίμα και χαμηλότερες τιμές CRP. Η σημασία των παραπάνω παρατηρήσεων στη μακροχρόνια παρακολούθηση των αρρώστων απαιτεί περαιτέρω έρευνα.

## Εντατικός γλυκαιμικός έλεγχος και αγγειακά συμβάματα σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είναι νόσος με αυξανόμενη επίπτωση και σημαντικές επιλοκές που ελαττώνουν την ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης. Η αποτελεσματικότητα του εντατικού γλυκαιμικού ελέγχου στην ελάττωση των αγγειακών επιπλοκών παραμένει αδιευκρίνιστη. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *New England Journal of Medicine* (2008; 358: 2560-2572), 11140 ασθενείς τυχαίοποιήθηκαν είτε σε συμβατικό είτε σε εντατικό γλυκαιμικό έλεγχο. Στον τελευταίο χορηγήθηκε γλικλαζίδη (Diamicron®) σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα με στόχο τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης κάτω από 6.5%. Πρωταρχικά καταληκτικά σημεία ήταν η επίπτωση των μακροαγγειακών (θάνατος από καρδιαγγειακή νόσο, μη θανάσιμο έμφραγμα του μυοκαρδίου, μη θανάσιμο αγγειακό εγκεφαλικό) και μικροαγγειακών (πρωτοεμφανιζόμενη ή επιδεινούμενη νεφροπάθεια ή αμφιβληστροειδοπάθεια) συμβαμάτων σε συνδυασμό ή ξεχωριστά. Μετά από διάμεση παρακολούθηση 5 ετών, η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ήταν χαμηλότερη στην ομάδα του εντατικού γλυκαιμικού ελέγχου (6.5% έναντι 7.3%). Ο εντατικός έλεγχος ελάττωσε τη συνδυασμένη επίπτωση μακροαγγειακών και μικροαγγειακών συμβαμάτων (18.1% έναντι 20%, HR 0.90; 95% CI 0.82-0.98,  $P = 0.01$ ) και την επίπτωση μικροαγγειακών συμβαμάτων (9.4% έναντι 10.9%, HR 0.86; 95% CI 0.77-0.97,  $P = 0.01$ ) κυρίως μέσω της ελάττωσης της επίπτωσης της νεφροπάθειας (4.1% έναντι 5.2%, HR 0.79; 95% CI 0.66-0.93,  $P = 0.006$ ), χωρίς ελάττωση της αμφιβληστροειδοπάθειας ( $P = 0.50$ ). Αντίθετα, ο εντατικός γλυκαιμικός έλεγχος δεν επηρέασε τα μακροαγγειακά συμβάματα, το θάνατο από καρδιαγγειακά συμβάματα ή τη συνολική θνησιμότητα. Συμπερασματικά, η στρατηγική εντατικού γλυκαιμικού ελέγχου με συνδυασμό χορήγησης γλικλαζίδης και άλλων φαρμάκων είχε σαν αποτέλεσμα τη σχετική ελάττωση κατά 10% του συνδυασμού μικροαγγειακών και μακροαγγειακών συμβαμάτων, κυρίως μέσω της σχετικής ελάττωσης κατά 21% της επίπτωσης της νεφροπάθειας.

# Τα “Ε” των τροφίμων

τα “Ε”,  
ακολουθούμενα  
από έναν αριθμό,  
δεν είναι τίποτε  
περισσότερο από μια  
κωδικοποίηση ουσιών,  
που επιτρέπεται να  
χρησιμοποιούνται στα  
τρόφιμα ως πρόσθετα  
και που έγινε από την  
Ευρωπαϊκή Ένωση

Υπάρχει μια πολύ διαδεδομένη αντίληψη στο ευρύτερο κοινό ότι πίσω από τα “Ε” που βρίσκονται στις επισημάνσεις των συσκευασιών τροφίμων, προσπαθούν «κάποιοι» να κρύψουν κάτι επιβλαβές, για την υγεία του ανθρώπου. «Μην το τρως αυτό έχει Ε», είναι η ...συμβουλή. Όμως, τα “Ε”, ακολουθούμενα από έναν αριθμό, δεν είναι τίποτε περισσότερο από μια κωδικοποίηση ουσιών, που επιτρέπεται να χρησιμοποιούνται στα τρόφιμα ως πρόσθετα και που έγινε από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Τούτο, για να διευκολύνεται η επικοινωνία, επειδή, για τα πρόσθετα αυτά, υπάρχουν πολλές εναλλακτικές ονομασίες, ώστε μπορεί να προκληθεί σύγχυση. Επίσης, πολλές ονομασίες είναι τόσο μακροσκελείς, ώστε πέρα από το ότι είναι ακατανόητες από τους μη ειδικούς, δημιουργούν ακόμα και προβλήματα με την αναγραφή τους στις επισημάνσεις, εξαιτίας της περιορισμένης επιφάνειας της συσκευασίας. Σε κάθε περίπτωση, μια ουσία, για να μπει στον κατάλογο των κωδικοποιημένων πρόσθετων ουσιών, αξιολογείται με βάση τις επιστημονικές αρχές της ανάλυσης του κινδύνου. Η αξιολόγηση στηρίζεται στις υπάρχουσες επιστημονικές πληροφορίες, κατά το χρόνο της ανάλυσης, και τη βαρύτητα των συνεπειών από την κατανάλωση του πρόσθετου, καθώς και την πιθανότητα ή/και συχνότητα κατανάλωσης, σύμφωνα με τις συνήθειες του μέσου καταναλωτή.

Η ανάλυση του κινδύνου και ο προσδιορισμός του τρόπου χρήσης ενός πρόσθετου δεν είναι γραφειοκρατική διαδικασία, ούτε είναι δουλειά του καθενός. Είναι ευθύνη μεγάλων επιστημονικών ομάδων, από ειδικούς στο συγκεκριμένο θέμα, που συγκροτούνται στο επίπεδο διεθνών κυβερνητικών οργανισμών (Διεθνές Γραφείο Επιζωοτιών, Επιτροπή Κώδικα Τροφίμων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του Οργανισμού Τροφίμων και Γεωργίας του ΟΗΕ) ή από τη Ευρωπαϊκή Αρχή Ασφάλειας Τροφίμων. Αυτοί προτείνουν τη διαχείριση τυχόν κινδύνου από ένα πρόσθετο, ύστερα από εις βάθος ανασκόπηση της υφιστάμενης επιστημονικής γνώσης. Η διαχείριση αυτή μορφοποιείται με την ενσωμάτωση στον Κώδικα Τροφίμων κανονιστικών πληροφοριών, για τη χρησιμοποίηση, που ειδικότερα σχετίζονται με τη

δόση και το είδος του τροφίμου στο οποίο επιτρέπεται η χρήση.

Παρά όλη αυτά, η ενσωμάτωση ενός πρόσθετου τροφίμων στον κατάλογο των επιτρεπόμενων δεν είναι «λευκή επιταγή». Τα πρόσθετα αξιολογούνται συνεχώς, με βάση νεώτερα επιστημονικά δεδομένα. Έτσι, ένα πρόσθετο μπορεί να αφαιρεθεί από τους καταλόγους των επιτρεπόμενων και να απαγορευθεί η χρήση του ή νέες ουσίες μπορεί να προστεθούν στον κωδικοποιημένο κατάλογο. Σε κάθε περίπτωση τα όρια ανοχής της χρήσης μιας ουσίας προσδιορίζονται με τεράστιο περιθώριο ασφάλειας.

Η ανάλυση του κινδύνου γενικότερα, ως βάση για τη διαχείριση της ασφάλειας τροφίμων, είναι η επικρατούσα σήμερα αντίληψη. Η προσέγγιση αυτή έχει ενσωματωθεί και αντανακλάται με περισσή σαφήνεια στη σύγχρονη νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Κανονισμοί 178/2002, 852/2004, 853/2004, 852/2004, 882/2004, 2073/2005, 2074/2005, 2075/2005, 2076/2005).

Στην ανάλυση του κινδύνου διακρίνουμε τρία συνθετικά. Αυτά είναι η αξιολόγηση, η διαχείριση και η κοινοποίηση του κινδύνου. Στην κοινοποίηση του κινδύνου διακρίνουμε δύο επίπεδα. Το πρώτο αφορά στην ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ ειδικών. Το δεύτερο αφορά στην κοινοποίηση σχετικών πληροφοριών στο ευρύτερο κοινό, συμπληρωμένων με κατάλληλες οδηγίες, για τη διαχείριση της ασφάλειας των τροφίμων, όταν αυτά επιλέγονται ή βρίσκονται στα χέρια του τελικού καταναλωτή.

Η κοινοποίηση του κινδύνου στον καταναλωτή είναι πολύ ευαίσθητο θέμα. Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η ποσότητα και το είδος των πληροφοριών, που πρέπει να κοινοποιηθούν, όπως και ο τρόπος γνωστοποίησής τους. Αν ειπωθούν πολλά υπάρχει ο κίνδυνος δημιουργίας σύγχυσης στον καταναλωτή και συνακόλουθα πανικού. Αν ειπωθούν λίγα μπορεί ο καταναλωτής να υποθέσει ότι κάτι του κρύβουν. Τότε μπορεί να χάσει την όποια εμπιστοσύνη έχει στις Αρχές. Η ανεύρεση και εφαρμογή της χρυσής



Η κωδικοποιημένη αναγραφή των πρόσθετων στις επισημάνσεις των συσκευασιών (E, ακολουθούμενο από αριθμό) είναι πρακτικά κοινοποίηση κινδύνου προς τον καταναλωτή και ισοδυναμεί με δήλωση ότι το τρόφιμο έχει αποδεκτό επίπεδο ασφάλειας.

τομής εφαρμόζοντας την αρχή της αναλογικότητας είναι το ζητούμενο. Έτσι εξισορροπούνται οι φόβοι του κοινού σε σχέση με τον πραγματικό κίνδυνο. Εκείνο που πρέπει πάντως να διευκρινιστεί είναι η διαφοροποίηση του πραγματικού κινδύνου από το νοσηρό φόβο σχετικά με το τρόφιμο. Είναι η περίπτωση της αναίτιας προκατάληψης για τη χρησιμοποίηση κωδικοποιημένων πρόσθετων, με πρόβλεψη των συνθηκών καλής χρήσης από τον Κώδικα Τροφίμων και Ποτών.

Στην προκειμένη περίπτωση, η κωδικοποιημένη αναγραφή των πρόσθετων στις επισημάνσεις των συσκευασιών (E, ακολουθούμενο από αριθμό) είναι πρακτικά κοινοποίηση κινδύνου προς τον καταναλωτή και ισοδυναμεί με δήλωση ότι το τρόφιμο έχει αποδεκτό επίπεδο ασφάλειας. Για τους χημικούς κινδύνους από τη χρησιμοποίηση των πρόσθετων ουσιών, σημειώνεται ότι για κάθε μια από τις επιτρεπόμενες να χρησιμοποιηθούν ουσίες έχει προσδιοριστεί η συνολική επιτρεπόμενη ημερήσια δόση πρόσληψης από τον άνθρωπο και με βάση αυτή υπολογίζεται το επιτρεπόμενο ποσοστό στη σύνθεση ενός επεξεργασμένου τροφίμου, λαβαίνοντας υπόψη τις μέσες καταναλώσεις.

