



# ΕΥΕΞΙΑ

## ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΚΩΔΙΚΟΣ 6899

Χριστούγεννα  
& φύση

Ηπατίτιδα C

Συμπληρώματα  
διατροφής

Σακχαρώδης διαβήτης  
& γλυκά

Τρόφιμα για παιδιά  
στο super market



9 771109 741002



Προάγουμε τη θεραπευτική. Βελτιώνουμε τη ζωή.

## ΓΙ' ΑΥΤΟ ΕΙΜΑΣΤΕ ΕΔΩ.

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

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

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



**GILEAD**

Advancing Therapeutics.  
Improving Lives.

# Άρθρο Σύνταξης



Φθάνουμε στο Δεκέμβριο και η προσμονή όλων μεγαλώνει καθώς πλησιάζει η μεγάλη γιορτή των Χριστουγέννων. Το συναίσθημα της αγάπης και της προσφοράς κυριαρχεί μέσα μας μαζί με την ακατανίκητη επιθυμία να βρεθούμε κοντά στους ανθρώπους που αγαπάμε, να διασκεδάσουμε, να χαρούμε, να νιώσουμε το πνεύμα των εορτών. Ενίοτε βέβαια, αυτό εξαντλείται σε ένα καταναλωτικό πάθος και μια αδήριτη ανάγκη ανούσιας σπατάλης. Βλέπετε, όπως επισημαίνει εύστοχα ο κος Αναστασιάδης, τα Χριστούγεννα έχουν αδιαμφισβήτητες ομοιότητες με τα Ρωμαϊκά Σατουρνάλια, που χαρακτηρίζονταν από ατέλειωτη διασκέδαση, γιορτές και δώρα, εορτάζονταν το μήνα Δεκέμβριο, συνδέονταν με το χειμερινό ηλιοστάσιο και αποτελούσαν ύμνο στον ήλιο και το φως.

Η περίοδος των εορτών συνοδεύεται συχνά από διαιτητικές παρεκτροπές. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται από τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη. Διαιτητικά γλυκίσματα υπάρχουν παντού και χρειάζεται μέτρο στην κατανάλωσή τους χωρίς όμως απαγορεύσεις και αποκλεισμούς, όπως εμπεριστατωμένα αναλύει η κα Καγιάφα.

Στο τεύχος αυτό θα βρείτε τρία εξαιρετικά άρθρα που αφορούν τη διατροφή των παιδιών. Η κα Γραμματικάκη παρέχει έναν οδηγό διατροφής για παιδιά μέχρι 2 ετών, τονίζοντας την ανάγκη εξοικείωσης με τις νέες γεύσεις, καθώς πρόσθετες τροφές έρχονται να εμπλουτίσουν το διαιτολόγιο μετά τον 6ο μήνα της ζωής του. Άλλωστε, η ισορροπημένη διατροφή στα πρώτα στάδια της ζωής εξασφαλίζει τη βέλτιστη σωματική και γνωσιακή του ανάπτυξη αλλά και το θωρακίζει έναντι των παραγόντων κινδύνου για χρόνια νοσήματα στην ενήλικη ζωή του. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στο πώς επιλέγουμε τα τρόφιμα για τα παιδιά μας, τονίζει ο κος Παπαμίκος. Σε έρευνα που έγινε στον Καναδά, μόνο το 1% από τα 367 προϊόντα σούπερ μάρκετ που απευθύνονταν σε παιδιά ήταν φρούτα και λαχανικά ενώ το 89% των παιδικών τροφίμων μπορούσε να χαρακτηριστεί ως φτωχής διατροφικής αξίας. Ο ρόλος των γονέων είναι καθοριστικός στη διαμόρφωση των διατροφικών συνθηκών των παιδιών, ιδιαίτερα στη νηπιακή και σχολική ηλικία, επισημαίνει η κα Κωσταρέλλη. Για το λόγο αυτό, οι γονείς πρέπει ενδεχομένως να αποτελούν το επίκεντρο των περισσότερων παρεμβάσεων δημόσιας υγείας που έχουν ως στόχο την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει τάση αυξημένης κατανάλωσης συμπληρωμάτων διατροφής από άτομα της 3ης ηλικίας. Σύμφωνα όμως με τα αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης που περιγράφεται διεξοδικά από τον Κο Παπαμίκιο, η χρήση συμπληρωμάτων βιταμινών δε βοηθά στη μακροζωία των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας και ενδεχομένως εγκυμονεί κινδύνους που δεν έχουν επί του παρόντος προσδιοριστεί επακριβώς.

Μπορεί μια γυναίκα να γυμνάζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης; Πόση και ποια γυμναστική μπορεί να κάνει; Τι πρέπει να προσέχει, τι να αποφεύγει και τι να προτιμά; Σ' αυτά τα ερωτήματα δίνει απαντήσεις η κα Κασσίμη, επισημαίνοντας ότι η διατήρηση μιας καλής φυσικής κατάστασης κατά την κύηση έχει θεαματικά αποτελέσματα όσον αφορά την ενεργητικότητα της γυναίκας ενώ σχετίζεται με πιο σύντομους και λιγότερο επίπονους τοκετούς.

Το άρθρο της κας Καγιάφα εστιάζει στις ορμονικές και σωματικές αλλαγές που εμφανίζονται στις γυναίκες με την επέλευση της εμμηνόπαυσης. Σημαντικές είναι και οι ψυχολογικές επιπτώσεις της περιόδου αυτής, ενώ είναι πολύ πιθανό να εμφανισθεί αύξηση του σωματικού βάρους. Η σωστή διατροφή, με μείωση των θερμίδων και των λιπαρών τροφών και αυξημένη πρόσληψη γαλακτοκομικών, φρούτων και λαχανικών μπορεί να δράσει ευεργετικά.

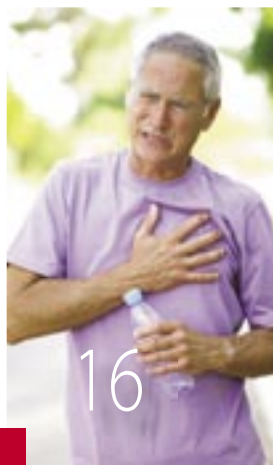
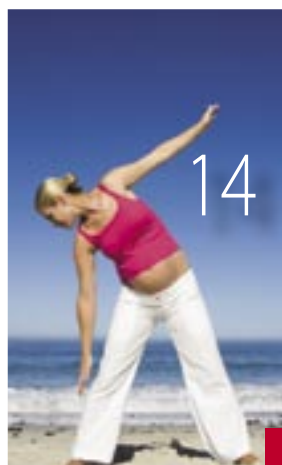
Ο οξύς, αιφνίδιος θωρακικός πόνος δεν είναι πάντοτε καρδιακής αιτιολογίας. Όπως αναλύει ο κος Καρακόιδας, μπορεί να οφείλεται σε παθήσεις του οισοφάγου ή, σπανιότερα, σε πεπτικό έλκος ή χολοκυστοπάθεια. Η αποσαφήνιση της αιτιολογίας του θωρακικού πόνου δεν είναι πάντα εύκολη και μπορεί να χρειασθεί η συνεργασία πολλών ειδικοτήτων για να γίνει η σωστή διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση.

Η χρόνια ηπατίτιδα C αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια χρόνιας ηπατοπάθειας παγκοσμίως. Ο ιός εγκαθίσταται στο ήπαρ προκαλώντας την προοδευτική καταστροφή του, με δυσμενείς συνέπειες για τον ανθρώπινο οργανισμό. Πώς μεταδίδεται όμως ο ιός της ηπατίτιδας C; Προκαλεί συμπτώματα; Υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία; Είναι δικαιολογημένος ο ενθουσιασμός για τα νέα αντι-ιικά φάρμακα; Σε όλα αυτά τα ερωτήματα δίνει σαφείς και πειστικές απαντήσεις το άρθρο του κου Χολόγκιτα.

**Καλή ανάγνωση και καλές γιορτές!**

**Ιωάννης Βλαχογιαννάκος**  
Αναπληρωτής Διευθυντής Σύνταξης

Π Ε Ρ Τ Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α



<i>Άρθρο Σύνταξης</i>	3
<i>Μικρές Ιστορίες</i>	6
<i>Περί Διαίτης: Συμπληρώματα διατροφής</i>	8
<i>Περιβάλλον: "Χριστούγεννα και φύση"</i>	10
<i>Ευεξία: "Γυμναστική &amp; εγκευμοσύνη"</i>	14
<i>Θωρακικός μη καρδιακός πόνος</i>	16
<i>Μικρά &amp; Νόστιμα</i>	20
<i>Νέα φάρμακα για την Ηπατίτιδα C</i>	22
<i>Παιδί &amp; Έφηβος: "Γονείς και παιδική παχυσαρκία"</i>	26
<i>Διατροφή: "Το μωρό μου μεγαλώνει"</i>	30
<i>Περί Διαίτης: "Τρόφιμα για παιδιά στο super market"</i>	34
<i>"Εμμηνόπαυση"</i>	37
<i>Διατροφή: "Σακχαρώδης διαβήτης &amp; γλυκά"</i>	40
<i>Επικοινωνούμε</i>	42
<i>Τα Νέα του Ιδρύματος</i>	44

Διαβάστε στο επόμενο τεύχος για:

Βιοψία ήπατος χωρίς βιοψία  
Όρεξη και έμμηνος ρύση  
Διατροφή και αντιγήρανση  
Αϋπνία και διατροφή  
Διάβρωση οδόντων

Ιδιοκτήτης:  
**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**  
Εκδότης και υπεύθυνος παρά τω νόμω: Δ. Παπαπαναγιώτου,  
Δημοσιογράφος

Έδρα: Πατριάρχου Ιωακείμ 30, 106 75 Αθήνα  
Τηλ. Fax.: 210 72 31 332,  
e-mail: info@eligast.gr  
URL: www.eligast.gr

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**

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

**Εκδοτική επιμέλεια:** GlobalActivitiesKey

**Υπεύθυνη Διαφήμισης:**  
Σοφία Καϊσάκη

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

**Σχεδιασμός & Παραγωγή:** GlobalActivitiesKey

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

Τ Ε Υ Χ Ο Σ 3 4

**Διευθυντής Σύνταξης:** Γεώργιος Β. Παπαθεοδωρίδης, *Γαστρεντερολόγος*

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

**Συντακτική Επιτροπή:** Ιωάννης Δήμακας, *Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος (Περί Διαίτης)*  
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.

# Το Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας & Διατροφής σας εύχεται



## Στο Χόλιγουντ απλώνουν πράσινο χαλί!

## HOLLYWOOD

**Ξέραμε τους πιο καλοντυμένους, τους πιο σέξι και βέβαιοι τους πιο πλούσιους. Υπάρχουν όμως και οι πιο... «πράσινοι». Ο λόγος για τους σταρ του Χόλιγουντ που έχουν συστρατευθεί στο πλευρό του περιβάλλοντος, πιέζοντας από τη θέση τους για την εξεύρεση βιώσιμων λύσεων στις κρίσεις που αντιμετωπίζει ο πλανήτης.**

Και οι τελευταίες αμφιβολίες για το ότι το Χόλιγουντ έχει πραγματοποιήσει «πράσινη» στροφή, διαλύθηκαν κατά την περυσινή τελετή των βραβείων Οσκαρ, οπότε τιμήθηκε με το χρυσό αγαλματίδιο το ντοκιμαντέρ του Αλ Γκορ «Μια Αβολή Αλήθεια». Η ταινία που πραγματευόταν την απειλή που συνιστά η υπερθέρμανση του πλανήτη και η κλιματική αλλαγή, είχε την ανοικτή στήριξη πλειάδας γνωστών ηθοποιών, μεταξύ των οποίων και του Λεονάρντο Ντι Κάπριο, ο οποίος από «βασιλιάς του κόσμου» στον Τιτανικό έχει εξελιχθεί σε απόλυτο «βασιλιά του πράσινου» στις ΗΠΑ. Ως γνωστόν, ο 32χρονος σήμερα σταρ του Χόλιγουντ δεν αρκέστηκε στη στήριξη του Αλ Γκορ, αλλά προχώρησε στη δημιουργία και του δικού του περιβαλλοντικού ντοκιμαντέρ, της γνωστής πια «Ενδέκατης Ωρας» που επίσης έχει αποσπάσει πολλά βραβεία. Ευαίσθητοποιημένος γύρω από τα θέματα του περιβάλλοντος από πολύ νεαρή ηλικία, ο Ντι Κάπριο ζει σήμερα σε σπίτι που λειτουργεί με φωτοβολταϊκά συστήματα, οδηγεί -τι άλλο;- υβριδικό αυτοκίνητο και διακηρύττει παντού την ανάγκη άμεσης δράσης για τη διάσωση του Πλανήτη.

Είναι βέβαιο. Το Χόλιγουντ, η πάλαι ποτέ «πρωτεύουσα» του καταναλωτισμού, αποκτά οικολογική συνείδηση. Οι κινηματογραφικοί αστέρες παρκάρουν τις λιμουζίνες τους για υβριδικά αυτοκίνητα, φορούν ρούχα από κάνναβη, επιλέγουν όλο και πιο «πράσινο» lifestyle, ενώ έχουν στο πλευρό τους και τα μεγάλα στούντιο. Οπως τη Warner Bros, που πρόσφατα εγκατέλειψε τους εντυπωσιακούς, πλην όμως ενεργοβόρους, γυάλινους πύργους της για να μεταφερθεί σε βιοκλιματικούς ουρανοξύστες! Μάλιστα η εταιρία κέρδισε το αργυρό μετάλλιο από το Συμβούλιο Πράσινων Κτιρίων και, κυρίως, μείωσε τη συνολική ενεργειακή κατανάλωση κατά 14%.

Ο Λεονάρντο Ντι Κάπριο πάντως δεν είναι όμως ο μόνος «πράσινος» ηθοποιός. Η λίστα είναι μακριά. Ανάμεσά τους φιγουράρουν οι:

- Πιρς Μπρόσναν, Δεν παίζει πια τον «σκληρό» Τζέιμς Μποντ, αλλά η στάση του απέναντι στα περιβαλλοντικά ζητήματα δεν έχει «μαλακώσει» καθόλου! Μαζί με τη γυναίκα του Κίλι, πρωτοστατούν στο κίνημα για την προστασία των θαλάσσιων θηλαστικών και των ευαίσθητων οικοσυστημάτων. Μάλιστα,

με τη δράση τους κατάφεραν να σταματήσουν την κατασκευή εργοστασίου αφαλάτωσης και να διασώσουν τον τελευταίο τόπο αναπαραγωγής της γκριζας φάλαινας του Ειρηνικού. Οι Μπρόσναν έχουν βραβευθεί για το έργο τους από αμερικανικούς και διεθνείς οργανισμούς.

- Τζορτζ Κλούνεϊ. Εκτός από τον τίτλο του πιο σέξι αμερικανού ηθοποιού, ο Κλούνεϊ κατέχει και αυτόν του πιο ενεργού ακτιβιστή. Στο στόχαστρό του δεν μπαίνουν μόνο όσοι καταστρέφουν το περιβάλλον, αλλά και όσοι ευθύνονται για τη διαιώνιση της φτώχειας στον τρίτο κόσμο κ.α. Τελευταία, οδηγεί το Tango, ένα ηλεκτρικό διθέσιο αυτοκίνητο. Σημειώνεται ότι η «Συρία» του ήταν η πρώτη ταινία που γυρίστηκε χωρίς να μολύνει το περιβάλλον.
- Αντζελίνα Τζολί και Μπραντ Πιτ. Το ζεύγος πρωτοστατεί στον αγώνα για την προστασία του περιβάλλοντος, έχοντας μεταξύ άλλων συμβάλει στη δημιουργία καταφυγίου άγριων ζώων στην Καμπότζη. Ο Μπραντ Πιτ συμμετείχε και στη διαδικασία κατασκευής 20 φιλικών προς το περιβάλλον σπιτιών στη Νέα Ορλεάνη.
- Μπάρμπαρα Στρέιζαντ. Δωρίζει ετησίως 250.000 δολάρια στο Περιβαλλοντικό Αμυντικό Ταμείο.
- Κάμερον Ντίαζ, Σαρλίζ Θερόν, Τζούλια Ρόμπερτς, Τομ Χανκς, Μπέτι Μίντλερ. Όλοι τους οδηγούν υβριδικά αυτοκίνητα, μεταφέροντας το μήνυμα της απεξάρτησης από τα ορυκτά καύσιμα. Η Ντίαζ μάλιστα δήλωσε πρόσφατα ότι προτιμά το Prius από την Πόρσε της, γιατί... «αποφεύγει τις κλήσεις για υπερβολική ταχύτητα». Πιέζει μάλιστα τους σκηνοθέτες να χρησιμοποιούν υβριδικά αυτοκίνητα στις ταινίες που πρωταγωνιστεί.
- Ντάριλ Χάνα. Στο σπίτι της στο Μάλιμπου χρησιμοποιεί αποκλειστικά ηλιακή ενέργεια, ενώ οδηγεί αυτοκίνητο που κινείται με βιοντίζελ.
- Μπο Ντέρεκ. Από τις πιο διάσημες ακτιβίστριες του περιβάλλοντος στο Χόλιγουντ, εργάζεται ως ειδική απεσταλμένη της αμερικανικής κυβέρνησης για την καταπολέμηση της λαθροθηρίας και για την προστασία των ειδών που εκλείπουν.

Εύλογη πάντως είναι η ανησυχία πολλών για το εάν η πράσινη στροφή του Χόλιγουντ αποτελεί απλώς και μόνον μόδα, μια «φούσκα» που αργά ή γρήγορα θα σκάσει. Επιπλέον, η κριτική εστιάζεται και στο ότι η βιομηχανία του θεάματος είναι μία από τις πιο επιβαρυντικές για το περιβάλλον παγκοσμίως! Έρευνα του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνια, χαρακτηριστικά βρήκε ότι οι εκρήξεις των ειδικών εφέ και η χρήση αυτοκινήτων για τις ανάγκες των κινηματογραφικών ταινιών, είναι λιγότερο καταστροφική για το περιβάλλον της Πολιτείας μόνο από την πετρελαϊκή βιομηχανία.





life  
inspiring  
ideas

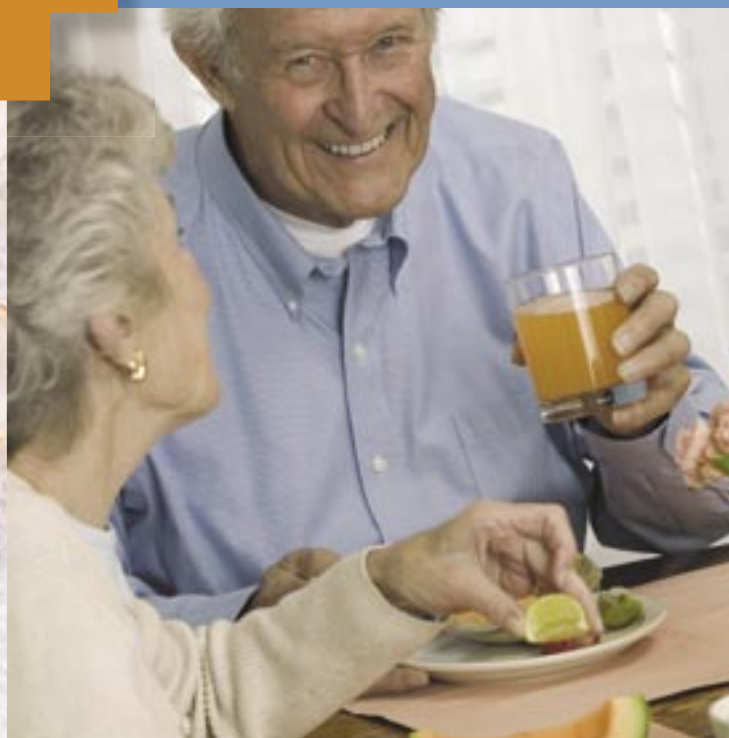
**Αναπτύσσουμε νέα φάρμακα που σώζουν ζωές.**

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.**

Τον Απρίλιο του 2008 μια νέα μελέτη δημοσιεύθηκε έχοντας εξετάσει τον πολυσυζητημένο ρόλο των συμπληρωμάτων διατροφής στην ανθρώπινη υγεία. Διάφορες άλλες μελέτες έχουν διεξαχθεί, αλλά οριστικά συμπεράσματα ακόμα δεν έχουν βγει καθώς τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα. Η συγκεκριμένη μελέτη όμως έβαλε στο στόχαστρο μια ηλικιακή ομάδα στην οποία η λήψη συμπληρωμάτων είναι πολύ συχνή: τα άτομα της τρίτης ηλικίας.



## Συμπληρώματα διατροφής σε ηλικιωμένους:

*νέες ανησυχίες από τη συχνή χρήση τους*

## Μιλώντας πιο απλά, φαίνεται πως τα συμπληρώματα βιταμινών δε βοηθούν στη μακροζωία τούς ανθρώπους που διανύουν την τρίτη ηλικία

Στη συγκεκριμένη μελέτη εξετάστηκαν αρχικά υγιείς άνθρωποι ηλικίας 75 έως 80 ετών σε 15 μικρές ευρωπαϊκές πόλεις, ανάμεσα στις οποίες και δύο ελληνικές. Το ενδιαφέρον της συγκεκριμένης μελέτης ήταν πως παρακολούθησε για 10 χρόνια τους συμμετέχοντες και εξέτασε αν η κατανάλωση συμπληρωμάτων διατροφής οποιουδήποτε θρεπτικού συστατικού μείωσε τη συχνότητα θανάτων οποιασδήποτε παθολογικής αιτίας.

Ενδιαφέρον επίσης έχει το γεγονός πως από μια πρώτη προκαταρκτική έρευνα στις ίδιες πόλεις φάνηκε ότι σε αυτές τις ηλικίες υπάρχει έλλειψη θρεπτικών συστατικών, όπως για τη βιταμίνη Β6, τη βιταμίνη Β12 και τη βιταμίνη Ε. Μόνο 13% των ερωτηθέντων ήταν που έκανε χρήση συμπληρωμάτων διατροφής για την αντιμετώπιση αυτών των ελλείψεων.

Μεγαλύτερη προτίμηση στα συμπληρώματα διατροφής φάνηκε πως είχαν οι καπνιστές. Το γεγονός αυτό φαίνεται λογικό καθώς στο γενικό πληθυσμό μάλλον έχει περάσει η εντύπωση πως οι τυχόν διατροφικές ελλείψεις που δημιουργεί το κάπνισμα μπορούν εύκολα να καλυφθούν από τη χρήση ενός συμπληρώματος. Οι προτιμήσεις του καπνίζοντος κοινού εστίαζαν κυρίως στις βιταμίνες Β1, Β2, Β6 και C.

