


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



ΕΥΕΞΙΑ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΚΩΔΙΚΟΣ 6899



Χειμερινή κολύμβηση

Όρεξη
& έμμηνος ρύση

Νερό

Αϋπνία & διατροφή





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



Η αρχή κάθε νέας χρονιάς είναι γεμάτη με ελπίδες και προσδοκίες για ένα χρόνο δημιουργικό, καλύτερο από αυτόν που μόλις τελείωσε. Το 2008 στη χώρα μας έκλησε με τις εντονότερες διαμαρτυρίες των νέων, που πυροδοτήθηκαν από την παράλογη δολοφονία ενός δεκαεξάχρονου παιδιού, αλλά απαιτούν επιτακτικά τη γενικότερη αλλαγή του σημερινού κατεστημένου και ένα καλύτερο μέλλον! Οι απαιτήσεις αυτές βέβαια δεν θα έπρεπε να είναι απαιτήσεις μόνο των νέων αλλά όλων μας. Μάλιστα, πέρα από τους νόμους και τους κυβερνώντες μπορούν να αρχίσουν να υλοποιούνται άμεσα σε ατομικό επίπεδο με την παραμέριση του εγωισμού και ατομικού συμφέροντος, τη συνεχή προσπάθεια για αξιοκρατία ακόμη και όταν θίγονται διεκδικήσεις ατομικές μας ή «δικών» μας προσώπων και τη βελτίωση της απόδοσης στο μικροπεριβάλλον της δραστηριότητάς μας.

Η «ΕΥΕΞΙΑ & ΔΙΑΤΡΟΦΗ» συνεχίζει την προσπάθεια ενημέρωσή σας στο χώρο της γαστρεντερολογίας και διατροφής με ποικιλία άρθρων, που πιστεύω ότι θα βρείτε ιδιαίτερα ενδιαφέροντα. Οι διατροφικές μας συνήθειες αλληλίζουν προς το χειρότερο και αυτό έχει βλαπτικές επιδράσεις κυρίως στα παιδιά. Όπως επισημαίνει ο κ. Βιώνης, δυστυχώς, πολλά παιδιά και νέοι έχουν σήμερα αντικαταστήσει το γάλα, την κυριότερη πηγή ασβεστίου, με αναψυκτικά και σοκολατούχα ροφήματα. Αυτό μειώνει την πρόσληψη ασβεστίου, που είναι πολύ σημαντικό ιχνοστοιχείο για το ανθρώπινο σώμα και απαραίτητο για τη δημιουργία γερού σκελετού, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προϋποθέσεις για προβλήματα στο μέλλον. Επίσης, συχνά γίνεται αλόγιστη χρήση πολυβιταμινών και συμπληρωμάτων διατροφής ακόμη και για πρόληψη διαφόρων μορφών καρκίνου. Ο κ. Παπαμίκος αναλύει τα πρόσφατα δεδομένα που αποδεικνύουν ότι η χρήση τέτοιων σκευασμάτων δεν προσφέρει κανένα απολύτως όφελος και ξαναθυμίζει την αξία της Μεσογειακής διατροφής. Εκτός από την κακή διατροφή, κίνδυνοι υπάρχουν και από το περιβάλλον που έχει δημιουργήσει ο άνθρωπος. Ένα παράδειγμα περιβαλλοντικού κινδύνου είναι η χρήση διαφόρων χημικών που χρησιμοποιούνται στην παραγωγή πλαστικών, τα οποία έχουν εισβάλει σχεδόν σε όλους τους τομείς της ζωής μας, όπως εύστοχα τονίζει ο κ. Αναστασιάδης.

Η διατροφή μπορεί να επηρεάσει τον ύπνο μας, αλλά και η αύπνία επηρεάζει τη διατροφή ευνοώντας την κατανάλωση θερμιδούχων τροφών και αυξάνοντας το σωματικό βάρος, όπως αναλύει ο κ. Ξουργιάς. Επομένως, ο καλός ύπνος αποτελεί σημαντική παράμετρο στον έλεγχο του σωματικού βάρους, χαρίζοντάς μας ευεξία και μακροζωία. Εκτός από τον ύπνο, διαταραχές της πρόσληψης τροφής με αύξηση της όρεξης μπορεί να παρατηρηθούν στις γυναίκες κατά την έμμηνου ρύση, όπως σχολιάζει ο κ. Μίλησης, οπότε απαιτείται μία συνετή διαχείριση των «δύσκολων» αυτών ημερών. Το νερό είναι το κύριο συστατικό του ανθρώπινου σώματος, αφού αποτελεί πάνω από 50% του βάρους. Όπως τονίζει η κα Κολλοτούρου, χρειαζόμαστε 6-8 φλιτζάνια υγρών την ημέρα, αλλά θα πρέπει να προσέχουμε το είδος των υγρών που καταναλώνουμε, γνωρίζοντας ότι το νερό είναι η καλύτερη και πιο φυσική επιλογή.

Οι παθήσεις του ήπατος είναι πολύ συχνές και μία από τις εξετάσεις που χρειάζονται για οριστική διάγνωση ή εκτίμηση της σοβαρότητας του προβλήματος είναι η βιοψία ήπατος. Η βιοψία ήπατος, όμως, είναι μία επεμβατική μέθοδος, που δεν είναι επιθυμητή από τους ασθενείς. Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί αρκετά αξιόπιστες, μη επεμβατικές μέθοδοι, όπως σχολιάζει ο κ. Σαμωνάκης, που τείνουν να μειώσουν σημαντικά την ανάγκη για βιοψίες ήπατος προς μεγάλη ανακούφιση όλων των ηπατοπαθών ασθενών. Η διάβρωση των δοντιών αποτελεί μία συχνή κατάσταση, όπως σχολιάζει ο κ. Πάτρας. Περιγράφει, λοιπόν, τους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες και τις αρχές πρόληψης και αντιμετώπισής της.

Η χειμερινή κοιλίμβηση αποτελεί μία ενδιαφέρουσα δραστηριότητα, που μπορεί να είναι εύκολη, ευχάριστη και ωφέλιμη, όπως περιγράφει η κα Κασσίμη. Για όσους λοιπόν έχουν θάρρος και «γερή» καρδιά θα μπορούσε να είναι μία καλή μορφή χαλάρωσης του σώματος και του μυαλού από τις σκοτούρες της καθημερινότητας. Τέλος, στο τεύχος αυτό μπορείτε να βρείτε πολύ ενδιαφέροντα επίκαιρα γαστρεντερολογικά θέματα στη στήλη «Μικρά και Νόστιμα» του κ. Τσόχατση, καθώς και απαντήσεις σε ενδιαφέρουσες ερωτήσεις αναγνωστών μας στη στήλη του κ. Τριάντου.

Με τη συμπλήρωση 2 ετών από την ανάληψη της διεύθυνσης σύνταξης θέλω πραγματικά να ευχαριστήσω για την πολύτιμη βοήθεια τη διετία αυτή τους δύο αναπληρωτές διευθυντές σύνταξης, όλους τους θεματικούς συντάκτες, όλους τους συγγραφείς άρθρων και κυρίως όλους εσάς, τους αναγνώστες μας, που με τα θετικά σας σχόλια στηρίζετε συνεχώς την προσπάθειά μας.

**Καλή ανάγνωση.
Με πολλές ευχές για ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟ & ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟ 2009!**

Γεώργιος Β. Παπαθεοδωρίδης
Διευθυντής σύνταξης

Π Ε Ρ Τ Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α



Άρθρο Σύνταξης	3
Μικρές Ιστορίες	6
Ευεξία: "Χειμερινή κολύμβηση"	8
Διατροφή: "Νερό"	10
Περί Διαίτης: Συμπληρώματα διατροφής & Καρκίνος	14
Όρεξη & έμμηνος ρύση	16
Μικρά & Νόστιμα	20
Μη επεμβατικοί δείκτες ήπατος	22
Παιδί & Έφηβος: "Ασβέστιο"	26
Περιβάλλον: "Τρόφιμα & πλαστικά"	30
Αϋπνία & διατροφή	34
Διάβρωση οδοντικών ιστών	37
Επικοινωνούμε	40
Τα Νέα του Ιδρύματος	42

Διαβάστε στο επόμενο τεύχος για:

Γενετικά τροποποιημένα τρόφιμα
Άσκηση και ηλικία
Νεοφοβία
Θηλασμός

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: Ι.Α. Καραγιάννης
Γ. Κητής
Σ.Δ. Λαδάς
Α.Κ. Μπουρδάρης
Γ.Β. Παπαθεοδωρίδης
Α. Παπασπύρου
Ε.Β. Τσιάνος

Εκδοτική επιμέλεια: GlobalActivitiesKey

Υπεύθυνη Διαφήμισης:
Σοφία Καϊσάκη

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

Σχεδιασμός & Παραγωγή: GlobalActivitiesKey

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

Διευθυντής Σύνταξης:	Γεώργιος Β. Παπαθεοδωρίδης, Γαστρεντερολόγος
Αναπληρωτές Διευθυντές Σύνταξης:	Σπήλιος Μανωλακόπουλος, Γαστρεντερολόγος Ιωάννης Βλαχογιαννάκος, Γαστρεντερολόγος
Συντακτική Επιτροπή:	Ιωάννης Δήμκας, Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος (Περί 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.

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.



Τα σημάδια του χιονιά

Στην αυλή τα σπουργίτια ήταν «στρωμένα» στο χώμα, ραμφίζοντας ό,τι μπορούσε να φαγωθεί.

«Στα ορεινά της Θεσσαλίας θα έχουμε από το μεσημέρι σφοδρές χιονοπτώσεις» ακουγόταν το δελτίο πρόγνωσης καιρού από την τηλεόραση στο μικρό καφενείο του χωριού στα ορεινά της Καρδίτσας. «Βρε, δεν σας το είπα; Δεν ξέρουν τι λένε. Ακούς εκεί θα χιονίσει», πετάχτηκε ο κυρ Απόστολος από τη γωνία. Ένα γύρω οι λιγοστοί θαμώνες, στην πλειοψηφία τους ηλικιωμένοι, συγκατένευσαν σιωπηλοί. Δεν ξέρω αν ήταν η μεγάλη επιθυμία μου για χιονισμένα Χριστούγεννα ή η μεγάλη εμπιστοσύνη στην τεχνολογία, τους δορυφόρους που βοηθούν στην πρόγνωση, στις τόσες δυνατότητες που έχει η επιστήμη, πάντως κοίταξα με μεγαλύτερη σιγουριά προς τη τηλεόραση και με αμφιβολία προς την πλευρά του κυρ Απόστολου. «Γιατί λέτε ότι δεν θα χιονίσει;» ρώτησα. «Κοίτα έξω, στον πλάτανο και στις λεύκες. Τα σπουργίτια είναι όλα πάνω στα κλαδιά και τιτιβίζουν. Αν περίμεναν χιόνι, θα ήταν όλα κάτω στο χώμα, μαζεύοντας και το μικρότερο σποράκι, γιατί με το χιόνι δεν μπορούν να βρουν φαγητό», μου απάντησε.

Λίγη ώρα αργότερα, μπαίνοντας στο σπίτι, θεωρούσα σχεδόν βέβαιο ότι ο ηλικιωμένος έκανε πλάκα μαζί μου ή έκανε λάθος. «Με τέτοιο κρύο, δεν υπάρχει περίπτωση να μη χιονίσει», μονολόγησα. «Επειδή κάνει κρύο δεν θα χιονίσει», απάντησε η μαμά μου. Για να προσθέσει αμέσως ότι λίγο πριν χιονίσει, και κατά τη διάρκεια της χιονόπτωσης, το κρύο μαλακώνει.

«Τι λέτε ρε παιδιά, θα χιονίσει απόψε», ρώτησα λίγες ώρες αργότερα, βράδυ πια, τους φίλους μου,, ξεπροβοδίζοντάς τους. «Μπα, δεν είναι κόκκινος ο ουρανός, τα σύννεφα, όπως είναι όταν περιμένουμε χιόνι», μου απάντησαν.

Σύμφωνα με όσα είχα ακούσει από την τηλεόραση, το πρωί περίμενα ξυπνώντας να δω τα πάντα σκεπασμένα με χιόνι. Προς μεγάλη απογοήτευση, δεν είχε πέσει νιφάδα στη διάρκεια της νύχτας. Άρχισα να επανεξετάζω την εμπιστοσύνη μου στην επιστημονική πρόγνωση και να σκέφτομαι ότι η εμπειρική παρατήρηση, ιδίως σε επίπεδο μικροκλίματος, μπορεί να είναι πιο έγκυρη.

Το μεσημέρι, με βάση τις νεόκοπες γνώσεις πρόγνωσης, ήμουν σίγουρη ότι, πλέον, έρχεται χιόνι. Στην αυλή τα σπουργίτια ήταν «στρωμένα» στο χώμα, ραμφίζοντας ό,τι μπορούσε να φαγωθεί. Το ίδιο βράδυ, επιστρέφοντας στο σπίτι, μου φάνηκε ότι το κρύο δεν ήταν τόσο διαπεραστικό όσο τις προηγούμενες μέρες. Σήκωσα τα μάτια στον ουρανό και είδα ότι από τα σύννεφα αντανάκλούσε κοκκινωπή ανταύγεια. Το επόμενο πρωί τα πάντα ήταν καλυμμένα από χιόνι, που συνέχιζε να πέφτει πυκνό.