Τέλος, υπάρχει το ερώτημα αν είναι αναγκαία η χρησιμοποίηση αυτών των πρόσθετων ουσιών. Η απομάκρυνση του καταναλωτή από την πρωτογενή παραγωγή και ο σύγχρονος τρόπος ζωής οδηγούν στην ανάγκη διατήρησης των προϊόντων για ικανοποιητικό χρόνο μέχρι να καταναλωθούν, με χαρακτηριστικά όσο γίνεται πιο κοντά στα φυσικά τους. Άλλες φορές πάλι χρησιμοποιούνται ουσίες για τεχνολογικούς λόγους, δηλαδή πρόσθετα που βελτιώνουν ή διατηρούν το χρώμα, τη γεύση, τη σύσταση, ή άλλα χαρακτηριστικά ποιότητας των τροφίμων, ώστε είτε αυτά να είναι πιο ελκυστικά στον καταναλωτή, είτε απλά για παραδοσιακούς λόγους, όπως πχ η χρησιμοποίηση των νιτρικών αλάτων στα αλλαντικά, που προσδίδουν σ' αυτά το γνωστό κόκκινο χρώμα τους.

**Έτσι, τα πρόσθετα στα τρόφιμα μπορεί να:**

- Παρατείνουν τη διάρκεια ζωής
- Διευκολύνουν τις συνθήκες επεξεργασίας
- Διατηρούν ή και βελτιώνουν τη φυσική γεύση
- Βελτιώνουν την εμφάνιση διατηρώντας το φυσικό χρώμα.

Τα πρόσθετα είναι ουσίες που είτε βρίσκονται στη φύση και προέρχονται από φυτά, καρπούς, ορुकτά (φυσικά πρόσθετα), είτε παρασκευάζονται συνθετικά στα εργαστήρια (τεχνητά πρόσθετα). Στα πρόσθετα δεν περιλαμβάνονται τα καρυκεύματα και οι αρτυματικές ύλες (ξύδι, πιπέρι, αλάτι κανέλλα κλπ), ούτε τα κατάλοιπα εντομοκτόνων, φυτοφαρμάκων, κτηνιατρικών φαρμάκων, απορρυπαντικών και απολυμαντικών. Επιτρέπεται να χρησιμοποιούνται μόνο σε επεξεργασμένα τρόφιμα και όχι σ' αυτά που φθάνουν στον καταναλωτή ως έχουν από την πρωτογενή παραγωγή, όπως φρούτα και λαχανικά.

Πόσο επιβλαβή είναι τα πρόσθετα για τον ανθρώπινο οργανισμό; Το ερώτημα κυρίως αφορά στα αποτελέσματα μακροχρόνιας πρόσληψής τους. Ίσως το πιο σωστό είναι να ρωτήσουμε αν, όπως έχει διαμορφωθεί η κοινωνία μας, μπορούμε να επιβιώσουμε χωρίς αυτά. Έτσι κι αλλιώς είμαστε «κοινωνία του ρίσκου». Προσπαθούμε να ελέγξουμε τους παράγοντες κινδύνου κυρίως με προληπτικές παρεμβάσεις (πχ μέτρα για την ασφαλή οδήγηση αυτοκινήτων, κανόνες για την ασφαλή λειτουργία των ανελκυστήρων, ορθή χρησιμοποίηση των φαρμακευτικών ουσιών). Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με τη χρήση των πρόσθετων και την ασφάλεια των τροφίμων. Η χρησιμοποίησή τους είναι σχετικά ασφαλής στα πλαίσια τήρησης συγκεκριμένων κανόνων. Γι' αυτό, όταν μιλούμε για ασφαλή τρόφιμα, εννοούμε τρόφιμα αποδεκτού επιπέδου ασφάλειας.

Απόλυτα ασφαλή τρόφιμα δεν υπάρχουν! Προφανώς, αυτό πρέπει να γίνει δεκτό ως μέρος του τιμήματος της κοινωνίας της αφθονίας στην οποία ζούμε.



Φυσικά...  
Ελεύθερα Γλουτένης

ΣΑΡ  
Schär

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

Η πιο πλήρης σειρά  
**29**  
ΠΡΟΪΟΝΤΑ

**Ασφάλεια - Ποιότητα - Γεύση!**

ΜΟΝΟ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

Όλα τα προϊόντα ΣΑΡ έχουν λάβει αριθμούς γνωστοποίησης από τον ΕΟΦ. Αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.  
Υπεύθυνος Κυκλοφορίας για την ελληνική αγορά Φαρμακευτικά Εργαστήρια CANA ΑΕ  
Ειδική ενημέρωση: 210 2883251

CANA

ΣΑΡΚΤΕΡΟΥΝΣ.07



Αν κοιτάξουμε όμως λίγο πιο μακριά στο μέλλον, μπορεί να δούμε πως ίσως το σημαντικότερο όφελος από την ανάπτυξη των τοπικών διατροφικών συστημάτων είναι το περιβαλλοντικό.



## Αχλάδι απ' τον τόπο σου, ας είν' και χτυπημένο

Ένα από τα θύματα της κρίσης των πορτοφολιών που νιώθουμε τούτο το φθινόπωρο είναι και ο διατροφικός προϋπολογισμός μας. Ήδη από το Μάιο, αρθρογράφοι του βρετανικού Guardian αναφέρθηκαν στη σημαντική αύξηση του αριθμού των καταναλωτών που περνούν τις πόρτες των σούπερ-μάρκετ τύπου Lidl, σε αναζήτηση ενός οικονομικότερου «καλαθιού της νοικοκυράς».

Αυτή η κατεύθυνση προς το φτηνό δεν είναι βέβαια καινοφανής, ιδιαίτερα αν θυμηθούμε τη ραγδαία μείωση του αριθμού των μπακάλικων και των μανάβικων τα τελευταία 40 χρόνια. Στη Μεγάλη Βρετανία μεταξύ του 1969 και της δεκαετίας του '90, το μερίδιο πωλήσεων φρούτων και λαχανικών από τα σούπερ-μάρκετ εκτινάχθηκε από το 8% στο 72%, ενώ τα μανάβικα έχουν πια περιοριστεί σε ένα 12%.

Οι συγκεντρωτικές μέθοδοι διαχείρισης που πρέπει να εφαρμόζουν τα σούπερ-μάρκετ προκειμένου τα καταστήματά τους να είναι ομοιόμορφα, σήμαναν και μια σημαντική επιμήκυνση της αλυσίδας εμπορίας. Μεταξύ του παραγωγού – γεωργού και του καταναλωτή παρεμβλήθηκαν πολλοί επιπλέον μεσάζοντες, έμποροι, αποθηκάριοι, μεταφορείς και ...πολύ πετρέλαιο.

Προκειμένου τα οπωροκηπευτικά να δείχνουν φρέσκα όταν φτάσουν επιτέλους μπρος στα μάτια του καταναλωτή, παρεμβλήθηκαν νέα στάδια και τεχνολογίες συντήρησης και επιλέχθηκαν λίγες ποικιλίες που αντέχουν οπτικά σε μια μακράς διάρκειας μετασυλλεκτική περίοδο. Και για να είναι η παλέτα πάντα πλήρης στα καπρίτσια, όμορφη στα μάτια και οικονομική στην τσέπη του πελάτη, είναι πλέον πιο πιθανό να βρεις αχλάδια απ' την Αργεντινή παρά πολύτιμα γλυκά κρυστάλλια.

Ωφεληθήκαμε βέβαια όλοι εμείς των πλούσιων χωρών, από όλη αυτή την «ανάπτυξη» και «παγκοσμιοποίηση» της μαναβικής που στηρίχθηκε εν πολλοίς στο φτηνό

πετρέλαιο. Ενώ στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες κάθε οικογένεια ξοδεύει το μισό προϋπολογισμό της για να τραφεί, εμείς ξοδεύουμε λιγότερο απ' το ένα πέμπτο κι έτσι έχουμε μεγαλύτερο περιθώριο για κλιματισμό, HDTV, Internet και ... γενικώς όλα τα καλά του πολιτισμού.

**Στην Ελλάδα κάθε οικογένεια ξόδευε για τη διατροφή της:**

- Το 40,6% του οικογενειακού προϋπολογισμού τα έτη 1957-58.
- Το 16,4% του οικογενειακού προϋπολογισμού τα έτη 1998-99

Ας ρίξουμε όμως μια ματιά σε κάποια απ' αυτά που αφήσαμε πίσω όταν πήραμε αυτό το δρόμο του πετρελαίου. Όχι βέβαια για να νοσταλγήσουμε ένα παρελθόν το οποίο κανείς μας δεν θέλει. Μα για ν' ανιχνεύσουμε τα φωτεινά μονοπάτια προς το μέλλον.

Πρώτα απ' όλα, μείναν πίσω οικονομικά οι αγρότες, αυτοί που παράγουν το φαί μας. Στη Μεγάλη Βρετανία στους αγρότες φτάνει το 7% του κόστους που πληρώνουν οι καταναλωτές για τρόφιμα. Στην Ελλάδα το κόστος της «εφοδιαστικής αλυσίδας» είναι 400%-700% μεγαλύτερο από το κόστος των γεωργικών προϊόντων. Και στις ΗΠΑ από κάθε δολάριο ψωμιού ο αγρότης που παράγει το στάρι λαμβάνει τα 6 σεντς. Ακριβώς όσα και η συσκευασία!

Ύστερα, έμεινε πίσω η σχέση μας με τη φύση ως καρποφορούσα υπόσταση. Και η γνώση μας για το τι είναι πραγματικά αυτό που τρώμε. Ακόμα και στην Ελλάδα του



«λαδιού απ' το χωριό» και των «αυγών απ' τις κότες της γιαγιάς», η ιδιοπαραγωγή και αυτοκατανάλωση έφτασε το 1998-99 στο ιστορικά χαμηλότερο ποσοστό της, το 7% της συνολικής διατροφικής κατανάλωσης. Κι οι περισσότεροι εξ' υμών δεν διανοούμαστε πια τα πάθη που περνούν τα φυτά, τα ζώα και τα τρόφιμα μέχρι να φτάσουν στο τραπέζι μας...

Υπάρχει και κάτι ακόμα, συνέπεια των παραπάνω. Αφήσαμε πίσω μας το γεωργικό περιβάλλον, αυτό που συνιστά ένα μεγάλο μέρος του φυσικού τοπίου, έναν χώρο πλούσιο σε βιοποικιλότητα και φυσική ζωή, ωφέλιμο με πάμπολλους τρόπους λόγω των οικοσυστημικών υπηρεσιών που μας προσφέρει. Αποκοιμμένοι απ' αυτό και την καθημερινότητα της γεωργίας που το διαμορφώνει, ερχόμενοι σε επαφή με τους αγρότες μόνο έμμεσα στα ράφια των καταστημάτων, ελάχιστο λόγο έχουμε στη διαχείρισή του, ελάχιστα κίνητρα να το βελτιώσουμε, ελάχιστη γνώση να συνεισφέρουμε. Όσο μεγαλύτερη η απόσταση, τόσο μικρότερο και το ενδιαφέρον.

Υπήρξαν πάντως αρκετοί που έμπρακτα αντέδρασαν σ' αυτές τις εξελίξεις. Από τις πρώτες μεταπολεμικές δεκαετίες, σε διάφορες αναπτυσσόμενες χώρες, γίνονται πολλές απόπειρες επανασύνδεσης των καταναλωτών με τη γεωργία, μείωσης της απόστασης ανάμεσα στην τροφό γη και την κατανάλωση. Οι περισσότερες –αλλά όχι όλες– βασίζονται στην ανάπτυξη τοπικών διατροφικών συστημάτων ή αλλιώς σε «τοπικές εφοδιαστικές αλυσίδες». Κάποια παραδείγματα είναι αυτά που ακολουθούν.