Η μελέτη αυτή έδειξε πως στα 10 χρόνια παρακολούθησης τα συμπληρώματα διατροφής δεν είχαν καμία ευεργετική δράση στη μείωση των θανάτων οποιασδήποτε αιτίας. Το εύρημα αυτό επαληθεύεται και από άλλες μετα-αναλύσεις μελετών που εξέτασαν την ίδια υπόθεση. Για παράδειγμα, μελέτες που εξέτασαν το ρόλο των συμπληρωμάτων βιταμινών της ομάδας Β στην εξέλιξη της αθηροσκλήρωσης δε βρήκαν καμία προστατευτική δράση. Το ίδιο ισχύει και για μελέτες που εξέτασαν τον ρόλο των αντιοξειδωτικών συμπληρωμάτων στην προστασία έναντι μορφών καρκίνου του γαστρεντερικού σωλήνα, αλλά και των βιταμινών Ε και C έναντι διάφορων μορφών καρκίνου. Επίσης, η χρήση συμπληρωμάτων βιταμινών Α, Ε, C και φυλλικού οξέος για προστασία από τον καρκίνο των πνευμόνων αποδείχθηκε αναποτελεσματική.

Το απογοητευτικό όμως εύρημα της συγκεκριμένης μελέτης ήταν πως η ομάδα των καπνιστών που λάμβαναν συμπληρώματα διατροφής είχαν περισσότερους θανάτους σε σχέση με την ομάδα που κάπνιζε και δεν λάμβανε συμπληρώματα. Άλλες μελέτες με παρόμοια αποτελέσματα, όπως η μελέτη CARET, τερματίστηκαν πρόωρα, ακριβώς

επειδή μετά από 4 χρόνια παρακολούθησης οι σχετικοί κίνδυνοι θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα, από καρδιαγγειακά και από οποιαδήποτε αιτία θανάτου ήταν σημαντικά αυξημένοι στην ομάδα που λάμβανε συνδυασμό β-καροτενίου και βιταμίνης Α σε σχέση με την ομάδα ελέγχου που δεν έπαιρνε τίποτα.

Μια άλλη μελέτη του 2000 βρήκε αυξημένο κίνδυνο για όλες τις μορφές καρκίνου για τους καπνιστές που χρησιμοποιούσαν πολυβιταμινούχα σκευάσματα και για αυτούς που τα χρησιμοποιούσαν σε συνδυασμό με συμπληρώματα βιταμινών Α, C ή Ε. Ακόμα και η μελέτη των Φιλανδών για την πρόληψη του καρκίνου εντόπισε αυξημένο κίνδυνο για αδενώματα σε αυτούς που έκαναν χρήση συμπληρώματος α-τοκοφερόλης. Φυσικά έχουν υπάρξει και μελέτες που έχουν δείξει προστατευτικό ρόλο των συμπληρωμάτων, όπως η μελέτη SUVIMAX που εξέτασε τον ρόλο των συμπληρωμάτων στην προστασία της υγείας υγιών αντρών ηλικίας μεταξύ 45 και 60 ετών. Για να φανεί όμως προστατευτικό αποτέλεσμα σε τέτοιου είδους μελέτες χρειάστηκαν 15 χρόνια παρακολούθησης.

Τέλος, στη Φιλανδική μελέτη ATBC για την πρόληψη του καρκίνου δείχθηκε πως η λήψη συμπληρώματος α-τοκοφερόλης αύξησε τον κίνδυνο εμφάνισης αδενώματος, ενώ ο Watkins και οι συνάδελφοί του έδειξαν πως η λήψη μόνο πολυβιταμινούχων συμπληρωμάτων ή σε συνδυασμό με βιταμίνες Α, C ή Ε αύξησε τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου οποιασδήποτε μορφής σε άτομα που κάπνιζαν.

Ανακεφαλαιώνοντας θα λέγαμε πως η χρήση συμπληρωμάτων στις μεγάλες ηλικίες δε φάνηκε να έχει κάποιο θετικό αποτέλεσμα στη θνητότητα από οποιαδήποτε αιτία. Μιλώντας πιο απλά, φαίνεται πως τα συμπληρώματα βιταμινών δε βοηθούν στη μακροζωία τους ανθρώπους που διανύουν την τρίτη ηλικία. Αντίθετα, ίσως να είναι επιβλαβή για την υγεία τους. Αν σε αυτό συνυπολογίσουμε το γεγονός πως πλέον τα συμπληρώματα βιταμινών, όπως και τα φάρμακα αντιμετώπισης της παχυσαρκίας (ξενικάλ, ρεντουκτίλ, ακόμπλια) θεωρούνται φάρμακα lifestyle και δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, τότε πραγματικά με τα μέχρι στιγμής δεδομένα δε φαίνεται κάποιος λόγος χρησιμοποίησης των συμπληρωμάτων από υγιή άτομα ακόμα και αν αυτά διανύουν την τρίτη ηλικία. Μάλλον εκτός από την υγεία θα επιβαρυνθεί και η τσέπη τους.



«η χρήση του κόσμου υπό του ανθρώπου συνιστά  
έμπρακτον σχέσιν του ανθρώπου με τον Θεόν»

## Που κρύβεται η φύση *στη* Χριστουγεννιάτικη αφήγηση;



Ο τελευταίος μήνας, ο Δεκέμβριος, είναι κατάφορτος με την προσμονή της γιορτής, των Χριστουγέννων. Τη σηματοδοτούν, ήδη από τα μέσα Νοεμβρίου, οι κατάφωτες οδοί, οι πλουμιστές βιτρίνες, η προϊούσα φωταγώγηση των οικιών και τα χαμόγελα όσων έχουν κάποιους ν' αγαπούν και ν' αγαπιούνται. Ήταν πάντα έτσι αυτή η εποχή σε τούτη την περιοχή του κόσμου.

«Το εορταστικό πνεύμα είναι διάχυτο από τη μια άκρη του κόσμου ως την άλλη. Όλοι ξαφνικά θέλουν να ξοδέψουν χρήματα και γίνονται γενναιοδωροι όχι μόνο απέναντι στον εαυτό τους αλλά και για χάρη των άλλων. Δώρα, ατέλειωτα δώρα από όλους προς όλους. Η γιορτή σημαίνει τη διακοπή κάθε είδους εργασίας και απασχόλησης, και ο κόσμος αφήνεται σε ατέλειωτη διασκέδαση. Οι μαθητές το απολαμβάνουν περισσότερο απ' όλους - ούτε δάσκαλοι, ούτε σχολειό». Έτσι περιγράφει ο ρήτορας Λιβάνιος του 4ου αιώνα μ.Χ. το εορταστικό επταήμερο από τις 17 μέχρι τις 23 του Δεκέμβρη, τα ρωμαϊκά Σατουρνάλια.

Τούτη η εποχή του έτους συνδεόταν εορταστικά με το χειμερινό ηλιοστάσιο, το γεγονός μετά το οποίο οι ώρες φωτός αυξάνονται και οι άνθρωποι αρχίζουν να προσμένουν τις θερμότερες ημέρες που θα έρθουν. Είναι η στιγμή που σηματοδοτεί την επάνοδο του ήλιου, του «αήτητου» για τους Ρωμαίους.

Όμως, για τους πρώτους Χριστιανούς οι ημέρες του ηλιοστασίου άργησαν να αποκτήσουν κάποια εορταστική σημασία. Είχαν περάσει τα μέσα του 4ου μ.Χ. αιώνα, όταν η Εκκλησία θέσπισε τη «νέα» γιορτή των Χριστουγέννων, ως ανάμνηση της σαρκικής εμφάνισης του Χριστού. Κι ο Μέγας Βασίλειος την εισήγαγε μόλις το 376 μ.Χ. στην Καισαρεία της Καππαδοκίας.

Τα Θεοφάνεια, δηλαδή η αποκάλυψη της Αγίας Τριάδας στους ανθρώπους, παρέμειναν μάλλον η σημαντικότερη χειμωνιάτικη γιορτή για τον Χριστιανισμό. Η συσχέτιση με ένα φυσικό φαινόμενο, όπως το ηλιοστάσιο (και η οργιώδης διάθεση του εορτασμού του), δεν συμβάδιζε με το συναίσθημα της νέας θρησκείας που επικράτησε τους σκοτεινούς χρόνους που ακολούθησαν την κατάρρευση της Ρωμαϊκής αυτοκρατορίας.

Γενικότερα, στην εκχριστιανισμένη Ευρώπη οι αιώνες μετά την πτώση της Ρώμης συσχετίστηκαν με μια απαξίωση της φύσης και του «φυσικού». Είτε το αποδώσει κανείς στις πολιτικές συνθήκες και τις εθνολογικές μεταβολές, είτε στη νεοπλατωνική φιλοσοφία που θεωρούσε την «ύλη» ασήμαντη έως κακή, είτε στην εξαφάνιση των πολυθειστικών θρησκειών και στο Χριστιανισμό, είναι γεγονός πως η εντολή να «πληρώσουμε και κατακυριεύσουμε» (Γεν. 1, 28) κυριάρχησε της εντολής να «εργαζόμαστε και να φυλάσσουμε» τη γη (Γεν. 2, 15). Και το «τα πάντα εν σοφία εποίησες» πήρε μια πολύ σχετική χροιά...

Παρόλα αυτά, η εποχή των Χριστουγέννων πάντα δίνει αφορμές να επανασυνδεθεί νοηματικά το

θρησκευτικό συναίσθημα με το σεβασμό στη φύση. Για διάφορους λόγους.

Ο πρώτος είναι το ίδιο το περιεχόμενο της γιορτής: μια γέννηση, η γήινη και σαρκική εμφάνιση του Θεανθρώπου ως βρέφος αδύναμο κι ανήμπορο, εξαρτώμενο απ' τη γονεϊκή φροντίδα όπως κάθε άλλο βρέφος οποιουδήποτε είδους ζώου, η πιο απτή επιβεβαίωση της ανάγκης να προστατευτεί το υλικό σώμα προκειμένου να ζήσει, να υπάρξει η ζωή.

Ο δεύτερος λόγος, ίσως εξίσου σημαντικός, είναι η συμβολική απεικόνιση της στιγμής της Γέννησης, η εικόνα που έρχεται στο νου μας όταν την σκεφτόμαστε. Η εικόνα μας –όλων όσων μεγαλώνουμε μέσα στην ορθόδοξη παράδοση– διατηρεί αμυδρά πολλά στοιχεία από αυτό που περιγράφει γλαφυρά ο Φώτης Κόντογλου ως τον τύπο απεικόνισης της Γέννησης στους βυζαντινούς:

«Η ύλη δεν είναι εχθρός του πνεύματος και το σώμα δεν είναι φυλακή της ψυχής» λέει ο Αναστάσιος Αλβανίας

«Στη μέση στέκεται ένα σπήλαιο σαν από κρουστάλλινα βράχια περισκεπασμένο. Μέσα στο μαύρο άνοιγμά του είναι μια φάτνη και μέσα βρίσκεται ένα μωρό φασκωμένο, ο Χριστός, κι αποπάνω του τον αχνίζουσε με το χνώτο τους ένα βόδι κι ένα γαϊδούρι είτε άλογο. Η Παναγία είναι ξαπλωμένη πλάγι στο τέκνο της, επάνω σε ένα στρωσίδι, όπως συνηθίζουσε στην Ανατολή. Στο απάνω μέρος από τα δεξιά είναι χορός Αγγέλων σε στάση δεήσεως, ενώ από τ' αριστερά ένας άλλος Άγγελος, με φτερά ανοιχτά, μιλά με τους τσομπάνηδες σαν να τους λέγει τη χαροποιά είδηση. Στο κάτω μέρος από τα δεξιά παριστάνεται ο γερο-Ιωσήφ καθισμένος σ' ένα κοτρόνι και συλλογίζεται με το κεφάλι ακουμπισμένο στο χέρι του (...). Μπροστά του στέκεται ένας γέρος τσομπάνης ακουμπισμένος στο ραβδί του, ντυμένος με προβιά, και του μιλά (...). Γύρω τους κι απάνω στις ραχούλες βοσκάνε πρόβατα, κάθονται ξαπλωμένα και δυό-τρία μαντρόσκυλα. Ένας τσομπάνης



*αρμέγει. Πίσω από τη σπηλιά φαίνονται μέσα στα βουνά οι τρεις μάγοι καβαλλικεμένοι στ' άλογα, ο ένας σε άσπρο, ο άλλος σε μαύρο κι ο άλλος σε κόκκινο».*

Κι αν οι καιροί μας είναι πολύ διαφορετικοί, και είναι δύσκολο να ταυτιστούμε πια με τα βουκολικά στοιχεία, μας ακουμπάει πάντα η εικόνα του γήινου σπηλαίου και της στρωμένης με άχυρο φάτνης. Όμως αν εστιάσουμε στο βρέφος, προβάλλει με ένταση η ζωοφόρος θαλπωρή του γαϊδουριού και του βοδιού. Τι κι αν επιλέχθηκαν ζώα εργασίας, χρηστικά; Είναι τα ζώα, κι όχι η φωτιά, που περιέθαλψαν το βρέφος τις πρώτες του στιγμές, που συνχωνώθηκαν μαζί του, προσφέροντάς του τη ζεστασιά της ζωικής ενέργειας.

Η περισυλλογή στα φυσικά στοιχεία της τυπικής βυζαντινής απεικόνισης της Γέννησης ίσως βοηθήσει να εισπράξουμε το οικολογικό μήνυμα που εκπέμπουν τα τελευταία χρόνια ορισμένοι ορθόδοξοι ιεράρχες.

Που λένε πως, για την ορθόδοξη θεολογία, ποτέ δεν καταλύθηκε η ενότητα της κτίσης, δεν υιοθετήθηκε το σχίσμα μεταξύ του πνεύματος και της ύλης. «*Η ύλη δεν είναι εχθρός του πνεύματος και το σώμα δεν είναι φυλακή της ψυχής*» λέει ο Αναστάσιος Αλβανίας.

Κι από την άλλη, ο Οικουμενικός Πατριάρχης μπορεί να δέχεται ότι τα φυσικά στοιχεία διαβαθμίζονται ως προς την αξία και ότι ο λόγος της δημιουργίας της κτίσης έγκειται στην εξυπηρέτηση του ανθρώπου. Αλλά παράλληλα λέει ότι για την ορθοδοξία η φύση είναι αξία σεβασμού επειδή είναι δημιούργημα του Θεού, και «*η χρήση του κόσμου υπό του ανθρώπου συνιστά έμπρακτον σχέσηιν του ανθρώπου με τον Θεόν*», δηλαδή κομμάτι της προσωπικής μας σχέσης με Αυτόν. Μία θεολογική θεώρηση που κατά τον Οικουμενικό Πατριάρχη αποδίδει στη φύση σημαντικό νόημα, λόγω «*της ανάγκης του ανθρώπου να αγαπά και να αγαπάται εν τω πλαισίω σχέσεως προσωπικής*».

Αυτή η θεολογική αναζήτηση της σχέσης ανθρώπου - φύσης μας φέρνει στον τρίτο λόγο συσχέτισης των Χριστουγέννων με την οικολογία. Ο λόγος αυτός είναι ο Άγιος Βασίλης. Όχι βέβαια ο φερμένος απ' το Βορά ευτραφής κύριος που ντύθηκε το 1931 με τα χρώματα γνωστού αναψυκτικού και έκτοτε εξυπηρετεί τις καταναλωτικές επιθυμίες της χειμωνιάτικης περιόδου. Αλλά ο Μέγας Βασίλειος, που το 370 μ.Χ. με τις ομιλίες του «της Εξαήμερου» έδωσε μια σοφή λύση στις προβληματικές σχέσεις της θρησκείας με την επιστήμη. Τι είπε; Εν ολίγοις, πως «άλλο το ποιος έκανε

τον κόσμο και άλλο το πώς έγινε ο κόσμος». Και ότι για το «πώς», υπεύθυνη είναι κυρίως η επιστημονική έρευνα. Ετούτη η λύση έχει δώσει τη δυνατότητα στην ορθοδοξία να αποδέχεται τις κατακτήσεις της λογικής και της επιστήμης –όπως τη θεωρία της εξέλιξης και τη κβαντική φυσική– και έτσι να έχει τη δυνατότητα να παρακολουθεί τα οικολογικά ζητήματα κατανοώντας τα στις αληθινές τους διαστάσεις.

*Παρόλα αυτά, η εποχή των Χριστουγέννων πάντα δίνει αφορμές να επανασυνδεθεί νοηματικά το θρησκευτικό συναίσθημα με το σεβασμό στη φύση. Για διάφορους λόγους.*

Υπάρχει τέλος κι ένας ακόμα λόγος συσχέτισης των Χριστουγέννων με τη φύση. Κι έχει κι αυτός σχέση με την αλήθεια όπως την αποκαλύπτουν οι επιστήμες, οι κοινωνικές εν προκειμένω. Που μελετώντας τα τελευταία χρόνια τα λεγόμενα «οικονομικά της ευτυχίας», τεκμηριώσαν πως η τακτική συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες (όπως ο εθελοντισμός, ο εκκλησιασμός, κλπ) και η ύπαρξη φίλων, συγγενών, κλπ, δηλαδή, με μια κουβέντα, μια πλούσια κοινωνική ζωή, συσχετίζεται πολύ έντονα με το πόσο ευτυχισμένοι νιώθουμε. Μάλιστα, οι άνθρωποι υποτιμούμε συστηματικά τη μεγάλη αξία που έχουν για να νιώθουμε ευτυχισμένοι οι κοινωνικές μας σχέσεις, ενώ υπερτιμούμε την αξία που έχει η αυξημένη κατανάλωση υλικών αγαθών.

Αν όμως είναι έτσι τα πράγματα, κι αυτή είναι η πραγματική μας φύση, τότε δεν υπάρχει κανένας λόγος τα Χριστούγεννα να αισθανόμαστε το χρέος της κατανάλωσης. Γιατί η ουσία της γιορτής είναι η κοινωνία και η διασκέδαση με τους ανθρώπους που αγαπούμε, το ξεφάντωμα ως ευχαριστία που υπάρχουμε και που μπορούμε να βρισκόμαστε, η προσφορά αγάπης κι επικοινωνίας. Και, σε αντίθεση με τ' αναρίθμητα δώρα κάτω από ολόφωτα δεντράκια, η προσφορά αγάπης είναι και φιλική στο περιβάλλον...

# Δεν είμαστε ειδικοί στις φωτογραφίες.



*Φροντίζουμε όμως να βγαίνουν  
«φωτεινές».*

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



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

# Πόση και ποια γυμναστική μπορώ να κάνω κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης;

*Τι πρέπει να  
προσέχω, τι να  
αποφεύγω και τι να  
προτιμώ;*

Περιμένετε παιδιά και νομίζετε ότι η αύξηση βάρους και η κούραση είναι φυσικά επακόλουθα κάθε εγκυμοσύνης; Ο τρόπος που αισθάνεται και φαίνεται μία γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και όταν γίνει πλέον μητέρα είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τις διατροφικές συνήθειες και το βαθμό άσκησης που ακολουθούνται κατά τη διάρκεια της κύησης. Πλήρης και ισορροπημένη διατροφή, χωρίς υπερβολές αλλά και συστηματικά άσκηση μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά τη φυσική σας κατάσταση ενώ προετοιμάζει τον οργανισμό για την διαδικασία του τοκετού. Αποτελεί μύθο παλαιότερων εποχών ότι οι γυναίκες σε κατάσταση εγκυμοσύνης πρέπει να απέχουν από κάθε είδος άσκησης. Η διατήρηση μιας καλής φυσικής κατάστασης κατά την κύηση έχει θεαματικά αποτελέσματα όσον αφορά στην ενεργητικότητα της γυναίκας, ενώ επιστημονικές μελέτες συνδέουν τη γυμναστική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με πιο σύντομους και λιγότερο επίπονους τοκετούς.

# Τι πρέπει να προσέχω, τι να αποφεύγω και τι να προτιμώ;

## Μύθοι και πραγματικότητες γύρω από τη γυμναστική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης:

Είναι μύθος ότι δεν πρέπει ποτέ να ξεπερνάνε οι σφυγμοί της εγκύου τους 130 παλμούς το λεπτό όταν γυμνάζεται. Δεν υπάρχει σφυγμός – στόχος για την κάθε γυναίκα. Οι γιατροί επισημαίνουν ότι τα όρια επικινδυνότητας των σφυγμών διαφέρουν από άτομο σε άτομο, γεγονός το οποίο ισχύει ακόμη περισσότερο για κάθε έγκυο γυναίκα. Η κάθε εγκυμοσύνη είναι διαφορετική και ο οργανισμός της κάθε γυναίκας αντιδρά διαφορετικά στην κύηση.

Είναι μύθος ότι οι γυναίκες δεν πρέπει να εξασκούν τους κοιλιακούς τους μύες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η ενίσχυση των κοιλιακών μυών είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την εγκυμοσύνη, καθώς διευκολύνει το σώμα να κρατά το επιπλέον βάρος, ενώ αποτελεί «χείρα βοηθείας» κατά τη διάρκεια του τοκετού. Ωστόσο, μετά το πρώτο τρίμηνο της κύησης η γυναίκα πρέπει να αποφεύγει να κάνει κοιλιακούς ξαπλωμένη, αλλά μπορεί να κάνει ασκήσεις όπως τα βαθιά καθίσματα που γυμνάζουν τους κοιλιακούς.

Σε κάθε περίπτωση επικοινωνήστε και συζητήστε με το γιατρό που σας παρακολουθεί την πρόθεση να ξεκινήσετε ή να συνεχίσετε να γυμνάζετε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Δεν υπάρχει κανείς πιο αρμόδιος από τον γυναικολόγο σας.

## Αν δεν έχω γυμναστεί ποτέ μπορώ να ξεκινήσω πρόγραμμα άσκησης μαζί με την εγκυμοσύνη;

Όσο υπάρχει μέτρο, έλεγχος και συστηματική παρακολούθηση στην άσκηση, τότε δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα. Καλό θα ήταν σε αυτή την περίπτωση να ξεκινήσετε την άσκηση πολύ αργά και να φροντίζετε σε κάθε περίπτωση να μην εξαντλείτε τις δυνάμεις σας.

## Τι πρέπει να προσέχω;

Μάθετε επίσης να «ακούτε» το σώμα σας. Συνήθως το ανθρώπινο σώμα είναι σε θέση να σας δώσει δείγματα

γραφής. Δηλαδή όταν αισθάνεστε έντονη κόπωση σημαίνει ότι ήρθε η ώρα να σταματήσετε. Ποτέ μην ασκείστε μέχρις εξάντλησης και μέχρι να σας κοπεί η αναπνοή. Τη στιγμή που θα σας «κοπεί» η ανάσα σημαίνει ότι ούτε το έμβρυο αλλά ούτε εσείς λαμβάνετε τις απαραίτητες ποσότητες οξυγόνου.

Μην ξεχνάτε να κάνετε συχνά διαλείμματα κατά τη διάρκεια της γυμναστικής και κυρίως να λαμβάνεται πολλά υγρά όσο γυμνάζεστε. Αποφεύγετε τη γυμναστική όταν η θερμοκρασία είναι πολύ υψηλή.