Έχουμε ξεχάσει στις μεγάλες πόλεις να αφουγκραζόμαστε τα σημάδια του χιονιά, τα σημάδια της Φύσης. Αλλά και να ήθελαν τα σπουργίτια κάτι να μας πουν, τα έχουμε διώξει. Είναι οι εχθροί μας, καθώς αυτά θέλουν δέντρα, τα οποία εμείς καίμε και κόβουμε για να φτιάξουμε στη θέση τους πολυκατοικίες. Όσο για το αντιφέγγισμα από τα σύννεφα, αν καταφέραμε, με τόσα φώτα, να δούμε κοκκινωπό τον ουρανό μια νύχτα, αντί να χαρούμε γιατί έρχεται χιόνι, μάλλον θα τρομάζαμε για κάποιο νέας σύνθεσης νέφος που μας κάλυψε.

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>

Χειμερινή κολύμβηση!

Εύκολη, ευχάριστη
& ιδιαίτερα ωφέλιμη!

Περιμένετε το καλοκαίρι πώς και πώς γιατί σας έχουν λείψει τα μπάνια στη θάλασσα; Μόλις τελειώνει το καλοκαίρι και η θερμοκρασία ξεκινά να πέφτει σταδιακά το μόνο που σκέφτεστε είναι ότι θα αποχαιρέτιστε τη θάλασσα; Υπάρχει λύση και για σας, η οποία δεν ανήκει στη σφαίρα της φαντασίας. Δεν είναι επικίνδυνη, ούτε επώδυνη όπως μπορεί να πιστεύατε αρχικά. Τα χειμερινά μπάνια στη θάλασσα σάς προσφέρουν απεριόριστη απόλαυση, ευεξία, ενεργητικότητα και διάθεση για ζωή, ενώ δεν είναι καθόλου επίπονα όσο και αν τρέμετε στην ιδέα της χαμηλής θερμοκρασίας του νερού.



Μεταξύ των ευεργετικών ιδιοτήτων της κολύμβησης είναι ότι αποτελεί μία από τις καλύτερες και αποτελεσματικότερες μορφές άσκησης για το ανθρώπινο σώμα.

Στατιστικές μάλιστα αναφέρουν ότι οι χειμερινοί κολυμβητές εμφανίζουν 60 φορές λιγότερες πιθανότητες να κρυολογήσουν κατά τη διάρκεια του χειμώνα, ενώ 30 φορές πιο περιορισμένες πιθανότητες να προσβληθούν από άλλες ασθένειες απ' ό,τι οι αποκλειστικά θερινοί κολυμβητές. Ειδικοί μάλιστα επισημαίνουν ότι τα χειμερινά θαλάσσια μπάνια μπορούν να λειτουργήσουν θεραπευτικά σε χρόνιες παθήσεις, όπως είναι η υψηλή αλλά και η χαμηλή αρτηριακή πίεση, ερεθισμούς στα γεννητικά όργανα, δερματοπάθειες, ενώ υποστηρίζουν ότι βελτιώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των διαβητικών.

Μεταξύ των ευεργετικών ιδιοτήτων της κολύμβησης είναι ότι αποτελεί μία από τις καλύτερες και αποτελεσματικότερες μορφές άσκησης για το ανθρώπινο σώμα. Κρατά το σώμα σε φόρμα, βελτιώνει το μυϊκό σύστημα, τη στάση του σώματος, την αντοχή, την ευλυγισία αλλά και την καρδιοαγγειακή λειτουργία. Η θερμοκρασία του σώματος παραμένει σε φυσιολογικά επίπεδα, καθώς η κολύμβηση βελτιώνει την κατανομή του οξυγόνου στο σώμα χωρίς να το ταλαιπωρεί. Ειδικοί μάλιστα επισημαίνουν ότι τα οφέλη της κολύμβησης στο ανθρώπινο σώμα δεν επιτυγχάνονται με καμία άλλη μορφή άσκησης. Πρόκειται για γυμναστική την οποία μπορεί κανείς να κάνει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του από τις πιο μικρές ηλικίες έως τις πιο προχωρημένες. Το καλύτερο δε χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης μορφής άσκησης είναι ότι δεν καταπονεί τις αρθρώσεις ούτε και τα πόδια. Άτομα που υποφέρουν από πόνους στις αρθρώσεις και ως εκ τούτου αδυνατούν να τρέξουν λόγω πόνων μπορούν πολύ εύκολα να κολυμπήσουν άφοβα, ανώδυνα και ιδιαίτερα αποτελεσματικά, καθώς δεν επιβαρύνονται καθόλου οι αρθρώσεις σε κανένα σημείο του σώματος. Σημαντική βελτίωση παρατηρείται επίσης και ύστερα από μακροχρόνια κολύμβηση στην κατάσταση των πνευμόνων, καθώς κατά την διάρκειά της ο κολυμβητής χρειάζεται περισσότερο οξυγόνο, το οποίο παράγει ο οργανισμός του. Παράλληλα, ρυθμίζει την θερμοκρασία του σώματος τόσο το καλοκαίρι όσο και το χειμώνα με αποτέλεσμα να αποφεύγει ο κολυμβητής να βρίσκεται σε τεχνητό κλιματιζόμενο περιβάλλον.

Άτομα μάλιστα που επιθυμούν να βελτιώσουν τις αντοχές

τους και τη διάρκεια της άσκησης που ακολουθούν προχωρούν σε συστηματική κολύμβηση. Αθλητές μάλιστα που επιθυμούν να βελτιώσουν τη φυσική τους κατάσταση ακολουθούν προγράμματα κολύμβησης (χειμώνα – καλοκαίρι). Η κολύμβηση θεωρείται από τις καλύτερες μορφές βελτίωσης της αντοχής χωρίς μάλιστα να επιβαρύνεται το μυϊκό σύστημα του αθλητή ούτε οι αρθρώσεις. Αρκετοί γυμναστές μάλιστα υποστηρίζουν ότι η κολύμβηση μπορεί να χρησιμεύει ως ζέσταμα πριν από κάποιο άθλημα αλλά και χαλάρωση μετά από κάποιο άθλημα. Μετά από κάποια άσκηση στο έδαφος, λίγα μέτρα κολύμβησης μπορούν να εξασφαλίσουν την επαναφορά των χτύπων της καρδιάς σε φυσιολογικά επίπεδα, την ρύθμιση του κυκλοφορικού αλλά και την επούλωση τυχόν μικροτραυματισμών που δεν έχουν διαπιστωθεί καθώς το σώμα παραμένει ακόμη ζεστό.

Δεν θα πρέπει επίσης να ξεχνάμε ότι η κολύμβηση καίει θερμίδες σε ιδιαίτερα αποτελεσματικό βαθμό. Κρίνεται ιδιαίτερα αποτελεσματική για ανθρώπους που βρίσκονται σε πρόγραμμα αδυνατίσματος. Παράλληλα χαλαρώνει ιδιαίτερα το μυαλό βελτιώνοντας τη διαδικασία της σκέψης.

Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι οι γιατροί υποστηρίζουν ότι η χειμερινή κολύμβηση αποτελεί ιδανική άσκηση για τα ηλικιωμένα άτομα. Βέβαια όπως σε κάθε ηλικία, στην τρίτη ηλικία ακόμη περισσότερο, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και συνεχής συνεννόηση με το θεράποντα ιατρό του κολυμβητή. Καλό είναι πριν ξεκινήσετε το «μαραθώνιο» κολύμβησης να συζητήσετε με τον γιατρό σας (παθολόγο ή καρδιολόγο) αν αυτού του είδους η άσκηση είναι κατάλληλη για την δική σας περίπτωση με βάση την κλινική σας εικόνα. Ιδιαίτερη σημασία επίσης έχει ο ρυθμός με τον οποίο ξεκινάτε τις βουτιές στη θάλασσα. Ξεκινήστε αργά, και μάλιστα ακόμη πιο αργά σε περίπτωση που πάει καιρός από την τελευταία φορά που κολυμπήσατε συστηματικά. Συνοδός σας πρέπει να είναι πάντα η λογική και η σύνεση, καθώς δεν θα πρέπει να εξαντλήσετε τον οργανισμό σας. Την πρώτη στιγμή που θα αισθανθείτε ότι οι αντοχές σας έχουν αρχίσει να σας προδίδουν, απλώς σταματήστε, βγείτε από το νερό και φροντίστε να βρεθείτε σε ένα ζεστό περιβάλλον.

ΝΕΡΟ

ο μύθος
των 8 ποτηριών

Το νερό είναι το κύριο συστατικό του ανθρώπινου σώματος, αφού αποτελεί πάνω από το 50% του βάρους σε όλες τις ηλικίες. Η σημασία της επαρκούς ενυδάτωσης του σώματος είναι προφανής αν αναλογιστεί κανείς ότι ο άνθρωπος δεν μπορεί να επιβιώσει χωρίς νερό πάνω από μερικά εικοσιτετράωρα, ενώ ο χρόνος αντοχής σε συνθήκες έλλειψης τροφής μπορεί να φτάσει και τις 50 ημέρες.

Απότι εξαρτώνται οι ημερήσιες ανάγκες σε νερό;

Οι ανάγκες του κάθε ατόμου σε νερό/υγρά εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, η κατάσταση της υγείας, η θερμοκρασία και το επίπεδο υγρασίας του περιβάλλοντος, το κλίμα και η ενεργειακή πρόσληψη και δαπάνη.

Η περιεκτικότητα του ανθρώπινου σώματος σε νερό μειώνεται με την ηλικία. Στο έμβρυο το 90% του βάρους είναι νερό, ενώ στα βρέφη, τους ενήλικες και τους υπερήλικες τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 75%, 60% και 55%. Μια άλλη παράμετρος που επηρεάζει σημαντικά το επίπεδο υδάτωσης είναι η σύσταση σώματος, ειδικότερα η αναλογία μυϊκής και λιπώδους ιστού. Άτομα με αυξημένο λιπώδη ιστό (π.χ. γυναίκες, άτομα που δεν αθλούνται, παχύσαρκοι) έχουν χαμηλότερα σωματικά υγρά. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στο ότι ο λιπώδης ιστός συγκρατεί σημαντικά λιγότερο νερό από ότι ο μυϊκός. Επίσης παθολογικές καταστάσεις όπως ο πυρετός, ο εμετός και η διάρροια αυξάνουν σημαντικά τις απώλειες υγρών, ενώ ορισμένες ασθένειες (π.χ. κάποιες μορφές νεφροπάθειας) προκαλούν κατακράτηση υγρών. Σε συνθήκες υψηλής θερμοκρασίας (π.χ. τους καλοκαιρινούς μήνες), οι ανάγκες είναι επίσης αυξημένες και η πρόσληψη υγρών θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη προκειμένου να αποφευχθεί το ενδεχόμενο αφυδάτωσης και θερμοπληξίας. Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα που αθλούνται στα οποία η αναπλήρωση υγρών θα πρέπει να γίνεται έγκαιρα με την κατανάλωση επαρκούς ποσότητας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την άσκηση.

Σε κάθε περίπτωση, καλό είναι η πρόσληψη υγρών να γίνεται σε μικρές ποσότητες και ανά τακτά χρονικά διαστήματα ώστε ο τελικός όγκος να καλύπτει τις ημερήσιες ανάγκες. Έτσι ο οργανισμός αξιοποιεί στο μέγιστο τα προσλαμβανόμενα υγρά ενώ παράλληλα αποφεύγονται συμπτώματα δυσφορίας.

Σε υγιή άτομα μικρή απόκλιση από τις ημερήσιες ανάγκες υγρών δεν ενέχει κινδύνους, αφού εξισορροπείται με αντίστοιχη ρύθμιση της απώλειας ούρων και ιδρώτα. Η αίσθηση της δίψας αρχίζει να αναπτύσσεται όταν έχουμε απώλεια υγρών πάνω από 1% του σωματικού βάρους. Αν το σωματικό βάρος μειωθεί πάνω από 5% λόγω αφυδάτωσης τότε παρατηρούνται συμπτώματα όπως αύξηση της αρτηριακής πίεσης, εξάντληση, πονοκέφαλος, μειωμένη αντοχή και συγκέντρωση, ενώ αν το ποσοστό ξεπεράσει το 20% μπορεί να επέλθει ακόμα και θάνατος. Θα πρέπει να σημειωθεί πως η αίσθηση της δίψας δεν είναι πάντα επαρκής ένδειξη για το επίπεδο υδάτωσης του σώματος ειδικά στα βρέφη, τα μικρά παιδιά, τους υπερήλικες και τους αθλητές. Το χρώμα των ούρων αποτελεί ένα χρήσιμο δείκτη για το επίπεδο υδάτωσης: τα σκούρα (και άρα πυκνά) ούρα αποτελούν ένδειξη ανεπαρκούς ενυδάτωσης ενώ τα ανοιχτόχρωμα υποδεικνύουν επάρκεια σε υγρά.

Τελικά, πόσο νερό πρέπει να πίνω;

Στην πραγματικότητα δεν υπάρχει συγκεκριμένη απάντηση στο ερώτημα αυτό. Οι ανάγκες σε υγρά εξαρτώνται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου (φύλο, ηλικία, σύσταση σώματος, επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, ενεργειακή πρόσληψη, κατάσταση της υγείας) και τις περιβαλλοντικές συνθήκες (θερμοκρασία, κλίμα, υγρασία).

Οι συστάσεις για πρόσληψη υγρών για άτομα που κάνουν καθιστική ζωή και ζουν σε εύκρατο κλίμα ανέρχονται στα 6-8 φλιτζάνια πόσιμων υγρών (νερού και άλλων ποτών) ημερησίως (Πίνακας 1). Προσλήψεις αυτής της τάξεως θεωρείται ότι καλύπτουν τις ημερήσιες ανάγκες στο γενικό πληθυσμό και έχουν συσχετιστεί με μειωμένο κίνδυνο χολολιθίασης, νεφρολιθίασης και ορισμένων μορφών καρκίνου. Επομένως η επί χρόνια η επικρατούσα άποψη ήταν ότι πρέπει να πίνουμε «τουλάχιστον 8 ποτήρια νερό την ημέρα» φαίνεται μάλλον υπερβολική, χωρίς αυτό να σημαίνει πως τα άτομα που καταναλώνουν ευχάριστα την ποσότητα αυτή θα πρέπει να περιορίσουν την πρόσληψή τους.