- **Γεωργία Υποστηριζόμενη από την Κοινότητα (Community Supported Agriculture).** Μία ιδέα που ξεκίνησε από την Ιαπωνία το 1965 και καθιερώθηκε εκεί υπό το όνομα «Teikei» που σημαίνει «συνεργασία» και μεταφορικά «τρόφιμα με το πρόσωπο του παραγωγού». Είναι συνεταιρισμοί ομάδων καταναλωτών με συγκεκριμένους παραγωγούς της ευρύτερης περιοχής, οι οποίοι στις περισσότερες –αλλά όχι όλες– τις περιπτώσεις παράγουν βιολογικά προϊόντα.

Οι καταναλωτές («μεριδιούχοι») προπληρώνουν τον αγρότη για ένα μερίδιο της συνολικής παραγωγής του και αυτός από την πλευρά του παρέχει σε κάθε νοικοκυριό μια εβδομαδιαία ποσότητα προϊόντων σε εγγυημένη ποσότητα, ποιότητα και ποικιλία. Οι μεριδιούχοι μπορούν να επιλέγουν προκαταβολικά καλλιέργειες, αλλά κι ο γεωργός να επιλέγει μεγαλύτερη ποικιλία ειδών & ποικιλιών με κριτήρια περισσότερο αγρονομικά και λιγότερο βραχυπρόθεσμα εμπορικά. Με πολλούς τρόπους ενθαρρύνεται η προσωπική σχέση με τον αγρότη και η προσωπική επαφή με το αγρόκτημα. Τα «μερίδια» μπορεί να υποκαθίστανται εν μέρει από προσωπική εργασία του μεριδιούχου στο αγρόκτημα. Εκπτώσεις μπορεί να γίνονται με την καθιέρωση ημερών δωρεάν απευθείας συλλογής των προϊόντων απ' το χωράφι. Η παράδοση των προϊόντων γίνεται συνήθως από τον ίδιο τον αγρότη σε προκαθορισμένα σημεία.

Στις ΗΠΑ υπάρχουν πάνω από 1000 συνεταιρισμοί CSA με περίπου 77.000 μέλη, ενώ αντίστοιχοι συνεταιρισμοί λειτουργούν στην Ελβετία, τη Γερμανία και τη Δανία.



- **Καλάθια προϊόντων (Box schemes).** Ένα πιο χαλαρό σύστημα από το προηγούμενο, όπου ο καταναλωτής δεν προπληρώνει μερίδιο, αλλά παραγγέλνει ανά εβδομάδα ένα καλάθι διαθέσιμων από το αγρόκτημα προϊόντων. Στη Μεγάλη Βρετανία υπάρχουν τουλάχιστον 300 τέτοια σχήματα που προμηθεύουν 60.000 νοικοκυριά την εβδομάδα. Εφαρμόζεται με αυτόν τον τρόπο και στην Ελλάδα από βιοκαλλιεργητές, ενώ άτυπα (χωρίς δηλαδή ιδιαίτερο τίτλο) είναι πολύ συχνό στις πόλεις της περιφέρειας, όπου ίσως να είναι ο κανόνας για κάποια ιδιαίτερα προϊόντα (π.χ. μοσχαρίσιο κρέας ελευθέρας βοσκής).
- **Ομάδες ή Συνεταιρισμοί Καταναλωτών.** Ένα λιγότερο άμεσο από τα παραπάνω σύστημα, όπου μεγάλες ομάδες καταναλωτών συνεταιρίζονται προκειμένου να προμηθεύονται από κοινού αγροτικά προϊόντα, αποκτώντας έτσι τη δυνατότητα καλύτερου ελέγχου της ποιότητας, της τιμής και της περιβαλλοντικής υπευθυνότητας των τροφίμων. Τέτοιοι συνεταιρισμοί υπάρχουν σε διάφορες χώρες, όμως πρωτοπόρα κι εδώ είναι η Ιαπωνία, όπου οι συνεταιρισμοί αυτοί λέγονται sanchoke (που σημαίνει «άμεσες συναλλαγές»). Το 1997 υπήρχαν στην Ιαπωνία 646 sanchoke με 19 εκατομμύρια καταναλωτές μέλη, ενώ μέσω αυτών διακινούνταν το 7% της αγοράς τροφίμων της χώρας. Τα sanchoke ενθαρρύνουν την προσωπική γνωριμία των καταναλωτών με τους αγρότες – παραγωγούς οργανώνοντας επισκέψεις στα αγροκτήματα κλπ.
- **Σύνδεση της γεωργίας με το τουριστικό προϊόν.** Σε χώρες έντονα τουριστικές, όπως η δική μας, γίνονται προσπάθειες να συνδεθεί ο εκάστοτε «μύθος» με την αγροτική πραγματικότητα. Αυτό μπορεί να έχει διάφορους άλλους στόχους (όπως π.χ. την προώθηση των πωλήσεων στο εξωτερικό), αλλά μπορεί να επιτύχει και τους στόχους της σύνδεσης της παραγωγής με την κατανάλωση, καθώς και της επαφής με την αγροτική πραγματικότητα, έστω και κατά τις περιόδους τουριστικής αιχμής. Γλαφυρό τέτοιο παράδειγμα του παρελθόντος ήταν οι γιορτές κρασιού με το πάτημα των σταφυλιών. Αυτή η κατεύθυνση στηρίζεται πλέον και στις Ευρωπαϊκές επιδοτήσεις και έχει πάρει ποικίλες μορφές, όπως την «ανάπτυξη διατροφικών προϊόντων με χρήση τοπικών πόρων» στη Λέσβο και τους «δρόμους του κρασιού». Η σημαντικότερη σχετική προσπάθεια γίνεται υπό τη σκέπη του Αγροτουρισμού, όπου στις επιχειρήσεις γαστρονομίας και εστίασης έχει τεθεί ως προδιαγραφή η χρήση πρώτων υλών που «προέρχονται κατά κύριο λόγο από την περιοχή, κοντινές περιοχές και περιφέρεια».
- **Αστική & περιαστική γεωργία, κοινωφελείς λαχανόκηποι και γεωργία στις ταράτσες.** Η καλλιέργεια κηπευτικών σε αστικά ή περιαστικά κηπάκια είναι παράδοση στις Αγγλοσαξωνικές χώρες, όπως στη χώρα μας είναι παράδοση «ο κήπος» στα χωριά και

τις μικρές πόλεις. Παγκόσμια τούτο το φαινόμενο είναι πολύ σημαντικό, αφού σε πόλεις όπως το Καράτσι, το Χονγκ Κονγκ και η Σαγκάη οι κήποι προμηθεύουν το 50%-80% των λαχανικών του πληθυσμού. Εξέλιξη του φαινομένου αυτού είναι η συντήρηση κήπων από ιδρύματα επ' ωφελεία ομάδων ευπαθούς πληθυσμού (όπως π.χ. κάνουν στην Ελλάδα κάποια ιδρύματα για ψυχικά πάσχοντες). Τέλος, σε κάποιες χώρες όπου οι αισθητικοί ταρασόκηποι έχουν ιστορία, έχει αρχίσει να αναπτύσσεται και η καλλιέργεια κηπευτικών στις ταράτσες. Τα συστήματα αυτά έχουν όλα τα επιπλέον όφελός του –ας επιτραπεί ο νεολογισμός– «μεριδιού άμεση επαφή και φροντίδα της φύσης».

Όλες αυτές οι επιλογές - κι άλλες που υπάρχουν και νέες που μπορούμε να φανταστούμε - φέρνουν τον καταναλωτή κοντύτερα στην αγροτική φύση και την τροφή του. Μα πάντα θα υφίστανται την κορυφαία κρίση: είναι οικονομικές; Δεν υπάρχει βέβαια τελεσιδική απάντηση, κι ως έχουν δείξει κάποιες μελέτες οικονομικό όφελος για τους μεριδιούχους συστημάτων CSA στις ΗΠΑ.

Η οικονομικότητά τους εξαρτάται εν πολλοίς απ' τις συνθήκες. Στην Ελλάδα είναι γνωστό πως η ύπαρξη αγροτικής εκμετάλλευσης στο νοικοκυριό, καθώς και η διαμονή σε περιοχές μικρότερου πληθυσμού, είναι σημαντικοί παράγοντες που μειώνουν το ύψος της δαπάνης διατροφής. Αυτός όμως που ίσως αποδειχθεί ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η τιμή του πετρελαίου. Ένα παράδειγμα: η ενέργεια που απαιτείται συνολικά (απ' τη σπορά ως το μαγείρεμα) για να έχουμε ένα κιλό μαγειρεμένες πατάτες έχει υπολογιστεί πως είναι 96 gr ισοδύναμου πετρελαίου. Κι από αυτά, το 56% καταναλώνεται κατά τη μεταφορά, τη συσκευασία και την αποθήκευση!

Αν κοιτάξουμε όμως λίγο πιο μακριά στο μέλλον, μπορεί να δούμε πως ίσως το σημαντικότερο όφελος από την ανάπτυξη των τοπικών διατροφικών συστημάτων είναι το περιβαλλοντικό. Γιατί το αγροτικό περιβάλλον είναι πλούσιο σε βιοποικιλότητα και σημαντικό, ένας πεπερασμένος φυσικός πόρος. Που δέχεται μεγάλη πίεση από τη σύγχρονη απρόσωπη γεωργία των τεράστιων επιχειρήσεων παραγωγής τροφίμων, των «μεταλλαγμένων» και της μονοκαλλιέργειας.

Τα τοπικά προϊόντα, τα τρόφιμα με το πρόσωπο του παραγωγού, μπορούν να συνεισφέρουν σε ένα καλύτερο περιβάλλον. Γιατί, όπως διατύπωσε έρευνα που δημοσιεύθηκε το 1999 στο περιοδικό Science, ομάδες ανθρώπων που γνωρίζονται μεταξύ τους είναι πολύ πιθανότερο –απ' ότι ομάδες αγνώστων– να αξιοποιήσουν την μεταξύ τους εμπιστοσύνη, τις σχέσεις αμοιβαιότητας και την υπόληψή τους, για να αναπτύξουν κανόνες που να περιορίζουν την αλόγιστη χρήση των φυσικών πόρων. Εφόσον όμως νιώσουν πως αυτή η φύση είναι και δική τους φύση...



## Ο υποσιτισμός στην κλινική πράξη

**Η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης & αντιμετώπισής του**

Ο υποσιτισμός είναι συχνά η αιτία ή το αποτέλεσμα μιας ασθένειας – ειδικά στα άτομα της τρίτης ηλικίας – με αποτέλεσμα η παρουσία του στο χώρο των νοσοκομείων να είναι αρκετά συνηθισμένη. Η παρουσία του αυτή ωστόσο, πολλές φορές περνά απαρατήρητη και ο ασθενής μπορεί να εξέρχεται από το νοσοκομείο, το ίδιο ή και περισσότερο κακοθρεμμένος απ’ ό,τι εισήλθε. Οι συνέπειες της συχνής αδυναμίας έγκαιρης διάγνωσης του υποσιτισμού που εμφανίζεται στο νοσοκομείο και άμεσης – αποτελεσματικής αντιμετώπισής του, είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικές τόσο στην εξέλιξη της νόσου και την θεραπεία του ασθενούς όσο και στο σύστημα

περίθαλψης ευρύτερα.