Φροντίστε να φοράτε ρούχα και παπούτσια που είναι άνετα τα οποία δεν περιορίζουν τις κινήσεις σας. Οσον αφορά στα παπούτσια, είναι χρήσιμο να στηρίζουν τον αστράγαλό σας. Αν τρέχετε ή κάνετε ποδήλατο, αποφεύγετε το βραχώδες ή ασταθές έδαφος. Οι κλειδώσεις σε όλο σας το σώμα είναι πολύ πιο ευαίσθητες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και υπάρχει σοβαρή πιθανότητα τραυματισμού σας. Προτιμάτε πιο ελεγχόμενες επιφάνειες, με πιο προβλέψιμους κινδύνους. Καλό θα ήταν να αποφεύγετε τα αθλήματα που επιβάλλουν σωματική επαφή μεταξύ αθλητών, ή τη δική σας στενή επαφή με κάποιο όργανο. Είναι πολύ σημαντικό κατά τη διάρκεια της κύησης να έχετε τον απόλυτο έλεγχο των κινήσεων σας, ώστε να μπορείτε να αποφεύγετε και τους πιθανούς κινδύνους. Σε περίπτωση που σηκώνετε βάρη πρέπει το πρόγραμμά σας να μην προβλέπει ενδυνάμωση αλλά σύσφιξη του μυϊκού συστήματος. Σε καμία περίπτωση μην σηκώσετε βάρη πάνω από το κεφάλι σας και μην κάνετε ασκήσεις που επιβαρύνουν το κάτω μέρος της πλάτης σας. Μετά το πρώτο τρίμηνο της κύησης αποφεύγετε ασκήσεις που απαιτούν να είστε ξαπλωμένη ανάσκελα, διότι περιορίζεται με αυτό τον τρόπο η ροή αίματος στη μήτρα. Μην ξεχνάτε ποτέ να κάνετε ζέσταμα, τέντωμα και χαλάρωση πριν και μετά από κάθε πρόγραμμα γυμναστικής.

Στην περίπτωση που ακολουθούσατε πριν την εγκυμοσύνη κάποιο πρόγραμμα εκγύμνασης, το πιθανότερο είναι να μπορείτε να το συνεχίσετε έως ένα βαθμό και με κάποιες περιορισμένες τροποποιήσεις.





## Θωρακικός πόνος ακαθόριστης προέλευσης

### Εισαγωγή - Ορισμός

Ο όρος «**θωρακικός πόνος ακαθόριστης προέλευσης (ΘΠΑΠ)**» χρησιμοποιείται για να περιγράψει τα υποτροπιάζοντα επεισόδια οξέος πόνου ηρεμίας στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, με ασυμπτωματικά μεσοδιαστήματα, εφόσον ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος για οξεία καρδιαγγειακά, πνευμονολογικά και γαστρεντερικά νοσήματα είναι αρνητικός.

Ο ορισμός αυτός υιοθετήθηκε πρόσφατα και αντικατέστησε τον όρο

«**θωρακικός πόνος μη καρδιακής αιτιολογίας (non cardiac chest pain)**».

Πρόκειται για αρκετά συχνή κλινική οντότητα που αφορά περίπου το ένα τέταρτο του ενήλικα πληθυσμού στις Η.Π.Α. Ερευνητικές μελέτες έχουν δείξει ότι το πρόβλημα αυτό επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με εξίσου αντίστοιχες επιπτώσεις στο σύστημα υγείας και συχνές προσελεύσεις στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων.

## Αιτιολογία

Η διερεύνηση του ΘΠΑΠ απαιτεί τον αποκλεισμό αρχικά της **καρδιαγγειακής προέλευσης του πόνου**. Ως εκ τούτου, ο καρδιολογικός έλεγχος πρέπει να προηγείται και να περιλαμβάνει κλινική εξέταση του ασθενή, ηλεκτροκαρδιογράφημα ηρεμίας, δοκιμασία κόπωσης, σπινθηρογράφημα με θάλιο και/ή στεφανιογραφία. Στις περιπτώσεις που τα αποτελέσματα είναι αρνητικά, ο καρδιολόγος συνήθως παραπέμπει τον ασθενή στο γαστρεντερολόγο για τον περαιτέρω διαγνωστικό έλεγχο.

**Ο οισοφάγος** είναι η συνηθέστερη αιτία του ΘΠΑΠ, χωρίς πάντοτε ο ασθενής να έχει οισοφαγική νόσο με την τυπική έννοια του όρου. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών έχει είτε **γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ)**, είτε **παθολογική οισοφαγική κινητικότητα**. Η ΓΟΠ προκαλεί συνήθως οπισθοστερνικό πόνο καυστικού χαρακτήρα που μπορεί να υφίσταται με τη λήψη αντιόξινων, ενώ στηθαγικός πόνος μπορεί να εκδηλωθεί με την έντονη κόπωση ή κατά τη διάρκεια δοκιμασίας κόπωσης. Αντίθετα, ο πόνος από οισοφαγική κινητική διαταραχή είναι οπισθοστερνικός πόνος ηρεμίας, συσφιγκτικού χαρακτήρα που μπορεί να αντανάκλα σε όλο το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, στη ράχη ή την κάτω γνάθο, συχνά αφυπνίζει τον ασθενή και διαρκεί από λίγα λεπτά έως και ώρες. Αν και υφίσταται με τη λήψη κανονικής θερμοκρασίας ύδατος ή στερεού βλωμού, μπορεί να απαιτήσει χορήγηση νιτρωδών ή νιφεδιπίνης. Όχι σπάνια συνυπάρχουν και άλλα οισοφαγικά συμπτώματα (καύσος, δυσφαγία, αναγωγές). Συχνά όμως στην κλινική πράξη ο οισοφαγικός πόνος δεν έχει κανένα ειδικό χαρακτηριστικό και είναι δύσκολο να διαχωριστεί από τον στηθαγικό πόνο.

Οι συχνότερες κινητικές διαταραχές (ευθύνονται για το 30% των ασθενών με ΘΠΑΠ) που εκδηλώνονται με θωρακικό πόνο είναι ο **συμπτωματικός περισταλτισμός (ΣΠ)** (symptomatic peristalsis), ο **οισοφάγος καρυοθραύστης (ΟΚ)** (nutcracker esophagus), ο **υποτονικός κατώτερος οισοφαγικός σφικτήρας (ΚΟΣ)** και **οι μη ειδικές κινητικές διαταραχές (ΜΕΚΔ)**. Άλλες λιγότερο συχνές κινητικές διαταραχές που μπορεί να εκδηλωθούν με οπισθοστερνικό πόνο είναι η **αχαλασία οισοφάγου** (ως πρώιμο σύμπτωμα πριν την εκδήλωση δυσφαγίας), ο **διάχυτος οισοφαγικός σπασμός** και ο **υπερτονικός ΚΟΣ**.

Το **πεπτικό έλκος** και η **χολοκυστοπάθεια** μπορεί να αποτελέσουν άλλες αιτίες ΘΠΑΠ γαστρεντερικής προέλευσης. Τέλος, επώδυνα σύνδρομα του θωρακικού τοιχώματος, όπως **οστεοχονδρίτιδα, σύνδρομο του στέρνου, ξιφοδυνία** ευθύνονται για το 10% των ασθενών με ΘΠΑΠ και πρέπει να αποκλεισθούν με τη σωστή κλινική εξέταση.

Όσον αφορά την παθολογία του οισοφαγικής προέλευσης ΘΠΑΠ, οι ειδικοί μηχανισμοί πρόκλησης δεν είναι ακριβώς γνωστοί. Έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες όπως η υπερευαίσθησία στο οξύ, η σπλαχνική υπερευαίσθησία, οι κινητικές διαταραχές, ο ερεθισμός των υποδοχέων θερμοκρασίας, η διάταση του οισοφάγου, η συνύπαρξη θωρακικού πόνου και συνδρόμου ευερέθιστου

εντέρου. Ο Goyal συνόψισε γλαφυρά τις απόψεις σχετικά με την παθολογία του ΘΠΑΠ χρησιμοποιώντας την παρομοίωση της «φωτιάς στο θέατρο». Ο συναγερμός της φωτιάς (θωρακικός πόνος) μπορεί να πυροδοτηθεί από πραγματική φωτιά (ΓΟΠ ή σπαστική κινητική διαταραχή), από ενεργοποίηση του ευαίσθητου συναγερμού από καπνό (σπλαχνική υπεραλγησία) ή από έναν ψευδή συναγερμό χωρίς φωτιά ή καπνό (ψυχοκοινωνικοί παράγοντες). Είναι πιθανό, σε κάθε ασθενή, μερικοί από τους παράγοντες αυτούς να συνυπάρχουν και να αλληλεπιδρούν.

## Διαγνωστική προσέγγιση

Η διερεύνηση του ΘΠΑΠ απαιτεί ορθολογική προσέγγιση, επίπονη προσπάθεια και εμπειριστατωμένο έλεγχο. Η αιτιολογική διάγνωση είναι αναγκαία, όχι μόνο για την αποτελεσματική-στοχευμένη θεραπεία, αλλά και για την επίλυση του ψυχολογικού προβλήματος που αντιμετωπίζει ο ασθενής που επισκέπτεται ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων για την επίλυση του προβλήματος που αντιμετωπίζει. Μετά τον αποκλεισμό της καρδιαγγειακής νόσου, ο γαστρεντερολόγος εστιάζει πρωτίστως στα νοσήματα του οισοφάγου που μπορούν να εκδηλωθούν με θωρακικό πόνο.

Η **προσεκτική λήψη του ιστορικού** και η **ενδεδειγμένη κλινική εξέταση** αποτελούν τα πρώτα βήματα διαγνωστικής προσέγγισης ασθενούς που προσέρχεται αιτιώμενος ΘΠΑΠ. Η **μανομετρία οισοφάγου** και η **24ωρη πεχαμετρία** αποτελούν τα επόμενα βήματα, αν και στις περισσότερες περιπτώσεις η **ενδοσκόπηση του ανωτέρου πεπτικού** αποτελεί τη συνηθέστερη πρώτη εξέταση. Επί **συνύπαρξης δυσφαγίας** υπάρχει ένδειξη για έλεγχο του οισοφάγου με **βαριούχο γέυμα**, ενδοσκόπηση και/ή μανομετρία, λόγω της αυξημένης πιθανότητας οισοφαγικής στένωσης ή μείζονος κινητικής διαταραχής, όπως η αχαλασία και ο διάχυτος οισοφαγικός σπασμός (ΔΟΣ). Η διενέργεια **υπερηχογραφικού ελέγχου άνω κοιλίας** είναι απαραίτητη για τον αποκλεισμό πιθανής χολοκυστοπάθειας.

Λόγω της αυξημένης συσχέτισης της γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου (ΓΟΠΝ) με τον ΘΠΑΠ, είναι λογικό η πρώτη προσέγγιση να κατευθυνθεί προς αυτή την πιθανότητα. Σε ασθενείς με κλινική υποψία ΓΟΠΝ (οπισθοστερνικό καύσος, υποχώρηση με λήψη αντιόξινων, πρόκληση πόνου στην κατάκλιση ή ύστερα από τη λήψη συγκεκριμένων γευμάτων) συνιστάται **δοκιμασία χορήγησης αναστολέων αντλίας πρωτονίων (ΑΑΠ)**. Επί θετικής ανταπόκρισης η αγωγή πρέπει να συνεχισθεί, ενώ σε μη ανταπόκριση οι ασθενείς πρέπει να υποβληθούν σε ενδοσκόπηση και πεχαμετρία υπό αγωγή για να αποκλεισθεί η περίπτωση ανθεκτικής ΓΟΠΝ. Η **παθολογική 24ωρη πεχαμετρία** μπορεί να τεκμηριώσει τη διάγνωση, αλλά αυτό προϋποθέτει τη διαπίστωση χρονικής συσχέτισης των επεισοδίων παλινδρόμησης με την εκδήλωση θωρακικού πόνου. Σε ορισμένες μελέτες ο συνδυασμός **24ωρης πεχαμετρίας με δοκιμασία κόπωσης με ή χωρίς ταυτόχρονο ΗΚΓ** αυξάνει τη διαγνωστική ακρίβεια



(παλινδρομικά επεισόδια σχετιζόμενα με την κόπωση). Εάν αποκλεισθεί η ΓΟΠΝ ή τα συμπτώματα δεν είναι συμβατά με παλινδρομική νόσο, η επόμενη εξέταση εκλογής είναι η **μανομετρία οισοφάγου** για την αναζήτηση πιθανής κινητικής διαταραχής (20-50% στις γενόμενες μελέτες). Εκτός από την τυπική αχαλασία και το διάχυτο οισοφαγικό σπασμό, όπου η συσχέτιση του πόνου με τα παθολογικά μανομετρικά ευρήματα είναι ισχυρή, η συνήθης υπερσυσπαστικότητα του οισοφάγου (οισοφάγος καρυοθραύστης ή μη ειδικές κινητικές διαταραχές) υποδηλώνει απλώς την πιθανή οισοφαγική προέλευση του πόνου.

Η απουσία πόνου κατά την καταγραφή παθολογικών συσπάσεων κατά τη διάρκεια της μανομετρίας επιβάλλει τη διενέργεια δοκιμασιών πρόκλησης με ειδικά οισοφαγικά ερεθίσματα. Η **ενδοοισοφαγική έγχυση διαλύματος HCl 0,1N (Bernstein test)** και η **ενδοφλέβια χορήγηση εδροφωνίου (Tensilon test)** είναι οι ευρύτερα χρησιμοποιούμενες. Η θετική δοκιμασία έγχυσης οξέος υποδηλώνει ευαισθησία του οισοφάγου στο οξύ και έχει υψηλή ειδικότητα (90%), αλλά χαμηλή ευαισθησία (30-40%). Στη θετική δοκιμασία εδροφωνίου προκαλείται οισοφαγικός πόνος ανεξάρτητα από την καταγραφή ή όχι παθολογικών συσπάσεων. Η μέθοδος έχει χαμηλή ευαισθησία, αλλά η πρόκληση πόνου τεκμηριώνει την οισοφαγική προέλευση του πόνου.

Επί απουσίας συσχέτισης του πόνου με οισοφαγικά και καρδιαγγειακά αίτια, η **ψυχιατρική/ψυχολογική διερεύνηση** του ασθενή είναι απαραίτητη.

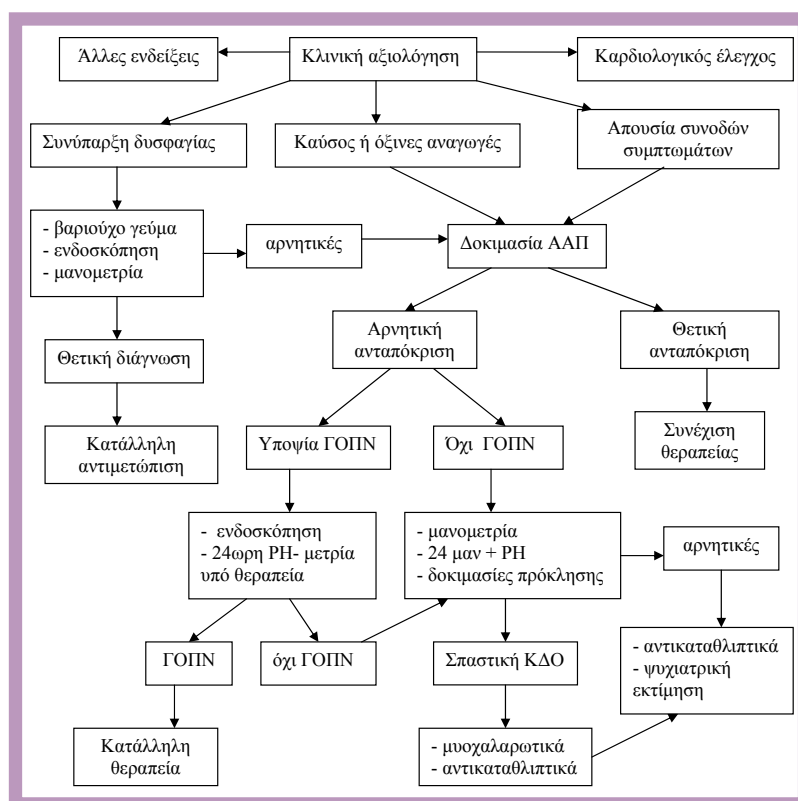
Στο διάγραμμα απεικονίζεται συνοπτικά ο **διαγνωστικός αλγόριθμος των ασθενών με ΘΠΑΠ**.

## Θεραπευτικοί χειρισμοί

Η ανάδειξη συγκεκριμένης νοσολογικής οντότητας που προκαλεί το θωρακικό πόνο επιβάλλει την έναρξη της ενδεδειγμένης θεραπευτικής αγωγής (αναστολείς ιόντων πρωτονίων σε ΓΟΠΝ, διαστολή/μυστομή σε αχαλασία). Στις υπόλοιπες περιπτώσεις, η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών και η διαβεβαίωσή τους για τη λειτουργική φύση του πόνου και την απουσία οργανικής νόσου μπορούν να δράσουν ευεργετικά. Ενίοτε μπορεί να απαιτηθεί η εφαρμογή ψυχοθεραπείας. Σε κάποιες περιπτώσεις επιχειρείται η χορήγηση συμπτωματικής θεραπευτικής αγωγής, ιδίως στους ασθενείς που εμφανίζουν επίμονα συμπτώματα και η ποιότητα ζωής τους επηρεάζεται σημαντικά. Έχουν χρησιμοποιηθεί μυοχαλαρωτικά, όπως νιτρώδη, αντιχολινεργικά, υδραλαζίνη, νιφεδιπίνη, βεραπαμίλη και διλτιαζέμη, με αμφίβολα όμως αποτελέσματα. Επίσης, για την αντιμετώπιση του λειτουργικού οισοφαγικού πόνου έχουν χρησιμοποιηθεί η θεοφυλλίνη, η κεταμίνη και η τραζοδόνη (ψυχοτρόπο φάρμακο).

## Συμπεράσματα

Ο χειρισμός ασθενών με ακαθόριστης προέλευσης θωρακικό πόνο δεν είναι συνήθως ευχερής και παρουσιάζει πολλές ιδιαιτερότητες. Απαιτείται η συνεργασία ευαισθητοποιημένων στο αντικείμενο καρδιολόγου, γαστρεντερολόγου και ψυχιάτρου/ψυχολόγου προκειμένου να αποφευχθεί η υποεκτίμηση του κλινικού προβλήματος, αλλά και παράλληλα να γίνει η σωστή διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση.





Η ευχή  
σας...  
ευθύνη  
μας

**NYCOMED**

NYCOMED HELLAS S.A.

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

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

## Πενταετής κίνδυνος καρκίνου παχέος εντέρου μετά από αρνητική κολonosκόπηση

Η κολonosκόπηση αποτελεί ευρέως αποδεκτή μέθοδο προσυμπτωματικής διάγνωσης καρκίνου του παχέος εντέρου και προκαρκινικών πολυπόδων. Οι τρέχουσες συστάσεις πρόληψης για το γενικό πληθυσμό είναι κολonosκόπηση αναφοράς στην ηλικία των 50 ετών και επί αρνητικών ευρημάτων επανάληψη μετά δέκα έτη. Εντούτοις, δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα που να τεκμηριώνουν το ασφαλές χρονικό διάστημα μέχρι την επόμενη κολonosκόπηση. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *New England Journal of Medicine* (2008;359:1218-24), εκτιμήθηκε ο κίνδυνος ανάπτυξης νεοπλασιών του παχέος εντέρου μετά παρέλευση πέντε ετών από αρχικά αρνητική κολonosκόπηση. Στη μελέτη συμμετείχαν ασθενείς χωρίς αδενώματα στην αρχική κολonosκόπηση, οι οποίοι επανήλθαν για δεύτερη κολonosκόπηση μετά παρέλευση 5 ετών. Συνολικά 1256 ασθενείς υποβλήθηκαν σε δεύτερη κολonosκόπηση σε 5.34±1.34 έτη. Η μέση ηλικία των ασθενών κατά την αρχική κολonosκόπηση ήταν 56.7 έτη, με μικρή υπεροχή στους άρρενες (56.7%). Στη δεύτερη κολonosκόπηση δεν ανιχνεύτηκε κανένας καρκίνος (95% CI 0-0.24%). Ένα ή περισσότερα αδενώματα βρέθηκαν σε 201 ασθενείς (16%), ενώ 19 προχωρημένα αδενώματα, εκ των οποίων τα 10 ήταν μετά τη σπληνική καμπή, ανιχνεύτηκαν σε 16 ασθενείς. Ο κίνδυνος προχωρημένου αδενώματος δε διέφερε σημαντικά μεταξύ των ασθενών χωρίς πολύποδες στην αρχική κολonosκόπηση σε σχέση με αυτούς με υπερπλαστικούς πολύποδες (1.1% έναντι 2.0%, P=0.30). Οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες παρουσίασαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης οποιουδήποτε (σχετικός κίνδυνος 1.88; 95% CI 1.42-2.51) ή προχωρημένου αδενώματος (σχετικός κίνδυνος 3.31; 95% CI 1.02-10.8). Συμπερασματικά, σε ασθενείς χωρίς ενδείξεις νεοπλασίας παχέος εντέρου σε κολonosκόπηση, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου εντός πενταετίας είναι εξαιρετικά χαμηλός. Ο κίνδυνος ανάπτυξης προχωρημένου αδενώματος είναι επίσης χαμηλός, αν και είναι υψηλότερος στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Συνεπώς, με ασφάλεια μπορεί να συσταθεί επαναληπτική κολonosκόπηση μετά παρέλευση τουλάχιστον πέντε ετών από αρνητική κολonosκόπηση πρωτογενούς πρόληψης.

## Ακρίβεια της εικονικής κολonosκόπησης με αξονική τομογραφία στην ανίχνευση μεγάλων αδενωμάτων ή καρκίνου


Παρότι η κολonosκόπηση αποτελεί τεκμηριωμένα αποτελεσματική μέθοδο πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου, αποτελεί επεμβατική μέθοδο με περιορισμένη αποδοχή από τον υγιή πληθυσμό λόγω δυσανεξίας και κοπιώδους προετοιμασίας και με ανησυχία για ενδεχόμενο άλγος. Η εικονική κολonosκόπηση με αξονική τομογραφία (CT κολονογραφία) είναι μη επεμβατική μέθοδος που ενδεχομένως να αποτελέσει εναλλακτική λύση για τη προσυμπτωματική διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, αλλά η ακρίβειά της σε ασυμπτωματικούς ενήλικες δεν είναι επαρκώς μελετημένη. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *New England Journal of Medicine* (2008;359:1207-17), συγκρίθηκε η ακρίβεια της CT κολονογραφίας με την κλασική κολonosκόπηση σε 2600 ασυμπτωματικούς ενήλικες. Το πρωταρχικό καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν η ανίχνευση με τη CT κολονογραφία ιστολογικά τεκμηριωμένων μεγάλων αδενωμάτων και αδενοκαρκινωμάτων μεγαλύτερων από 10 mm, ενώ εκτιμήθηκε και η ανίχνευση μικρότερων εξεργασιών (6-9 mm). Για την ανίχνευση μεγάλων αδενωμάτων ή καρκίνου, η μέση ανα ασθενή ευαισθησία, ειδικότητα, και θετική και αρνητική προγνωστική αξία για τη CT κολονογραφία ήταν 90% (±3%), 86% (±2%), 23% (±2%) και 99% (±1%) αντίστοιχα. Ευαισθησία 90% καταδεικνύει ότι η CT κολονογραφία απέτυχε να αναδείξει εξεργασία με διάμετρο μεγαλύτερη από 10 mm σε 10% των ασθενών. Η ανά πολύποδα ευαισθησία ανίχνευσης εξεργασιών άνω των 10 mm ήταν 84% (±4%), ενώ η ανά ασθενή ανίχνευση εξεργασιών 6-9 mm ήταν 78%. Συμπερασματικά, η CT κολονογραφία μπόρεσε να αναδείξει το 90% των εξεργασιών άνω των 10 mm σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, ποσοστό που θεωρείται επαρκές για τη χρησιμοποίησή της στην πρωτογενή πρόληψη καρκίνου παχέος εντέρου σε μετρίου κινδύνου ασθενείς.