Η ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ του ανθρώπινου σώματος σε νερό μειώνεται με την ηλικία

Θα πρέπει ωστόσο να αναφερθεί ότι πέρα από το νερό, ποτά όπως τα αναψυκτικά, οι χυμοί, τα αλκοολούχα ποτά κλπ αποτελούν σημαντικές πηγή ενέργειας (θερμίδων) και μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση του σωματικού βάρους. Επιπλέον πολλά από τα ποτά αυτά περιέχουν σημαντικές ποσότητες σακχάρων ή/και διοξειδίου του άνθρακα (ανθρακικού) τα οποία ευνοούν την τερηδόνα. Σε ότι αφορά τον καφέ και το αλκοόλ, η πρόσληψή τους συνεισφέρει μεν στην πρόσληψη υγρών (Πίνακας 1) όμως δε θα πρέπει να γίνεται κατάχρηση. Σύμφωνα με τις παρούσες συστάσεις η μέτρια κατανάλωση καφέ (έως 3 φλιτζάνια ημερησίως) και αλκοόλ (έως 1 ποτό την ημέρα οι γυναίκες και έως 2 οι άντρες) θεωρείται ασφαλής.

Συνεπώς φαίνεται ότι 6-8 φλιτζάνια υγρών ημερησίως είναι αρκετά όμως θα πρέπει να δίνεται προσοχή στο είδος των ποτών που καταναλώνονται, έχοντας κατά νου ότι το νερό είναι συνήθως η καλύτερη και πιο φυσική επιλογή!

Πίνακας 1: Τυπική πρόσληψη και απέκκριση υγρών σε ενήλικα που ζει σε εύκρατο κλίμα

Πρόσληψη (ml/ημέρα)		Απέκκριση (ml/ημέρα)	
Πόσιμα υγρά	1500	Ούρα	1500
Τρόφιμα	700	Απώλειες μέσω του δέρματος/εφίδρωση	500
Μεταβολικό νερό	300	Αναπνοή	400
		Κόπρανα	100
Σύνολο	2500	Σύνολο	2500

Υγρά/ποτά: Η ποσότητα αυτή αναφέρεται σε οτιδήποτε υγρό καταναλώνεται κατά τη διάρκεια της ημέρας π.χ. νερό, γάλα, καφές, χυμοί, αναψυκτικά κλπ. Να σημειωθεί ότι τα ποτά με καφεΐνη όπως ο καφές και τα αναψυκτικά τύπου κόλα καθώς και τα αλκοολούχα ποτά συνυπολογίζονται κανονικά αφού η διουρητική τους δράση θεωρείται αμελητέα.

Τρόφιμα: Τα τρόφιμα επίσης συνεισφέρουν στην ημερήσια πρόσληψη υγρών, όμως υπάρχει μεγάλη διακύμανση σε ότι αφορά την περιεκτικότητά τους σε νερό. Για παράδειγμα ξηρά τρόφιμα όπως η ζάχαρη, τα δημητριακά πρωινού και οι ξηροί καρποί περιέχουν κάτω από 5-10% νερό, ενώ οι αντίστοιχες περιεκτικότητες τροφίμων όπως το ψωμί, το κρέας και τα φρούτα και λαχανικά είναι 35%, 70% και πάνω από 85% αντίστοιχα.

Μεταβολικό νερό: Το νερό αυτό παράγεται κατά το μεταβολισμό των τροφίμων/ποτών, για παράδειγμα κατά το μεταβολισμό 1 γραμμαρίου λίπους παράγονται περίπου 1.1 γραμμάρια νερού.

Ούρα: Ο μεγαλύτερος όγκος των ούρων παράγεται προκειμένου να απεκκριθεί η ουρία (προϊόν μεταβολισμού των πρωτεϊνών). Η υπόλοιπη ποσότητα ούρων παράγεται για να εξασφαλιστεί η ισορροπία υγρών, έτσι ώστε η πρόσληψη να εξισωθεί με την απέκκριση.

Απώλειες μέσω του δέρματος/Εφίδρωση:

Με την εξάτμιση του ιδρώτα επιτυγχάνεται ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος. Η ποσότητα υγρών που χάνεται μέσω αυτής της οδού εξαρτάται από την ενεργειακή πρόσληψη και την ενεργειακή δαπάνη, από τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος, το κλίμα και την υγρασία.

Αναπνοή: Απώλεια υγρών έχουμε και μέσω της αναπνοής. Και πάλι οι απώλειες αυτές εξαρτώνται από την ενεργειακή πρόσληψη και την ενεργειακή δαπάνη, τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος, το κλίμα και την υγρασία.

Κόπρανα: Μικρή ποσότητα υγρών χάνεται και μέσω των κοπράνων. Η ποσότητα αυτή αυξάνεται σημαντικά όταν έχουμε υψηλή πρόσληψη φυτικών ινών.



Τα ποτά με καφεΐνη όπως ο καφές και τα αναψυκτικά τύπου κόλα καθώς και τα αλκοολούχα ποτά συνυπολογίζονται κανονικά αφού η διουρητική τους δράση θεωρείται αμελητέα.



Η πλέον ολοκληρωμένη σειρά
συμπληρωμάτων διατροφής



Caloreen



Clinutren HP/HC



Resource
Instant Protein



Clinutren 1.5



Resource
Meritene



Resource Energy



Resource fruit

Πρόληψη καρκίνου & συμπληρώματα βιταμινών

Οι καινούριες οδηγίες πρόληψης του καρκίνου έχουν ήδη τονίσει πως η χρήση πολυβιταμινούχων συμπληρωμάτων διατροφής δεν έχει κανένα όφελος για την πρόληψη είτε της ασθένειας συνολικά είτε των επιμέρους μορφών της. Οι επιδημιολογικές μελέτες και οι κλινικές δοκιμές συνεχίζονται και έχει ενδιαφέρον η παρατήρηση πως οι προαναφερθείσες οδηγίες συνεχίζουν να επαληθεύονται από καινούριες και πολύ πρόσφατες κλινικές δοκιμές.

Έτσι, το Δεκέμβριο του 2008 δημοσιεύθηκαν στην επιθεώρηση της αμερικανικής ιατρικής εταιρείας τα αποτελέσματα δύο πολύ πρόσφατων κλινικών δοκιμών που εξέτασαν την επίδραση της συμπληρωματικής χορήγησης βιταμίνης E, βιταμίνης C και του σεληνίου στην πρόληψη του καρκίνου του προστάτη αλλά και του καρκίνου γενικότερα. Οι κλινικές δοκιμές ονομάζονται «Μελέτη των ιατρών II» και «SELECT» αντίστοιχα.



Απλά δεν υπάρχει κανένας απολύτως λόγος να καταναλώνονται συμπληρώματα βιταμινών από υγιή άτομα με αιτιολογία την αναπόδειχτη πρωτογενή πρόληψη οποιασδήποτε ασθένειας

Αξίζει να αναφερθεί πως και οι 2 δοκιμές είναι τυχαιοποιημένες (η επιλογή δηλαδή των συμμετεχόντων έχει γίνει με τυχαίο τρόπο) και διπλά τυφλές (δηλαδή ούτε ο ερευνητής ούτε ο συμμετέχων γνώριζε αν αυτό που λάμβανε ήταν συμπλήρωμα ή εικονικό φάρμακο). Η «Μελέτη των ιατρών II» περιέλαβε 14.641 γιατρούς των Ηνωμένων Πολιτειών ηλικίας 50 ετών ή μεγαλύτερης. Η μελέτη «SELECT» περιέλαβε 35.533 γιατρούς των Ηνωμένων Πολιτειών ηλικίας 50 ετών ή μεγαλύτερης. Η διάρκεια παρακολούθησης των συμμετεχόντων ήταν 8 και 5 χρόνια αντίστοιχα.

Στην πρώτη μελέτη η δοσολογία των συμπληρωμάτων βιταμίνης E και C ήταν 400 διεθνείς μονάδες και 500 mg αντίστοιχα, τη στιγμή που οι συνιστώμενες ημερήσιες ποσότητες των βιταμινών αυτών είναι 22,5 διεθνείς μονάδες για τη βιταμίνη E και 90 mg για τη βιταμίνη C. Στη δεύτερη μελέτη οι χορηγούμενες ποσότητες βιταμίνης E και σεληνίου ήταν 400 διεθνείς μονάδες και 200 mg αντίστοιχα, τη στιγμή που οι συνιστώμενες ημερήσιες ποσότητες των βιταμινών αυτών είναι 22,5 διεθνείς μονάδες για τη βιταμίνη E και 55 mg για το σελήνιο. Άρα, όσο αφορά τη βιταμίνη E η χορήγηση ήταν 22 φορές μεγαλύτερη από τη συνιστώμενη, για τη βιταμίνη C ήταν 5,5 φορές μεγαλύτερη και για το σελήνιο 4 φορές μεγαλύτερη από τη συνιστώμενη.

Αναμφισβήτητα υπάρχουν και μελέτες που έχουν δείξει μια ευεργετική δράση της βιταμίνης E ιδιαίτερα στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του προστάτη. Όμως οι μελέτες αυτές είτε είχαν μικρό αριθμό συμμετεχόντων είτε ήταν περιγραφικές δηλαδή απλά δείχνουν μια παρατήρηση και δε μπορούν να απαντήσουν στο ερώτημα αν η μείωση του κινδύνου οφείλεται στο συγκεκριμένο θρεπτικό συστατικό. Επίσης, δε μπορούν να λάβουν υπόψη τους διάφορους συγχυτικούς παράγοντες επειδή ακριβώς έχουν τέτοιο σχεδιασμό ώστε να μην απαντούν σε συγκεκριμένο, επιστημονικά διατυπωμένο, ερώτημα. Έτσι, βαρύνουσα σημασία αποκτούν τα αποτελέσματα των τυχαιοποιημένων, διπλά τυφλών, κλινικών δοκιμών οι οποίες είναι μελέτες που απαντούν σε συγκεκριμένο

στατιστικά διατυπωμένο ερώτημα. Στην προκειμένη περίπτωση οι 2 κλινικές δοκιμές προσπάθησαν να απαντήσουν στο συγκεκριμένο ερώτημα: «μπορεί η μακροχρόνια χορήγηση των υπό εξέταση συμπληρωμάτων να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του προστάτη ή καρκίνου γενικότερα;»

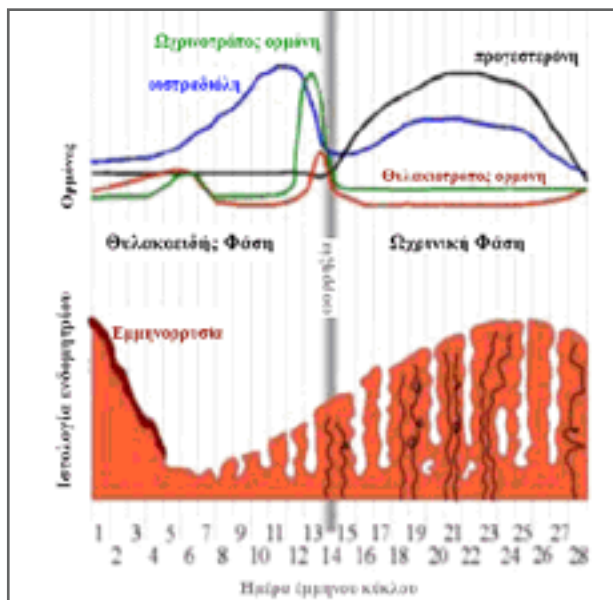
Οι παρατηρήσεις αυτές λαμβάνουν ιδιαίτερο νόημα αν αναλογιστεί κανείς πως περισσότεροι από τους μισούς αμερικανούς λαμβάνουν συστηματικά συμπληρώματα διατροφής με αυτά που περιέχουν τις βιταμίνες E και C να είναι από τα πλέον δημοφιλή. Όμως ο ίδιος αυτός κόσμος που καταναλώνει αυτά τα σκευάσματα αδυνατεί να κατανοήσει πως υπάρχει μεγάλο κενό επιστημονικής γνώσης όσο αφορά τη δράση τους. Ακόμα και πιθανές ανεπιθύμητες για την υγεία παρενέργειες έχουν φανεί από τη χρήση τους. Η χρήση του σεληνίου έχει συσχετιστεί με κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Οι μεγάλες δόσεις βιταμίνης E έχουν συσχετιστεί με κακή επίδραση στη λειτουργία ρυθμιστικών μηχανισμών του οργανισμού όπως αυτός που περιλαμβάνει το κυτόχρωμα p450. Τα όποια θετικά αποτελέσματα είναι στατιστικά αδύναμα και έχουν φανεί μετά από πολλά χρόνια χρήσης. Αν σε όλα αυτά προστεθεί και το κόστος τους (αφού πλέον θεωρούνται «σκευάσματα lifestyle» και δεν καλύπτονται από τα ταμεία) σε μια εποχή παγκόσμιας οικονομικής κρίσης τότε απλά δεν υπάρχει κανένας απολύτως λόγος να καταναλώνονται από υγιή άτομα με αιτιολογία την αναπόδειχτη πρωτογενή πρόληψη οποιασδήποτε ασθένειας. Ακόμα και στα ηλικιωμένα άτομα που η απορρόφηση συγκεκριμένων βιταμινών είναι μειωμένη, τα επιστημονικά δεδομένα αμφισβητούν την αποτελεσματικότητά τους. Η «συνταγή» λοιπόν πάντα ήταν και εξακολουθεί να είναι μία: Μεσογειακή διατροφή με βάση το ελαιόλαδο, την ποικιλία σε πολύχρωμες σαλάτες και φρούτα. Δημητριακά ολικής άλεσης, ανάλατοι ξηροί καρποί, σπόροι, όσπρια, συχνή κατανάλωση ψαριών, μειωμένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος και μετριασμένες ποσότητες φαγητού και κόκκινου κρασιού.