Ως υποσιτισμό μπορούμε να ορίσουμε την ελλιπή κάλυψη των αναγκών του ανθρώπινου οργανισμού σε ενέργεια ή/και σε ένα ή περισσότερα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά. Είτε ένας Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ = Βάρος ÷ Ύψος<sup>2</sup>) μικρότερος από 18,5 είτε μια ακούσια απώλεια βάρους μεγαλύτερη από το 10% του βάρους είτε τέλος ένας ΔΜΣ μικρότερος από 20 μαζί με μια ακούσια απώλεια βάρους μεγαλύτερη από το 5% του βάρους, ορίζουν ότι κάποιος βρίσκεται σε υποσιτισμό.

Οι κύριες αιτίες του υποσιτισμού, που μπορούν από μόνες τους ή και σε συνδυασμό μεταξύ τους να οδηγήσουν σε αυτόν είναι: (α) η ανεπαρκής πρόσληψη τροφής και θρεπτικών συστατικών, (β) η ανεπαρκής πέψη ή απορρόφηση θρεπτικών συστατικών, (γ) οι αυξημένες ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά και (δ) οι αυξημένες απώλειες σε θρεπτικά συστατικά. Μια περαιτέρω ανάπτυξη των παραπάνω ειδικότερα για την κλινική πράξη και τον κλινικό υποσιτισμό, δίνεται στον Πίνακα 1, ενώ στον Πίνακα 2 δίνονται παραδείγματα νοσημάτων ή καταστάσεων στα οποία συχνά αναπτύσσεται υποσιτισμός.

Πόσο συχνή είναι όμως η εμφάνιση του υποσιτισμού στο νοσοκομείο και πόσο αποτελεσματικά αντιμετωπίζεται; Έρευνα σε νοσοκομεία 12 κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης έδειξε ότι 20 – 30% των ασθενών ήταν υποσιτισμένοι. Ένας μεγάλος αριθμός άλλων ερευνών που διεξήχθησαν σε διάφορες χώρες έδειξε ότι η συχνότητα του υποσιτισμού στα νοσοκομεία κυμαινόταν μεταξύ 6 και 55%, ανάλογα με τη χώρα, το τμήμα του νοσοκομείου και τη μέθοδο προσδιορισμού του υποσιτισμού που χρησιμοποιήσε η έρευνα. Πέρα όμως από τα υψηλά αυτά ποσοστά εμφάνισης του υποσιτισμού σε νοσοκομειακό επίπεδο, περισσότερο ανησυχητικά είναι τα ποσοστά των ασθενών στους οποίους ο υποσιτισμός δεν διαγνώστηκε: έρευνες και πάλι δείχνουν ότι ο υποσιτισμός παραμένει αδιάγνωστος σε πάνω από το 70% των περιστατικών και οι ασθενείς φεύγουν από το νοσοκομείο το ίδιο ή και περισσότερο κακοθρεμμένοι από ότι όταν εισήλθαν.

Ο υποσιτισμός, επηρεάζοντας τη λειτουργία και την ανάνηψη κάθε συστήματος του ανθρώπινου οργανισμού και προκαλώντας εν δυνάμει τα αναφερόμενα στον Πίνακα 3, τελικά θέτει σε επιπρόσθετο κίνδυνο τον ασθενή και εμποδίζει την ανάκαμψή του από τη νόσο. Έτσι, τελικά αυξάνει ο χρόνος που πρέπει να παραμείνει ο ασθενής στο νοσοκομείο, ενώ ακόμα και όταν φύγει από αυτό, παραμένοντας υποσιτισμένος, είναι πολύ πιο πιθανό να υποτροπιάσει και να επανεισαχθεί στο νοσοκομείο. Άρα, εκτός από την χειρότερη εξέλιξη του περιστατικού και τη μεγαλύτερη ταλαιπωρία του ασθενούς, είναι προφανές και το επιπρόσθετο οικονομικό βάρος για το σύστημα περίθαλψης. Στο Ηνωμένο Βασίλειο για παράδειγμα, υπολογίζεται ότι ο υποσιτισμός στα νοσοκομεία κοστίζει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας των Βρετανών 3,8 δισεκατομμύρια £ περίπου.

Γιατί όμως δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά ο υποσιτισμός στα νοσοκομεία, παρά τις αρνητικές επιπτώσεις του για τον ασθενή και το σύστημα περίθαλψης; Ειδικό από 12 ευρωπαϊκά κράτη που συμμετείχαν σε έρευνα που εκπονήθηκε ύστερα από πρωτοβουλία του Συμβουλίου της Ευρώπης, ανέφεραν τα κατά τη γνώμη τους κύρια προβλήματα σχετικά με τη διαδικασία εστίασης, τη διατροφική φροντίδα και τη διατροφική υποστήριξη στα νοσοκομεία. Μέσα στο ευρύ

φάσμα προβλημάτων που αναφέρθηκαν, ξεχώρισαν 5 κύρια αίτια κοινά αποδεκτά από σχεδόν όλους τους συμμετέχοντες: (α) η έλλειψη σαφώς προσδιορισμένων ευθυνών στο σχεδιασμό και τη διαχείριση της διατροφικής περιθάλψης, (β) η έλλειψη επαρκούς διατροφικής εκπαίδευσης για όλες τις ομάδες προσωπικού περίθαλψης, (γ) η έλλειψη διατροφικών γνώσεων των ασθενών αλλά και αποτελεσματικών προσπαθειών ευαισθητοποίησής τους για τη σημασία της διατροφής τους από το προσωπικό, (δ) η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των διαφορετικών ομάδων προσωπικού (μάντζερ, ιατρών, διαιτολόγων, νοσηλευτών, φαρμακοποιών, προσωπικού εστίασης) και (ε) η έλλειψη ορθής εμπλοκής των μάντζερ των νοσοκομείων, στη βάση της αντιμετώπισης της εστίασης ως τμήματος της θεραπευτικής παρέμβασης για τον ασθενή και όχι ως στοιχείου ξενοδοχειακής εξυπηρέτησης. Από τα παραπάνω μπορούμε να εξαγάγουμε ως συμπέρασμα ότι βασικό αίτιο της αποδεδειγμένα ανεπαρκούς αντιμετώπισης του υποσιτισμού στο νοσοκομείο, είναι ουσιαστικά

η υποεκτίμηση της σημασίας της διατροφής ως στοιχείου της θεραπείας του ασθενούς, που γεννά και τα ελλείμματα στην οργάνωση της διαδικασίας σίτισης από το νοσοκομείο.



Ανεξάρτητα από τις βαθύτερες αιτίες που συντηρούν τα ποσοστά υποσιτισμένων ασθενών σε υψηλότατα επίπεδα, σε καθαρά κλινικό επίπεδο είναι απαραίτητο τουλάχιστον να υπάρχει ένα στοιχειώδες σύστημα – εργαλείο ανίχνευσης των ασθενών που είναι υποσιτισμένοι ή κινδυνεύουν να αναπτύξουν υποσιτισμό. Ένα εργαλείο διατροφικού ελέγχου (nutrition screening) που άμεσα και εύκολα θα δίνει πληροφορίες για τη διατροφική κατάσταση του ασθενούς στους θεράποντες ιατρούς, το οποίο θα το διαδέχεται η λεπτομερέστερη διατροφική αξιολόγηση (nutritional assessment)

από τους διαιτολόγους για τους ασθενείς εκείνους που ταξινομούνται ως υποσιτισμένοι ή σε κίνδυνο για υποσιτισμό. Αρκετά τέτοια εργαλεία έχουν αναπτυχθεί (Subjective Global Assessment – SGA, Mini Nutritional Assessment – MNA, Malnutrition Universal Screening Tool – MUST, Nutritional Risk Screening – NRS 2002 κ.λ.π.) που ελέγχονται συχνά για την αποτελεσματικότητά τους στην ανίχνευση του υποσιτισμού στην κλινική πράξη, αλλά και τα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το καθένα από αυτά έναντι των άλλων.

Καθώς ο χώρος του άρθρου μας δεν επαρκεί για εκτενή αναφορά γύρω από τα εργαλεία διατροφικού ελέγχου στην κλινική πράξη, ας συγκρατήσουμε απλά ότι αξιόπιστα εργαλεία για τον διατροφικό έλεγχο των ασθενών υπάρχουν, περιμένοντας ωστόσο από τους ειδικούς να τα χρησιμοποιήσουν. Όπως είδαμε όμως, αυτό και μόνο από μόνο του δεν επαρκεί, αν το σύστημα περίθαλψης δεν αναθεωρήσει τη στάση του απέναντι στη σημασία της επίτευξης και διατήρησης καλής διατροφικής κατάστασης για τον ασθενή, ώστε να λάβει τα κατάλληλα μέτρα αντιμετώπισης του υποσιτισμού στο νοσοκομείο.

## Πίνακας 1. Αίτια του υποσιτισμού.

Ανεπαρκής πρόσληψη τροφής και θρεπτικών συστατικών	ανορεξία, ασθένεια, πόνος ή ναυτία όταν τρώμε, φαρμακευτικές αγωγές, δυσφαγία, κατάθλιψη, σύγχυση, αδυναμία, αρθρίτιδα στα χέρια, πόνος στο στόμα, φτωχή οδοντοστοιχία, επέμβαση στην κεφαλή, στη γνάθο ή τον λαιμό, έλλειψη τροφής, φτώχεια, έλλειψη στέγης, κατάχρηση αλκοόλ, ανορθόδοξες δίαιτες, ανεπαρκής σε θρεπτικά συστατικά (φτωχή) διατροφή κ.α.
Ανεπαρκής πέψη ή απορρόφηση θρεπτικών συστατικών	ιατρικά ή χειρουργικά προβλήματα που επηρεάζουν το στομάχι, το έντερο, το ήπαρ ή το πάγκρεας
Αυξημένες ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά	ασθένεια, χειρουργικές επεμβάσεις, δυσλειτουργία οργάνων
Αυξημένες απώλειες σε θρεπτικά συστατικά	έμετος, διάρροια, συρίγγια, στομίες, εγκαύματα, απώλειες από ρινογαστρικούς σωλήνες



## Πίνακας 2. Παθολογικές καταστάσεις στις οποίες εμφανίζεται συχνά υποσιτισμός.

Καρκίνος
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
Χρόνια νευρολογική νόσος (π.χ. νόσος κινητικού νευρώνα, πολλαπλή σκλήρυνση, νόσος Πάρκινσον)
Χρόνια γαστρεντερολογική νόσος (π.χ. νόσος Crohn, ελκώδης κολίτιδα)
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
AIDS
Άνοια
Σοβαρή χρόνια αρθρίτιδα
Νευρογενής ανορεξία και νευρογενής βουλιμία
Χειρουργικές επεμβάσεις (προ ή μετεγχειρητικά)



## Πίνακας 2. Παθολογικές καταστάσεις στις οποίες εμφανίζεται συχνά υποσιτισμός.

Καρκίνος
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
Χρόνια νευρολογική νόσος (π.χ. νόσος κινητικού νευρώνα, πολλαπλή σκλήρυνση, νόσος Πάρκινσον)
Χρόνια γαστρεντερολογική νόσος (π.χ. νόσος Crohn, ελκώδης κολίτιδα)
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
AIDS
Άνοια
Σοβαρή χρόνια αρθρίτιδα
Νευρογενής ανορεξία και νευρογενής βουλιμία
Χειρουργικές επεμβάσεις (προ ή μετεγχειρητικά)



# Αδιάκοπη Αναζήτηση της Ύψης



# Galenica

με συνέπεια και ευθύνη

# Η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας στα παιδιά & στους εφήβους

Η παχυσαρκία των παιδιών και εφήβων αντιμετωπίζεται δυσκολότερα από την παχυσαρκία των ενηλίκων.