## Σύγκριση απώλειας βάρους με Μεσογειακή δίαιτα, δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες ή δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά

Η παχυσαρκία έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας στις δυτικές κοινωνίες, με αρνητικό αντίκτυπο στη νοσηρότητα και θνητότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις αλλά και κάποιες μορφές καρκίνου. Η διαιτητική αγωγή αποτελεί το πρώτο μέτρο αντιμετώπισης της παχυσαρκίας και υπάρχει πληθώρα διαιτητικών σχημάτων. Οι μελέτες σύγκρισης της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας των διαφόρων διατητικών σχημάτων περιορίζονται από τα βραχεία χρονικά διαστήματα παρακολούθησης μετά το τέλος της δίαιτας και τα υψηλά ποσοστά εγκατάληψης των ασθενών. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *New England Journal of Medicine* (2008;359:229-41), 322 παχύσαρκοι τυχαιοποιήθηκαν σε μια από τις παρακάτω δίαιτες: χαμηλή σε λιπαρά, με περιορισμό σε θερμίδες ή Μεσογειακή με περιορισμό σε θερμίδες ή χαμηλή σε υδατάνθρακες χωρίς περιορισμό σε θερμίδες. Η διάρκεια της μελέτης ήταν 2 έτη, η μέση ηλικία ήταν 52 έτη και ο μέσος δείκτης μάζας σώματος 31 kg/m<sup>2</sup>. Το ποσοστό που ακολούθησε τη δίαιτα ήταν 95.4% στον ένα χρόνο και 85.4% στο δεύτερο. Η μέση απώλεια βάρους ήταν 2.9 κιλά στη δίαιτα των χαμηλών λιπαρών, 4.4 κιλά στη Μεσογειακή και 4.7 κιλά στη δίαιτα χαμηλών υδατανθράκων. Εκ των 272 συμμετεχόντων που ακολούθησαν τη διαιτητική παρέμβαση μέχρι τέλους, η μέση απώλεια κιλών ήταν 3.3, 4.6 και 5.5 αντίστοιχα. Ο αθηρωματικός δείκτης ελαττώθηκε 20% στην ομάδα χαμηλών υδατανθράκων έναντι 12% στην ομάδα χαμηλών λιπαρών (P=0.01). Εκ των 36 ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη, οι μεταβολές στη γλυκόζη και ινσουλίνη νηστείας ήταν ευμενέστερες στην ομάδα της Μεσογειακής δίαιτας έναντι της ομάδας των χαμηλών λιπαρών (P<0.001). Συμπερασματικά, η Μεσογειακή και η χαμηλών υδατανθράκων δίαιτες αποτελούν αποτελεσματικές εναλλακτικές λύσεις στη δίαιτα χαμηλών λιπαρών. Εξατομικευμένες διαιτητικές παρεμβάσεις πρέπει να αποφασίζονται με βάση το μεταβολικό και λιπιδαιμικό προφίλ κάθε ασθενούς.

## Αποτελεσματικότητα της ροσιγλιταζόνης στη θεραπεία της μη αλκοολικής στεατοηπατίτιδας

Η μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα (NASH) συσχετίζεται με την παχυσαρκία και θεωρείται η ηπατική εκδήλωση του μεταβολικού συνδρόμου. Αποτελεί ηπατική νόσο που διαγιγνώσκεται με αυξανόμενη συχνότητα, αλλά δεν υπάρχουν προς το παρόν εξειδικευμένες φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Σε μια τυχαιοποιημένη μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Gastroenterology* (2008;135:100-110), εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητα της χορήγησης ροσιγλιταζόνης έναντι εικονικού φαρμάκου για ένα έτος σε ασθενείς με NASH. Η ροσιγλιταζόνη χρησιμοποιείται σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και στοχεύει την περιφερική αντίσταση στην ινσουλίνη, αλλά στη μελέτη χορηγήθηκε και σε μη διαβητικούς ασθενείς. Συμπεριλήφθηκαν 63 ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένη NASH, οι οποίοι έλαβαν είτε ροσιγλιταζόνη (4 mg ημερησίως τον πρώτο μήνα και 8 mg στη συνέχεια) είτε εικονικό φάρμακο. Καταληκτικά σημεία ήταν η ιστολογική βελτίωση της στεάτωσης, της φλεγμονής και της ίνωσης και η ομαλοποίηση της τιμής των τρανσαμινασών. Περισσότεροι ασθενείς στην ομάδα της ροσιγλιταζόνης εμφάνισαν βελτίωση της στεάτωσης (47% έναντι 16%, P=0.014) και ομαλοποίηση των τρανσαμινασών (38% έναντι 7%, P=0.005), αν και μόνο το 50% ανταποκρίθηκε στη θεραπεία. Δεν παρουσιάστηκε σημαντική βελτίωση στις υπόλοιπες ιστολογικές παραμέτρους. Η βελτίωση της στεάτωσης συσχετίστηκε με την ελάττωση του επιπέδου των τρανσαμινασών (r=0.36; P<0.005) και τη βελτιωμένη ευαισθησία στην ινσουλίνη (r=0.34; P=0.008), ενώ δε συσχετίστηκε με μεταβολές στο σωματικό βάρος. Η κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια ήταν η αύξηση του σωματικού βάρους κατά 1.5 kg κατά μέσο όρο, ενώ η κύρια αιτία διακοπής θεραπείας ή ελάττωσης δοσολογίας ήταν το επώδυνο οίδημα κάτω άκρων. Συμπερασματικά, η χορήγηση ροσιγλιταζόνης σε ασθενείς με NASH βελτιώνει τα επίπεδα τρανσαμινασών και τη στεάτωση, όχι όμως τη φλεγμονή και την ίνωση, και συνεπώς αποτελεί υποσχόμενη θεραπευτική παρέμβαση σε μια πάθηση χωρίς εξειδικευμένη θεραπεία.



Τα νέα αντιικά  
φάρμακα αποτελούν  
πραγματική  
επανάσταση στη  
θεραπευτική  
προσέγγιση της  
χρόνιας ηπατίτιδας C

# Χρόνια Ηπατίτιδα C

*& νέες θεραπευτικές  
προσεγγίσεις*



Υπολογίζεται ότι 170  
εκατομμύρια άτομα  
παγκοσμίως είναι  
μολυσμένα από τον HCV

## Τι είναι η χρόνια ηπατίτιδα C;

Η χρόνια ηπατίτιδα C είναι ένας χρόνιος ερεθισμός (φλεγμονή) του ήπατος, που προκαλείται από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) και αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια χρόνιας ηπατοπάθειας παγκοσμίως. Ο HCV ανήκει στους ηπατοτρόπους ιούς, καθώς όταν εισέρχεται στον οργανισμό εγκαθίσταται κυρίως στο ήπαρ προκαλώντας την προοδευτική καταστροφή του, γεγονός που έχει σειρά δυσμενών συνεπειών στον ανθρώπινο οργανισμό.

## Πόσο συχνή είναι η ηπατίτιδα C;

Υπολογίζεται ότι 170 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως είναι μολυσμένα από τον HCV. Σε ορισμένες μάλιστα χώρες η χρόνια ηπατίτιδα C αποτελεί το συχνότερο αίτιο χρόνιας ηπατοπάθειας. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι 160.000-220.000 άτομα πάσχουν από χρόνια ηπατίτιδα C, ενώ η είσοδος οικονομικών μεταναστών από χώρες όπου η ηπατίτιδα C είναι πολύ συχνή (π.χ. Αίγυπτος, Ασιατικές και λοιπές Βαλκανικές χώρες) έχουν ως αποτέλεσμα τη σημαντική αύξηση των αριθμών των ασθενών στη χώρα μας που πάσχουν από τη νόσο.

## Πώς μεταδίδεται ο HCV;

Ο HCV μεταδίδεται μετά από έκθεση σε μολυσμένα προϊόντα αίματος, όπως κατά τη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών και τη μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του πριν από το 1991. Ο πρώτος τρόπος μετάδοσης είναι σήμερα ο συχνότερος στη χώρα μας με τη χρησιμοποίηση μολυσμένων συριγγών από άτομα εθισμένα σε ναρκωτικές ουσίες. Ο δεύτερος τρόπος ουσιαστικά έχει εξαλειφθεί μετά το 1992, καθώς όλα τα παράγωγα αίματος ελέγχονται για την παρουσία του HCV. Ο HCV, σε αντίθεση με τον ιό της ηπατίτιδας B, μεταδίδεται σπάνια με την σεξουαλική επαφή και

κατά τον τοκετό από την μητέρα στο έμβρυο, ενώ δεν μεταδίδεται από μαγειρικά σκεύη ή απλές κοινωνικές επαφές (φίλημα, χειραψία, κ.τ.λ.). Από την άλλη, η έλλειψη εμβολίου για την πρόληψη της νόσου και το σχετικά υψηλό ποσοστό μετάδοσης του ιού με άγνωστο τρόπο, καθιστούν τα προληπτικά μέτρα (π.χ. αποφυγή κοινής χρήσης αντικειμένων που έρχονται σε επαφή με το αίμα, όπως βελόνες, ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες, καθώς και η χρήση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή) απολύτως απαραίτητα για την αποφυγή μετάδοσης της νόσου.

## Ποια είναι τα συμπτώματα και η πορεία της χρόνιας ηπατίτιδας C;

Οι περισσότεροι ασθενείς δεν εμφανίζουν κανένα ιδιαίτερο σύμπτωμα κατά την έκθεση στον HCV (ασυμπτωματική οξεία λοίμωξη), ενώ μετά την έκθεση ο ιός παραμένει στον οργανισμό στην συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων (περίπου 70-80%) προκαλώντας χρόνια καταστροφή του ήπατος, η οποία και πάλι διαδράμει ύπουλα δίνοντας συμπτώματα όταν πια η νόσος βρίσκεται σε προχωρημένα στάδια (κίρρωση). Το γεγονός αυτό εξηγεί εν μέρει τον μεγάλο αριθμό ασθενών (περίπου 500.000/έτος παγκοσμίως) που πεθαίνουν λόγω επιπλοκών της χρόνιας ηπατίτιδας C (π.χ. υπολογίζεται ότι οι ασθενείς με κίρρωση λόγω χρόνιας ηπατίτιδας C έχουν 8% ετήσιο κίνδυνο εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος, ΗΚΚ).

## Υπάρχει θεραπεία για την ηπατίτιδα C και ποια είναι αυτή;

Κάθε ασθενής που πάσχει από χρόνια ηπατίτιδα C είναι υποψήφιος για τη θεραπεία, προκειμένου να επιτευχθεί εκρίζωση του ιού, κάτι που θα βελτιώσει την εικόνα στο



ήπαρ και θα εξαλείψει τον κίνδυνο για επιπλοκές από την χρόνια ηπατίτιδα C. Κατά συνέπεια, όσο νωρίτερα χορηγηθεί η αντιική αγωγή, τόσο καλύτερα για τον ασθενή. Η εγκεκριμένη θεραπεία είναι ο συνδυασμός βραδείας αποδέσμευσης (πεγκυλιωμένης) ιντερφερόνης-άλφα (υποδόρια ένεση μία φορά την εβδομάδα) και ριμπαβιρίνης από το στόμα για χρονικό διάστημα 6 με 12 μήνες ανάλογα με το είδος (γονότυπο) του ιού της ηπατίτιδας C.

## Υπάρχουν εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στην χρόνια ηπατίτιδα C;

Τα ποσοστά εξάλειψης του ιού με τον συνδυασμό πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης και ριμπαβιρίνης κυμαίνονται ανάλογα με το γονότυπο από 45%-80%. Αυτό σημαίνει ότι ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών δεν καταφέρνουν να εκριζώσουν τον ιό. Επιπλέον, ο συνδυασμός αυτός έχει διάφορες ανεπιθύμητες ενέργειες (π.χ. αναιμία, πυρετό), ενώ η χορήγηση της ιντερφερόνης με ένεση καταγράφεται στα μειονεκτήματα αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης. Τα τελευταία χρόνια γίνεται μια μεγάλη προσπάθεια εύρεσης νέων φαρμάκων έναντι του ιού της ηπατίτιδας C που θα είναι περισσότερο αποτελεσματικά και με λιγότερες παρενέργειες, και απευθύνονται κυρίως σε ασθενείς που ενώ έλαβαν τον συνδυασμό πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης/ριμπαβιρίνης δεν εξάλειψαν τον ιό, διέκοψαν την θεραπεία λόγω παρενεργειών ή δεν μπορούν να πάρουν τον παραπάνω συνδυασμό λόγω αντενδείξεων.

## Ποια είναι τα κυριότερα χαρακτηριστικά των νέων φαρμάκων για την χρόνια ηπατίτιδα C;

Ουσιαστικά πρόκειται για μια ετερογενή ομάδα φαρμάκων με διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης, ενώ συνεχώς δοκιμάζονται νέα φάρμακα ή παλαιά με καλύτερες φαρμακοκινητικές ιδιότητες. Τα περισσότερα χορηγούνται

από το στόμα, πολλά βρίσκονται ήδη σε προχωρημένα στάδια κλινικών μελετών, ενώ όταν δίνονται ως μοναδική αντιική θεραπεία συνήθως επιτυγχάνουν μικρά ποσοστά μόνιμης εξάλειψης του ιού. Έτσι, τα περισσότερα νέα αντιικά δοκιμάζονται προς το παρόν κυρίως ως προσθήκη στην πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη με ή χωρίς ριμπαβιρίνη, προκειμένου να αξιολογηθεί η δυνατότητα αύξησης των ποσοστών εκρίζωσης και ίασης από τον ιό.

## Πόσο επιφυλακτικοί πρέπει να είμαστε και τι μπορούμε να περιμένουμε από τα νέα αντιικά φάρμακα έναντι της ηπατίτιδας C;

Σίγουρα περισσότερες μελέτες χρειάζονται προκειμένου να βρεθούν οι ιδανικοί συνδυασμοί και η βέλτιστη δοσολογία των νέων φαρμάκων, καθώς και η ομάδα των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C που ωφελούνται περισσότερο, προκειμένου στο μέλλον τα νέα αντιικά να περάσουν στην καθημερινή κλινική πράξη. Θα πρέπει να τονιστεί βέβαια, κάτι που ισχύει για όλα τα φάρμακα, ότι τα νέα αντιικά δεν στερούνται παρενεργειών, η χορήγησή τους γίνεται προς το παρόν στα πλαίσια προ-κλινικών ή κλινικών μελετών, ενώ πλήρης εικόνα της ασφάλειας του κάθε αντιικού φαρμάκου θα σχηματισθεί μετά από την είσοδό του στην αγορά. Επίσης, πολλές φορές δημιουργείται ενθουσιασμός με τα αποτελέσματα των αρχικών μελετών, τα οποία όμως δεν επιβεβαιώνονται σε επόμενες μελέτες. Έτσι, αρκετά νέα αντιικά φάρμακα τελικά δεν φτάνουν σε προχωρημένες κλινικές μελέτες λόγω αναποτελεσματικότητας και/ή σοβαρών παρενεργειών, που οδηγούν σε διακοπή της περαιτέρω αξιολόγησής τους. Πάντως, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον αναμένονται τα αποτελέσματα χορήγησης συνδυασμού των νέων αντιικών με διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης, θεραπευτική προσέγγιση που ήδη εφαρμόζεται σε άλλες χρόνιες ιογενείς λοιμώξεις (π.χ. από τον ιό της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, HIV). Αδιαμφισβήτητα και ανεξάρτητα από τα μέχρι τώρα αποτελέσματα, τα νέα αντιικά φάρμακα αποτελούν πραγματική επανάσταση στη θεραπευτική προσέγγιση της χρόνιας ηπατίτιδας C, ενώ υπάρχουν βάσιμες ελπίδες ότι τα επόμενα χρόνια θα μπου στην μάχη για τη θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας C.



*Αδιάκοπη Αναζήτηση της Ύψους*



**Galenica**

*με συνέπεια και ευθύνη*



**Galenica α.ε.**

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

## «Γονείς & Παιδική Παχυσαρκία»

Μεγάλη ανησυχία προκαλεί το γεγονός ότι τα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη. Η χαμηλή φυσική δραστηριότητα σε συνδυασμό με μία δίαιτα πλούσια σε θερμίδες αποτελούν τη βασικότερη αιτία της παιδικής παχυσαρκίας, αλλά πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι και ο ρόλος των γονέων στην εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας είναι πολύ σημαντικός. Τα παιδιά των οποίων οι γονείς είναι παχύσαρκοι αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο να γίνουν και τα ίδια παχύσαρκα. Ο ρόλος των γονέων στην διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών των παιδιών φαίνεται να είναι καθοριστικός, και γι' αυτό οι γονείς αποτελούν το επίκεντρο των περισσότερων παρεμβάσεων δημόσιας υγείας που έχουν ως στόχο την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας.

### Επιδημιολογικά Στοιχεία Παιδικής Παχυσαρκίας

Τα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας έχουν αυξηθεί διεθνώς τα τελευταία χρόνια και η αυξητική αυτή τάση φαίνεται να συνεχίζεται. Η παιδική παχυσαρκία στην προσχολική, σχολική και εφηβική ηλικία στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει αυξηθεί πολύ σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, ενώ μελέτες στη Μεγάλη Βρετανία έδειξαν ότι το πάχος της δερματικής πτυχής του τρικέφαλου αυξήθηκε κατά μέσο όρο 4,5% στα αγόρια και 2,9% στα κορίτσια, μέσα σε περίοδο μόλις δέκα ετών. Σύμφωνα με άλλες επιδημιολογικές μελέτες στον Καναδά, το ποσοστό των παιδιών ηλικίας 9-12 ετών που είναι υπέρβαρα και παχύσαρκα ανέρχεται στο 39,4%. Μεγάλη ανησυχία προκαλεί το γεγονός ότι τα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη, παρά την μακροχρόνια παράδοση της χώρας μας στην υγιεινή μεσογειακή διατροφή και τον σχετικά χαμηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης κάποιων εκφυλιστικών παθήσεων.

Σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη, ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στην Ελλάδα σε παιδιά ηλικίας 1-5 ετών ανέρχεται στα 16% και 15,5% σε αγόρια και κορίτσια αντίστοιχα, ενώ το συνολικό ποσοστό



## Μεγάλη ανησυχία προκαλεί το γεγονός ότι τα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη

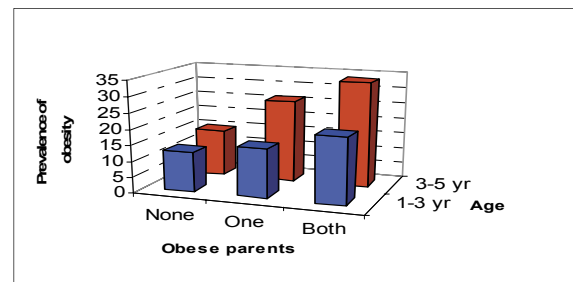
υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών προσχολικής ηλικίας και στα δύο φύλα ήταν 31,9%. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η ίδια μελέτη έδειξε πως ακόμα και στα νήπια ηλικίας 1-2 ετών, το ποσοστό παχυσαρκίας ήταν 16,5% και 11,4% σε αγόρια και κορίτσια αντίστοιχα. Επίσης, υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας έχουν καταγραφεί και σε άλλη πρόσφατη μελέτη, σε παιδιά ηλικίας 6-17 ετών. Τα παρακάτω στοιχεία είναι πολύ ανησυχητικά, καθώς περίπου 69% των παιδιών μεταξύ 6 και 10 ετών, που είναι παχύσαρκα, με Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) πάνω από το 95ο εκατοστημόριο, αναμένεται να παραμείνουν παχύσαρκα και στην ενήλικη ζωή τους. Επιπρόσθετα, χρόνιες εκφυλιστικές παθήσεις, όπως ο διαβήτης τύπου II, η υπερχοληστερλαιμία και η υπέρταση, που στο παρελθόν εμφανίζονταν κυρίως σε ενήλικες, εμφανίζονται όλο και πιο συχνά σε παιδιά, καθώς τα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας αυξάνονται.

Πολλοί είναι οι παράγοντες, γενετικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί, που συντελούν στην εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας, αλλά η χαμηλή φυσική δραστηριότητα σε συνδυασμό με μία διαίτα πλούσια σε θερμίδες αποτελούν τη βασικότερη αιτία της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία. Όσον αφορά το ρόλο των γονέων στην εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας φαίνεται να είναι καθοριστικός, αφού οι γονείς «παρέχουν» και τα γονίδια αλλά και το περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσονται τα παιδιά, παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν άμεσα τον κίνδυνο εμφάνισης της παιδικής παχυσαρκίας.

### Γονείς και Παιδική Παχυσαρκία

Ένας μεγάλος αριθμός μελετών έχει δείξει ότι τα παιδιά των οποίων οι γονείς είναι παχύσαρκοι αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο να γίνουν και τα ίδια παχύσαρκα. Σύμφωνα με μία ενδιαφέρουσα μελέτη στη Βρετανία, ο κίνδυνος για μετέπειτα παχυσαρκία των παιδιών αυξάνεται ανάλογα με τον αριθμό των παχύσαρκων γονέων, αλλά και με τον βαθμό παχυσαρκίας των γονέων. Μια πολύ πρόσφατη μελέτη που εξέτασε τα ποσοστά παχυσαρκίας σε 2374 παιδιά προσχολικής ηλικίας στην Ελλάδα, έδειξε ότι η πιθανότητα για ένα παιδί 1-5 ετών, να είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο, είναι 2,38 φορές μεγαλύτερη, όταν και οι δύο γονείς του είναι παχύσαρκοι (Διάγραμμα 1).

**Διάγραμμα 1.** Ποσοστά παχυσαρκίας παιδιών ανά ηλικιακή ομάδα σε σχέση με την παρουσία παχυσαρκίας στους γονείς



Πηγή: Manios et al., 2007, BMC Public Health

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα παιδιά απλά υιοθετούν τις διατροφικές συνήθειες των γονέων τους. Ωστόσο, δεν αποκλείεται να εμπλέκονται και κάποιοι γενετικοί παράγοντες που να εξηγούν την παραπάνω συσχέτιση.