Όρεξη & έμμηνος ρύση

Έχετε ποτέ παρατηρήσει τον εαυτό σας να...πεινά παραπάνω λίγες ημέρες πριν «αδιαθετήσετε»; Νιώθετε πως θέλετε να φάτε οπωσδήποτε κάτι που να περιέχει σοκολάτα ή δεν μπορείτε να σταματήσετε να τρώτε όλη την ημέρα; Όπως φαίνεται, κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει μόνο σε εσάς. Αντίθετα, ως ένα σημείο τεκμηριώνεται από την

επιστημονική βιβλιογραφία. Έρευνες λοιπόν που αφορούν την όρεξη και την κατανομή της μέσα στην ημέρα, ασχολήθηκαν και με τη διακύμανση αυτής στη διάρκεια του έμμηνου κύκλου. Κι αυτό επειδή αναφέρθηκαν σημαντικές διακυμάνσεις στην όρεξη και στη διατροφική συμπεριφορά των γυναικών στο διάστημα πριν την εμμηνόρροια.



Εικόνα 1. Διακύμανση ορμονών και ιστολογία του ενδομητρίου κατά τη διάρκεια του έμμηνου κύκλου. Τη στιγμή της ωορρηξίας, τα επίπεδα της οιστραδιόλης και της ωχρινοτρόπου ορμόνης ανέρχονται στην υψηλότερη τιμή τους και στη συνέχεια υποχωρούν, καθώς αυξάνονται τα επίπεδα της προγεστερόνης. Μετά την ωορρηξία, το ενδομήτριο διογκώνεται βαθμιαία, υπό την επίδραση των ορμονών, μέχρι την έναρξη της αιματικής ροής.

Προσαρμογή από <http://en.wikipedia.org/wiki/Image:MenstrualCycle2.png>

Φυσιολογία

Πριν δούμε τι υποστηρίζει η επιστημονική βιβλιογραφία, χρήσιμο είναι να περιγραφεί σε αδρές γραμμές η φυσιολογία του γυναικείου έμμηνου κύκλου. Αν θεωρήσουμε ότι η ωορρηξία συμπίπτει με το μέσο του έμμηνου κύκλου, οι ημέρες μεταξύ του τέλους της εμμηνορρυσίας και της ωορρηξίας, αντιστοιχούν στην παραγωγική ή οιστρογονική φάση (6^η – 14^η ημέρα). Στην περίοδο αυτή αυξάνονται τα επίπεδα των οιστρογόνων, που αποκτούν τη μέγιστη τιμή τους τη στιγμή της ωορρηξίας (**βλ. εικόνα 1**). Βέβαια, οι 14 πρώτες μέρες αναφέρονται βιβλιογραφικά και ως θυλακοειδής φάση (*follicular phase*). Οι μέρες που έπονται μετά την ωορρηξία μέχρι και την έναρξη της εμμηνορρυσίας αποτελούν την ωχρινική φάση (*luteal phase*), κατά τη διάρκεια της οποίας αυξάνονται τα επίπεδα της προγεστερόνης.

Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο

Συνιστά ένα σύνολο συμπεριφορικών, σωματικών και φυσιολογικών συμπτωμάτων που συμβαίνουν εντός 7-10 ημερών πριν από την έναρξη της εμμηνορρυσίας. Τα συμπτώματα εξασθενούν αμέσως ή λίγο μετά την έναρξη της αιματικής ροής. Τα πιο κοινά από αυτά, που θεωρείται ότι χαρακτηρίζουν το σύνδρομο συμπεριλαμβάνουν κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, διακυμάνσεις στη διάθεση, συμπτώματα που έχουν ως βάση την κατακράτηση νερού (*ευαισθησία και πρήξιμο του στήθους*), αλλαγές στην όρεξη και λαχτάρα για συγκεκριμένα τρόφιμα.

Έρευνες

Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες καταναλώνουν περισσότερη ενέργεια κατά τη διάρκεια της ωχρινικής φάσης του κύκλου, σε σχέση με τη θυλακοειδή φάση που λαμβάνει χώρα πριν την ωορρηξία.

Στην πλειοψηφία των μελετών η πρόσληψη ενέργειας αυξάνεται στις ημέρες πριν την εμμηνορρυσία

Στην πλειοψηφία των μελετών η πρόσληψη ενέργειας αυξάνεται στις ημέρες πριν την εμμηνορρυσία. Μάλιστα, σημειώνεται ότι όσα πιο σοβαρά είναι τα συμπτώματα, όταν για παράδειγμα υποφέρει από προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, τόσο μεγαλύτερη η πρόσληψη ενέργειας που καταγράφηκε σε διάφορες μελέτες.

Θεωρείται ότι η στιγμή της ωορρηξίας αντιπροσωπεύει το ναδίρ της διατροφικής πρόσληψης στη διάρκεια του κύκλου. Έχει προταθεί μάλιστα ότι οι αλλαγές αυτές στην όρεξη συμβαίνουν παράλληλα με αλλαγές του βασικού μεταβολικού ρυθμού. Συγκεκριμένα, η ενεργειακή κατανάλωση φαίνεται να αυξάνεται μετά την ωορρηξία, γεγονός που αποδίδεται στην επίδραση των ορμονών στην πρόσληψη και κατανάλωση ενέργειας.



Αντίθετα, η διαφορά αυτή στην όρεξη δεν παρουσιάζεται σε γυναίκες που λαμβάνουν από του στόματος αντισυλληπτικά ή που έχουν κύκλους χωρίς ωορρηξία. Και στις δυο αυτές περιπτώσεις οι ορμονικές εκρήξεις δεν υπάρχουν ή συμβαίνουν σε μικρό βαθμό. Επιπλέον, γυναίκες σε αυστηρή/ περιοριστική διαίτα δεν βιώνουν αλλαγές στην όρεξή τους κατά τη διάρκεια του έμμηνου κύκλου. Κάτι που αποδίδεται στην επίδραση της περιορισμένης πρόσληψης ενέργειας είτε στους ορμονικούς κύκλους, είτε στη συσκότιση οποιασδήποτε υποκείμενης φυσιολογικής επίδρασης.

Υδατάνθρακες

Έρευνες επίσης υποδεικνύουν ότι η κατανάλωση υδατανθράκων και λίπους αυξάνονται σημαντικά στην ωχρινική σε σχέση με τη θυλακοειδή φάση του κύκλου. Φαίνεται ότι οι γυναίκες εμφανίζουν πιο συχνά «λαχτάρα» για κάποιο τρόφιμο σε σχέση με τους άντρες, όπως επίσης ότι μεταξύ των γυναικών, το πιο κοινό από αυτά είναι η σοκολάτα. Τόσο η τελευταία όσο και άλλα υδατανθρακούχα τρόφιμα καταναλώνονται σε μεγαλύτερες ποσότητες κατά την ωχρινική φάση. Ωστόσο, η σχετική ισορροπία υδατανθράκων – λίπους και πρωτεΐνης δεν μεταβάλλεται, ενώ δεν αλλάζει η αισθητηριακή ή ηδονική απάντηση σε λίπος, ζάχαρη ή τρόφιμα που περιέχουν σοκολάτα.

Ερμηνεία

Από τις προσπάθειες ερμηνείας του φαινομένου ξεχωρίζει η θεωρία της υπογλυκαιμίας προκαλούμενης από στεροειδείς ορμόνες φύλου. Πρώιμες μελέτες εντόπισαν αλλαγή στο μεταβολισμό των υδατανθράκων πριν την εμμηνορρυσία, που συνεπάγεται δυσανοχή στη γλυκόζη. Αποτέλεσμα αυτού είναι να παράγεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ινσουλίνη, που με τη σειρά της οδηγεί σε μείωση του σακχάρου στο αίμα. Η υπογλυκαιμία αυτή συ-

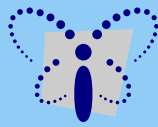
Η αυξημένη όρεξη πριν την εμμηνορρυσία εξηγείται και επιστημονικά. Βέβαια, τα συμπτώματα που βιώνει μια γυναίκα στο διάστημα αυτό, ποικίλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο

σχετίζεται με αυξημένη όρεξη, «λαχτάρα» για γλυκά και κατάθλιψη. Επειδή ακριβώς παρατηρείται μείωση της όρεξης κατά την ωορρηξία, όταν τα οιστρογόνα είναι στα μέγιστα επίπεδά τους, εξετάζεται η προγεστερόνη ως δι-εγέρτης της όρεξης.

Άρα...

Καταλήγουμε λοιπόν ότι όντως η αυξημένη όρεξη πριν την εμμηνορρυσία εξηγείται και επιστημονικά. Βέβαια, τα συμπτώματα που βιώνει μια γυναίκα στο διάστημα αυτό, ποικίλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Η διακύμανση της διάθεσης και της όρεξης, το αίσθημα «πρηξίματος» και κατάθλιψης δεν έχουν φυσικά την ίδια ένταση σε όλους τους οργανισμούς. Οι γυναίκες ωστόσο που τα συμπτώματά τους είναι πολύ έντονα (προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή) ανήκουν μόλις στο 5% των περιπτώσεων. Για το λόγο αυτό, η γνώση αποσκοπεί περισσότερο στο να βοηθήσει στην καλύτερη διαχείριση των «δύσκολων» ημερών, αντί να αποτελεί δικαιολογία για τη διαιώνιση προβληματικών διατροφικών συμπεριφορών.





Μ.Σ. Ιακωβίδης Ελλάς Α.Ε.

SANDHILL
SCIENTIFIC



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

ZepHr™

* Μικρότερο Μέγεθος

* Εγγύηση της Τεχνογνωσίας SANDHILL



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

Συσχέτιση της κατανάλωσης καφέ με τη θνησιμότητα

Η κατανάλωση καφέ έχει συσχετιστεί τόσο με ευεργετικά όσο και με επιβλαβή αποτελέσματα στην υγεία. Εντούτοις, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την επίδρασή της στη συνολική θνησιμότητα. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Annals of Internal Medicine* (2008;148:904-914), ερευνητές από τις ΗΠΑ μελέτησαν προοπτικά τη συσχέτιση της κατανάλωσης καφέ με τη συνολική θνησιμότητα αλλά και ειδικότερα με τη θνησιμότητα από καρκίνο και καρδιαγγειακή νόσο. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 41.736 άνδρες με μέση παρακολούθηση 18 ετών και 86.214 γυναίκες με μέση παρακολούθηση 24 ετών. Η εκτίμηση της κατανάλωσης καφέ γινόταν κάθε 2-4 χρόνια μέχρι το 2004 που έληξε η παρακολούθηση. Συνολικά καταγράφηκαν 6888 θάνατοι στους άνδρες (2049 οφειλόμενοι σε καρδιαγγειακή νόσο και 2491 σε καρκίνο) και 11095 στις γυναίκες (2368 οφειλόμενοι σε καρδιαγγειακή νόσο και 5011 σε καρκίνο). Στις γυναίκες, ο σχετικός κίνδυνος θανάτου από κάθε αίτιο ανάλογα με την κατανάλωση καφέ (<1 φορά/μήνα, 1 φορά/μήνα ως 4 εβδομαδιαίως, 5-7/εβδομάδα, 2-3/ημέρα, 4-5/ημέρα και ≥6/ημέρα) ήταν αντίστοιχα 1.0, 0.98 (95%CI 0.91-1.05), 0.93 (95%CI 0.87-0.98), 0.82 (95%CI 0.77-0.87), 0.74 (95%CI 0.68-0.81) και 0.83 (95%CI 0.73-0.95). Στους άνδρες, αν και υπήρχε ελαττωμένος κίνδυνος, δεν έφτανε τα όρια του στατιστικά σημαντικού (σχετικός κίνδυνος στις αντίστοιχες κατηγορίες 1.0, 1.07, 1.02, 0.97, 0.93 και 0.80). Ο προστατευτικός ρόλος του καφέ οφειλόταν στο σχετικά ελαττωμένο κίνδυνο καρδιαγγειακής θνησιμότητας και ήταν ανεξάρτητος της ποσότητας καφεΐνης. Επιπρόσθετα, δεν παρατηρήθηκε ουδεμία συσχέτιση της κατανάλωσης καφέ με τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο. Τέλος, η κατανάλωση καφέ χωρίς καφεΐνη συσχετίστηκε με ελαττωμένη συνολική και καρδιαγγειακή θνησιμότητα. Συμπερασματικά, η τακτική κατανάλωση καφέ δε συσχετίστηκε με αυξημένη θνησιμότητα, ενώ είναι πιθανό να συσχετίζεται με ελαττωμένη καρδιαγγειακή θνησιμότητα. Το ευεργετικό αυτό αποτέλεσμα είναι πιθανό να μην οφείλεται στην καφεΐνη αλλά σε άλλα συστατικά του καφέ.