Έχει παρατηρηθεί ότι τα αποτελέσματα της θεραπευτικής αγωγής ενηλίκων παχυσάρκων είναι λιγότερο ικανοποιητικά όταν η παχυσαρκία τους εγκαταστάθηκε κατά την βρεφική ή παιδική ηλικία, σε σύγκριση με εκείνους που η παχυσαρκία τους άρχισε μετά την ενηλικίωσή τους. Πρέπει επομένως να καθοριστεί το σημαντικότερο παθογενετικό υπόστρωμα. Δηλαδή να καθοριστεί εάν η παχυσαρκία των παιδιών και εφήβων οφείλεται σε:

1. Γενετική προδιάθεση
2. Υπερσιτισμό ή λανθασμένη διατροφή
3. Ελαττωμένη κινητικότητα
4. Ορμονική διαταραχή (σπάνια)
5. Ψυχολογικά προβλήματα

Εφ' όσον αποφασισθεί ότι πρόκειται για απλή παχυσαρκία, που καλύπτει πάνω από το 95% των περιπτώσεων της παιδικής παχυσαρκίας, η αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

1. Δίαιτα (σωστή διατροφή)
2. Άσκηση
3. Ψυχολογική υποστήριξη

## ΔΙΑΙΤΑ (ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ)

Η διατροφή ενός παχύσαρκου παιδιού ή εφήβου πρέπει να είναι **πλούσια σε πρωτεΐνη, περιορισμένη σε λίπος, προσεκτικά μειωμένη σε θερμίδες** και να είναι **επαρκής σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία**. Σκοπός του διατροφικού αυτού προγράμματος είναι η μακροπρόθεσμη απώλεια βάρους μέσα από μια συντηρητική διαιτητική αγωγή που διαμορφώνει σωστές διατροφικές συνήθειες, χωρίς να αναστέλλει τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού.

Απώλεια βάρους περίπου 1 kg τον μήνα είναι ο στόχος του διαιτολογικού προγράμματος που συστήνεται.

Στο σχεδιασμό ενός τέτοιου διατροφικού προγράμματος η επιθυμητή κατανομή των θρεπτικών συστατικών στο σύνολο των θερμίδων θα μπορούσε να είναι η εξής:

- Υδατάνθρακες	50 – 60%
- Λίπη	25 – 30%
- Πρωτεΐνες	10 – 15%

**Πρωτεΐνες:** Ανάλογα με την ηλικία του το παιδί χρειάζεται κάθε ημέρα **πρωτεΐνη υψηλής βιολογικής αξίας**, ώστε να καλύπτει και να αναπληρώνει τις ανάγκες της ανάπτυξης. Η ποσότητα της πρωτεΐνης υπολογίζεται σύμφωνα με το βάρος του και την ηλικία του. Το γάλα, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, το κρέας, το ψάρι, το κοτόπουλο και τα αυγά καλύπτουν καθημερινά τις ανάγκες του παιδιού σε πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας.

**Υδατάνθρακες:** Τα νωπά φρούτα και λαχανικά παρέχουν καθημερινά στον οργανισμό του παιδιού τις απαραίτητες βιταμίνες και ιχνοστοιχεία που χρειάζεται. Ακόμα προσφέρουν και φυτικές ίνες απαραίτητες στη σωστή λειτουργία του πεπτικού συστήματος. Το ημερήσιο πρόγραμμα συμπληρώνεται με δημητριακά, ζυμαρικά και όσπρια, απαραίτητα στο διαιτολόγιο του παιδιού και εφήβου.

**Λίπη:** Πρέπει να υπάρξει περιορισμός των λιπαρών. Αυτό επιτυγχάνεται με τη μείωση της πρόσληψης των ζωικών λιπαρών.

Το διαιτολόγιο του παχύσαρκου παιδιού και εφήβου πρέπει να μην είναι μονότονο, αλλά να είναι όσο το δυνατόν, γευστικότερο και ωραία σερβιρισμένο.

Πρέπει να είναι γνωστό λεπτομερώς το είδος του προηγούμενου διαιτολογίου και να απομακρύνουμε με όση διακριτικότητα μπορούμε κάθε περιττή τροφή.

Ο περιορισμός των θερμίδων και όταν ακόμα είναι μικρός, αλλά εφαρμόζεται με συνέπεια και για μακρό χρονικό διάστημα έχει εξαιρετικά αποτελέσματα στη καταπολέμηση της παχυσαρκίας χωρίς να επηρεάζει δυσμενώς το ανάστημα. Τελικά το παιδί, μολονότι διατηρεί το ίδιο ή αυξάνει λίγο το βάρος του, δεν είναι παχύσαρκο, γιατί έχει πετύχει ανακατανομή του ενεργειακού του δυναμικού.

Σε παιδιά και εφήβους με μεγάλου βαθμού παχυσαρκία απαιτείται μεγαλύτερη απώλεια βάρους. Στις περιπτώσεις αυτές η απώλεια βάρους δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 1-2 kg τον μήνα.

Ιδιαίτερες δυσκολίες για την εφαρμογή του προγράμματος «σωστής διατροφής» αποτελεί η περίοδος της εφηβείας. Τότε ο έφηβος στη προσπάθεια να ανεξαρτοποιηθεί, τρώει πιο συχνά μακριά από το σπίτι του, με τους φίλους του και καταναλίσκει συνήθως αλόγιστες ποσότητες φαγητού ή γλυκισμάτων. Γι' αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη



Το διαιτολόγιο του παχύσαρκου παιδιού και εφήβου πρέπει να μην είναι μονότονο, αλλά να είναι όσο το δυνατόν, γευστικότερο και ωραία σερβιρισμένο.



ώστε η τροφή που προσφέρεται στο σπίτι να αφήνει περιθώρια για ό,τι τρώει ο έφηβος στις εξόδους του.

## ΑΣΚΗΣΗ

Πρέπει να καταβληθεί προσπάθεια μέσω της αυξημένης δραστηριότητας το παχύσαρκο παιδί να δαπανήσει περισσότερη ενέργεια ώστε να επιτευχθεί μείωση του σωματικού λίπους και ευεξία.

Ο συνδυασμός **άσκησης** και **κατάλληλης διαίτας** αποτελεί τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης της παχυσαρκίας. Πρέπει ο βαθμός της έντασης της άσκησης στο παχύσαρκο παιδί και έφηβο να γίνεται μετά από ιατρική άδεια, για την αποφυγή δυσμενών επιπτώσεων.

## ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Η παρουσία ψυχολογικών προβλημάτων στο παχύσαρκο παιδί ή έφηβο δεν σημαίνει ότι το κάθε παιδί θα οδηγηθεί στον ψυχίατρο. Μόνο βαριές ψυχικές διαταραχές θα χρειαστούν ψυχιατρική αντιμετώπιση. Η κατάθλιψη είναι συνηθισμένο σύμπτωμα.

Η κακή αυτοεκτίμηση και η μη αποδοχή του παχύσαρκου παιδιού και εφήβου από τον κοινωνικό του περίγυρο το οδηγεί σε βαθμιαία απομόνωση και σε μεγαλύτερο περιορισμό της σωματικής άσκησης και δραστηριότητας με αποτέλεσμα να βρίσκει διέξοδο στο φαγητό και ιδιαίτερα στα γλυκά σαν μόνη πηγή απόλαυσης.

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

### ΑΠΟ ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η ορμονική διαταραχή στη παιδική παχυσαρκία είναι σπάνια. Εάν υπάρχει μπορεί να οφείλεται σε υποθυρεοειδισμό, σύνδρομο Cushing, σε υπερινσουλινισμό ή σε διάφορα σύνδρομα, όπως Prader Willi, Frolich, Leuence-Moon-Bield κ.α., που συνοδεύονται από παχυσαρκία λόγω υποθαλαμικής διαταραχής.

Σε όλες αυτές τις καταστάσεις ανάλογα με την αιτιολογία θα υποδειχθεί η ενδεικνυόμενη θεραπεία.

### ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Δε συνιστάται η χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας.

### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Συνήθως δεν ενδείκνυται για την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας.

### ΠΡΟΛΗΨΗ

Σήμερα μεγάλη σημασία δίδεται στη πρόληψη, δηλαδή, στη σωστή διατροφή που πρέπει να αρχίζει πολύ νωρίς, από τη βρεφική ζωή.

Σπουδαίος είναι ο ρόλος των γονιών, των δασκάλων και των γιατρών (παιδιάτρων) για τη σωστή εκπαίδευση και για την ανάπτυξη των σωστών αρχών διατροφής. Η αλλαγή των διαιτητικών συνηθειών όλης της οικογένειας αποτελεί απαραίτητο όρο.

Ιδιαίτερες δυσκολίες για την εφαρμογή του προγράμματος «σωστής διατροφής» αποτελεί η περίοδος της εφηβείας. Τότε ο έφηβος στη προσπάθεια να ανεξαρτοποιηθεί, τρώει πιο συχνά μακριά από το σπίτι του, με τους φίλους του και καταναλώνει συνήθως αλόγιστες ποσότητες φαγητού ή γλυκισμάτων



Είναι ωραίο να νιώθεις τη σιγουριά σε κάθε σου βήμα.



Η Μεγαλύτερη  
Ελληνική Φαρμακευτική Βιομηχανία



Φροντίδα για τον άνθρωπο

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

# Χειρουργική της παχυσαρκίας

## Το γοργόν έχει και χάριν;

Η χειρουργική της παχυσαρκίας έχει μια ιστορία 50 χρόνων. Η πρόσφατη ευρεία διάδοσή της οφείλεται πρώτον στις εξελίξεις της ιατρικής τεχνολογίας που ελαχιστοποίησαν το μετεγχειρητικό πόνο και τις επιπλοκές, και δεύτερον στην αποδοχή ότι επιτυγχάνει σημαντική μείωση της θνησιμότητας του παχύσαρκου ασθενούς.

## Πότε ενδείκνυται;

Θα πρέπει πρώτα να έχουν δοκιμαστεί οι συμβατικές μέθοδοι (δίαιτα, άσκηση, συμβουλευτική) και να μην έχουν επιφέρει ένα ικανό και μόνιμο αποτέλεσμα. Ενδείκνυται λοιπόν στη σοβαρή και επίμονη παχυσαρκία, όταν δηλαδή ο Δείκτης Μάζας Σώματος [ΔΜΣ: Βάρος (kg) ÷ Ύψος<sup>2</sup>(m<sup>2</sup>)] είναι πάνω από 40 και για περισσότερο από 5 χρόνια. Παρουσία σοβαρών παθολογικών καταστάσεων (διαβήτης, υπέρταση, υπνοαπνοϊκό σύνδρομο, οστεοαρθρίτιδα), ο ΔΜΣ αρκεί να είναι πάνω από 35. Τα ασφαλή όρια ηλικίας είναι 16-65 έτη.

Πέρα από την πλήρωση των παραπάνω κριτηρίων, χρειάζεται μια καλή προκαταρκτική εξέταση. Ο υποψήφιος περνάει μια σειρά από ιατρικές και ψυχολογικές εξετάσεις, οι οποίες θα πρέπει να συγκλίνουν σε μια καλή φυσική και ψυχική κατάσταση. Ακόμη συνυπολογίζονται η υψηλή αυτοεκτίμηση, τα υψηλά κίνητρα και το υποστηρικτικό περιβάλλον του ασθενούς. Απόλυτες αντενδείξεις για επέμβαση είναι οι παθολογικές μορφές παχυσαρκίας (π.χ. υποθυρεοειδισμός, σύνδρομο Cushing), η συνύπαρξη παθήσεων που αυξάνουν το χειρουργικό κίνδυνο, τα βαριά ψυχικά νοσήματα, οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές και η εξάρτηση από το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά.