Οι γονείς αποτελούν το κλειδί για την ανάπτυξη ενός οικογενειακού περιβάλλοντος, το οποίο προάγει τον υγιεινό τρόπο διατροφής, καθώς επίσης και τις ευκαιρίες για αυξημένη φυσική δραστηριότητα των παιδιών και εφήβων. Οι γονείς είναι αυτοί που διαμορφώνουν κατά ένα μεγάλο ποσοστό τον τρόπο διατροφής των παιδιών τους, καθώς επίσης και τα επίπεδα της φυσικής τους δραστηριότητας, γεγονός που δύναται να επηρεάσει και το σωματικό βάρος των παιδιών. Το φαγητό, η φυσική δραστηριότητα, το παιχνίδι, ακόμα και η παρακολούθηση τηλεόρασης, αποτελούν σημαντικές δραστηριότητες αλληλεπίδρασης μεταξύ γονέα-παιδιού και τα πρότυπα που καθιερώνονται στην μικρή παιδική ηλικία, όσον αφορά τους προαναφερόμενους παράγοντες, φαίνεται να σχετίζονται άμεσα με τον κίνδυνο ανάπτυξης της παιδικής παχυσαρκίας. Πολύ ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα μιας πολύ πρόσφατης μελέτης σε 1138 παιδιά σχολικής ηλικίας στην περιοχή της Αττικής, σύμφωνα με την οποία, τα παιδιά των οποίων οι γονείς είχαν πάρει διαζύγιο, είχαν στατιστικά περισσότερες πιθανότητες να είναι υπέρβαρα από τα παιδιά που ζούσαν και με τους δύο γονείς. Ο ρόλος του διαζυγίου παρέμεινε σημαντικός ακόμα και όταν σταθμίστηκε για άλλους παράγοντες, όπως η κοινωνικο-οικονομική τάξη και τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας.



Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γνώσεις των γονέων για την υγιεινή διατροφή, η επιλογή των τροφίμων, η δομή, η ώρα και η συχνότητα των γευμάτων, καθώς επίσης και τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας των ίδιων, φαίνεται να επηρεάζουν καθοριστικά τον κίνδυνο ανάπτυξης παχυσαρκίας των παιδιών τους, τόσο στη νηπιακή όσο και στη σχολική και εφηβική ηλικία. Η μίμηση των μη ισορροπημένων διαιτητικών συνηθειών των γονέων, η κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε ζάχαρη και λίπος μεταξύ των γευμάτων, η χρησιμοποίηση της τροφής ως βραβείο ή δώρο ή για την εκδήλωση αγάπης και στοργής, η πολλές φορές πιεστική στάση των γονέων να καταναλώσουν τα παιδιά ολόκληρη τη μερίδα τους, φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση της παχυσαρκίας.

## Κρίσιμοι περίοδοι ανάπτυξης των παιδιών

Κατά τη βρεφική ηλικία, περίοδο πολύ σημαντική για τη σωστή ανάπτυξη του βρέφους και την καθιέρωση σωστών διαιτητικών συνηθειών, είναι αυτονόητο ότι ο ρόλος των γονέων είναι καθοριστικός. Πολλές επιστημονικές έρευνες συνηγορούν στο ότι τα παιδιά που έχουν θηλάσει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, έχουν λιγότερες πιθανότητες να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα, σε σχέση με τα παιδιά που δεν θήλασαν καθόλου, ή που έχουν θηλάσει για μικρότερο χρονικό διάστημα. Ο θηλασμός βοηθά το βρέφος να ρυθμίσει καλύτερα την πρόσληψη τροφής, πράγμα που δεν συμβαίνει όταν αυτό τρέφεται με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος. Ο ρόλος των γονέων στη διαμόρφωση σωστών διαιτητικών συνηθειών, αλλά και στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που ενθαρρύνει την αυξημένη φυσική δραστηριότητα, είναι εξαιρετικά σημαντικός κατά τη νηπιακή και προσχολική ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά συνήθως από πολύ μικρή ηλικία, έχουν μια ιδιαίτερη προτίμηση στην γλυκιά και αλμυρή γεύση, σε αντίθεση με την πικρή και ξινή γεύση που δεν τους είναι αποδεκτή. Οι διατροφικές τους συνήθειες αναπτύσσονται ωστόσο μέσω της έκθεσης (δοκιμής) των διαφόρων τροφίμων και της επαναλαμβανόμενης «εμπειρίας». Κατά την προσχολική ηλικία, πολλά παιδιά έχουν συγκεκριμένες προτιμήσεις για ορισμένα τρόφιμα και αρνούνται επίμονα

να δοκιμάσουν καινούργια τρόφιμα. Έρευνες έδειξαν ότι αν οι γονείς εισάγουν στην δίαιτα των παιδιών τους, από μικρή ηλικία, υγιεινά τρόφιμα όπως λαχανικά και φρούτα, τότε τα παιδιά έχουν περισσότερες πιθανότητες να τα καταναλώσουν σε μεγαλύτερες ποσότητες, συνήθεια την οποία ακολουθούν και στην ενήλικη ζωή τους.

Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει η πρόσφατη έρευνα των Lee and Song, 2007, σε 531 παιδιά ηλικίας 11-13 ετών, η οποία έδειξε ότι η αντίληψη των γονέων για το βαθμό όρεξης του παιδιού τους συσχετιζόταν σε σημαντικό βαθμό με την εμφάνιση παχυσαρκίας στο παιδί μετά από δύο χρόνια παρακολούθησης. Εξίσου σημαντική φαίνεται να είναι και η αντίληψη της μητέρας για το βάρος του παιδιού της, όσον αφορά τον κίνδυνο ανάπτυξης παχυσαρκίας. Εάν η μητέρα πιστεύει το παιδί της είναι υπέρβαρο, και ως εκ τούτου περιορίσει την πρόσληψη τροφής από το παιδί, αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης παχυσαρκίας. Το ίδιο φαίνεται να συμβαίνει και στην αντίθετη περίπτωση, όταν η μητέρα δηλαδή πιστεύει ότι το παιδί της είναι χαμηλού σωματικού βάρους και το πιέζει να καταναλώσει περισσότερη τροφή. Όσο το παιδί μεγαλώνει και αποκτά αυτονομία, κυρίως στην εφηβική ηλικία, ο ρόλος των γονέων, όσον αφορά τη διατροφή του παιδιού και τον κίνδυνο ανάπτυξης παχυσαρκίας, παραμένει σημαντικός, αλλά σταδιακά φθίνει, ενώ νέοι παράγοντες όπως η διαφήμιση, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το σχολείο, οι συμμαθητές και οι φίλοι, επηρεάζουν κατά ένα μεγάλο ποσοστό την διαιτητική τους συμπεριφορά.

## Στάση των γονέων σχετικά με την πρόσληψη τροφής των παιδιών

Ένας μεγάλος αριθμός πρόσφατων μελετών που εξέτασε τον ρόλο των γονέων στην παιδική παχυσαρκία έδειξε ότι σημαντικό ρόλο παίζει τόσο η ποιότητα της τροφής που παρέχετε στα παιδιά, όσο και ο τρόπος σίτισής τους. Εννέα πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι όταν οι γονείς περιορίζουν την πρόσληψη τροφής στα παιδιά τους, προκειμένου να ελέγξουν το βάρος τους, ο κίνδυνος ανάπτυξης παιδικής παχυσαρκίας αυξάνεται σημαντικά. Ο αυστηρός περιορισμός, λοιπόν, από τους γονείς κατανάλωσης ορισμένων τροφίμων από τα παιδιά (κυρίως τροφίμων πλούσιων σε ζάχαρη και λίπος) επιφέρει το αντίθετο

# Όταν ένα τρόφιμο είναι «απαγορευμένο» γίνεται πιο επιθυμητό.

από το επιθυμητό αποτέλεσμα. Ο μέτριος έλεγχος της διατροφής των παιδιών από του γονείς φαίνεται να έχει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τον αυστηρό περιορισμό. Όταν ένα τρόφιμο είναι «απαγορευμένο» γίνεται πιο επιθυμητό.

Θα ήταν προτιμότερο οι γονείς να έχουν την ευθύνη παροχής υγιεινών τροφίμων και σπιτικών μαγειρεμένων φαγητών στα παιδιά τους και να αφήσουν τα ίδια να καταναλώσουν όση τροφή επιθυμούν. Είναι πάρα πολύ σημαντικό τα παιδιά να μάθουν να ελέγχουν μόνο τους την πρόσληψη της τροφής τους, μέσω του αισθήματος κορεσμού και πείνας που ρυθμίζεται κυρίως από τον υποθάλαμο. Πολλές μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα παχύσαρκα παιδιά συνήθως αντιμετωπίζουν δυσκολία στο να ρυθμίζουν σωστά την πρόσληψη της τροφής τους, γιατί ο φυσιολογικός μηχανισμός της πείνας και του κορεσμού δεν λειτουργεί κανονικά, όπως συμβαίνει στα παιδιά που δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα βάρους.

## Φυσική δραστηριότητα

Η χαμηλή φυσική δραστηριότητα, η οποία οφείλεται κυρίως στο σύγχρονο καθιστικό τρόπο ζωής, έχει σαν αποτέλεσμα την ελαττωμένη «δαπάνη» ενέργειας, γεγονός που αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την αύξηση του σωματικού βάρους. Οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας των παιδιών καθορίζονται άμεσα από τη συμπεριφορά και τη στάση των γονέων. Τα αποτελέσματα μελετών έδειξαν ότι τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας των γονέων, ο γενικότερος τρόπος ζωής τους, η θετική ή αρνητική στάση τους όσον αφορά τη γυμναστική και τη φυσική δραστηριότητα, καθώς και το εάν ενθαρρύνουν ο ένας των άλλων, αλλά και τα παιδιά τους να αυξήσουν τα επίπεδα της φυσικής τους

δραστηριότητας, φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης παχυσαρκίας στα παιδιά. Σύμφωνα με την Framingham Children's Study, που εξέτασε τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητα παιδιών ηλικίας 4-7 ετών και των γονέων τους, τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν τα υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, είχαν δυο φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι δραστήρια τα ίδια σε σχέση με τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν τα χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Όταν και οι δύο γονείς είχαν υψηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, η πιθανότητα των παιδιών να έχουν αυξημένη φυσική δραστηριότητα τα ίδια, ήταν 5,8 μεγαλύτερη σε σχέση με εκείνα τα παιδιά των οποίων οι γονείς είχαν χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Αξίζει να σημειωθεί επίσης ότι οι αυξημένες ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης, βίντεο και ενασχόλησης με βιντεοπαιχνίδια οδηγούν στην αύξηση του βάρους στα παιδιά. Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη, τα παιδιά ηλικίας 4 ετών που βλέπουν 2,4 ώρες την ημέρα τηλεόραση προσλαμβάνουν περίπου 1600 θερμίδες την ημέρα, ενώ αυτά που βλέπουν 1,1 ώρες την μέρα καταναλώνουν περίπου 1486 θερμίδες την μέρα και έχουν μεγαλύτερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Η προαναφερόμενη συσχέτιση μεταξύ παρακολούθησης τηλεόρασης από τα παιδιά και ανάπτυξης παχυσαρκίας, φαίνεται ότι λειτουργεί με δύο τρόπους: η διαφήμιση τροφίμων, ποτών και σνακ υψηλών σε θερμίδες, ζάχαρη και αλάτι, αλλά χαμηλής γενικότερης θρεπτικής αξίας (junk food), ενθαρρύνει τον ανθυγιεινό τρόπο διατροφής, ενώ ο χρόνος που ξοδεύεται στην παρακολούθηση τηλεόρασης, ελαττώνει το χρόνο συμμετοχής σε δραστηριότητες που οδηγούν σε μεγαλύτερη δαπάνη ενέργειας. Το πόση ώρα παρακολουθούν τηλεόραση τα παιδιά εξαρτάται κατά ένα μεγάλο ποσοστό από τους γονείς, ειδικότερα στις μικρότερες ηλικίες.

**Συμπέρασμα:** Ο ρόλος των γονέων στη διαμόρφωση των διατροφικών συνθηκών των παιδιών, ιδιαίτερα στη νηπιακή και σχολική ηλικία, φαίνεται να είναι καθοριστικός. Ως εκ τούτου, οι γονείς πρέπει να αποτελούν το επίκεντρο των περισσότερων παρεμβάσεων δημόσιας υγείας που έχουν ως στόχο την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι απαραίτητο να επικεντρωθούν στο να εξοπλίσουν τους γονείς με τις ικανότητες εκείνες που θα τους βοηθήσουν να μετατρέψουν τις γνώσεις σε συμπεριφορές, και να θέσουν τα θεμέλια από νωρίς, ώστε τα παιδιά τους να αποκτήσουν υγιεινές διατροφικές συνήθειες και αυξημένη φυσική δραστηριότητα.

# «Το μωρό μου μεγαλώνει...»

## Οδηγός διατροφής για παιδιά μέχρι 2 ετών

Η ισορροπημένη διατροφή στα πρώτα στάδια της ζωής του παιδιού παίζει καθοριστικό ρόλο, τόσο στην εξασφάλιση της βέλτιστης σωματικής και γνωσιακής ανάπτυξης όσο και στη μείωση των παραγόντων κινδύνου για χρόνια νοσήματα κατά την ενήλικη ζωή του. Ο ρυθμός ανάπτυξης κατά τη βρεφική ηλικία είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τα υπόλοιπα στάδια της ζωής. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το σωματικό βάρος διπλασιάζεται στους τέσσερις πρώτους μήνες της ζωής και τριπλασιάζεται τον πρώτο χρόνο.

Από τη γέννηση έως και τον 6ο μήνα ζωής του μωρού, το μητρικό γάλα ή το γάλα 1ης βρεφικής ηλικίας, μπορεί να καλύψει πλήρως τις διατροφικές του ανάγκες, ως κύρια τροφή. Μετά τον 6ο μήνα τα αποθέματα σιδήρου που έχουν δημιουργηθεί στον οργανισμό του βρέφους κατά την εγκυμοσύνη σταδιακά εξαντλούνται. Αυτό σημαίνει ότι η κάλυψη των αναγκών του βρέφους σε σίδηρο γίνεται πλέον μόνο από την τροφή. Το μητρικό γάλα όμως δεν περιέχει επαρκή ποσότητα σιδήρου για να καλύψει τις αυξημένες ανάγκες του βρέφους μετά τον 6ο μήνα. Ταυτόχρονα έχει μειωθεί σημαντικά η συγκέντρωση του ψευδαργύρου στο μητρικό γάλα σε σχέση με τους πρώτους μήνες. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τη διαφοροποίηση των αναγκών του βρέφους, καθιστά αναγκαία τη συμπληρωματική χορήγηση άλλων τροφίμων, ώστε να προσλαμβάνονται οι απαραίτητες ποσότητες σιδήρου, ψευδαργύρου και άλλων σημαντικών θρεπτικών συστατικών, που το μητρικό γάλα δεν μπορεί πλέον να καλύψει.

Από τον **4ο μήνα** αρχίζει μια μεταβατική περίοδος που το γάλα παραμένει η κύρια τροφή του βρέφους, ωστόσο παύει να είναι η αποκλειστική. Στην περίοδο αυτή μπαίνουν στο διαιτολόγιο του βρέφους οι πρώτες στερεές τροφές, συμπληρωματικά με το γάλα. Έτσι αρχικά προστίθεται στο μεσημεριανό γεύμα του μωρού ρυζάλευρο σε πολύ μεγάλη αραιώση στο γάλα και σταδιακά μεγαλώνει η δόση μέχρι να φάει το μωρό την πρώτη του κρεμουλά με ρυζάλευρο ή κρέμα βανίλια.

Από τον **6ο μήνα** το παιδί καταναλώνει πέντε κύρια γεύματα ενώ τα λαχανικά θα περάσουν στο μεσημεριανό γεύμα του παιδιού. Για να αρχίσει το μωρό να εξοικειώνεται με τις νέες γεύσεις, μπορείτε αρχικά να προσθέσετε ζωμό από βρασμένα λαχανικά στην κρέμα ρυζάλευρου. Σταδιακά θα δώσετε στο μωρό σας πολτοποιημένα κίτρινα (εκτός από καλαμπόκι) και σκούρα πράσινα λαχανικά, που θα εισαχθούν στο διαιτολόγιο με την παρακάτω σειρά: καρότο, πατάτα, γλυκοπατάτα, κολοκυθάκι, φασολάκια και τα υπόλοιπα λαχανικά (μπρόκολο, κουνουπίδι, κλπ). Το βρέφος θα δοκιμάσει δύο με τρία είδη λαχανικών, ένα-ένα για 2-3 μέρες, πριν πάρει χορτόσουπα από ανάμεικτα λαχανικά.

Όσον αφορά τα φρούτα, μπορείτε να δώσετε πολτοποιημένα ή στυμμένα φρούτα, φρέσκα ή βρασμένα. Η προτεινόμενη σειρά εισαγωγής των φρούτων στο διαιτολόγιο είναι η ακόλουθη: μήλο, μπανάνα και αχλάδι. Θα ακολουθήσουν το ροδάκινο, το βερίκοκο, το σταφύλι, το πορτοκάλι, το μανταρίνι και τα λοιπά εσπεριδοειδή. Όλα τα παραπάνω αρχικά χορηγούνται αποφλοιωμένα, για να αποφευχθεί κάποια αλλεργική αντίδραση. Η φράουλα, το ακτινίδιο και το σύκο εισάγονται τελευταία (περίπου στον 9ο μήνα). Καλό θα ήταν, για την αναγνώριση πιθανής αλλεργίας ή δυσανεξίας σε κάποιο από αυτά, να προσθέτετε μόνο ένα καινούργιο φρούτο τη φορά, το οποίο θα το δίνετε στο μωρό σας για 3 συνεχόμενες ημέρες. Δηλαδή, στην αρχή θα αλέσετε μόνο μήλο για 3 ημέρες, στην συνέχεια μήλο και μπανάνα για άλλες 3 ημέρες κτλ.



Για να αρχίσει το μωρό να εξοικειώνεται με τις νέες γεύσεις, μπορείτε αρχικά να προσθέσετε ζωμό από βρασμένα λαχανικά στην κρέμα ρυζάλευρου

Σταδιακά από τον **7ο μήνα** μπορούν να εισαχθούν πρώτα κοτόπουλο και έπειτα μοσχάρι στο καθημερινό διαιτολόγιο του παιδιού. Θα χρησιμοποιήσετε άπαχο κρέας ή κοτόπουλο αλεσμένα ή σε μικρά μαλακά κομμάτια. Έτσι πλέον το μεσημεριανό γεύμα του βρέφους αποτελείται από χορτόσουπα, κοτόσουπα ή κρεατόσουπα.

Μετά τους **8 μήνες** αρχίζουν να εισάγονται τρόφιμα με πιο έντονη γεύση, όπως ο κρόκος του αυγού. Προστίθενται επίσης γιαούρτι για παιδιά, καθώς και μικρές ποσότητες ψωμιού. Σε αυτή την ηλικία προσφέρονται μικρές ποσότητες τροφίμων (όπως μαλακά μπισκότα ή φρούτα) σε μικρά κομματάκια ή ραβδάκια, ώστε να αναπτύσσεται η στοματοκινητική ικανότητα του παιδιού.

Από την ηλικία των **12 μηνών**, το παιδί καταναλώνει πλέον 3 κύρια και 2 ενδιάμεσα γεύματα. Στο τέλος του χρόνου το παιδί θα αρχίσει να τρώει ολόκληρο το αυγό, μελάτο



πάντα. Θα τρώει ήδη λαχανικά, μοσχάρι, κοτόπουλο ενώ θα εισαχθεί στο διαιτολόγιό του και το ψάρι.

Στην ηλικία αυτή προσφέρονται υγρά και μαλακές πολτοποιημένες ή χονδροκομμένες τροφές και μαλακά κρέατα. Το παιδί μπορεί να αρχίσει να καταναλώνει το φαγητό που καταναλώνει και η υπόλοιπη οικογένεια ενώ αρχίζει να τρώει μόνο του με τα δάκτυλα. Εισάγετε στο διαιτολόγιο του άφθονα φρούτα και λαχανικά, ενώ καλό είναι να αποφεύγετε τις πολύ γλυκές ή τις πολύ αλατισμένες τροφές. Να προτιμάτε να του δίνετε νερό έναντι αεριούχων ποτών και χυμών.

Στους **18 μήνες**, παρατηρείτε ότι το παιδί παίρνει το κουτάλι και προσπαθεί να φάει μόνο του το φαγητό του. Βέβαια είναι πιθανό να αρνείται να καταναλώσει ορισμένα τρόφιμα ή γεύματα. Το παιδί μπορεί αρχικά να απορρίψει μία καινούργια τροφή, αλλά αυτό δε σημαίνει ότι δε θα του αρέσει πάντα. Ορισμένες νέες τροφές χρειάζεται να εισάγονται σε μικρές ποσότητες πολλές φορές μέχρι το παιδί να τις δεχθεί ή ακόμα και τις δοκιμάσει.

Στους **24 μήνες** τελειοποιείται το τάισμα με το κουτάλι. Μέχρι την ηλικία αυτή, τα περισσότερα από τα δόντια έχουν εμφανιστεί και το παιδί μπορεί πλέον να ελέγχει τους μύες των σιαγόνων του. Καλό θα είναι να σερβίρετε μικρές μερίδες και να το αφήνετε να ζητήσει περισσότερο αν θέλει. Μην το πιέζετε να φάει αν δε θέλει και δώστε εσείς το καλό παράδειγμα, υιοθετώντας ισορροπημένες διατροφικές συνήθειες.



**A** Αυτήν την περίοδο αναπτύσσεται ταχύτατα ο **εγκέφαλος και το νευρικό σύστημα** του βρέφους ενώ η ταχύτητα εκμάθησης και η ικανότητα αφομοίωσης πληροφοριών είναι πολύ αυξημένη. Για την καλύτερη ανάπτυξη του νευρικού συστήματος βασική προϋπόθεση είναι το διαιτολόγιο του βρέφους να εξασφαλίζει την ενδεδειγμένη ποσότητα και αναλογία απαραίτητων λιπαρών οξέων ( $\omega$ -6 και  $\omega$ -3 λιπαρά οξέα), που είναι αναγκαία για την ανάπτυξη του εγκεφάλου και του αμφιβληστροειδούς του ματιού αλλά και τις ενδεδειγμένες προσλήψεις ενέργειας και θρεπτικών στοιχείων, όπως ο σίδηρος και ο ψευδάργυρος.

**B** Μετά τον έκτο μήνα αρχίζουν να βγαίνουν και τα πρώτα δοντάκια του βρέφους ενώ ενδυναμώνεται το **μυϊκό του σύστημα** κι έτσι μπορεί να ανακάθεται ενώ ανάμεσα στον έβδομο και δέκατο μήνα αρχίζει να μπουσουλάει. Οι αλλαγές αυτές σηματοδοτούν την ανάγκη για την πρόσληψη ενδεδειγμένης ποσότητας ενέργειας, πρωτεϊνών και ασβεστίου αλλά και πρεβιοτικών ινών που αυξάνουν την απορρόφηση των μετάλλων που εμπλέκονται στο μεταβολισμό και ανάπτυξη των **οστών και δοντιών**. Η πρόσληψη πρωτεΐνης θα πρέπει να είναι επαρκής, ώστε να καλύπτει αυτές τις αυξημένες ανάγκες, χωρίς όμως να είναι πολύ αυξημένη γιατί η επιπλέον πρωτεΐνη μπορεί να επιβαρύνει τα ανώριμα νεφρά και το ήπαρ.