Η χρήση αναστολέων της αντλίας πρωτονίων και ο κίνδυνος ανάπτυξης πνευμονίας της κοινότητας

Οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPIs) αποτέλεσαν επανάσταση στην αντιμετώπιση του πεπτικού έλκους και είναι ευρέως συνταγογραφούμενα φάρμακα. Η δράση τους συνίσταται στην ελάττωση της γαστρικής οξύτητας, που αποτελεί αντιμικροβιακό φραγμό, και για το λόγο αυτό υπάρχουν υπόνοιες για πιθανή συσχέτισή τους με αυξημένο κίνδυνο πνευμονίας της κοινότητας. Η πνευμονία της κοινότητας οδηγεί σε σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα και μπορεί να προσβάλει απόλυτα υγιείς ανθρώπους. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Annals of Internal Medicine* (2008;149:391-398), ερευνητές από το Ηνωμένο Βασίλειο μελέτησαν τη συσχέτιση χρήσης PPIs με τον κίνδυνο ανάπτυξης πνευμονίας της κοινότητας. Για το σκοπό της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων των γενικών ιατρών του Ηνωμένου Βασιλείου από το 1987 ως το 2002. Αναλύθηκαν 80.066 περιπτώσεις με πνευμονία της κοινότητας ενώ σαν ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν 799.881 περιπτώσεις. Συνολικά, η χρήση των PPIs δε συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο πνευμονίας της κοινότητας [σχετικός κίνδυνος (OR) 1.02, 95%CI 0.97-1.08] ή νοσηλείας οφειλόμενη σε πνευμονία (OR 1.01, 95%CI 0.91-1.12). Εντούτοις, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση του σχετικού κινδύνου πνευμονίας σε ασθενείς με πρόσφατη έναρξη PPIs, ο οποίος ήταν 6.53 (95%CI 3.95-10.80) για έναρξη τις προηγούμενες 2 ημέρες, 3.79 (95%CI 2.66-5.42) την προηγούμενη εβδομάδα και 3.21 (95%CI 2.46-4.18) τις προηγούμενες 15 ημέρες. Δεν παρατηρήθηκε αυξημένος κίνδυνος για έναρξη θεραπείας πέραν των 15 ημερών. Συμπερασματικά, στην αναδρομική αυτή μελέτη η πνευμονία της κοινότητας συσχετίστηκε με την πρόσφατη έναρξη PPIs, όχι όμως και με τη μακροχρόνια θεραπεία. Προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες απαιτούνται για οριστική απάντηση στην παραπάνω συσχέτιση.

Συνδυασμένη ενδοσκοπική και φαρμακευτική θεραπεία πρόληψης επαναιμορραγίας κισμών στην κίρρωση ήπατος: μετανάλυση δημοσιευμένων μελετών

Ασθενείς με κίρρωση που επιζούν από ένα επεισόδιο κισσορραγίας έχουν 60% πιθανότητα υποτροπής της αιμορραγίας στο 1 έτος. Η δευτερογενής πρόληψη της κισσορραγίας περιλαμβάνει ενδοσκοπική και/ή φαρμακευτική θεραπεία με β-αποκλειστές. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει πιθανό όφελος συνδυασμένης φαρμακευτικής και ενδοσκοπικής θεραπείας της κισσορραγίας στο ποσοστό επαναιμορραγίας, ενώ το όφελος στη συνολική επιβίωση είναι ασαφές. Σε μια μετανάλυση των υπάρχόντων μελετών που δημοσιεύτηκε στο *Annals of Internal Medicine* (2008;149:109-122), Ισπανοί ερευνητές μελέτησαν αν η συνδυασμένη θεραπεία προλαμβάνει καλύτερα την επαναιμορραγία και βελτιώνει την επιβίωση περισσότερο από την κάθε θεραπεία ξεχωριστά. Στη μετανάλυση συμπεριλήφθηκαν 23 τυχαιοποιημένες μελέτες συνδυασμού ενδοσκοπικής θεραπείας και β-αποκλειστών έναντι μίας μόνο θεραπείας με 1860 ασθενείς. Σε 17 μελέτες χρησιμοποιήθηκε σκληροθεραπεία και σε 6 περιόδους ως ενδοσκοπική θεραπεία. Ενδοσκοπική θεραπεία εφαρμόζονταν μέχρι την εξαφάνιση των κισμών ενώ στη δόση των β-αποκλειστών γινόταν τιτλοποίηση με στόχο τους 55 παλμούς/λεπτό ή την ελάττωση της καρδιακής συχνότητας κατά 25%. Η συνδυασμένη θεραπεία ελάττωσε την επαναιμορραγία σε σχέση με την αποκλειστικά ενδοσκοπική (σχετικός κίνδυνος 0.68, 95%CI 0.52-0.89) ή φαρμακευτική θεραπεία (σχετικός κίνδυνος 0.71, 95%CI 0.59-0.86). Απεναντίας, δεν φάνηκε πλεονέκτημα στην επιβίωση της συνδυασμένης έναντι της ενδοσκοπικής (σχετικός κίνδυνος 0.78, 95%CI 0.58-1.07) ή φαρμακευτικής θεραπείας (σχετικός κίνδυνος 0.70, 95%CI 0.46-1.06). Τα αποτελέσματα ήταν ανεξάρτητα της ενδοσκοπικής μεθόδου αντιμετώπισης (περίδεση ή σκληροθεραπεία). Συμπερασματικά, ο συνδυασμός ενδοσκοπικής και φαρμακευτικής θεραπείας της κισσορραγίας υπερτερεί καθεμίας θεραπείας ξεχωριστά στη δευτερογενή πρόληψη, όχι όμως και στη συνολική επιβίωση.

Κλινικοί παράγοντες κινδύνου, γενετικοί πολυμορφισμοί και η ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί πούπαρογοντική νόσο, στην οποία ενεπλέκονται περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες. Τα τελευταία έτη η χαρτογράφηση του ανθρωπίνου γονιδιώματος έχει στρέψει το ερευνητικό ενδιαφέρον στους γενετικούς πολυμορφισμούς που προδιαθέτουν σε ποικίλα νοσήματα. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *New England Journal of Medicine* (2008;359:2220-2232), Σκανδιναβοί ερευνητές μελέτησαν τους γενετικούς και κλινικούς παράγοντες που συσχετίστηκαν με την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη σε ένα πληθυσμό 16061 Σουηδών και 2770 Φινλανδών. Για τη γενετική μελέτη, έγινε γονοτύπωση 16 πολυμορφισμών μεμονωμένων νουκλεοτιδίων (SNPs). Στον παραπάνω πληθυσμό, σακχαρώδης διαβήτης αναπτύχθηκε σε 2201 (11.7%) ασθενείς σε μια μέση περίοδο παρακολούθησης 23.5 ετών. Ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες της ανάπτυξης διαβήτη ήταν το θετικό οικογενειακό ιστορικό, ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος, αυξημένα ηπατικά ένζυμα, το κάπνισμα και επηρεασμένοι δείκτες έκκρισης και δράσης της ινσουλίνης. Πολυμορφισμοί σε 11 γονίδια συσχετίστηκαν με την εμφάνιση διαβήτη ανεξάρτητα από τους κλινικούς παράγοντες. Οι πολυμορφισμοί σε 8 από αυτά τα γονίδια συσχετίστηκαν επιπρόσθετα με επηρεασμένη λειτουργία των β-κυττάρων του παγκρέατος. Ο συνδυασμός γενετικών και κλινικών παραγόντων βελτίωσε κατά ελάχιστο την πρόβλεψη ανάπτυξης μελλοντικά σακχαρώδους διαβήτη (περιοχή κάτω από τη ROC καμπύλη 0.75 έναντι 0.74, $P=0.0001$). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η προγνωστική ισχύς των γενετικών παραγόντων γινόταν μεγαλύτερη όσο αυξανόταν η περίοδος παρακολούθησης, ενώ αυτή των κλινικών παραγόντων ελλατώνονταν. Συμπερασματικά, σε σύγκριση με τους κλινικούς παράγοντες, οι γενετικοί παράγοντες που μελετήθηκαν είχαν μικρή αποτελεσματικότητα στην ικανότητα μελλοντικής πρόβλεψης σακχαρώδη διαβήτη. Εντούτοις, φαίνεται ότι οι γενετικοί πολυμορφισμοί θα μας απασχολούν μελλοντικά ολόένα και περισσότερο, ενώ το ενδεχόμενο γονιδιακών θεραπειών ίσως αποτελέσει την οριστική λύση σε πληθώρα νοσημάτων.

Παρακολούθηση χρόνιας ηπατοπάθειας:

τρανσαμινάσες, ελαστογραφία
ή βιοψία ήπατος

Η συσσωρευμένη γνώση από την έρευνα των τελευταίων ετών έχει προσφέρει αξιόλογες δυνατότητες για παρακολούθηση της χρόνιας ηπατικής νόσου. Δυστυχώς, **δεν υπάρχει το απόλυτο τεστ** που να αντικατοπτρίζει πλήρως την (πολύπλοκη) ηπατική δομή και λειτουργία. Έτσι η προσέγγιση του σημερινού ηπατολόγου στο θέμα είναι πολυδιάστατη, από τις θεμελιώδεις αρχές του ιστορικού και της κλινικής εξέτασης, σε βιοχημικούς δείκτες, προηγμένης τεχνολογίας απεικονίσεις, καθώς και νεότερες τεχνικές, επεμβατικές και μη.

Τρανσαμινάσες και άλλα ηπατικά ένζυμα

Τα βιοχημικά τεστ που σχετίζονται με την ηπατική λειτουργία είναι τα πρώτα που αξιολογούνται στην παρακολούθηση της χρόνιας ηπατοπάθειας, **τα ευκολότερα** και πιο προσιτά σε κάθε γωνιά της χώρας. Απαιτούν μια αιμοληψία (όχι νηστεία) και οι απαντήσεις είναι διαθέσιμες σε λίγα λεπτά-ώρες. Η διαταραχή που μπορεί να βρεθεί στα ηπατικά ένζυμα εξαρτάται από το είδος του προβλήματος. Έτσι, η σοβαρότητα της ηπατοκυτταρικής βλάβης (οξεία ηπατίτιδα, φαρμακευτική βλάβη στο ήπαρ κλπ) εκτιμάται από διαδοχικές μετρήσεις της ολικής χολερυθρίνης ορού, της αλβουμίνης, των τρανσαμινάσων και του χρόνου προθρομβίνης, ενώ στην εκτίμηση των χολοστασίων (πρωτοπαθής χολική κίρρωση, σκληρυντική χολαγγειίτιδα, απόφραξη χοληφόρων από λίθους ή νεοπλάσματα) παίζουν ακόμα ρόλο η αλκαλική φωσφατάση και η γ-γλουταμυλική τρανσπεπτιδάση.

Ιδιαίτερως για τις τρανσαμινάσες (AST ή SGOT, ALT ή SGPT), αυτές αποτελούν εξαιρετικό δείκτη ηπατοκυτταρικής βλάβης. Η AST όμως (παρούσα σε κυτταροπλασματικά και μιτοχονδριακά ισοένζυμα) βρίσκεται στο ήπαρ, τον καρδιακό μυ, τους σκελετικούς μύες, τους νεφρούς, τον εγκέφαλο, το πάγκρεας, τα λευκά και τα ερυθρά αιμοσφαίρια. Επομένως, η AST είναι ένζυμο λιγότερο ειδικό και ευαίσθητο για το ήπαρ. Η ALT (κυτταροπλασματικό ένζυμο) ευρίσκεται στις ψηλότερες συγκεντρώσεις στο ήπαρ και είναι ειδικότερο για αυτό. Το ύψος των τρανσαμινάσων, ο λόγος αυτών και η πρόοδος τους έχουν χρησιμοποιηθεί ως έμμεσος δείκτης ηπατικής βλάβης, αλλά και στην πρόβλεψη της ανταπόκρισης σε διάφορες θεραπείες (λ.χ. ιογενής ηπατίτιδα).

Τελευταία, είναι αρκετές οι προσπάθειες να βρεθούν **νεότεροι δείκτες για την ανίχνευση του βαθμού ίνωσης** του ήπατος ή την παρουσία κίρρωσης, που θα μπορούσαν να προσδιορίζονται με απλή αιμοληψία, στοχεύοντας έτσι στην αποφυγή πιο επεμβατικών μεθόδων, όπως η βιοψία ήπατος. Η πληροφορία αυτή είναι πολύ σημαντική, γιατί δίνει προγνωστικά στοιχεία για την ανταπόκριση σε θεραπεία και για τυχούσα εξέλιξη της ηπατοπάθειας. Πολλές μελέτες έχουν εστιαστεί κυρίως στη χρόνια ηπατίτιδα C και τη δυνατότητα των εμμέσων και αμέσων δεικτών να διαγνώσουν και να παρακολουθήσουν την ίνωση στο ήπαρ και συνεπώς την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, χωρίς κάποιος από αυτούς να είναι ακόμη εφαρμόσιμος στην καθημερινή κλινική πράξη.

Ελαστογραφία (Transient Elastography)

Ένας σύγχρονος πολλά υποσχόμενος **μη επεμβατικός** τρόπος παρακολούθησης της ίνωσης στη χρόνια ηπατοπάθεια είναι η ελαστογραφία (Fibroscan®, Echosens).

Η συσκευή που αποτελείται από μία «κεφαλή» υπερήχου προσαρμοσμένη στον άξονα ενός δονητή, μεταδίδει δόνηση προς τον ιστό και επάγει ένα ελαστικό κύμα που πολλαπλασιάζεται δια του ιστού. Αυτό ακολουθείται από υπερηχογραφική καταγραφή της ταχύτητας που σχετίζεται άμεσα με τη σκληρία του ιστού.