## Ποιες είναι οι βασικές μέθοδοι;

Διακρίνονται δυο κύριες κατηγορίες, ανάλογα με το αν περιορίζουν την πρόσληψη μόνο της τροφής (περιοριστικές) ή και την απορρόφησή της (δυσασπορρόφησης). Οι μέθοδοι δυσασπορρόφησης επιτυγχάνουν μεγαλύτερη απώλεια βάρους από τις περιοριστικές, για αυτό ενδείκνυται στην εξαιρετικά νοσογόνο παχυσαρκία (ΔΜΣ: >60). Οι παραλλαγές των διαφόρων μεθόδων εμπίπτουν σε τέσσερις υποκατηγορίες.

### Διαμερισματοποίηση του στομάχου (περιοριστική)

**Περιγραφή:** Ο στόμαχος χωρίζεται μόνιμα σε δύο διαμερίσματα, ένα μικρό λειτουργικό και ένα μεγαλύτερο μη λειτουργικό.

**Σκοπός:** Ο περιορισμός της χωρητικότητας του στομάχου από 1000-1500 γραμμάρια φυσιολογικά σε 50-100 (3-4 κουταλιές).

**Επιπλοκές:** Δυσφαγία, συχνό έμετο.

### Γαστρικός δακτύλιος (περιοριστική)

**Περιγραφή:** Ένας δακτύλιος, που μπορεί αργότερα να αφαιρεθεί, εφαρμόζεται λίγο χαμηλότερα από τη συνένωση του οισοφάγου με τον στόμαχο, δημιουργώντας ένα μικρό χώρο για την υποδοχή της τροφής.

**Σκοπός:** Η τροφή καθυστερεί να περάσει στον υπόλοιπο μεγάλο χώρο του στομάχου, παρατείνοντας το αίσθημα κορεσμού.

**Επιπλοκές:** Σπάνια έμετο.

### Γαστροπλαστικές (περιοριστικές)

**Περιγραφή:** Συνήθως περιλαμβάνουν αφαίρεση τμήμα-

τος του στομάχου και ταυτόχρονη ανάπλαση του σχήματός του, ώστε να διευκολύνεται η διέλευση της τροφής. Είναι ιδιαίτερα ασφαλείς, για αυτό και είναι οι μόνες που εφαρμόζονται σε ασθενείς με βεβαρυμένο ιατρικό ιστορικό (π.χ. διαφραγματοκοιλία, προηγούμενες επεμβάσεις).

**Σκοπός:** Η μείωση της χωρητικότητας του στομάχου και της παραγόμενης στο στόμαχο γκρελίνης (νευροορμόνη υπεύθυνη για το αίσθημα πείνας). Η μέθοδος είναι έτσι διπλά αποτελεσματική στον περιορισμό της πρόσληψης τροφής σε σχέση με τις άλλες περιοριστικές μεθόδους.

**Επιπλοκές:** Σύνδρομο dumping (φούσκωμα, κράμπες, διάρροια, ζαλάδες, κούραση).

### Γαστρικό bypass (δυσασπορρόφηση)

**Περιγραφή:** Αφαιρείται έως και το 70% του στομάχου και επιπλέον παρακάμπτεται μέρος του λεπτού εντέρου, από 1,5 μέτρο έως και το μισό μήκος του (bypass βραχείας και μακράς έλικας αντίστοιχα).

**Σκοπός:** Η μείωση της απορρόφησης της τροφής (κυρίως του λίπους), η οποία γίνεται βασικά στο λεπτό έντερο. Στην Αμερική το γαστρικό bypass βραχείας έλικας θεωρείται ο «χρυσός κανόνας» στη χειρουργική της παχυσαρκίας, διότι έχει καλύτερα αποτελέσματα από τις περιοριστικές επεμβάσεις, προκαλώντας τις μικρότερες διατροφικές ελλείψεις από όλες τις επεμβάσεις δυσασπορρόφησης.

**Επιπλοκές:** Δυσασπορρόφηση, σύνδρομο dumping

### Χολοπαγκρεατική παράκαμψη (δυσασπορρόφηση)

**Περιγραφή:** Όπως στο γαστρικό bypass, με παράκαμψη μεγαλύτερου μέρους του λεπτού εντέρου, συμπεριλαμβανομένου του τμήματος όπου εκκρίνονται τα απαραίτητα υγρά για τη διάσπαση και απορρόφηση της τροφής (χολή και παγκρεατικά ένζυμα).

**Σκοπός:** Όπως στο γαστρικό bypass.

**Επιπλοκές:** Έντονη δυσασπορρόφηση με πιθανότητα σοβαρής υποθρεψίας, σύνδρομο dumping, στεατόρροια (δύσσομα κόπρανα και αέρια στο παχύ έντερο).

Ιδιαίτερα δημοφιλής τεχνική, παρότι όχι αμιγώς χειρουργική, είναι και το **ενδογαστρικό μπαλόνι**. Χωρίς ούτε μια τομή, ένα μπαλονάκι προωθείται με έναν καθετήρα από το στόμα στον στομάχο. Στη συνέχεια πληρούται μέσω βαλβίδας, προκαλώντας ένα μόνιμο αίσθημα γαστρικής πληρότητας. Έχει όμως μικρή διάρκεια ζωής (6-8 μήνες) και μετά την αφαίρεσή του παρατηρείται σημαντική ανάκτηση του απωλεσθέντος βάρους. Αποτελεί περισσότερο μια προσωρινή λύση ή το πρώτο βήμα πριν υποβληθεί ο ασθενής σε κάποια χειρουργική μέθοδο.

## Υπάρχουν επιπλοκές στην υγεία;

Οι κίνδυνοι για την υγεία είναι ίδιοι όπως σε κάθε άλλη χειρουργική επέμβαση. Έξι μήνες μετά, 4 στους 10 ασθενείς εμφανίζουν επιπλοκές. Από αυτούς μέχρι και το 20% ενδέχεται να χρειαστεί εκ νέου νοσηλεία για διόρθωση επιπλο-

κών, ενώ ίσως ακόμη χρειαστεί και πλαστική χειρουργική για την αφαίρεση του δέρματος που υπολείπεται μετά την απώλεια βάρους. Οι πιθανότητες πάντως για επιπλοκές απειλητικές για τη ζωή είναι μικρότερες από 3%.

### Τί αλλιάζει στη διατροφή;

Μετά από μια περιοριστική επέμβαση, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν **διατροφικές επιπλοκές** που τους αναγκάζουν σε σοβαρές αλλαγές και περιορισμούς στη διατροφή τους. Δε μπορούν να καταναλώνουν μεγάλα ή λιπαρά γεύματα, διότι αντίστοιχα προκαλούν εμέτους ή το σύνδρομο dumping και στεατόρροια. Ακόμη, πρέπει να αποφεύγουν τα σάκχαρα, τα οποία επίσης εγείρουν το σύνδρομο dumping.

Μετά από μια επέμβαση δυσαπορρόφησης εμφανίζονται **διατροφικές ελλείψεις**, οι οποίες σε παρατεταμένο χρόνο μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρή πρωτεϊνική υποθρεψία. Συνήθως χορηγούνται συμπληρώματα διατροφής, προκειμένου να καλυφθούν οι αυξημένες ανάγκες των ασθενών. Τα πιο συχνά είναι ο σίδηρος και η βιταμίνη B12 (πρόληψη αναιμίας), το ασβέστιο και η βιταμίνη D (πρόληψη οστεοπόρωσης), η βιταμίνη A και τα υπόλοιπα λιποδιαλυτά μικροσυστατικά της τροφής. Αντίθετα, η απορρόφηση των απλών σακχάρων, των τριγλυκεριδίων βραχείας αλύσου και του αλκοόλ δεν επηρεάζεται, και πρέπει να αποφεύγονται προκειμένου ο ασθενής να χάσει βάρος.

Αν η επέμβαση περιλαμβάνει εκτεταμένη γαστρεκτομή, οπότε δεν εκκρίνεται πλέον ικανή γκρελίνη, οι ασθενείς αποκτούν **ανορεξία**. Αν αυτή εξακολουθεί για καιρό, οι ασθενείς κινδυνεύουν πάλι από διατροφικές ελλείψεις. Σε

αυτή την περίπτωση εκπαιδεύονται στη χρήση φυσικών ενισχυτικών γεύσης και στην επιλογή πιο εύληπτων τροφίμων.

### Να το επιχειρήσω;

Η απώλεια βάρους έχει πολλά σημαντικά οφέλη. Συντελεί στη βελτίωση της ψυχικής υγείας και της ποιότητας διαβίωσης των ασθενών, στη θεραπεία παθήσεων του αναπνευστικού και του μυοσκελετικού, στη ρύθμιση καταστάσεων όπως ο διαβήτης και η υπέρταση, και στη μείωση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνο. Στις γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία αυξάνεται η γονιμότητα, ενώ μειώνονται οι επιπλοκές της κύησης και ο κίνδυνος αποβολών.

Βέβαια, τα ίδια οφέλη καρπώνεται ο ασθενής ακόμα και όταν χάνει βάρος με δίαιτα ή άσκηση. Η χειρουργική της παχυσαρκίας επιταχύνει μόνο το αποτέλεσμα, επιβαρύνει όμως τον ασθενή με το κόστος των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Επιπλέον, η χειρουργική της παχυσαρκίας δεν αποτελεί από μόνη της μια ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση, αλλά είναι μόλις το πρώτο στάδιο σε μια ιδιαίτερα μακροχρόνια θεραπευτική διαδικασία. Άρα στην απόφαση του ασθενούς να επιχειρήσει την επέμβαση, πιο κρίσιμη είναι η διάθεσή του για μετέπειτα συμμόρφωση με τις ιατρικές και διαιτητικές οδηγίες. Η χειρουργική μπορεί μόνο να διορθώσει τα αποτελέσματα προγενέστερων διατροφικών συμπεριφορών, ενώ ο ίδιος ο ασθενής με την υποστήριξη διαιτολόγου πρέπει να θέσει **νέες διατροφικές συνήθειες**.

	διαμερισματοποίηση	γαστρικός δακτύλιος	γαστροπλαστική με γαστρεκτομή	γαστροπλαστική χωρίς γαστρεκτομή	γαστρικό bypass βραχείας έλικας	γαστρικό bypass μακράς έλικας	χολοπαγκρεατική παράκαμψη
Ανορεξία			+				
Δυσφαγία/ Έμετοι	++	+					
Σύνδρομο dumping			++	+			
Στεατόρροια						+	++
Δυσαπορρόφηση					+	++	+++
Σοβαρή υποθρεψία							+
Απώλεια πλεονάζοντος βάρους (%)*	55-75	50-65	60-80	60-70	65-75	65-75	>75
Ανάκτηση βάρους	+	+		+			

Σύνοψη επιπλοκών και αποτελεσμάτων των μεθόδων χειρουργικής της παχυσαρκίας.

\* >50%: αποτέλεσμα ιατρικά αποδεκτό, >75%: άριστο αποτέλεσμα



# Διατροφή του μέλλοντος φύση ή επιστήμη;



**Λειτουργικά Τρόφιμα**  
Η επιστήμη στο πιάτο σας

**Βιολογικά Τρόφιμα**  
Η φύση στο πιάτο σας

**Σάββατο 1 Νοεμβρίου**  
**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ**  
**Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο**  
(Κεντρικό Αμφιθέατρο)  
Ελευθερίου Βενιζέλου 70 Καλλιθέα

**Σάββατο 8 & Κυριακή 9 Νοεμβρίου**  
**ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΚΟΙΝΟ**  
**Τεχνόπολις**  
(Αίθουσα Δ12)  
Πειραιώς 100, Γκάζι  
Μετρό Κεραμεικός  
Ώρες λειτουργίας: 10 π.μ. - 7 μ.μ.