**C** Μέχρι και τους 12 μήνες, το **πεπτικό σύστημα** δεν έχει ακόμα ωριμάσει αρκετά κι έτσι σε αυτή την ηλικία υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για λοιμώξεις. Ιδιαίτερα σημαντική λοιπόν είναι η πρόσληψη αντιοξειδωτικών βιταμινών αλλά και πρεβιοτικών ινών και προβιοτικών για τη διασφάλιση της υγιούς ανάπτυξης της εντερικής χλωρίδας. Τα προβιοτικά περιορίζουν τον αποικισμό του εντέρου από παθογόνους μικροοργανισμούς καθώς και τον κίνδυνο εμφάνισης διάρροιας και ατοπικής δερματίτιδας και η κατανάλωσή τους συστήνεται από τον 8ο μήνα ζωής.

Είναι ωραίο να νιώθεις τη σιγουριά σε κάθε σου βήμα.

AD STORE Hellas

Η Μεγαλύτερη  
Ελληνική Φαρμακευτική Βιομηχανία



Φροντίδα για τον άνθρωπο

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



Αναμφισβήτητα, υπάρχει έλλειψη γνώσης των διατροφικών πληροφοριών των τροφίμων που βρίσκονται μέσα σε ένα σούπερ μάρκετ και στοχεύουν στα άτομα της παιδικής ηλικίας

# Τρόφιμα για παιδιά στο Σούπερ Μάρκετ: πόσο θρεπτικά είναι;



Πολύ πρόσφατα στην Οττάβα του Καναδά έγινε μια έρευνα που στόχευσε στη διατροφική ανάλυση των τροφίμων που υπάρχουν σε ένα σούπερ μάρκετ και απευθύνονται στους μικρούς μας φίλους. Εξετάστηκε η διατροφική σύσταση 367 προϊόντων εκτός αυτών που υπάγονται στην κατηγορία junk food (γλυκά, αναψυκτικά, κέικς, τοίπς, πατατάκια). Τα προϊόντα που εξετάστηκαν ήταν για παράδειγμα δημητριακά, κράκερς, μπισκότα, σούπες, ποτά, ντρέσινγκς, σάλτσες, μαρμελάδες, κατεψυγμένα προϊόντα (πίτσες, πατάτες προτηγανισμένες, πακεταρισμένα μεσημεριανά γεύματα, βάφλες, στρούντελς), αλλά και γαλακτοκομικά προϊόντα όπως γάλα, γιαούρτι, τυριά, ποτά με βάση το γάλα ή το γιαούρτι. Το κοινό τους στοιχείο ήταν πως όλα με κάποιο τρόπο στόχευαν αποκλειστικά στην ομάδα των παιδιών.

Το ενδιαφέρον της συγκεκριμένης μελέτης όμως είναι πως ταυτόχρονα εξετάστηκε η σχέση ανάμεσα στα μηνύματα, τις εικόνες και τους ισχυρισμούς υγείας που είχαν αυτά τα τρόφιμα και της πραγματικής θρεπτικής τους ικανότητας. Ιδιαίτερα στη σημερινή εποχή που η παιδική παχυσαρκία αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας και επηρεάζει το 35% των παιδιών του Καναδά, των ΗΠΑ και της Ευρώπης τα αποτελέσματα μια τέτοιας έρευνας αποκτούν ξεχωριστό ενδιαφέρον.

Οι περισσότερες μελέτες που αξιολογούν τα διατροφικά διαφημιστικά μηνύματα που μεταφέρονται προς τα παιδιά εστιάζουν κυρίως στα τηλεοπτικά μηνύματα των διαφημίσεων και τις καμπάνιες των εταιρειών γρήγορου φαγητού (φαστ φουντ).

Τι συμβαίνει όμως σε μια άλλη συνιστώσα του περιβάλλοντός μας που ονομάζεται σούπερ μάρκετ; Αναμφισβήτητα, υπάρχει έλλειψη γνώσης των διατροφικών πληροφοριών των τροφίμων που βρίσκονται μέσα σε ένα σούπερ μάρκετ και στοχεύουν στα άτομα της παιδικής ηλικίας. Πέρα από την κλασική κατηγοριοποίηση

σε γλυκά, λιπαρά σνακς και αναψυκτικά με ζάχαρη και την ομαδοποίηση όλων αυτών κάτω από την «ομπρέλα» που τιτλοφορείται «φαστ φουντ» υπάρχει κενό πληροφόρησης. Οι διάφορες έρευνες δεν έχουν εξετάσει τα είδη των τροφίμων στις υπόλοιπες κατηγορίες προϊόντων όπως των γαλακτοκομικών, των κατεψυγμένων και των αποξηραμένων προϊόντων.

Τα λεγόμενα «χαρούμενα τρόφιμα» για τα παιδιά θα πρέπει να περιγραφούν καλύτερα, καθώς πλέον δεν περιορίζονται μόνο στην κατηγορία των δημητριακών. Διατρέχουν πλέον κάθε είδος γεύματος από το πρωινό και τα ενδιάμεσα σνακς μέχρι το μεσημεριανό και το δείπνο. Η διαδικασία μάρκετινγκ των τροφίμων αυτών προσπαθεί να πείσει πως τα παιδιά, λόγω των ειδικών αναγκών τους, χρειάζονται εξειδικευμένα γεύματα και τρόφιμα. Δημιουργείται όμως στα παιδιά η εντύπωση πως τα τρόφιμα για αυτά πρέπει να είναι πολύχρωμα και διαφορετικά από αυτά των μεγάλων.

Όλη η επιστήμη του εντυπωσιασμού, των χρωμάτων και των ηρώων των κινουμένων σχεδίων τελικά ίσως να απομακρύνει τα παιδιά από την ουσία της διατροφής: τη θρεπτικότητα σε μια ηλικία πολύ κρίσιμη για την περαιτέρω ανάπτυξή τους. Προσοχή λοιπόν απαιτείται από τις διαφημιστικές εταιρείες και τους διαιτολόγους που συνεργάζονται με αυτές για να μη διαταραχθεί η ευαίσθητη σχέση των παιδιών με τη διατροφή και αλλοτριωθεί σε κάτι που θυμίζει θρέψη, αλλά τελικά οδηγεί σε κακοθρέψια και παχυσαρκία. Τα διαφημιστικά μηνύματα οφείλουν να φέρνουν τα παιδιά κοντά στην υγιεινή διατροφή και όχι να τα απομακρύνουν από αυτή.

Ας μη λησμονούμε πως η παιδική παχυσαρκία χαρακτηρίζεται επιπρόσθετα από μια σειρά συνοδών νόσων, όπως υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, καρδιαγγειακά προβλήματα και κάποιες μορφές καρκίνου. Τα υπέρβαρα παιδιά υποφέρουν επίσης από ψυχολογικά



Τα λεγόμενα «χαρούμενα τρόφιμα» για τα παιδιά θα πρέπει να περιγραφούν καλύτερα, καθώς πλέον δεν περιορίζονται μόνο στην κατηγορία των δημητριακών

προβλήματα, κατάθλιψη και κοινωνική αποξένωση. Οι προσπάθειες αντιμετώπισης του προβλήματος έχουν στοχεύσει την οικογένεια, το σχολείο αλλά και την κοινότητα. Ακόμα όμως δεν έχει βρεθεί ποια ακριβώς προσέγγιση είναι πιο αποτελεσματική. Ένα από τα στοιχεία που επαληθεύεται στις διάφορες έρευνες είναι ο ρόλος της βιομηχανίας τροφίμων στο πρόβλημα, καθώς προωθεί συστηματικά στα παιδιά τρόφιμα πλούσια σε ζάχαρη και/ή λίπος.

Η έρευνα λοιπόν κατέληξε πως λιγότερο από 1% των τροφίμων που στοχεύουν τα παιδιά είναι φρούτα και λαχανικά, ενώ το 89% των παιδικών τροφίμων μπορεί να χαρακτηριστεί ως φτωχής διατροφικής αξίας εξαιτίας υψηλών επιπέδων λίπους, ζάχαρης ή αλατιού. Ένα παιδικό τρόφιμο λοιπόν δεν είναι απαραίτητα θρεπτικό και το γεγονός αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία όταν στην συγκεκριμένη έρευνα έχουν εξαιρεθεί τα τρόφιμα που χαρακτηρίζονται ως πολύ χαμηλής διατροφικής αξίας (junk food).

Μέσα σε όλα αυτά τα ενδιαφέροντα έρχονται να προστεθούν οι διατροφικοί ισχυρισμοί (π.χ χαμηλού λίπους, πλούσιο σε σίδηρο κ.α.) που προβάλλουν πολλά από αυτά τα τρόφιμα. Στο σημείο αυτό υπάρχει η παγίδα πως μέσα από τον ισχυρισμό ο καταναλωτής σχηματίζει άποψη για τη συνολική θρεπτικότητα του τροφίμου. Όμως κανείς δεν αποκλείει πως ένα τρόφιμο που έχει διατροφικό ισχυρισμό στη μπροστινή του ετικέτα «χαμηλών λιπαρών» μπορεί ουσιαστικά να είναι χαμηλής διατροφικής αξίας εξαιτίας υψηλών επιπέδων ζάχαρης. Άλλα προϊόντα που έχουν τον ισχυρισμό π.χ «δεν περιέχει τρανς λιπαρά» μπορεί να έχουν χαμηλή θρεπτική αξία εξαιτίας υψηλής περιεκτικότητας λίπους ή υψηλής περιεκτικότητας σε αλάτι.

Ποιά είναι όμως η ελληνική πραγματικότητα; Ένα γεγονός που συνέβη πρόσφατα νομίζω πως λύνει κάθε απορία. Το Συμβούλιο Ελέγχου Επικοινωνίας έκανε έκκληση, σε διαφημιστές και διαφημιζόμενους, για περιορισμό των υπερβολών στη διαφήμιση των τροφίμων και ποτών (π.χ αλλαντικά, αρτοειδή, αναψυκτικά, τυριά, βούτυρο) που επικαλούνται συμβολή στη διατήρηση ή και βελτίωση της υγείας των καταναλωτών. Αφορμή για αυτή την έκκληση στάθηκαν διαφημιστικά μηνύματα σύμφωνα με τα οποία τρόφιμα κατά συνθήκη «βεβαρημένα για την υγεία» πλάσσανται ως υγιεινά ή και «θεραπευτικά». Η επιστολή απευθύνθηκε στην Ένωση Εταιρειών Διαφήμισης και Επικοινωνίας, αλλά το ενδιαφέρον του πράγματος είναι πως κοινοποιήθηκε στη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή του υπουργείου Ανάπτυξης και στην Καρδιολογική Εταιρεία. Το απογοητευτικό είναι πως πολλά από τα τρόφιμα, τα οποία η επιστολή στοχοποιεί, εφοδιάζονται από επιστημονικούς φορείς, κρατικούς και μη, με διαβεβαιώσεις που τα πιστοποιούν ή τα χαρακτηρίζουν ευεργετικά για την υγεία. Ακόμα και οι καρτουίστικες φιγούρες που παρουσιάζονται σε εικόνες κάποιας δραστηριότητας περνούν υποσυνείδητα το μήνυμα πως π.χ το συγκεκριμένο παιδικό τρόφιμο δίνει ενεργητικότητα και υπερτερεί σε σχέση με άλλα που δεν έχουν τέτοιες «δραστήριες φιγούρες» και δεν προκαλούν ταύτιση του παιδιού με αυτές.

Τον τελευταίο καιρό στην Ελλάδα ο ΕΦΕΤ έχει καλέσει τις εταιρείες τροφίμων να υποβάλλουν τις προτάσεις τους για τους υποψήφιους ισχυρισμούς υγείας των τροφίμων. Χαρακτηριστικό είναι πως στον Καναδά επιτρέπονται μόνο 5 ισχυρισμοί υγείας για τα τρόφιμα και το νομοθετικό πλαίσιο είναι αυστηρό. Ενδιαφέρον ακόμα είναι το γεγονός πως στη συγκεκριμένη έρευνα όταν ρωτήθηκαν οι βιομηχανίες τροφίμων για τις ποσότητες των προστιθέμενων και όχι των φυσικά απαντώμενων σακχάρων στα υπό εξέταση τρόφιμα αρνήθηκαν να τις αποκαλύψουν. Η νομοθεσία που τελικά θα διέπει τους ισχυρισμούς υγείας στα τρόφιμα και ειδικά στα παιδικά αναμένεται με μεγάλο ενδιαφέρον.



# Εμμηνόπαυση

## Ορμονικές & Σωματικές Αλλαγές.

### Δύσκολη ηλικία για απώλεια βάρους;

Παρόλο που η εμμηνόπαυση είναι μία διαδικασία απόλυτα φυσιολογική, πολλές γυναίκες, πλησιάζοντας την κρίσιμη ηλικία των 45 ετών, ανησυχούν ιδιαίτερα έντονα για όσα πρόκειται να αντιμετωπίσουν.

Η εμμηνόπαυση παρουσιάζεται όταν μία γυναίκα εμφανίσει διαδοχική 12μηνη διακοπή της εμμηνορρυσίας της. Όταν εμφανιστεί πριν την ηλικία των 40 ετών ονομάζεται πρόωμη. Πολύ συχνά συγχέεται και ταυτίζεται με τον όρο κλιμακτήριος. Στην πραγματικότητα η κλιμακτήριος είναι μια πολύ μεγαλύτερη χρονική περίοδος στη ζωή μίας γυναίκας. Συνήθως ξεκινάει 2 χρόνια πριν την εμμηνόπαυση και χαρακτηρίζεται από σταδιακές ορμονικές αλλαγές.



Σημαντικές είναι και οι ψυχολογικές επιπτώσεις της περιόδου αυτής, με συχνότερες το άγχος, την κατάθλιψη, τη μείωση της σεξουαλικότητας, τις αϋπνίες, την ευερεθιστότητα με συχνό κλάμα, τη χαμηλή αυτοσυγκέντρωση, τα προβλήματα μνήμης και την έκπτωση της διάθεσης και της ενεργητικότητας.

Ο χρόνος που εμφανίζεται η εμμηνόπαυση ποικίλλει από γυναίκα σε γυναίκα και εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Οι ηλικίες ανάμεσα στα 45 – 55 έτη είναι πιο πιθανές για την εμφάνισή της. Οι γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει πολλές φορές ή έχουν αυξημένο βάρος είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν καθυστερημένη εμμηνόπαυση. Αντίθετα, γυναίκες που δεν έχουν αποκτήσει παιδιά, που δεν ακολουθούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής, καπνίζουν, παίρνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή εκτίθενται σε ακτινοβολία παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα πρόωμης εμμηνόπαυσης.

### **Που οφείλεται η εμμηνόπαυση;**

Η εμφάνιση της εμμηνόπαυσης οφείλεται στη σταδιακή έκπτωση της ωοθηκικής λειτουργίας, με αποτέλεσμα τη μείωση της παραγωγής ζωτικής σημασίας ορμονών. Οι ορμόνες που κυρίως επηρεάζονται είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Ο κύριος ρόλος τους είναι η προαγωγή και η ανάπτυξη της λειτουργία της μήτρας, του κόλπου και των μαστών. Ταυτόχρονα, επιδρούν άμεσα και έμμεσα στη λειτουργία άλλων οργάνων και επηρεάζουν τον ψυχισμό της γυναίκας.

### **Ποια συμπτώματα σηματοδοτούν την ηλικία αυτή;**

Τα συμπτώματα της περιόδου αυτής ποικίλουν από γυναίκα σε γυναίκα. Ο μεγαλύτερος αριθμός των γυναικών εμφανίζει ήπια συμπτώματα, ενώ υπάρχουν γυναίκες που δεν παρουσιάζουν καθόλου συμπτώματα και άλλες που εμφανίζουν βαριά συμπτώματα.

Τα κυριότερα περιλαμβάνουν αύξηση βάρους, εξάψεις, εφιδρώσεις, εκνευρισμούς, συχνούς πονοκεφάλους και συναφείς πόνους, ξηρότητα του κόλπου, άπνοια, κούραση,

ασταθή κύκλο και επώδυνα έμμηνα. Μακροπρόθεσμα, η απώλεια των οιστρογόνων αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων και απώλειας οστέου από τα οστά.

Σημαντικές είναι και οι ψυχολογικές επιπτώσεις της περιόδου αυτής, με συχνότερες το άγχος, την κατάθλιψη, τη μείωση της σεξουαλικότητας, τις αϋπνίες, την ευερεθιστότητα με συχνό κλάμα, τη χαμηλή αυτοσυγκέντρωση, τα προβλήματα μνήμης και την έκπτωση της διάθεσης και της ενεργητικότητας.

### **Ποιες λύσεις προτείνονται για την ανακούφιση των συμπτωμάτων;**

Η κυριότερη προτεινόμενη θεραπεία είναι αυτή της ορμονικής υποκατάστασης. Στην πλειοψηφία των θεραπευτικών σχημάτων χρησιμοποιούνται οιστρογόνα σε συνδυασμό με προγεστερόνη (που είναι αναγκαία για να αντισταθμιστεί η διεγερτική επίδραση των οιστρογόνων στο ενδομήτριο). Η θεραπεία όμως αυτή έχει συνδεθεί με αυξημένο σχετικό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου κυρίως του μαστού, της μήτρας και των ωοθηκών. Για το λόγο αυτό, η επιστημονική κοινότητα αναζήτησε τη λύση στο φυτικό βασίλειο. Τα φυτοοιστρογόνα φαίνεται ότι συμβάλλουν στη βελτίωση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, αφού δρουν σαν Εκλεκτικοί Τροποποιητές των Οιστρογονικών Υποδοχέων. Τα λιγνάνια και τα κουμαστένια είναι αυτά που έχουν κυρίως συσχετιστεί με αυτή τη δράση. Οι ουσίες αυτές μετατρέπονται στο γαστρεντερικό σύστημα, με τη βοήθεια των υπαρχόντων σε αυτό βακτηρίων, σε ακόμα πιο ενεργές μορφές φυτοοιστρογόνων όπως η εντεροδιόνη και εντερολακτόνη. Με τη σειρά τους, τα φυτοοιστρογόνα αυτά, δρουν σε ειδικούς οιστρογονικούς υποδοχείς τροποποιώντας τα επίπεδα των κυκλοφορούντων οιστρογόνων, συμβάλλοντας έτσι στην αλλαγή της έντασης των συμπτωμάτων. Παράλληλα, ενεργοποιούν την παραγωγή από το

Ο χρόνος που εμφανίζεται η εμμηνόπαυση ποικίλλει από γυναίκα σε γυναίκα και εξαρτάται από διάφορους παράγοντες.

Οι ηλικίες ανάμεσα στα 45 – 55 έτη είναι πιο πιθανές για την εμφάνισή της

ήπαρ της SHBG (hormone-binding globulin) η οποία αυξάνει την απομάκρυνση από την κυκλοφορία των οιστρογόνων.

Υπάρχει και ένας τρίτος τρόπος δράσης των λιγνάνων και των κουμestanίων. Μειώνουν τη δράση ενός ενζύμου γνωστού ως οιστρογονική συνθετάση (αρωματάση) συμβάλλοντας έτσι στην παραγωγή των οιστρογόνων.

Εκτός όμως από τη συμβολή των ουσιών αυτών στη μείωση της έντασης των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, ιδιαίτερα σημαντικός είναι και ο ρόλος τους στην πρόληψη των διαφόρων μορφών καρκίνου, κυρίως του στήθους.

## Μπορεί η διατροφή να συμβάλλει στην καλύτερη ποιότητα ζωής κατά την εμμηνόπαυση;

Όπως, λοιπόν, γίνεται αντιληπτό από όσα προαναφέρθηκαν, η διατροφή διαδραματίζει εξαιρετικά σημαντικό ρόλο στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση. Άλλωστε, τόσο τα φυτοοιστρογόνα όσο και τα λιγνάνια και κουμestanία μπορούν να προσληφθούν από τη διατροφή. Κυριότερες πηγές τους είναι τα φρούτα (κεράσια, μήλα), τα λαχανικά, τα όσπρια, τα δημητριακά ολικής άλεσης και η σόγια. Τα λιγνάνια βρίσκονται επίσης στο λιναρόσπορο, σε λαχανικά όπως το καρότο, το σπανάκι και αυτά της οικογένειας των σταυρανθών, όπως το μπρόκολο και η ανθοκράμβη.

Εκτός όμως, από τη σημασία της διατροφής στην έκβαση των συμπτωμάτων της ηλικία αυτής, υπάρχουν και άλλα προβλήματα που συνδέονται με την εμμηνόπαυση και μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με τη βοήθεια των τροφών.

Η αύξηση του βάρους είναι πολύ πιθανό να εμφανιστεί στην ηλικία αυτή. Συνήθως παρατηρείται μια αργή, αλλά σημαντική μείωση της μυϊκής μάζας που έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση των καύσεων ημερησίως. Για την πρόληψη της αύξησης αυτής, προσπαθήστε να μετριάσετε τη ενεργειακή σας πρόσληψη και

αυξήσετε την κατανάλωση ενέργειας, προσθέτοντας 30 λεπτά γρήγορου περπατήματος ή άλλης φυσικής δραστηριότητας της αρεσκείας σας, καθημερινά.

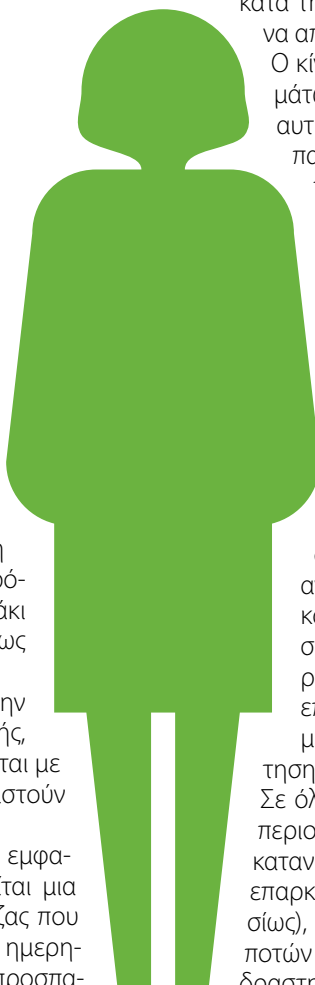
Η απώλεια ασβεστίου από τα οστά, λόγω των ορμονικών αλλαγών που συμβαίνουν, μπορεί να επηρεάσει την υγεία των οστών. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η επαρκής πρόσληψη ασβεστίου μέσω των τροφίμων. Προσπαθήστε να καταναλώνετε τουλάχιστον 3 μερίδες γαλακτοκομικών ημερησίως (1 ποτήρι γάλα, 1 κεσεδάκι γιαούρτι ή 30gr τυρί). Μην ξεχνάτε τη βιταμίνη D, που είναι απαραίτητη για τη υγεία των οστών. Η βιταμίνη αυτή παράγεται στο δέρμα κατά την έκθεσή του στο ήλιο φροντίστε λοιπόν, να απολαμβάνετε την ηλιόλουστη πατρίδα μας.