Η ελαστογραφία μετρά τη σκληρία σε ιστικό όγκο προσεγγιστικά ενός κυλίνδρου εύρους 1 cm και μήκους 5 cm, 25-65 mm κάτω από την επιφάνεια του δέρματος. Ο όγκος αυτός είναι τουλάχιστον 100 φορές **μεγαλύτερος** από το τεμάχιο της βιοψίας, άρα πιο αντιπροσωπευτικό του παρεγχύματος. Είναι **ανώδυνη, γρήγορη** (<5 min) και εύκολα εφαρμόσιμη σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου. Τα αποτελέσματα εκφράζονται σε kilopascals (kPa), ανταποκρίνονται σε διάμεση τιμή 10 μετρήσεων και έχουν εύρος τιμών από 2.5 έως 75 kPa, είναι **άμεσα διαθέσιμα αλλά εξαρτώνται από τον εξεταστή**.

Η ελαστογραφία θεωρείται **ισοδύναμη** των ορολογικών δεικτών στη διάγνωση σοβαρής ίνωσης σε ασθενείς με χρόνια **ηπατίτιδα C** και προτείνεται ότι ο συνδυασμός αυτών μπορεί να «εξοικονομήσει» τη βιοψία ήπατος σε πολλούς ασθενείς. Πρόσφατη μεγάλη μελέτη έδειξε ότι είναι αξιόπιστη μέθοδος διάγνωσης της **κίρρωσης**, ενώ άλλη ερευνητική ομάδα διαπίστωσε τη χρησιμότητα της στην αξιολόγηση της σοβαρότητας υποτροπής της χρόνιας C μετά τη μεταμόσχευση ήπατος και σχετίζεται με το βαθμό της πυλαίας υπέρτασης. Επίσης έχει εκτιμηθεί (σε μικρότερες σειρές) και σε ασθενείς με ηπατίτιδα B, χολοστατικά σύνδρομα, αλκοολική νόσο και μη αλκοολική στεάτωση του ήπατος.

Στους περιορισμούς της μεθόδου είναι η **δυσκολία εκτέλεσής της σε παχύσαρκους ασθενείς**, ενώ η εξέταση είναι **σχεδόν αδύνατη σε ασθενείς με ασκίτη**. Επιπρόσθετα, σημασία έχουν και η ετερογένεια των μετρήσεων και ο αριθμός των επιτυχών μετρήσεων. Η αυξανόμενη εμπειρία και διεξαγωγή μεγαλύτερων μελετών μαζί με τεχνικές βελτιώσεις αναμένεται να προσδιορίσει το ρόλο της μεθόδου που φαίνεται ως μια σημαντική προοπτική στη σύγχρονη ηπατολογία.

Βιοψία ήπατος

Η βιοψία ήπατος αποτελεί **το σημαντικότερο μέσο** στη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση οξέων και χρόνιων ηπατοπαθειών. Παρότι ορολογικά, μοριακά τεστ και απεικονιστικές μέθοδοι μπορεί να δώσουν πολλές πληροφορίες, **η βιοψία ήπατος παραμένει μέθοδος αναφοράς**. Εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1923, αλλά χρειάστηκε να φθάσουμε στο 1958 οπότε ο Menghini περιέγραψε την ομώνυμη βελόνα βιοψίας. Από τότε πολλές βελτιώσεις έχουν επέλθει στην τεχνική και στα διαθέσιμα μέσα.

Συνηθέστερη προσέγγιση είναι η **διαδερμική** (τελευταία πιο συχνά υπό την καθοδήγηση υπερήχων παρέχοντας μεγαλύτερη ασφάλεια) με τοπική αναισθησία ή σπάνια



Εικόνα 1: Το μηχάνημα για την ελαστογραφία [FIBROSCAN; Echoscans, Paris, France]

Η λήψη διαδοχικών βιοψιών θεωρητικά θα αποτελούσε αξιόπιστο δείκτη παρακολούθησης σε πολλές κλινικές περιπτώσεις, αλλά είναι συχνά μη αποδεκτό από τον ασθενή και ασφαλώς εμπεριέχει πάντα τον κίνδυνο επιπλοκών.

με ήπια καταστολή («μέθη»). Επί ειδικών ενδείξεων (διαταραχές πήκτικότητας, σημαντικός ασκίτης, οξεία ηπατική ανεπάρκεια, μετά τη μεταμόσχευση ήπατος) γίνεται **διασφαγιτιδική βιοψία** με τοπική αναισθησία και ήπια καταστολή, ή **λαπαροσκοπική βιοψία** με γενική αναισθησία. Η επιλογή της προσέγγισης βασίζεται στο προφίλ του ασθενούς και την υποκείμενη ηπατοπάθεια.

Μείζονες επιπλοκές της διαδερμικής βιοψίας είναι η **αιμορραγία** (0.3%), χολοπεριτόναιο και αιμοχολία, ενώ η θνησιμότητα εκτιμάται από 0.1-0.01%. Για τη διασφαγιτιδική βιοψία, οι μείζονες επιπλοκές και η θνησιμότητα είναι παρόμοιες με τις διαδερμικές βιοψίες παρά τη χρήση περισσότερων «περασμάτων» σε ασθενείς με χειρότερη πήκτικότητα. Επιπρόσθετα, η αποτελεσματικότητα της μεθόδου **επηρεάζεται από την ποιότητα του δείγματος**, δηλαδή το μήκος της βιοψίας και τον αριθμό των πυλαίων διαστημάτων που εμπεριέχονται και το βαθμό κατακερματισμού του ιστού. Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης η ερμηνεία από τον παθολογοανατόμο, ιδίως σε σχέση με τις ακατάλληλες - ανεπαρκείς βιοψίες.

Η βιοψία ήπατος μπορεί να δώσει **πολύτιμες πληροφορίες για την εκτίμηση ίνωσης και φλεγμονής** στην χρόνια ιογενή ηπατίτιδα (B, C, Δ), την καταλληλότητα του ασθενούς για δεδομένη θεραπεία και την απάντηση του ασθενούς σε αυτή. Αποτελεί ως τώρα τον **μοναδικό αξιόπιστο δείκτη απόδειξης** στεατοηπατίτιδας από την απλή λιπώδη διήθηση του ήπατος -πληροφορία με προφανείς κλινικές επιπτώσεις- ενώ εξίσου βασικό ρόλο διαδραματίζει στη διάγνωση και παρακολούθηση χρόνιων χολοστατικών ηπατοπαθειών. Παράλληλα με τη διασφαγιτιδική βιοψία -στην ίδια διαδικασία- είναι δυνατό να εκτιμηθεί και η πίεση στην πυλαία κυκλοφορία (HVPG), που έχει κεντρικό ρόλο στην πρόγνωση πολλών ηπατοπαθειών. Ο ρόλος της βιοψίας σε ηπατοκυτταρικό καρκίνο έχει τελευταία περιοριστεί, καθώς ευαίσθητες ακτινολογικές μέθοδοι (αξονική, μαγνητική, υπερηχογράφημα ήπατος **με ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας**) μπορεί να χαρακτηρίσουν με αξιοπιστία όζους ήπατος, αλλά έχει θέση σε επιλεγμένους ασθενείς και συνήθως γίνεται κατευθυνόμενη από υπερήχους ή αξονική τομογραφία. Η λήψη διαδοχικών βιοψιών θεωρητικά θα αποτελούσε αξιόπιστο δείκτη παρακολούθησης σε πολλές κλινικές περιπτώσεις, αλλά είναι συχνά μη αποδεκτό από τον ασθενή και ασφαλώς εμπεριέχει πάντα τον κίνδυνο επιπλοκών. Αυτό μπορεί να είναι ευκολότερο μετά τη μεταμόσχευση ήπατος, καθώς οι ασθενείς υποβάλλονται σε βιοψίες πρωτοκόλλου, οπότε η υποτροπή και εξέλιξη της αρχικής νόσου ή η νέα εμφάνιση στο μόσχευμα παρακολουθούνται από συχνές βιοψίες.

Είναι ωραίο να νιώθεις τη σιγουριά σε κάθε σου βήμα.



AD STORE Hellas

Η Μεγαλύτερη
Ελληνική Φαρμακευτική Βιομηχανία



Φροντίδα για τον άνθρωπο

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

Η σημασία του ασβεστίου στον οργανισμό

Αναμφισβήτητα το ασβέστιο είναι από τα πιο σημαντικά ιχνοστοιχεία για το ανθρώπινο σώμα. Έχοντας σαν καθοριστικό ρόλο τη δομή των οστών και των δοντιών ρυθμίζει πολλές λειτουργίες στον οργανισμό μας όπως τη μεταφορά των νευρικών μηνυμάτων τη λειτουργία της καρδιάς, τη σύσπαση και χαλάρωση των μυών. Είναι επίσης απαραίτητο στη πήξη του αίματος και τη λειτουργία διαφόρων ενζύμων του μεταβολισμού.



Το μεταλλοειδές μέρος των οστών αποτελείται κυρίως από κρυστάλλους υδροξυαπατίτη $[Ca/O Co4/2 CH/2]$, οι οποίοι περιέχουν μεγάλα ποσά ασβεστίου και φωσφορικού άλατος. Ο ρόλος των κρυστάλλων αυτών (που αποτελούνται όπως είπαμε από ασβέστιο) είναι να σκληραίνουν τα οστά έτσι ώστε να αντέχουν το βάρος του σώματος και τις πιέσεις που εξασκούνται πάνω τους όταν κινούμαστε και να αποικοδομούνται, απελευθερώνοντας το ασβέστιο που περιέχουν, όταν υπάρχει ανάγκη ασβεστίου για τη φυσιολογική λειτουργία των διαφόρων οργάνων του σώματος.

Το ισοζύγιο του ασβεστίου στον οργανισμό ρυθμίζεται από **3 ορμόνες**. Αυτές είναι η **βιταμίνη D** (1,25 βιταμίνη D3), η **παραθυροειδής ορμόνη** και η **καλσιτονίνη**. Αυτές είναι υπεύθυνες για την απορρόφηση του ασβεστίου από το έντερο, την καθίζηση του ασβεστίου στα οστά και την αποβολή του από το ούρα. Όταν τα επίπεδα ασβεστίου στο αίμα μειώνονται, η βιταμίνη D αυξάνει την απορρόφησή του από το έντερο και μαζί με την παραθυροειδή κινητοποιεί ασβέστιο από τα οστά και τα νεφρά αποκαθιστώντας τα επίπεδά του στο αίμα. Αντίθετα, όταν το ασβέστιο στο αίμα αυξάνει, επεμβαίνει η καλσιτονίνη και μεταφέρει ασβέστιο στα οστά αποκαθιστώντας και πάλι τα επίπεδά του στο αίμα.

Μέχρι την ηλικία των 25 ετών ο οργανισμός χτίζει το σκελετό του γι' αυτό και η ανάγκη για επαρκή πρόσληψη ασβεστίου είναι υψηλότερη. Ανεπαρκής πρόσληψη ασβεστίου στα ευαίσθητα αυτά χρόνια της ανάπτυξης, μπορεί να αποτρέψει την επίτευξη της μέγιστης μάζας των οστών. Οι απώλειές του δεν αναπληρώνονται σωστά με αποτέλεσμα να φθείρονται τα οστά και να επιταχύνεται η εκδήλωση της **οστεοπόρωσης**. Η οστεοπόρωση είναι μια ασθένεια με πολλαπλή αιτιολογία. Στην εκδήλωσή της εμπλέκονται μεταξύ άλλων ορμονικοί παράγοντες (κυρίως μετά την εμμηνόπαυση στις γυναίκες), η έλλειψη άσκησης και το κάπνισμα. Πλήττει μία στις τρεις γυναίκες και έναν στους δώδεκα άντρες.

Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που βοηθούν στην απορρόφηση του ασβεστίου είναι η βιταμίνη D. Στην Ελλάδα η κύρια πηγή της βιταμίνης D είναι το φως του ήλιου. Τα περισσότερα άτομα παίρνουν αρκετή βιταμίνη D κατά τη διάρκεια των τυπικών τους καθημερινών υπαίθριων δραστηριοτήτων. Για να πάρει αρκετό φως του ήλιου το σώμα μας και να παράγει επαρκή βιταμίνη D πρέπει οι παλάμες, το πρόσωπο και τα χέρια να εκτεθούν στον ήλιο 5 -15 λεπτά, τέσσερις φορές εβδομαδιαίως.

Είναι αλήθεια ότι η ποσότητα της βιταμίνης D που υπάρχει στα τρόφιμα δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες μας. Μικρές ποσότητες βιταμίνης D υπάρχουν σε λιπαρά ψάρια όπως (σολωμός, σαρδέλα, τόνος, ξιφίας, ρέγκα, σκουμπρί), συκώτι, αυγό, γάλα και βούτυρο. Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί ότι οι βιταμίνες C και E, το μαγνήσιο, ο ψευδάργυρος, το μαγγάνιο και το βόριο πιθανόν να συμβάλουν στη επιτυχή απορρόφηση του ασβεστίου από τα οστά.

Μέχρι την ηλικία των 25 ετών ο οργανισμός χτίζει το σκελετό του γι' αυτό και η ανάγκη για επαρκή πρόσληψη ασβεστίου είναι υψηλότερη.

Ποιοι είναι όμως οι παράγοντες στη διατροφή μας που εμποδίζουν την απορρόφηση ασβεστίου;

Το οξαλικό οξύ, επίσης γνωστό ως εστέρα του οξαλικού οξέος. Είναι ο πιο ισχυρός ανασταλτικός παράγων της απορρόφησης ασβεστίου και βρίσκεται σε υψηλές ποσότητες στο σπανάκι, στο παντζάρι, στη σοκολάτα, στο μαιντανό, στους ξηρούς καρπούς και σε κάπως χαμηλότερες στη γλυκιά πατάτα και τα ξερά φασόλια.