**Είσοδος ελεύθερη**

**ΕΒΔΟΜΑΔΑ**  
**ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ 2008**

**Ενημερώνομαι**

**Επιλέγω**

**Καταναλώνω**

[www.evdomadadiatrofis.gr](http://www.evdomadadiatrofis.gr)



## Σπλαγχνικό λίπος & εμμηνόπαυση



Η επίπτωση της παχυσαρκίας είναι διαρκώς αυξανόμενη τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Θεωρείται πλέον, ότι η τοπική εστίαση του σωματικού λίπους συσχετίζεται άμεσα με τις μεταβολικές επιπλοκές της παχυσαρκίας. Έρευνες υποδεικνύουν τη σημασία του σπλαγχνικού (ενδοκοιλιακού) λίπους ως δείκτη μεταβολικών διαταραχών, που περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την αντίσταση στην ινσουλίνη, τη δυσανοχή στη γλυκόζη, την υπερινσουλιναιμία και την υπερτριγλυκεριδαιμία. Τα συμπτώματα αυτά σε συνδυασμό με αυξημένη αρτηριακή πίεση συνιστούν το μεταβολικό σύνδρομο ή σύνδρομο Χ, όπως παλαιότερα (1988) ονομάστηκε από το Reaven.

### Αποθήκευση λίπους

Οι αξιοσημείωτες διαφορές στην ποσότητα και την κατανομή του σωματικού λίπους μεταξύ ανδρών και γυναικών μάς παρέχουν ξεκάθαρα δεδομένα για τις διαφορές στο μεταβολισμό των λιπιδίων ανάμεσα στα δύο φύλα. Στις γυναίκες, μεγαλύτερο ποσό λίπους αποθηκεύεται στο κατώτερο τμήμα του σώματος – στους γλουτούς – ενώ στους άνδρες στο ανώτερο τμήμα. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες αποθηκεύουν μεγαλύτερα ποσά λίπους υποδόρια, ενώ οι άνδρες στην κοιλιακή κοιλότητα (αναφέρεται ως σπλαγχνικό λίπος).

Οι διαφορές αυτές επιδρούν στα λιπίδια και τις λιποπρωτεΐνες πλάσματος με τέτοιο τρόπο ώστε στις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες, σε σχέση με τους άνδρες, τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης, της LDL και των τριγλυκεριδίων να είναι χαμηλότερα, ενώ αντίστοιχα της HDL υψηλότερα. Οι διαφορές αυτές φαίνεται πως αντανακλούν τις δράσεις των στεροειδών ορμονών φύλου στο μεταβολισμό των λιπιδίων, από τη στιγμή που σε μια μετεμμηνόπαυσιακή

γυναίκα οι συγκεντρώσεις των λιποπρωτεϊνών – όπως και η κατανομή του σωματικού λίπους – τείνουν προς τα ανδρικά πρότυπα.

### Λιπόλυση εναντίον λιπογένεσης

Η ποσότητα λίπους που συσσωρεύεται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος αντανακλά την ισορροπία μεταξύ του ρυθμού λιπόλυσης (απελευθέρωσης λιπαρών οξέων και γλυκερόλης από το λιπώδη ιστό) και λιπογένεσης (πρόσληψης λιπαρών οξέων από το λιπώδη ιστό). Η συσσώρευση λίπους αντανακλά: (α) επάρκεια ορμονών που ευνοούν τη λιπογένεση (κορτιζόλη και ινσουλίνη) μέσω ενεργοποίησης ενός πολύ σημαντικού ένζυμου των λιποκυττάρων, της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης, και (β) ένδεια ορμονών που ευνοούν τη λιπόλυση (ορμόνες φύλου, αυξητική ορμόνη). Η διαταραχή αυτή πιθανότατα προέρχεται από υπερευαισθησία στον άξονα υποθαλάμου – υπόφυσης – επινεφριδίων. Οι επιπτώσεις των ορμονών αυτών εκφράζονται πιθανότερα στον σπλαγχνικό λιπώδη ιστό έναντι του υποδόριου, λόγω υψηλότερης κυτταρικής πυκνότητας, νεύρωσης, ροής αίματος και αυξημένων υποδοχέων κορτιζόλης και ανδρογόνων στον πρώτο.

### Συσσώρευση σπλαγχνικού λίπους

Η συσσώρευση σπλαγχνικού λίπους εντείνεται και στα δύο φύλα με την πάροδο των χρόνων. Πρόσφατες έρευνες

υποστηρίζουν πως σε μεσήλικες γυναίκες (σε σύγκριση με νεότερη ομάδα ελέγχου), ακόμα και πριν την έναρξη της εμμηνόπαυσης λαμβάνει χώρα επιδείνωση του λιπιδαιμικού προφίλ και αύξηση της εναπόθεσης λίπους στην κοιλιακή χώρα. Η εξαρτώμενη από την ηλικία αύξηση απόθεσης λίπους στην κοιλιακή χώρα αποτελεί σημαντικό παράγοντα που αυξάνει το κίνδυνο καρδιοπαθειών.

Στις περιπτώσεις συσσώρευσης λίπους στην κοιλιακή χώρα συμπεριλαμβάνεται επίσης το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, η εμμηνόπαυση, η προχωρημένη ηλικία, η ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης, η κατάθλιψη, το κάπνισμα και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.

### Ενδοκρινική δράση λιπώδους ιστού

Αναγνωρίζεται πλέον ότι ο λιπώδης ιστός αποτελεί και ένα ενδοκρινές όργανο που παράγει προθρομβωτικές και προφλεγμονώδεις ουσίες. Η παρουσία αυξημένου ενδοκοιλιακού λίπους φαίνεται ότι συνοδεύεται από αυξημένη ευαισθησία στη θρόμβωση και από χρόνια υποβόσκουσα φλεγμονή, που προδιαθέτουν την εμφάνιση αρτηριοσκλήρυνσης και τη σταδιακή βλάβη των αιμοφόρων αγγείων. Για το λόγο αυτό, άτομα με αυξημένο ενδοκοιλιακό λίπος, ακόμα και χωρίς συμπτώματα υπέρτασης, υπεργλυκαιμίας και αυξημένων συγκεντρώσεων LDL χοληστερόλης στο αίμα, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου εξαιτίας αυτού του αθηρογόνου, προφλεγμονώδους και προθρομβωτικού προφίλ.

Επιπλέον, ο λιπώδης ιστός αποτελεί και εστία σύνθεσης των στεροειδών ορμονών φύλου. Παρότι ένα συγκεκριμένο ποσό λιπώδους μάζας είναι απαραίτητο για τη φυσιολογική λειτουργία του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος, η παχυσαρκία φαίνεται να προκαλεί διαταραχές του εμμηνόρρυσιακού κύκλου και υπογονιμότητα. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε το ότι με κάποιο τρόπο συσχετίζεται η παχυσαρκία με το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών.

Οι παχύσαρκες γυναίκες, ειδικά όσες έχουν αυξημένο ενδοκοιλιακό λίπος, εμφανίζουν γενικότερα διαταραγμένο ορμονικό προφίλ, που μεταξύ άλλων περιλαμβάνει: αυξημένες συγκεντρώσεις ανδρογόνων που μετατρέπονται περιφερικά σε οιστρογόνα, υπερκορτιζολαιμία αυξημένα επίπεδα παραθυρεοειδούς ορμόνης, ινσουλινοαντίσταση και υπερινσουλιναιμία, αυξημένη μεν συγκέντρωση τριιωδοθυρονίνης (T3) αλλά φυσιολογικές συγκεντρώσεις των υπολοίπων θυρεοειδικών ορμονών.

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι να επηρεάζεται αρνητικά η λειτουργία των ωοθηκών. Σε παχύσαρκες γυναίκες, η ινσουλινοαντίσταση και η υπερινσουλιναιμία ενεργοποιούν την παραγωγή ανδρογόνων από τις ωοθήκες με αποτέλεσμα την υπερανδρογοναιμία, την αυξημένη περιφερική αρωματοποίηση των ανδρογόνων σε οιστρογόνα, την προβλημα-

τική έκκριση γοναδοτροπίνης, τη μειωμένη αυξητική ορμόνη, τα αυξημένα επίπεδα λεπτίνης και τη διαφοροποιημένη νευρορρυθμική του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης – γονάδων. Σε αυτές τις συνθήκες, η έκκριση της ωχρινοτρόπου ορμόνης αλλά και της προλακτίνης διαφοροποιείται

### Ορμονική υποκατάσταση

Να σημειωθεί ότι οι προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες εμφανίζουν συνήθως μεγαλύτερη τάση να αποθηκεύουν λίπος (με τη μορφή τριγλυκεριδίων) στους μηρούς συγκριτικά με τον κοιλιακό χώρο, σε αντίθεση με τους άντρες. Η διαφορά αυτή όμως ελαχιστοποιείται κατά την εμμηνόπαυση και αποκαθίσταται με θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (HRT, hormone replacement therapy).

Στην πραγματικότητα όμως, η χορήγηση οιστρογόνων σε μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες και τεστοστερόνης σε υπερήλικες άνδρες αντίστοιχα, συνοδεύεται από πλήθος παρενεργειών που περιορίζουν τη χρήση τους. Αν και αρχικά θεωρούνταν ότι η ορμονική υποκατάσταση βελτιώνει το λιπιδαιμικό προφίλ των μετεμμηνόπαυσιακών γυναικών και μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, η μελέτη Women's Health Initiative σε γυναίκες χωρίς καρδιαγγειακά προβλήματα το 2002, έδειξε πως αυξάνει τελικά τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά επεισόδια, εγκεφαλικό και θρομβοεμβολικά συμβάντα. Για το λόγο αυτό, η HRT συστήνεται πλέον μόνο για περιορισμό των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης και ως προληπτικό μέτρο της πρώιμης οστεοπόρωσης. Ειδικά σε γυναίκες με ιστορικό καρδιοπάθειας, η χορήγηση HRT αντενδείκνυται.

### Πρόληψη/ Αντιμετώπιση

Δεδομένου λοιπόν του γεγονότος ότι η κεντρική παχυσαρκία επηρεάζει σημαντικά την υγεία του ατόμου, συστήνεται καταρχήν συστηματική άσκηση. Η μέτριας έντασης αερόβια άσκηση (όπως είναι το έντονο βάδισμα, το ποδήλατο, το χαλαρό τρέξιμο κ.α.) για 30 λεπτά περίπου, 3 με 4 φορές την εβδομάδα, μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του σωματικού λίπους, από τη στιγμή που αυτό θα χρησιμοποιηθεί ως καύσιμο από τον οργανισμό για την περαιτέρω πραγματοποίηση της άσκησης.

Επιπλέον, η προσεκτική κατάρτιση του ημερήσιου διαιτολογίου θα συντελέσει στην απώλεια σωματικού βάρους, άρα και σωματικού λίπους. Στην κατεύθυνση αυτή, προτείνεται δίαιτα φτωχή σε λιπαρά, με προσοχή βέβαια στην υπερβολική κατανάλωση υδατανθράκων, ώστε να μην αυξάνονται τα τριγλυκερίδια πλάσματος.