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι ιδιαίτερα αυξημένος την περίοδο αυτή. Η διατροφή και κυρίως η πρόσληψη λιπαρών απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή. Μειώστε

την κατανάλωση λιπαρών και ιδιαιτέρως των κορεσμένων (παχιά κρέατα, πλήρη γαλακτοκομικά, βούτυρο, γλυκά κ.α), χρησιμοποιήστε το ελαιόλαδο σαν το κύριο έλαιο της διατροφής σας και καταναλώστε ψάρι τουλάχιστον 1-2 φορές την εβδομάδα. Προτιμήστε λιπαρά ψάρια (σαρδέλες, τόνο, σολομό, κολιό, ρέγκα, πέστροφα), που αποτελούν την κύρια πηγή ω-3 λιπαρών οξέων. Καταναλώστε τουλάχιστον 5 μερίδες φρούτων και λαχανικών ημερησίως, κατά προτίμηση

διαφορετικού χρώματος, που έχουν ισχυρή αντιοξειδωτική δράση συμβάλλοντας στην καλύτερη υγεία της καρδιάς. Ιδιαίτερη σημασία δώστε στην κατανάλωση αλατιού, περιορίστε το στο μαγείρεμα και μην προσθέτετε επιπλέον κατά τη διάρκεια του γεύματος, μειώνοντας με τον τρόπο αυτό την κατακράτηση υγρών.

Σε όλα αυτά είναι σημαντικό να προστεθούν ο περιορισμός της καφεΐνης, μέσω της μείωσης κατανάλωσης καφέ, τσαγιού και αναψυκτικών, η επαρκής κατανάλωση νερού (6-8 ποτήρια ημερησίως), η μείωση της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών και η αύξηση της καθημερινής φυσικής δραστηριότητας.



## Σακχαρώδης διαβήτης & γλυκά

### Τί είναι ο διαβήτης;

Ο σακχαρώδης διαβήτης προκαλείται από διαταραχή της έκκρισης ή της δράσης ή αμφοτέρων της ινσουλίνης, με αποτέλεσμα τη διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών. Το σάκχαρο στο αίμα είναι μόνιμα αυξημένο στους διαβητικούς ασθενείς και αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου για την εξέλιξη παθήσεων των νεφρών, των αρτηριών, του αμφιβληστροειδούς και των νεύρων. Κατά συνέπεια, η ρύθμιση του διαβήτη και η διατήρηση του σακχάρου σε ανεκτά επίπεδα, είναι μείζον ζήτημα για την ποιότητα της ζωής του διαβητικού ασθενούς.

### Ποιές ήταν οι διατροφικές συστάσεις για τη ρύθμιση του διαβήτη στο παρελθόν;

Για πολλά χρόνια και μέχρι τη δεκαετία του '70, βασική αρχή για τη ρύθμιση του διαβήτη θεωρούταν η δραστική μείωση της κατανάλωσης υδατανθράκων. Καμία έρευνα ωστόσο δεν απεδείκνυε τα θετικά αποτελέσματα αυτής της τακτικής, ενώ συχνά παρατηρούταν αντιστάθμιση της μείωσης των υδατανθράκων στη διαίτα από αύξηση του λίπους. Η αυξημένη όμως πρόσληψη λίπους σχετίζεται με την εμφάνιση κι εξέλιξη καρδιαγγειακών νοσημάτων, ειδικά σε μια επηρεπητή πληθυσμιακή ομάδα όπως οι διαβητικοί. Έτσι, στη δεκαετία του '80 συστήνονταν πια διατροφές αρκετά περιορισμένες σε λίπος, ενώ ο περιορισμός στους υδατάνθρακες από ποσοτικός έγινε κυρίως ποιοτικός και συστήνονταν πλέον περισσότεροι σύνθετοι και λιγότεροι απλοί. Στη δεκαετία του '90, η ποιοτική διάκριση των υδατανθράκων ολοκληρώθηκε με την εισαγωγή της έννοιας του γλυκαιμικού δείκτη των τροφίμων. Αυτός εκφράζει την ποσοστιαία αύξηση του σακχάρου στο αίμα, μετά την κατανάλωση ενός τροφίμου και είναι επιθυμητό να είναι χαμηλός. Αντίθετα, τα τρόφιμα με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη αποκλείστηκαν από τη διατροφή του διαβητικού.

### Ποιές είναι οι διατροφικές συστάσεις για τη ρύθμιση του διαβήτη σήμερα;

Από πιο σύγχρονες μελέτες, η ποιότητα των καταναλισκόμενων υδατανθράκων δεν φαίνεται να είναι εξίσου σημαντική με την ποσότητά τους. Υπάρχουν βέβαια και ποιοτικές συστάσεις, όπως να εμπλουτίζει ο διαβητικός τη διατροφή του με περισσότερους σύνθετους υδατάν-

θρακες, διότι ικανοποιούν περισσότερο το αίσθημα της πείνας και προσφέρουν περισσότερα θρεπτικά συστατικά συγκριτικά με τους απλούς υδατάνθρακες, και με περισσότερες φυτικές ίνες, διότι σε μεγάλες ποσότητες αναστέλλουν την απορρόφηση γλυκόζης από το λεπτό έντερο. Ωστόσο, οι δύο κυριότεροι παράγοντες στους οποίους έχει αποδοθεί πλέον η καλύτερη ρύθμιση του διαβήτη, είναι η συνολική ημερήσια προσλαμβανόμενη ποσότητα υδατανθράκων και το υγιές βάρος. Δηλαδή, ο διαβητικός είναι απαραίτητο να μάθει να μετριάξει το σύνολο των υδατανθράκων που καταναλώνει μέσα σε μια ημέρα και περαιτέρω να τους καταμερίζει ισόποσα σε περισσότερα και μικρότερα γεύματα. Εξίσου απαραίτητο είναι να μειώσει την ημερήσια θερμιδική του πρόσληψη και να αυξήσει τη σωματική του δραστηριότητα, προκειμένου να μειώσει το βάρος του και να το διατηρήσει σε φυσιολογικά επίπεδα.

### Ποια είναι τα επιβλαβή συστατικά των έτοιμων γλυκών για τους διαβητικούς;

Τα έτοιμα γλυκά του ζαχαροπλαστείου περιέχουν σχεδόν πάντα τρόφιμα με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη (π.χ. ζάχαρη, καρύδια, κάστανα, αποξηραμένα φρούτα, καρπούζι, πεπόνι, ανανά), ολόπαχα γαλακτοκομικά (γάλα, γιαούρτι, βούτυρο, κρέμα γάλακτος) και αβγά.

Τα τρόφιμα με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη αυξάνουν απότομα το σάκχαρο στο αίμα. Ως απάντηση, το πάγκρεας παράγει κι εκκρίνει μεγάλες ποσότητες ινσουλίνης, η οποία αδειάζει το σάκχαρο του αίματος, οπότε προκαλείται υπογλυκαιμία (ζάλη, εξάντληση). Ο οργανισμός ωθείται τότε να αναζητήσει εκ νέου τροφή, και μάλιστα σακχαρούχα τροφή που θα αποδώσει γρήγορα την ενέργειά της. Επιπλέον τα απλά σάκχαρα και οι πηγές τους όπως η ζάχαρη, ενώ έχουν μεγάλη θερμιδική αξία, δεν έχουν καμία θρεπτική αξία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), το επιτρεπτό όριο πρόσληψης απλών σακχάρων είναι το 10% της συνολικής ημερήσιας ενέργειας.

Τα ολόπαχα γαλακτοκομικά περιέχουν πολλά κορεσμένα λιπίδια και το αβγό είναι πλούσια πηγή χοληστερόλης. Τα κορεσμένα λιπαρά είναι υπεύθυνα για την υπέρταση, ενώ μαζί με τη χοληστερόλη για τη δημιουργία αθηρωματικής πλάκας στις αρτηρίες και την εξέλιξη καρδιαγγειακών νοσημάτων, στα οποία είναι περισσότερο επηρεπείς οι διαβητικοί. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το επιτρεπτό όριο πρόσληψης κορεσμένων λιπιδίων είναι το 10% της συνολικής ημερήσιας ενέργειας, ενώ για τη χοληστερόλη το ανώτατο όριο είναι 200mg ημερησίως.

## Πόσο χρήσιμη είναι η καθολική απαγόρευση των έτοιμων γλυκών στο διαβητικό ασθενή;

Καλό είναι οι διαβητικοί να αποφεύγουν να επιλέγουν γλυκά που περιέχουν επιβλαβή συστατικά σε μεγάλες ποσότητες ή να δοκιμάζουν μικρή μόνο ποσότητα (Πίνακας 1). Επίσης πρέπει να υπολογίζουν πόσους υδατάνθρακες και πόσες θερμίδες καταναλώνουν με το γλυκό και να τα αφαιρούν από το ημερήσιο όριο που έχουν για αυτά. Με άλλα λόγια, την ημέρα που καταναλώνουν γλυκό, πρέπει να προσέχουν να μην καταναλώσουν άλλες πυκνοθερμιδικές τροφές (π.χ. ξηρούς καρπούς, πολύ ελαιόλαδο) ή άλλες πηγές απλών σακχάρων (π.χ. αναψυκτικά, πολλά φρούτα), κορεσμένων λιπιδίων (π.χ. κόκκινο κρέας) ή χοληστερόλης (π.χ. αβγά).

βουτήματα	<20g
γλυκό κουταλιού	<2 κουτ. Σούπας
μαρμελάδα	<3 κουτ. Σούπας
κομπόστα	< 1 ½ κομμάτι
σοκολάτα γάλακτος	<25g
μπισκότο απλό	
γκοφρέτα	<35g
μπάρα δημητριακών	
κέικ απλό	
τσουρέκι	
λουκουμάς	
αμυγδαλωτά	
χαλβάς μπακάλη	
παστέλι	
κέικ σοκολάτας	
κρουασάν	
τηγανίτα απλή	

σοκολάτα πικρή ή με φρουκτόζη	<75g
βάφλα	
μηλόπιτα	
τάρτα με φρούτα	
κέικ τυριού	<100g
παγωτό κανονικά ή με λίγα λιπαρά	<150g
πουτίγκα	
ρυζόγαλο	<200g
επιδόρπιο σόγιας	<250g
μήλο ψητό με ζάχαρη + κανέλα	<300g

σοκολάτα ρόφημα	<2 φλ. τσαγιού
σορμπέ διαίτης	<500g
ζελέ διαίτης	απεριόριστα

**Πίνακας 1:** Καλά ανεκτές ποσότητες έτοιμων γλυκών.

## Τί εναλλακτικές έχει ο διαβητικός ασθενής που δεν αρκείται σε μικρές ποσότητες γλυκών;

Αν η μείωση της ποσότητας των έτοιμων γλυκών που καταναλώνει κανείς δεν είναι πάντα επιθυμητή, η κατάλληλη τροποποίηση των αρχικών συνταγών στο σπίτι, μπορεί να κάνει τα γλυκά πιο εύκολα διαχειρίσιμα από τον οργανισμό. Η τροποποίηση γίνεται με **ολική παράλειψη** των συστατικών που δεν είναι απαραίτητα στη συνταγή, ή με **μείωση** στις δόσεις των συστατικών που είναι πλούσια σε ζάχαρη, κορεσμένο λίπος ή χοληστερόλη, ή τέλος με **αντικατάσταση** των επιβλαβών συστατικών με άλλα πιο υγιεινά (**Πίνακας 2**).

	Αρχικά συστατικά	Υποκατάστατα
μείωση σακχάρων	ζάχαρη σιρόπι μαρμελάδα	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ ασπάρταμη, σακχαρίνη ή άλλη γλυκαντική ουσία</li> <li>➔ λίγο μέλι διαλυμένο σε ζεστό νερό</li> <li>➔ κομμάτια φρούτων</li> </ul>
μείωση κορεσμένων λιπιδίων	βούτυρο ή μαργαρίνη πλήρες γάλα κρέμα γάλακτος παγωτό κρέμα τυρί κρέμα σαντιγύ	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ βούτυρο ή μαργαρίνη με λιγότερα λιπαρά ή ταχίνι ή ελαιόλαδο</li> <li>➔ ημίπαχο γάλα</li> <li>➔ γάλα εβαπορέ ημίπαχο</li> <li>➔ παγωτό γιαούρτι</li> <li>➔ τυρί κρέμα ημίπαχο ή τυρί ρικότα</li> <li>➔ ημίπαχο γιαούρτι</li> </ul>
μείωση χοληστερόλης	1 αβγό	➔ 2 ασπράδια

**Πίνακας 2:** Τροποποίηση συνταγών.

Οι σπιτικές ελαφριές συνταγές μπορούν να υιοθετηθούν και από υγιή άτομα, στα πλαίσια μιας περισσότερο θρεπτικής και εξίσου γευστικής διατροφής, με σκοπό την **πρόληψη του διαβήτη**.



• Η αναγνώστριά μας Β.Δ. γράφει σχετικά με πρόβλημα που την απασχολεί. Ο πατέρας της είναι 70 ετών και κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων ετών έχει παρουσιάσει 4 επεισόδια πνευμονίας, για δύο από τα οποία νοσηλεύθηκε στο Νοσοκομείο. Σε όλες τις περιπτώσεις παρουσίασε την πνευμονία στο μέσο και κάτω λοβό του δεξιού πνεύμονα, θέση που όπως την ενημέρωσαν οι ιατροί αναπτύσσεται πνευμονία συνήθως σε όσους παθαίνουν για κάποιο λόγο εισρόφηση. Ο πατέρας της δεν έχει κάποιο άλλο σημαντικό νόσημα, αλλά αναφέρει ότι μόνιμα νιώθει καύσο πίσω από το στήθος μετά το φαγητό και έχει έντονες ερυγές, ενώ πολλές φορές νιώθει ένα όξινο υγρό να έρχεται στο στόμα. Τα παραπάνω συμπτώματα ήταν πιο έντονα πριν τα επεισόδια της πνευμονίας. Επίσης, πριν 30 χρόνια υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση λόγω δωδεκαδακτυλικού έλκους (βαγοτομή, πυλωροπλαστική και γαστρεντεροαναστόμωση). Οι πνευμολόγοι της μίλησαν για γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και την ενημέρωσαν πως πιθανώς αυτή ευθύνεται για τα επεισόδια πνευμονίας. Χορηγήθηκε ομεπραζόλη για μακρύ χρονικό διάστημα χωρίς όμως να βελτιωθούν τα συμπτώματα και χωρίς να προληφθεί το τελευταίο επεισόδιο πνευμονίας. Παράλληλα, τηρεί τις οδηγίες ως προς τις διατροφικές συνήθειες (πολλά μικρά γεύματα, αποφυγή κατάκλισης μετά το φαγητό, αποφυγή ορισμένων τροφών κ.λ.π). Μας ρωτά τι μπορεί να κάνει ο πατέρας της για να προλάβει νέο επεισόδιο πνευμονίας.

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Πράγματι τα συμπτώματα που μας περιγράφετε είναι τυπικά γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου και το γεγονός ότι προηγήθηκε των επεισοδίων της πνευμονίας, έξαρση των συμπτωμάτων αυτών δημιουργεί πράγματι ισχυρή υποψία ότι υπάρχει συσχέτιση.

Με τον όρο γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση εννοούμε την παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο, γεγονός το οποίο φυσιολογικά συμβαίνει ως ένα βαθμό σε όλους τους ανθρώπους. Όταν όμως η παλινδρόμηση είναι ιδιαίτερα παρατεταμένη μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα ή και βλάβη στον οισοφαγικό βλεννογόνο (οισοφαγίτιδα) και τότε μιλάμε για γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο. Σε ορισμένες περιπτώσεις το υγρό που παλινδρομεί μπορεί μέσω του λάρυγγα να εισροφηθεί στους πνεύμονες και να προκαλέσει πνευμονία. Συνήθως το υγρό αυτό είναι όξινο και η οξύτητα αυτή (δηλαδή το χαμηλό pH) παίζει ρόλο στην πρόκληση της βλάβης και των συμπτωμάτων. Συνεπώς, φάρμακα που μειώνουν την οξύτητα, όπως η ομεπραζόλη φαίνεται ότι δρουν ευεργετικά. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως φαίνεται ότι η ίδια η παλινδρόμηση προκαλεί πρόβλημα ανεξάρτητα από το pH του υγρού το οποίο παλινδρομεί. Πιθανώς ο πατέρας σας ανήκει σε αυτές τις περιπτώσεις, αν μάλιστα λάβουμε υπόψη ότι έχει υποβληθεί σε διατομή του πνευμονογαστρικού νεύρου (βαγοτομή) και συνεπώς το γαστρικό υγρό που παράγει δεν είναι ούτως ή άλλως ιδιαίτερα όξινο, καθώς το νεύρο αυτό διεγείρει την παραγωγή οξέος από το στόμαχο.

Συνήθως σε αυτές τις περιπτώσεις ξεκινάμε με ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος, προκειμένου να διαπιστώσουμε αν έχει προκληθεί και σε τι βαθμό βλάβη στον οισοφάγο. Δεδομένου ότι η πνευμονία αποτελεί πολύ σοβαρή επιπλοκή της γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου, ο πατέρας σας ίσως έχει ένδειξη ακόμη και για χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου. Στην περίπτωση αυτή πρέπει προηγουμένως να τεκμηριωθεί η παρουσία της νόσου και αυτό γίνεται με μια ειδική εξέταση την 24ωρη pHμετρία/εμπεδομετρία. Μέχρι να γίνουν όλα αυτά απαιτείται ανάλογη φαρμακευτική θεραπεία και πιστή τήρηση των υγιεινοδιαιτητικών οδηγιών, τις οποίες ήδη έχετε λάβει. Θα ήταν επίσης χρήσιμο να απευθυνθείτε σε κάποιο γαστρεντερολόγο ο οποίος θα σας κατευθύνει.

• Ο αναγνώστης μας Κ.Θ., 55 ετών, μας ρωτά σχετικά με το πρόβλημα της χρόνιας παγκρεατίτιδας το οποίο τον απασχολεί. Επί 20 έτη αναφέρει σημαντική κατάχρηση αλκοολούχων ποτών με αποτέλεσμα να νοσηλευθεί δύο φορές λόγω οξείας παγκρεατίτιδας. Μετά τη δεύτερη νοσηλεία περιόρισε τη λήψη αλκοόλ, άρχισε όμως μετά από κάποιο χρονικό διάστημα να εμφανίζει πόνο στην κοιλιά, ιδίως

**μετά τα γεύματα, χωρίς όμως τα συνοδά έντονα συμπτώματα της οξείας παγκρεατίτιδας. Υποβλήθηκε στον απαιτούμενο εργαστηριακό και ακτινολογικό έλεγχο από θεράποντα ιατρό του και διαπιστώθηκε ότι πάσχει από χρόνια παγκρεατίτιδα. Συνεστήθη πλήρη διακοπή του αλκοόλ και του καπνίσματος. Ο ασθενής υπάκουσε, αλλά συνεχίζει να πονά ιδίως μετά τα γεύματα αλλά λιγότερο. Προτίθεται να επισκεφθεί ξανά το γιατρό του, παράλληλα όμως ζητά και τη δική μας γνώμη.**

Ευχαριστούμε για τη επικοινωνία. Με τον όρο χρόνια παγκρεατίτιδα εννοούμε μια χρόνια φλεγμονή του παγκρέατος, δηλαδή του οργάνου που παράγει πολλά από τα απαιτούμενα ένζυμα για την πέψη της τροφής, καθώς και κάποιες βασικές ορμόνες, όπως την ινσουλίνη και το γλυκαγόνο. Ένα από τα αίτια της χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι και η κατάχρηση αλκοολούχων ποτών και πράγματι αυτή εμφανίζεται στο 10% περίπου των ανθρώπων οι οποίοι κάνουν μακροχρόνια κατάχρηση αλκοόλ. Το κάπνισμα φαίνεται ότι παίζει και αυτό κάποιο δευτερεύοντα ρόλο όσον αφορά την εμφάνιση και τη βαρύτητά της, επικουρικά πάντα προς το αλκοόλ (δηλαδή το κάπνισμα σε αντίθεση με το αλκοόλ δεν μπορεί να προκαλέσει από μόνο του χρόνια παγκρεατίτιδα). Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αφενός κοιλιακό άλγος, το οποίο εμφανίζεται συχνότερα μετά τα γεύματα ή την κατανάλωση αλκοόλ, αφετέρου εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη, καθώς το πάγκρεας δεν μπορεί να παράγει επαρκή ποσότητα ινσουλίνης ή και τέλος εμφάνιση συνδρόμου δυσαπορρόφησης θρεπτικών ουσιών, καθώς δεν παράγονται όπως είπαμε τα απαιτούμενα ένζυμα.

Η αυστηρή αποχή από την κατανάλωση αλκοόλ και η διακοπή του καπνίσματος είναι τα πρώτα απαραίτητα μέτρα, αν και δεν είναι πάντα ικανά, να εξαφανίσουν τα συμπτώματα. Στην περίπτωση που ο πόνος επιμένει χορηγούνται απλά παυσίπονα στην αρχή και στη συνέχεια εάν κριθεί αναγκαίο πιο ισχυρά (οπισοειδή). Πολλούς ασθενείς τους βοηθά η από του στόματος χορήγηση παγκρεατικών ενζύμων. Η χορήγηση παγκρεατικών ενζύμων, εκτός από τον πόνο, βελτιώνει και το σύνδρομο δυσαπορρόφησης, το οποίο ενδεχομένως συνυπάρχει. Σε άλλες περιπτώσεις υπεύθυνη για τον πόνο ίσως είναι κάποια στένωση στον παγκρεατικό πόρο, η οποία αντιμετωπίζεται κατά τη διάρκεια μιας ειδικής ενδοσκοπικής μεθόδου, της παλίνδρομης

χολαγγειοπαγκρεατογραφίας. Τέλος, σε εξαιρετικά ανθεκτικές στην αγωγή περιπτώσεις, ίσως χρειασθεί χειρουργική αντιμετώπιση. Θα ήταν χρήσιμο να συμβουλευθείτε κάποιο γαστρεντερολόγο, ο οποίος θα σας κατευθύνει σχετικά, καθώς οι παραπάνω γενικοί κανόνες διαφοροποιούνται και εξατομικεύονται.