Το φυτικό οξύ είναι λιγότερο ανασταλτικός παράγοντας από τον εστέρα του οξαλικού οξέος. Η μαγιά έχει ένα ένζυμο (φυτάση), το οποίο χωρίζει το φυτικό οξύ σε κόκκους κατά τη διάρκεια της ζύμωσης, μειώνει την περιεκτικότητα σε φυτικό οξύ του ψωμιού και άλλων ζυμωμένων τροφίμων. Μόνον οι συγκεντρωμένες πηγές φυτικού οξέος, όπως το πίτουρο σίτου ή τα ξερά φασόλια, μειώνουν ουσιαστικά την απορρόφηση του ασβεστίου. Το κουάκερ για παράδειγμα έχει υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικό οξύ.

Νάτριο. Η αυξανόμενη πρόσληψη νατρίου οδηγεί στην αυξανόμενη απώλεια ασβεστίου στα ούρα που οφείλεται ενδεχομένως στον ανταγωνισμό μεταξύ νατρίου και ασβεστίου για την επαναρρόφηση στο νεφρό ή στην επίδραση του νατρίου στην έκκριση της παραθυροειδούς ορμόνης.

Πρωτεΐνη. Τόσο η πολύ χαμηλή πρόσληψη πρωτεϊνών (μικρότερη από 0.8 γρ ανά κιλό σωματικού βάρους) όσο και η υπερβολική πρόσληψη (μεγαλύτερη από 1.5-2 γρ ανά κιλό σωματικού βάρους) αυξάνουν το ρυθμό απώλειας ασβεστίου από τα οστά. Με μέτρια πρόσληψη πρωτεϊνών (1 γρ ανά κιλό σωματικού βάρους) ο μεταβολισμός του ασβεστίου γίνεται κανονικά και η οστική πυκνότητα δεν επηρεάζεται αρνητικά, με εξαίρεση ίσως ένα μικρό ποσοστό ατόμων ηλικίας άνω των 65 χρόνων.

Φωσφόρος. Ο φωσφόρος βρίσκεται χαρακτηριστικά στα πλούσια σε πρωτεΐνη τρόφιμα και τείνει να μειώσει την έκκριση του ασβεστίου στα ούρα. Εντούτοις, τρόφιμα πλούσια σε πρωτεΐνη τείνουν να αυξήσουν την περιεκτικότητα σε ασβέστιο των πεπτικών εκκρίσεων, με συνέπεια την αυξανόμενη απώλεια ασβεστίου στα κόπρανα. Κατά συνέπεια, ο φωσφόρος δεν αντισταθμίζει την καθαρή απώλεια ασβεστίου που συνδέεται με την αυξανόμενη πρόσληψη πρωτεΐνης.

Καφεΐνη. Η καφεΐνη σε μεγάλες ποσότητες αυξάνει την περιεκτικότητα των ούρων σε ασβέστιο. Καφές, σοκολάτα, αναψυκτικά τύπου κόλα και σοκολατούχο γάλα είναι κάποιοι από τους πιο σοβαρούς ενόχους.



ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Ημερήσιες ανάγκες σε ασβέστιο για παιδιά μέχρι 18 ετών

		1-3 ετών		4-6 ετών		7-10 ετών		11-14 ετών		15-18 ετών	
		Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια
Ασβέστιο	RNI mg	350	350	450	450	550	550	1000	800	1000	800

RNI (Recommended Nutrient intake) (Committee on Medical Aspects of Food and Nutrition Policy 1991)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Ημερήσιες ανάγκες σε ασβέστιο για ενήλικες

		19-50 ετών		Άνω των 50		εγκυμονούσες	Θηλάζουσες
		Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες		
Ασβέστιο	RNI mg	700	700	700	700	700	1250



Υπάρχει μια αρκετά μεγάλη κατηγορία τροφίμων πλούσια σε ασβέστιο, με τα γαλακτοκομικά να κατέχουν βεβαίως την πρώτη θέση. Ερευνητές από το πανεπιστήμιο Purdue και Creighton καθώς και από το πανεπιστήμιο Tennessee πραγματοποίησαν έρευνες για τη συμβολή του γάλακτος και την απώλεια βάρους. Οι έρευνες αυτές έδειξαν ότι άτομα που καταναλώναν μεγαλύτερες ποσότητες γάλακτος είχαν λιγότερο σωματικό βάρος ή είχαν λιγότερη αύξηση βάρους συγκριτικά με άτομα που καταναλώναν λιγότερο γάλα.



ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Περιεκτικότητα τροφίμων σε ασβέστιο

ΤΡΟΦΙΜΑ	ΤΥΠΙΚΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΜΕΡΙΔΑΣ	ΑΣΒΕΣΤΙΟ (mg)
Γάλα - ημίπαχο 1,5%	250ml	320
Γάλα –πλήρες 3,5%	250 ml	285
Γιαούρτι (πλήρες –άπαχο)	200 γρ	390
Γιαούρτι με φρούτα	200 γρ	316
Τυρί φέτα	40 γρ	130
Τυρί χαλούμι	40 γρ	248
Τυρί παρμεζάνα	40 γρ	460
Τυρί τσένταρ	40 γρ	327
Σαρδέλες - κονσέρβα	100 γρ	380
Σολομός –κονσέρβα	100 γρ	220
Τοφού	100 γρ	150
Παγωτό	100 γρ	133
Αμύγδαλα	50 γρ	110
Κρέμα βανίλια	100 γρ	100
Φασόλια σόγιας βρασμένα	100 γρ	76
Ταχίνι	20 γρ	65
Σπανάκι βρασμένο	100 ml	50
Βερίκοκα ξερά	50 ml	35
Πορτοκάλια	122 γρ	35
Αυγά	1 μεγάλο 48 γρ	21
Φράουλες	145 γρ	19
Μπρόκολο	60 γρ ωμό	18
Κοτόπουλο –ψητό	100 γρ	16
Ψωμί –πολύσπορο	30 γρ	15
Ψωμί ολικής αλέσεως	30 γρ	16
Μήλο	1 μέτριο (156 γρ)	7
Ξερά σύκα	100 γρ	250
Σπόροι σουσαμιού	100 γρ	670
Μαρούλι	100 γρ	110



Ο συνδυασμός υψηλών επιπέδων ασβεστίου στον οργανισμό και επαρκούς πρόσληψης πρωτεΐνης αργής πέψης όπως είναι η καζεΐνη του γάλακτος, αυξάνει περαιτέρω τη θερμογένεση (διαδικασία στην οποία το σώμα μας καίει λίπος και παράγει ενέργεια), αποτρέπει την υπερπαραγωγή της κορτιζόλης (καταβολική ορμόνη που καταστρέφει μυς και κόκαλα) και σε συνδυασμό με την άσκηση συμβάλει στη γενικότερη μείωση του σωματικού βάρους. Επίσης, η συστηματική κατανάλωση γαλακτοκομικών χαμηλών σε λιπαρά, σε συνδυασμό με την τακτική άσκηση μπορεί να βοηθήσει στη δημιουργία καινούριας μυϊκής μάζας (σαρκογονία). Πρόσφατες μελέτες παρακολούθησης συσχετίζουν την πρόσληψη γαλακτοκομικών προϊόντων και ασβεστίου με μειωμένο ποσοστό εμφάνισης υπέρτασης, παχυσαρκίας και μεταβολικού συνδρόμου.

Δυστυχώς, σήμερα πολλά παιδιά και νέοι έχουν αντικαταστήσει το γάλα, την κυριότερη πηγή ασβεστίου, με αναψυκτικά, σοκολατούχα ροφήματα και φρουτοποτά με αποτέλεσμα να δημιουργούν προϋποθέσεις για μακροχρόνιους κινδύνους στην υγεία τους.



Τρόφιμα & Πλαστικά

Η υπόθεση ΒΡΑ

Όταν το βρέφος η κόρη μου έφτασε σε εκείνο το στάδιο όπου έβαζε στο στόμα της κάθε τι που έβρισκε στο διάβα της, δεν με απασχόλησαν καθόλου τα φυσικά αντικείμενα. Χώματα, φύλλα, βότσαλα στην παραλία...



Όταν το βρέφος η κόρη μου έφτασε σε εκείνο το στάδιο όπου έβαζε στο στόμα της κάθε τι που έβρισκε στο διάβα της, δεν με απασχόλησαν καθόλου τα φυσικά αντικείμενα. Χώματα, φύλλα, βότσαλα στην παραλία... Είμαστε –σκεφτόμουν– προσαρμοσμένοι να συμβιώνουμε με ό,τι βρίσκεται στη φύση. Είχα εμπιστοσύνη στην κράση της και στις καλές συνθήκες διατροφής και υγιεινής που μπορούμε να έχουμε στις πλούσιες κοινωνίες. Και –για να λέω όλη την αλήθεια– στον καταρτισμένο, σοβαρό και εν γένει εξαιρετικό παιδίατρό μας...

Όμως πολύ σύντομα κατάλαβα πως σχεδόν ό,τι έβρισκε να βάλει στο στόμα της ήταν συνθετικό. Και άρχισα να ανησυχώ. Ιδιαίτερα όταν έπιασα τον εαυτό μου να τραγουδάει εκείνο το ξένο τραγούδι που μιλάει για ένα πλαστικό κορίτσι σ' έναν πλαστικό κόσμο...

Η μεγάλη συνειδητοποίηση αυτής της περιόδου, ήταν το πόσο ανθρωπογενές είναι το περιβάλλον στο οποίο ζούμε: τα σπίτια μας, τα αυτοκίνητά μας, τα ρούχα μας. Κι αν είσαι βρέφος επιπλέον: τα παιχνίδια σου, οι πάνες σου, τα σκεύη με τα οποία τρέφεσαι... Με μια φράση, σχεδόν το σύνολο των αντικειμένων με τα οποία ερχόμαστε καθημερινά σε επαφή έχουν φτιαχτεί και με κάποια χημικά που συνέθεσε ο άνθρωπος τα τελευταία 100 χρόνια.

Προφανώς, χωρίς αυτές τις ουσίες πολλές από τις ανέσεις μας και πολλά από τα προσδόκιμα χρόνια ζωής που έχουμε κερδίσει δεν θα υπήρχαν. Όπως δεν θα υπήρχε το ηλεκτρολόγιο στο οποίο γράφω και το χαρτί στο οποίο διαβάζετε. Όμως εγώ δεν μεγάλωσα σε ένα τόσο συνθετικό περιβάλλον – μάλλον ούτε κι εσείς. Και, προφανώς, με απασχολεί το παιδί μου. Οπότε άρχισα να ψάχνω λίγο για τα χημικά. Γιατί, καλή η εμπιστοσύνη, αλλά καλύτερη όταν προέρχεται από έλεγχο...

Η περιβαλλοντική οργάνωση WWF έχει δημοσιεύσει αρκετά σχετικά στοιχεία. Ιδιαίτερα ως το 2007 στα πλαίσια της εκστρατείας "Detox" που υποστήριζε την πρόταση της Ε.Ε. να υιοθετηθεί ένας νόμος περί «Καταχώρησης, Αξιολόγησης και Αδειοδότησης των Χημικών». Σύμφωνα με τη WWF «περίπου 100.000 χημικές ουσίες εισήλθαν στην αγορά μέχρι το 1981, για τις οποίες δεν προβλέφθηκε κάποιος αξιόπιστος έλεγχος. Για το 86% των 2.500 χημικών που παράγονται σε μεγάλες ποσότητες, δεν έχουν δοθεί στη δημοσιότητα επαρκή στοιχεία, ώστε να εκτιμηθεί η επικινδυνότητά τους».

Τελικά το 2007 ψηφίστηκε ο σχετικός νόμος στην Ε.Ε. (Κανονισμός REACH), δημιουργώντας ελπίδες για την παροχή πληροφοριών για τα περισσότερα χημικά και την απαγόρευση των πιο επικίνδυνων από αυτά. Αλλά φαίνεται πως είχε βρει στο δρόμο του μεγάλη αντίδραση. Πάλι σύμφωνα με τη WWF «το κόστος του REACH έχει αποτελέσει το πιο φλέγον ζήτημα

κατά τις διαβουλεύσεις (...). Γύρω από το REACH έχουν συνταχθεί περισσότερες μελέτες (οικονομικών επιπτώσεων απ' ότι για οποιοδήποτε άλλο κείμενο στην ιστορία της Ευρωπαϊκής νομοθεσίας». Προφανώς διότι ενώ η εμπιστοσύνη είναι δανεική, ο έλεγχος πληρώνεται τοις μετρητοίς...

Βεβαίως, το ζητούμενο είναι να υπάρχει αξιόπιστος έλεγχος. Ιδιαίτερα γιατί πολλά από τα χημικά για τα οποία μιλάμε χρησιμοποιούνται σε υλικά που έρχονται σε επαφή με τρόφιμα. Από τα πλαστικά καφάσια, τις συσκευασίες, τα ψυγεία και τα «τάπερ» ως τα τηγάνια, τις κατσαρόλες και τα ταψιά, η ανθρωπογενής χημεία είναι πανταχού παρούσα. Γι' αυτά τα υλικά, που προορίζονται να έρθουν σε επαφή με τρόφιμα, η πρόθεση της νομοθεσίας είναι σαφής. Ο σχετικός νόμος της Ε.Ε. (Καν. 1935/2004) επιβάλλει να «κατασκευάζονται (έτσι) ώστε, υπό τις κανονικές ή προβλεπόμενες συνθήκες χρησιμοποίησής τους, να μην μεταφέρουν στα τρόφιμα συστατικά σε ποσότητα που είναι δυνατόν (...) να θέσει σε κίνδυνο την ανθρώπινη υγεία».