Συμπερασματικά, ειδικά οι γυναίκες που αναμένεται να εισέλθουν στην περίοδο της εμμηνόπαυσης, θα πρέπει να εξετάζονται τακτικά τόσο από γυναικολόγο και ενδοκρινολόγο, όσο και από διαιτολόγο, ώστε να ελέγχεται συνολικά η πορεία της υγείας τους.



• **Ο αναγνώστης μας Α.Χ. από τη Λήμνο, 33 ετών, το τελευταίο χρονικό διάστημα παρατήρησε την παρουσία σκωλήκων στα κόπρανα του, ενώ τη νύχτα και τις πρωινές ώρες βασανίζεται από έντονο κνησμό στην περιπρωκτική περιοχή. Αναρωτιέται εάν αυτά τα δύο γεγονότα σχετίζονται και εάν υπάρχει κίνδυνος για την υγεία του. Επίσης μας ρωτά εάν υπάρχει θεραπεία.**

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Απ' ότι φαίνεται είστε φορέας του εντερικού σκώληκα οξύουρου (*Enterobius vermicularis*), ο οποίος είναι το αίτιο της πιο συχνής λοίμωξης από σκώληκες. Πρόκειται για έναν μικρό σκώληκα του παχέος εντέρου. Τη νύχτα οι θηλυκοί σκώληκες μεταναστεύουν στην περιπρωκτική περιοχή όπου εναποθέτουν τα αυγά τους. Η διαδικασία αυτή προκαλεί έντονο περιπρωκτικό κνησμό και ανήσυχο ύπνο. Η διάγνωση συνήθως τίθεται εύκολα με ένα μικρό κομμάτι ζελοτέιπ (tape test) στην περιπρωκτική περιοχή μετά τον ύπνο, το οποίο στη συνέχεια εξετάζεται στο μικροσκό-

πιο από μικροβιολόγο ο οποίος βλέπει τα αυγά. Η μόλυνση γίνεται από άνθρωπο σε άνθρωπο, εφόσον δεν τηρούνται οι κανόνες υγιεινής. Συνήθως το παράσιτο το φέρνουν μέσα σε μία οικογένεια τα μικρά παιδιά.

Τα αίτια περιπρωκτικού κνησμού, βέβαια, δεν περιλαμβάνουν μόνο τον οξύουρο. Συνεπώς, καλό θα ήταν να επισκεφθείτε κάποιο ειδικό γιατρό (γαστρεντερολόγο, δερματολόγο ή παθολόγο), ο οποίος μετά τη λήψη ιστορικού και την κλινική εξέταση θα σας κατευθύνει σχετικά ώστε να τεθεί η σωστή διάγνωση. Αν πράγματι έχετε οξυουρίαση, η θεραπεία είναι απλή και θα πρέπει να δοθεί και στα άλλα μέλη της οικογένειας, καθώς επίσης να συνοδεύεται από το πλύσιμο των κλινισκεπασμάτων.

• **Ο αναγνώστης μας 43 ετών από τα Μέγαρα μας ρωτά σχετικά με τους πολύποδες του στομάχου. Πρόσφατα υποβλήθηκε σε γαστροσκόπηση λόγω συμπτωμάτων γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου (όξινες**

**ερυγές και οπισθοστερνικό καύσο). Δεν διαπιστώθηκε πρόβλημα στον οισοφάγο, αλλά προπυλωρικά βρέθηκε ένας πολύποδας λίγο μεγαλύτερος από 1 εκ. Ο γαστρεντερολόγος πήρε βιοψίες, οι οποίες έδειξαν ότι πρόκειται για υπεπλαστικό πολύποδα και συνέστησε στον αναγνώστη να υποβληθεί σε ενδοσκοπική πολυπεκτομή. Ο ίδιος ανησυχεί μήπως ο πολύποδας αυτός εξελιχθεί σε καρκίνο καθώς επίσης και για τους κινδύνους της ενδοσκοπικής πολυπεκτομής.**

Αγαπητέ αναγνώστη, οι πολύποδες στο στόμαχο είναι σχετικά σπάνιο εύρημα, καθώς εμφανίζονται περίπου στο 1% του πληθυσμού. Ωστόσο, το 90% εξ αυτών είναι υπερπλαστικοί πολύποδες, όπως στην περίπτωση σας, οι οποίοι σπανιότατα υφίστανται κακοήγη εξαλλαγή (δηλαδή μετατρέπονται σε καρκίνο). Προκειμένου να εκμηδενισθεί ο κίνδυνος καλό θα ήταν να αφαιρεθεί ενδοσκοπικά. Η ενδοσκοπική πολυπεκτομή γίνεται κατά τη διάρκεια γαστροσκόπησης και δεν προκαλεί εντονότερη δυσφορία από μια απλή ενδοσκόπηση, αλλά ενδέχεται να διαρκέσει λίγο περισσότερο. Υπάρχει πράγματι μια μικρή πιθανότητα αιμορραγίας κατά ή μετά την ενδοσκόπηση (περίπου 4%) ενώ η πιθανότητα διάτρησης είναι εξαιρετικά χαμηλή. Η αιμορραγία αντιμετωπίζεται συνήθως ενδοσκοπικά. Σε σπάνιες όμως περιπτώσεις που δεν ελέγχεται η αιμορραγία, ο ασθενής πρέπει να χειρουργηθεί όπως επίσης και στη περίπτωση της διάτρησης. Θα ήταν χρήσιμο να συζητήσετε όποιες άλλες απορίες σας με το γαστρεντερολόγο σας.

• **Η αναγνώστριά μας από την Πάτρα, 58 ετών πρόσφατα υπεβλήθη σε κολοσκόπηση, επειδή παρουσίασε απώλεια αίματος από το ορθό. Διαπιστώθηκε αιμορροϊδοπάθεια και επίσης ενευρέθη εκκολπωμάτωση του παχέος εντέρου. Ο ιατρός της συνέστησε να τρώει φρούτα, χόρτα και λαχανικά ώστε να μην έχει δυσκοιλιότητα. Τώρα δεν παρατηρεί**

**πια πρόσμιξη αίματος στις κενώσεις, δεν την απασχολεί η αιμορροϊδοπάθεια, αλλά ανησυχεί για τα εκκολπώματα αν και ο ιατρός την καθησύχασε.**

Η παρουσία εκκολπωμάτων στο παχύ έντερο (εκκολπωμάτωση παχέος εντέρου) είναι αρκετά συνηθισμένη στο δυτικό κόσμο και η συχνότητά της αυξάνει με την ηλικία: μικρότερη του 10% σε ηλικίες κάτω των 40 ετών και μεγαλύτερη του 60% σε ηλικίες άνω των 80 ετών. Σημαντικό ρόλο στην αυξημένη συχνότητα της νόσου στον δυτικό κόσμο παίζει ο σύγχρονος τρόπος διατροφής, ο οποίος περιλαμβάνει περισσότερο κρέας και λίγες φυτικές ίνες με αποτέλεσμα δυσκοιλιότητα και αυξημένη πίεση μέσα στον αυλό του εντέρου που ευνοεί την εμφάνιση εκκολπωμάτων. Ένα εκκόλπωμα δημιουργείται όταν ένα μικρό τμήμα του υποβλενογόνου και του βλενογόνου του παχέος εντέρου διεισδύει σε χάσμα το οποίο υπάρχει στο μυϊκό τοίχωμα του εντέρου.

Συνήθως τα εκκολπώματα δεν προκαλούν ιδιαίτερα συμπτώματα. Ωστόσο σε 10-25% των ασθενών κάποια στιγμή φλεγμαίνουν (εκκολπωματίτιδα) και κατά κανόνα στην περίπτωση αυτή απαιτείται νοσηλεία. Επίσης στο 3-5% των περιπτώσεων αιμορραγούν και σχεδόν πάντα η αιμορραγία είναι αρκετά μεγάλη ώστε επίσης απαιτείται νοσηλεία. Η μικρή ποσότητα αίματος που είδατε πιθανότατα οφείλεται στις αιμορροΐδες. Θα ήταν καλό να περιορίσετε την κατανάλωση κρέατος και να αυξήσετε την κατανάλωση τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες όπως σας συμβούλευσε ο γιατρός σας. Τα παραπάνω μέτρα μειώνουν ενδεχομένως τις πιθανότητες των παραπάνω επιπλοκών και έχουν επιπρόσθετα ευεργετικά αποτελέσματα στο πεπτικό σύστημα πέραν της εκκολπωματικής νόσου αλλά και γενικότερα στην υγεία σας.

Προσοχή: Η στήλη αυτή δεν ανακαθιστά 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 Γαστρεντερολόγιο, 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](http://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 λήψης 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 αντικείμενο 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.



## 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

## ΧΟΡΗΓΟΙ ΚΑΙ ΔΩΡΗΤΕΣ μέχρι 05/09/2008

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε :

Ανώνυμος, Τρίπολη	15 €	Λαϊνός Αθανάσιος, Ιωάννινα	25 €	Χατζημηγάς Ιωάννης, Λευκωσία / Κύπρος	50 €
Αλεξιάδης Γεώργιος, Ναύπλιο	40 €	Λυμπερόπουλος Ηλίας, Κηφισιά	15 €	Χατζησάββα Κοκώνα, Ρόδος	20 €
Γεωργούλης Αντώνιος, Αθήνα	80 €	Μοναχή Αγάθη Μπερίνου, Αλιάρτος Βοιωτίας	30 €		
Γιαννακοπούλου Μαρία, Αθήνα	50 €	Μπίλλη Ευδοξία, Μανιάκοι Καστοριάς	15 €		
Γιαννέλος Κώστας, Αθήνα	15 €	Μπουζάκης Ηλίας, Χανιά	20 €		
Γκουβούδης Γεώργιος, Άλιμος	30 €	Νικολάου Παναγιώτα, Λευκωσία Κύπρος	85 €	In Memoriam :	
Δημητρακόπουλος Φώτιος, Αγ. Παρασκευή	50 €	Παιδή Σοφία, Ν. Ηράκλειο	50 €	Τζένη Σίμου, Χαλάνδρι	50 €
Δρόσου Αθανασία, Φάρσαλα	50 €	Παπαδοκωστοπούλου Αλεξάνδρα, Αθήνα	50 €	Μνήμη Γεωργίου Σίμου	
Ευστρατιάδης Νικόλαος, Κόρινθος	200 €	Παρασχόπουλος Ηλίας, Αθήνα	15 €	Οικογένεια Έλλης Δρόσου, Αθήνα	100 €
Ζαχαρή Λένα, Φάρσαλα	50 €	Πασβαντίδης Νικόλαος, Σέρρες	30 €	Μνήμη Πάπης Αχιλλέως Κλιάφα	
Θωμόπουλος Ιωάννης, Βούλα	30 €	Τασσοπούλου Τερψιθέα, Ν. Σμύρνη	15 €	Οικογένεια Νικολάου Θεοδωρίδη, Αγ. Παρασκευή	150 €
Κατερίνη Θεανώ, Πολύγυρος Χαλκιδικής	15 €	Σίμου Ελένη, Φάρσαλα	20 €	Μνήμη Χρυστάλας Κούλουρου	
Κοπιά Παναγιώτα, Αθήνα	15 €	Τσουκαλάς Ιωάννης, Θεσσαλονίκη	50 €	Όλγα Ιγνατιάδου, Αθήνα	50 €
Κουνάδης Γεώργιος, Γλυφάδα	50 €	Υγιών Αναστάσιος, Βύρωνας	20 €	Μνήμη γονέων	
Κυριακίδου Σοφία, Θεσσαλονίκη	15 €	Φίκας Ιωάννης, Αγ. Παρασκευή	50 €		

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