● **Αναγνώστης μας, 30 ετών, ενδιαφέρεται να ενημερωθεί σχετικά με το εμβόλιο των ηπατιτίδων Α και Β. Ο ίδιος, σε τυχαίο έλεγχο, σε κέντρο αιμοδοσίας (έδωσε αίμα για κάποιο συγγενή του) βρέθηκε ότι είναι φορέας του ιού της ηπατίτιδας C. Έχει φυσιολογικές τρανσαμινάσες και η βιοψία ήπατος, στην οποία υποβλήθηκε, δεν έδειξε ιδιαίτερες αλλοιώσεις στο ήπαρ. Με αυτό το δεδομένο, καθώς επίσης και το γεγονός ότι έχει γονότυπο ιού με σχετικά μικρές πιθανότητες ανταπόκρισης στην θεραπεία οι ιατροί συνέστησαν να μην πάρει θεραπεία επί του παρόντος, αλλά να επαναλάβει τη βιοψία σε 5 χρόνια. Η ιδέα να μην πάρει θεραπεία δεν τον ενοχλεί, αντίθετα μάλλον τον ικανοποιεί, αφού εξ αρχής δυσφορούσε στην προοπτική μιας μακράς σε διάρκεια θεραπείας με αρκετές πιθανές παρενέργειες, όπως η θεραπεία της ηπατίτιδας C. Ωστόσο, οι θεράποντες ιατροί συνέστησαν να εμβολιασθεί για την ηπατίτιδα Β και Α. Ανησυχεί μήπως τα εμβόλια αυτά έχουν δυσμενή επίδραση στην πορεία της ηπατίτιδας C.**

Αγαπητέ αναγνώστη, είναι προφανές ότι για να σας συστήνει ο θεράπων ιατρός εμβολιασμό, αυτό σημαίνει ότι δεν έχετε ανοσία ούτε έναντι της ηπατίτιδας Β ούτε έναντι της ηπατίτιδας Α. Και οι δύο αυτοί ιοί είναι δυνατόν να προκαλέσουν οξεία λοίμωξη, η οποία σε έναν φορέα ηπατίτιδας C μπορεί να προκαλέσει σημαντική επιδείνωση της ηπατικής λειτουργίας και να απειλήσει τη ζωή του. Ο ιός της ηπατίτιδας Β μπορεί επιπρόσθετα να προκαλέσει χρόνια λοίμωξη, η οποία όταν συνυπάρχει με χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C χαρακτηρίζεται από δυσμενή πρόγνωση. Για αυτούς τους λόγους επιβάλλεται να εμβολιασθείτε. Ο εμβολιασμός της ηπατίτιδας Β περιλαμβάνει τρεις δόσεις (η 2η δόση 1 μήνα μετά την 1η και η 3η δόση 5 μήνες μετά τη 2η), ενώ της ηπατίτιδας Α περιλαμβάνει δύο δόσεις (η 2η δόση 6-12 μήνες μετά την 1η). Οι εμβολιασμοί αυτοί είναι γενικώς ασφαλείς.

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

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

### Ευχαριστούμε θερμά :

#### Τους χορηγούς μας :

GLAXOSMITHKLINE α.ε.β.ε.  
A&L MEDICAL SUPPLIES  
ABBOTT LABORATORIES ΕΛΛΑΣ α.β.ε.ε.  
ASTRAZENECA α.ε.  
BIANEΞ α.ε.  
BOEINGHER INGELHEIM ELLAS α.ε.  
BOSTON SCIENTIFIC HELLAS S.A.  
DANONE α.ε.  
ELPEN α.ε.  
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ α.ε.  
JANSSEN – CILAG α.ε.β.ε.  
NOVARTIS HELLAS α.ε.β.ε.  
RECKITT BENCKISER α.β.ε.ε.  
ROCHE HELLAS α.ε.  
SCHERING PLOUGH S.A.  
UCB α.ε.  
ΧΑΛΚΙΑΔΑΚΗΣ α.ε.

#### Όσους διαφημίστηκαν στο περιοδικό μας:

ABBOTT LABORATORIES ΕΛΛΑΣ α.β.ε.ε.  
ASTRAZENECA α.ε.  
BOEINGHER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ α.ε.  
CANA α.ε.  
ELPEN α.ε.  
Μ.Σ. ΙΑΚΩΒΙΔΗΣ ΕΛΛΑΣ α.ε.  
NYCOMED HELLAS S.A.  
GALENICA α.ε.  
GILEAD SCIENCES HELLAS μ.ε.π.ε.  
GLAXOSMITHKLINE α.ε.β.ε.  
JANSSEN - CILAG α.ε.β.ε.  
ROCHE HELLAS α.ε.

- Όσοι συμμετείχαν στην 3η Εκπαιδευτική Διημερίδα του Ιδρύματος:
  - ABBOTT LABORATORIES ΕΛΛΑΣ, ASTRAZENECA, BRISTOL MYERS SQUIBB, JANSSEN CILAG, ROCHE HELLAS, SCHERING PLOUGH, SMART INTERMED
  - ELPEN, GILEAD SCIENCES HELLAS, NOVARTIS, UCB, BIANEΞ
  - BAYER, BOEINGHER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ, BOSTON SCIENTIFIC HELLAS, CANA, DANONE HELLAS, E & E ΙΑΤΡΙΚΑ, FARAN LABORATORIES, GALENICA, NYCOMED HELLAS, RECKITT BENCKISER, SOLVAY PHARMA, ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ, Μ.Σ. ΙΑΚΩΒΙΔΗΣ ΕΛΛΑΣ
  - A&L MEDICAL SUPPLIES, NOVIS PHARMACEUTICAL, ΟΜΙΚΡΟΝ ΜΕΝΤΙΚΑΛ, PROTON
- Όλους όσους συνέβαλαν στην έκδοση και διακίνηση του περιοδικού μας και όσους συνεργάστηκαν στη συγγραφή των φυλλαδίων του Ιδρύματος.
- Το Διευθυντή Σύνταξης της «Ευεξίας» κ. Γεώργιο Β. Παπαθεοδωρίδη και τους Αναπληρωτές Διευθυντές κ.κ. Σπήλιο Μανωλακόπουλο και Ιωάννη Βλαχογιαννάκο, το Διευθυντή Έκδοσης των εντύπων κ. Ιωάννη Α. Καραγιάννη και το Διευθυντή Δημοσίων Σχέσεων κ. Χάρη Τζάθα
- Τους συντάκτες κ.κ. Ιωάννη Δήμκα, Ηλία Κάνταρο, Αλεξάνδρα Κασσίμη, Παναγιώτα Καφρίτσα, Ιωάννη Μανιό, Χρήστο Τριάντο και Εμμανουήλ Τσόχατζη.
- Τον Πρόεδρο της Επιτροπής Διατροφής κ. Απόστολο Ράντσιο και τα μέλη αυτής κ.κ. Πάνο Αξιώτη, Διονύση Διονυσόπουλο, Γρηγόριο Κυριακίδη, Χριστίνα Παπανικολάου και Ιωάννα Πετροχειλιού.
- Τη Φαρμακευτική Εταιρεία GlaxoSmithKline α.ε.β.ε. για τη γενναιόδωρη χορηγία της έκδοσης του περιοδικού μας και ιδιαίτερα τους κ.κ. Γεώργιο Κατζουράκη αλλά και τους Όλγα Ματσούκη, Θωμά Ζαγγανά και Ευάγγελο Σταυρίδη.
- Την εταιρεία Astrazeneca α.ε. και ιδιαίτερα τον κ. Στέλιο Σιδηρόπουλο για τη χορηγία μιας υποτροφίας για το ακαδημαϊκό έτος 2008-2009.
- Την εταιρεία Janssen Cilag α.ε.β.ε. και ιδιαίτερα τον κ. Ευθύμιο Παπαταξιάρχη για τη χορηγία μιας υποτροφίας για το ακαδημαϊκό έτος 2008-2009.
- Την Global Activities Key και ιδιαίτερα τον κ. Νικόλαο Γκεσκέρ και την κ. Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου για την υψηλού επιπέδου επίδοσή τους στο δημιουργικό του περιοδικού και την κ. Σοφία Καϊσάκη για τη διαφημιστική διαχείριση.
- Την Εύα Καραμανώλη για τη συνεπή δημοσιογραφική και συντακτική επιμέλεια του περιοδικού.
- Τους συγγραφείς άρθρων και φυλλαδίων κ.κ.: Μιχάλη Αναστασιάδη, Κωνσταντίνο Βασιλείδη, Νικόλαο Βιάζη, Δημοσθένη Γεωργιάδη, Λίνα Γιάνναρου, Χρήστο Γιαννικούλη, Ιωάννη Γιαννούση, Εύα Γραμματική, Melanie Deutsch, Ιωάννη Δήμκα, Σοφία Ελευθερίου, Έλσα Ζαφειροπούλου, Αναστασία Ζαχαράκη, Ιωάννη Ιωαννίδη, Δημήτρα Καγιάφα, Ιωάννη Καραγιάννη, Θωμαή Καραγκιζόγλου, Χρήστο Καρακίδια, Κωνσταντίνος Κατσάνος, Παναγιώτη Κατσαούνης, Αλέξανδρο Κόκκινο, Μαρία Κουλούρη, Παρασκευή Κουστουράκη, Κωνσταντίνο Κωνσταντινίδη, Μαρία Κωστάκη, Βασιλική Κωσταρέλλη, Νικολέτα Μάθου, Γιώργο Μίλεση, Νικόλαο Μισαηλίδη, Αναστάσιο Μόρτογλου, Χρήστο Ξουργιά, Βασίλειο Παπαμίκιο, Παρασκευά Παπαχρήστο, Σταλώ Παπουτσού, Σοφία Παπαλιάρη, Απόστολο Ράντσιο, Μιλτιάδη Ροδιά, Κωνσταντίνο Σιαφάκα, Αλίκη Τζάθα, Έλλη Τριανταφύλλου, Επαμεινώνδα Τσιάνο, Σπύρο Τσικρικά, Ευάγγελο Φραγκούλη, Δημήτριο Χιώτη και Ευάγγελο Χολόγκιτα.
- Τον Κώστα Μητρόπουλο για την καθιερωμένη πλέον πρωτοχρονιάτικη κάρτα.
- Τους Διονύσιο Βαρελά, Νικόλαο Κεφαλά, Philippe Meyer και Θεόδωρο Τρύφων για τη στοργή με την οποία περιβάλλουν το Ίδρυμα.
- Τους Νίκο Αντωνακόπουλο, Βασίλειο Ανυφαντή, Στέλλα Γιαμαλάκη, Αικατερίνη Καλογήρου, Ειρήνη Καπελώνη, Γεώργιο Κορδώνη, Γεράσιμο Λιβσδά, Μιχάλη Μιχαλέρη, Έφη Μπαξεβανάκη, Ευθύμιο Παπαταξιάρχη, Στέλιο Σιδηρόπουλο, Περικλή Τζαντάκη, Παναγιώτη Τσιρώνη και Νικόλαο Χατζηχριστόφα, για το ιδιαίτερο ενδιαφέρον που επέδειξαν στην προβολή και την προαγωγή των στόχων του Ιδρύματος.
- Τον Βασίλη Ξουργιά, τον Κωνσταντίνο Μιχαητζί και τον Αλέξανδρο Δημέα για την υποστήριξη της Μηχανοργάνωσης και Διαδικτυακής Επικοινωνίας του Ιδρύματος.
- Τους κ.κ. Νικόλαο Βιάζη, Γιώργο Αναγνωστόπουλο, Γιώργο Καραμανώλη, Μιχαήλ Οικονόμου, Παρασκευά Παπαχρήστο, Αστερία Σταματάκη και Εμμανουήλ Συμβουλάκη για την τροφοδοσία της ιστοσελίδας μας με ιατρικές ειδήσεις και ενδιαφέροντα άρθρα ως μέλη της Επιτροπής Διαδικτυακής Επικοινωνίας.
- Τον Πρόεδρο και τα μέλη της Οργανωτικής και Επιστημονικής Επιτροπής της 3ης Εκπαιδευτικής Διημερίδας του Ιδρύματος κ.κ. Σ. Μανωλακόπουλο, Γ. Παπαθεοδωρίδη, Ι. Βλαχογιαννάκο, Ν. Βιάζη, Ν. Μάθου, Γ. Πασπάτη, Κ. Τριανταφύλλου, Γ. Αναγνωστόπουλο, Ε. Αρχαύλη, Γ. Γερμανίδη, Ι. Γουλή, Σ. Γεωργόπουλο, Γ. Καραμανώλη, Ι. Κουτρομπάκη, Μ. Μελά, Γ. Μπαλαγιάννη, Μ. Μυλωνάκη, Μ. Οικονόμου, Κ. Παρασκευά, Α. Ράντσιο, Π. Σεχόπουλο, Η. Σκοτινιώτη, Γ. Στεφανίδη, Ε. Συμβουλάκη, Μ. Τζουβαλά και Χ. Τριάντο. Επίσης όλους όσους βοήθησαν στην πραγματοποίηση της Ημερίδας αυτής λαμβάνοντας μέρος ως Πρόεδροι και Εισηγητές στρογγυλών τραπέζιων.
- Τους Προέδρους και τα Μέλη των Επιστημονικών και των Τοπικών Επιτροπών μας, Τον Πρόεδρο του Παραρτήματος Ηρακλείου κ. Γ. Πασπάτη και το Γαστρεντερολόγο κ. Η. Μπουζάκη για την εκδήλωση στα Χανιά με την Ιατρική Εταιρεία Χανίων, το Παράρτημα Θεσσαλονίκης και ιδιαίτερα τον Πρόεδρο κ. Γ. Κοκοζίδη και τον κ. Ι. Δήμκα για την επιστημονική διημερίδα της Κοζάνης σε συνεργασία με τον τοπικό Ιατρικό Σύλλογο αλλά και για την προκήρυξη μαθητικού διαγωνισμού ψηφιακής αφίσας στη Βόρεια Ελλάδα με θέμα τη διατροφή και τέλος τον Πρόεδρο του Παραρτήματος Ηπείρου κ. Ν. Παπανικολάου για την εκδήλωση με θέμα την Παχυσαρκία των Ελλήνων Μαθητών & τη διατροφή αυτών.
- Τη Γραμματέα μας κ. Σπυριδούλα Καρδαρά για τη συνολική προσφορά της.



# 4<sup>η</sup> ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

## ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Γ. Πασπάτης  
Αντιπρόεδρος: Σ. Μανωλακόπουλος

Γεν. Γραμματέας: Κ. Τριανταφύλλου  
Ταμίας: Μ. Τζουβαλά  
Μέλη: Ν. Βιάζης  
Ι. Βλαχογιαννάκος  
Γ. Καραμανώλης

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γ. Αναγνωστόπουλος  
Γ. Γερμανίδης  
Ό. Γιουλεμέ  
Ι. Δήμκας  
Α. Θεοδοροπούλου  
Κ. Θωρόπουλος  
Δ. Καπετάνος  
Π. Κασαπίδης  
Κ. Κατσάνος  
Γ. Κουκλάκης  
Γ. Λαζαράκη  
Γ. Μπάμιας  
Μ. Μυλωνάκη  
Α. Νταϊλιάνας  
Κ. Παπαδάκης  
Γ. Παπαθεοδωρίδης  
Ν. Παπαντωνίου  
Κ. Παρασκευά  
Γ. Παρούτογλου  
Π. Σεχόπουλος  
Ε. Συμβουλάκης  
Α. Χατζηνικολάου  
Α. Χρηστίδου

# Εξελίξεις στη Γαστρεντερολογία & Ηπατολογία

20-21 Φεβρουαρίου 2009

Στο Μέγαρο Διεθνές  
Συνεδριακό Κέντρο Αθηνών  
*Αίθουσα Ν. Σκαλκώτας*

## Επιστημονική Γραμματεία: ΕΛΙΓΑΣΤ

Π. Ιωακείμ 30-32, Αθήνα 106 75  
Τηλ./Fax: 210 7231332  
e-mail: info@eligast.gr



Οργανωτική Γραμματεία  
Triaena Tours & Congress,  
Λεωφ. Συγγρού 206

176 72 Καλλιθέα, κ. Χρήστος Μωραΐτης  
Tel. 210 7499374, 210 7499300, Fax. 210 7705752  
e-mail: christosm@triaenatours.gr,  
www.triaenatours.gr



# Τα Νέα του Ιδρύματος

## ΧΟΡΗΓΟΙ ΚΑΙ ΔΩΡΗΤΕΣ μέχρι 12/11/2008

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε :

Άγγελος Γεώργιος, Ν. Πεντέλη	50 €	Καλλή Θεοδώρα, Μαρούσι	50 €	Νικολάου Γιαννούλα, Αθήνα	15 €
Αγγελούπουλου Όλγα, Πετρούπολη	50 €	Καλύβης Ιωάννης, Μαρούσι	15 €	Ξυδιά Αναστασία, Αθήνα	15 €
Αγοραστούδης Παναγιώτης, Αθήνα	15 €	Κανελλόπουλος Νικόλαος, Αθήνα	50 €	Οικογένεια Κελαϊδίτη Φώτη, Άργος Ορεστικό	30 €
Αθανασοπούλου Ιωάννα, Βούλα	20 €	Καρακόιδας Χρήστος, Ίλιον	50 €	Παπαδοδασκάλου Φιλώτας, Λάρισα	50 €
Αναγνωστόπουλος Γεώργιος, Αθήνα	50 €	Καραμανώλης Γεώργιος Π., Παπάγου	50 €	Παπαδόπουλος Κιλτζής Νικόλαος,	
Αρβανίτη Βασιλική, Ν. Φάληρο	50 €	Καραμανώλης Δημήτρης Γ., Παπάγου	50 €	Αγ. Αθανάσιος Δράμας	15 €
Βασιανοπούλου Παναγιώτα, Χολαργός	50 €	Καρουζάκης Γεώργιος, Πετρούπολη	50 €	Παπακυρίτης Δήμος, Βόλος	20 €
Βιάζης Νικόλαος, Π. Φάληρο	50 €	Κατσικοπούλου Θωμαΐς, Φάρσαλα	15 €	Παπαμιχαήλ Κωνσταντίνος, Αθήνα	50 €
Βιέννα Ελένη, Αθήνα	15 €	Καφετζάκη Παναγιώτα, Θεσσαλονίκη	30 €	Παπαποστόλου Μαρία, Βούλα	15 €
Βλαχογιαννάκος Ιωάννης, Ν. Ηράκλειο	50 €	Κεγιόγλου Αναστασία, Γλυφάδα	50 €	Πάτσης Βασίλειος, Ρόδος	20 €
Βούλτσος Διονύσιος, Μέγαρα	50 €	Κεϊμαλή Ελένη, Ζωγράφου	15 €	Παχιαδάκης Ιωάννης, Θεσσαλονίκη	50 €
Γαβριέλη Άννα, Ν. Ηράκλειο	25 €	Κεφαλλωνίτου Λάουρα, Σούνιο	20 €	Παπατή Κανέλλα, Λαγονήσι	15 €
Γεωργιάδης Δημοσθένης, Μαρούσι	50 €	Κισίνη Βασιλική, Ν. Ιωνία	15 €	Ράπτης Νικόλαος, Αθήνα	50 €
Γεωργούλα Ευθυμία, Ιτέα	25 €	Κομιανός Νικόλαος, Πολυδένδρι Αττικής	50 €	Ρεκούμης Γεώργιος, Αθήνα	50 €
Γεωργούλας Σωτήριος, Λαμία	25 €	Κομνηνού Έλενα, Ν. Ηράκλειο	50 €	Ροδιάς Μιλτιάδης, Αθήνα	50 €
Γιουλέμ Όλγα, Θεσσαλονίκη	50 €	Κορωνάκη Χρυσούλα, Δραπετσώνα	15 €	Σαζανίδης Βασίλειος, Δάφνη	50 €
Γκούμα – Πολίτη Παρασκευή, Αθήνα	50 €	Κουσιόρης Δημήτριος, Βροντάδος Χίου	15 €	Σαμωνάκης Δημήτριος, Ηράκλειο	50 €
Γρίβας Στρατής, Αθήνα	50 €	Κωνσταντόπουλος Παναγιώτης, Αθήνα	50 €	Σμυρνίδης Αλέξανδρος, Βούλα	50 €
Γραμματικόπουλος Χαράλαμπος, Θεσσαλονίκη	15 €	Λαζάρου Βασιλική, Αθήνα	15 €	Σταθάκος Ηλίας, Πειραιάς	15 €
Δημητρέλη Μαρία, Αθήνα	20 €	Λαζάρου Ευφροσύνη, Παλλήνη	15 €	Συμβουλάκης Εμμανουήλ, Αθήνα	50 €
Διαμαντόπουλος Ιωάννης, Ρίο	15 €	Λιάγκουρας Αγγελής, Αρχαία Ολυμπία	50 €	Σχολική Επιτροπή Γυμνασίου Βαμβακούς,	
Δουρβανίδης Ιορδάνης, Θεσσαλονίκη	25 €	Μαγκιώσης Ιωάννης, Καρδίτσα	28,60 €	Φάρσαλα	15 €
Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών		Μακροπούλου Ελένη, Αθήνα	50 €	Τάσσιος Περικλής, Αθήνα	50 €
Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου	825 €	Μάρκογλου Κωνσταντίνος, Αθήνα	50 €	Τσόγια Χρυσούλα, Γλυκά Νερά Αττικής	15 €
Ζανιά Σπυριδούλα, Ζωγράφου	15 €	Μαρκουτσάκη Θεοφανώ, Ν. Σμύρνη	50 €	Τσούγκου Παναγιώτα, Ζωγράφου	15 €
Ζαριανοπούλου – Ζωσιποπούλου Ευσεβεία, Θεσσαλονίκη	25 €	Ματεντζίδου Βασιλική, Θεσσαλονίκη	15 €	Τσουνης Δημήτριος, Αθήνα	50 €
Ζαχαρής Βασίλειος, Λάρισα	40 €	Μιχαηλίδου Μαρία, Αμφιθέα	20 €	Φαφαλιού Μαρία, Αθήνα	100 €
Ζάχου Αναστασία, Αθήνα	15 €	Μιχαλάκης Ιωάννης, Κέρκυρα	50 €	Φιαμού Κωνσταντία, Χίος	15 €
Ζησόπουλος Κωνσταντίνος, Φάρσαλα	20 €	Μπακαλέξης Αχιλλέας, Φάρσαλα	15 €	Φιτσιλή Ροζέτα, Ζωγράφου	15 €
Ζωγράφου Μαρία, Αγ. Δημήτριος	15 €	Μπαντζαβέλης Βασίλειος, Φάρσαλα	20 €	Χαϊτάλη Σασινή, Ίλιον	15 €
Καζανάκης Κώστας, Ηράκλειο	250 €	Μπενάκης Παύλος, Κηφισιά	50 €	Χαραλαμποπούλου Αγγελική, Βόλος	20 €
Καλαφάτης Ευάγγελος, Χολαργός	50 €	Μπουζάκης Ηλίας, Χανιά	60 €	Χατζηδάκης Αναστάσιος, Ιαλυσός Ρόδου	30 €
		Μυλωνάκη Μαρία, Αργυρούπολη	50 €	Χιωτακάκου Ευτέρπη, Αθήνα	50 €

Το “**ΚΑΛΕΙΔΟΣΚΟΠΙΟ**” διοργανώνει  
Χριστουγεννιάτικο Παζάρι την **Δευτέρα 15** και την **Τρίτη 16** Δεκεμβρίου 2008  
από ώρα **10 π.μ. έως 8 μ.μ.**  
στα γραφεία μας Σόλωνος 140 Εξάρχεια, τηλ. 210 3818300

Δώρα από επαγγελματικά εργαστήρια ατόμων με ειδικές ανάγκες  
& άλλες δομές/ιδιώτες

*Σας περιμένουμε με την παρέα σας!*

**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 αλλ’ και αφ’ ετέρου για να εξασφαλίσουν την αποστολή του περιοδικού και των εντύπων και τον επόμενο χρόνο.



# ΑΝΟΙΓΟΥΜΕ ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ ΖΩΗΣ.

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

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

Παρέχουμε έγκαιρη πρόληψη και διάγνωση και σχεδιάζουμε εξατομικευμένες θεραπείες.

Βελτιώνουμε και παρατείνουμε τη ζωή εκατομμυρίων ασθενών.

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




*We Innovate Healthcare*

Για να νιώθουν  
οι άνθρωποι  
καλύτερα  
και να ζουν  
περισσότερο

gsk

network by Glaxo Activities Key



 GlaxoSmithKline

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