Αν όμως η πρόθεση είναι τόσο σαφής, πού υπεισέρχεται το στοιχείο του κόστους; Προφανώς στον ακριβή υπολογισμό αυτής της –τόσο αθώας με την πρώτη ματιά– «ποσότητας που είναι δυνατόν να θέσει σε κίνδυνο την ανθρώπινη υγεία». Η διένεξη που έχει ξεσπάσει εδώ και χρόνια στις ΗΠΑ σε σχέση με την ουσία BPA είναι χαρακτηριστική.

Η ουσία BPA (από το "Bisphenol A", ελληνιστί «Δισφαινόλη Α») είναι ένα χημικό που χρησιμοποιείται κυρίως κατά την παραγωγή πλαστικών όπως τα πολυκαρβονικά και οι εποξικές ρητίνες.

Σε ορισμένα πλαστικά δοχεία βλέπετε σύμβολα όπως αυτό, με αρίθμηση από το 1 ως το 7. Αποτελούν ταξινόμηση των τύπων των πλαστικών που δύνανται να ανακυκλωθούν, για τη διευκόλυνση της σχετικής διαλογής. Τα πολυκαρβονικά πλαστικά μπορεί να φέρουν το σύμβολο (7 «άλλα»).

Όσον αφορά στα τρόφιμα, τα μεν πολυκαρβονικά χρησιμοποιούνται κατά κόρον σε βρεφικά και αθλητικά δοχεία νερού, σε μπιμπερό καθώς και σε κάποια δοχεία αποθήκευσης τροφίμων και σκεύη σερβιρίσματος. Οι δε εποξικές ρητίνες χρησιμοποιούνται ως εσωτερική

Στην ίδια κατηγορία (7 «άλλα») υπάγονται και πολλά άλλα πλαστικά που δεν περιέχουν BPA. Εδώ υπάγονται και τα νέα που φτιάχνονται από άμυλο & καλαμπόκι και μπορούν να κομποστοποιηθούν (αυτά ονομάζονται PLA από το Poly-lactic acid).

επίστρωση μεταλλικών δοχείων συντήρησης τροφών (κονσέρβες, δοχεία τροφών σε σκόνη, κουτιά αναψυκτικών, κλπ).

Το BPA είναι ταξινομημένο από την Ε.Ε. ως «κατηγορίας 3 τοξικό στην αναπαραγωγή» δηλαδή, για να το πούμε απλούστερα, υπάρχει κατά την Ε.Ε. η υποψία ανησυχίας για αρνητική επίδρασή του στην ανθρώπινη γονιμότητα.

Ακόμα πιο απλά, το BPA είναι Παρεμποδιστής Ενδοκρινικής Λειτουργίας (ή ενδοκρινικός διαταράκτης) που δεσμεύεται σε υποδοχείς οιστρογόνου, και σε ζώα έχει οιστρογονική δράση παρεμποδίζοντας έτσι την ορθή λειτουργία και ανάπτυξη του οργανισμού.

Είναι γνωστό ότι το BPA εκλύεται από τα πλαστικά που το περιέχουν όταν αυτά καταπονηθούν (γρατζουνιστούν, θερμανθούν, κλπ) και ότι σε αρκετές έρευνες έχει βρεθεί σε ανθρώπινους οργανισμούς.

Η ανησυχία για το BPA έχει να κάνει με τις δόσεις που οι ΗΠΑ και η ΕΕ θεωρούν ασφαλείς για τον άνθρωπο. Και προέρχεται από το γεγονός πως –σύμφωνα με μία σχετική επισκόπηση– από τις 115 δημοσιευμένες εργασίες όπου πειραματόζωα εκτέθηκαν σε BPA σε





Κι αν είσαι βρέφος επιπλέον: τα παιχνίδια σου, οι πάνες σου, τα σκεύη με τα οποία τρέφεται... Με μια φράση, σχεδόν το σύνολο των αντικειμένων με τα οποία ερχόμαστε καθημερινά σε επαφή έχουν φτιαχτεί και με κάποια χημικά που συνέθεσε ο άνθρωπος τα τελευταία 100 χρόνια.

μικρές δόσεις, οι 94 έδειξαν σημαντικές επιπτώσεις, εκ των οποίων 31 εργασίες με «χαμηλές δόσεις» (κάτω από τις «ασφαλείς για τον άνθρωπο») έδειξαν ζημιές στο αναπαραγωγικό σύστημα, στο ανοσοποιητικό, στη συμπεριφορά κλπ.

Όμως αυτό που έχει πραγματικά προκαλέσει τη διένεξη είναι πως -σύμφωνα με την ίδια επισκόπηση- αρνητικές επιπτώσεις του BPA έδειξαν το 90% των ερευνών που χρηματοδοτήθηκαν από το κράτος, αλλά καμία από τις 11 έρευνες που χρηματοδοτήθηκαν από τη βιομηχανία. Αλλά, η κρατική αρχή Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) των ΗΠΑ στηρίχθηκε σε δύο έρευνες της βιομηχανίας για να φτάσει σε συμπέρασμα για την ουσία.

Η αναντιστοιχία αυτή προκάλεσε μεγάλες αναταράξεις στις ΗΠΑ. Με αμφισβήτηση, αφενός, των καταναλωτών προς τα πολυκαρβονικά με BPA προϊόντα για βρέφη & παιδιά και αφετέρου μια αμφισβήτηση για τις διαδικασίες με τις οποίες η FDA φτάνει στα συμπεράσματά της.

Κι εδώ αξίζει να αναφερθεί η οικονομική σημασία του BPA, το οποίο είναι ένα από τα χημικά με το μεγαλύτερο όγκο παραγωγής παγκόσμια. Το διάστημα 2004-2006 παράχθηκαν ανά έτος περίπου 1,15 εκατομμύρια τόνοι στην Ε.Ε. και 1,02 εκατομμύρια τόνοι στις ΗΠΑ. Μάλιστα, η παγκόσμια παραγωγή του είναι πολύ συγκεντρωμένη, με το 70% περίπου σε ΗΠΑ και Ε.Ε., ενώ στη δεύτερη παράγεται από μόλις 4 εταιρείες.

Η υποψία λοιπόν πως κάποιοι επιστήμονες και οι αρχές είχαν υποκύψει σε οικονομικές πιέσεις ή σκέψεις, βάζοντας σε δεύτερη μοίρα την ασφάλεια των καταναλωτών, προκάλεσαν έντονα δημοσιεύματα και εξέταση από το Κογκρέσο του ρόλου που έπαιξε η βιομηχανία στη διαμόρφωση της νομοθεσίας.

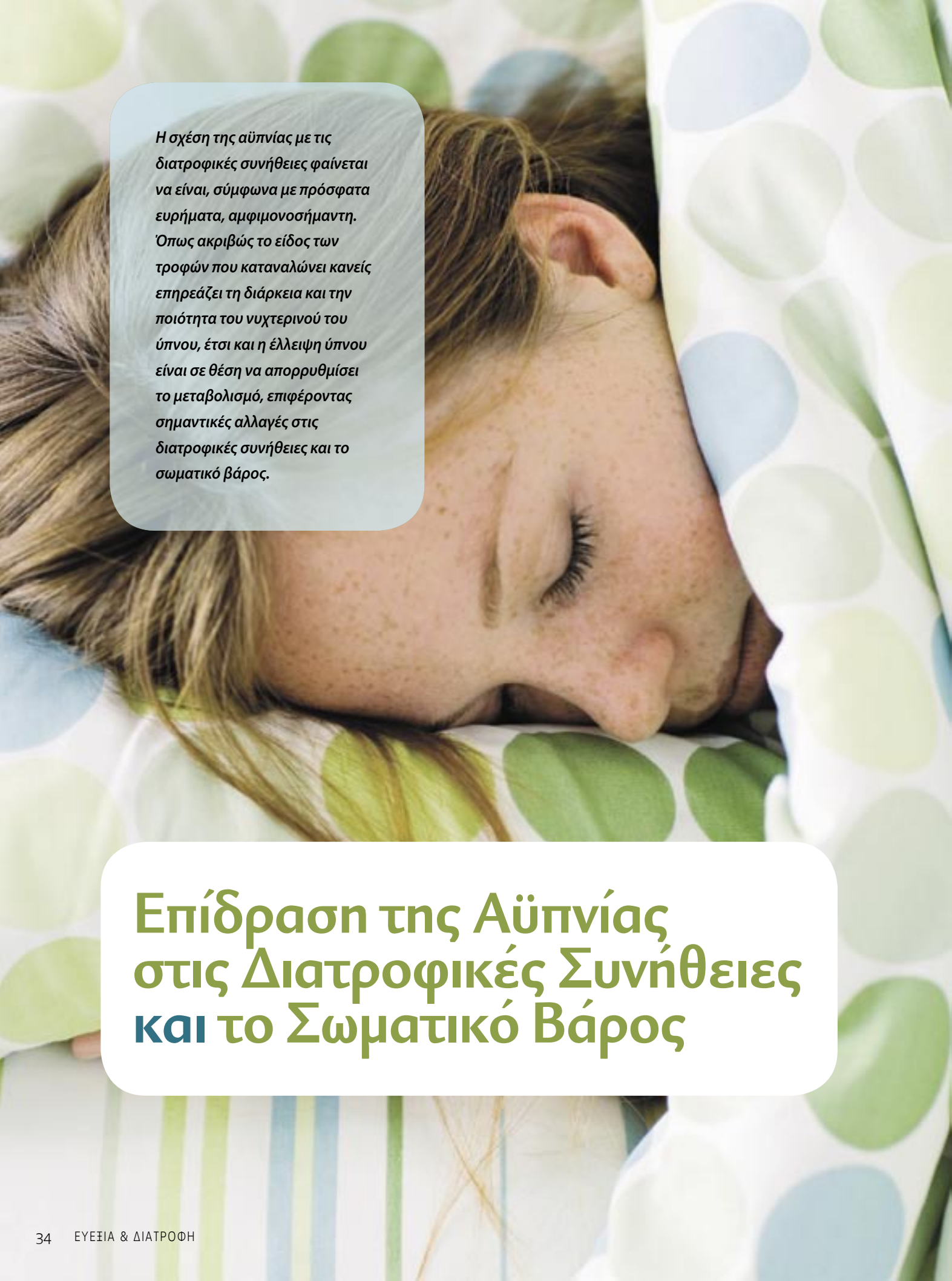
Χαρακτηριστική είναι η αναφορά του Δημοκρατικού D. Michaels (Washington Post, 27/4/2008): «Ο καπνός το κατάλαβε πρώτος και βασικά είναι το ίδιο μοντέλο. Αν πολεμήσεις την επιστήμη έχεις τη δυνατότητα να αναβάλεις τη νομοθέτηση και την αποζημίωση των

θυμάτων. Όπως και σε τούτη την περίπτωση, τελικά η επιστήμη θα επικρατήσει. Αλλά αν καταφέρεις να κερδίσεις 5 ή 10 χρόνια αποφυγής του ελέγχου της ρύπανσης ή παραγωγής χημικών, έχεις αυξήσει κατά πολύ το προϊόν σου».

Έκτοτε βέβαια, και η αρμόδια αρχή των ΗΠΑ αλλά και αυτή της ΕΕ έχουν εκδώσει νέα πορίσματα, όπου στηρίζουν τα όρια ασφαλείας που έχουν θέσει για το BPA ως ορθά, χρησιμοποιώντας νέες έρευνες που συνηγορούν προς αυτήν την κατεύθυνση. Και οι διαφωνούντες επιστήμονες επιμένουν κατηγορώντας τις αρχές για επιλεκτική χρήση της επιστήμης. Ποιος έχει δικίο θα το ξέρουμε σε 5-10 χρόνια.. Πάντως, η FDA ήδη δέχεται κριτική από τη δική της συμβουλευτική επιτροπή επιστημόνων, ενώ ο Καναδάς ήδη ανακοίνωσε την απαγόρευση του BPA στα μπιμπερό και την μείωση της έκθεσης των παιδιών στην ουσία.

Από την άλλη, καταναλωτικές οργανώσεις των ΗΠΑ προτείνουν για τα πολυκαρβονικά δοχεία να μην τα θερμαίνουμε, να τα πλένουμε με ήπια καθαριστικά, να μην τα χρησιμοποιούμε για όξινα ή λιπαρά φαγητά και να τα πετούμε όταν είναι παλιά και γρατζουνισμένα. Και πιέζουν τους κατασκευαστές μπιμπερό να μη χρησιμοποιούν BPA, κάτι το οποίο ήδη αποδέχθηκαν η Nalgene, η Wal-Mart και άλλοι.

Όμως εμένα και τις κόρες μου τι μου απομένει εντέλει απ' όλα αυτά; Η αγωνία. Για την επιστήμη που ενίοτε υποτάσσεται σε επιλογές οικονομίας, πολιτικής ή ιδεολογίας αντί να ρέπει στην αλήθεια και τη λογική; Για τα άλλα 2.499 χημικά που παράγονται σε μεγάλες ποσότητες; Για τους θεσμούς που δεν διακρίνουν αν ελέγχουν ή ελέγχονται; Μα δεν αντέχω άλλη πια αγωνία! Δανείζομαι εμπιστοσύνη από το μέλλον. Και τη χαρίζω σ' όσους δικαίως την κερδίσανε (π.χ. ο παιδίατρός μας που ανάφερα). Θα παραμείνω ενεργός. Μα τώρα βγαίνω με την κόρη μου βόλτα στη φύση, άμα μπορώ μακριά από χημικά. Και το μπουκάλι που της έχω είναι γυάλινο.



Η σχέση της αϋπνίας με τις διατροφικές συνήθειες φαίνεται να είναι, σύμφωνα με πρόσφατα ευρήματα, αμφιμονοσήμαντη. Όπως ακριβώς το είδος των τροφών που καταναλώνει κανείς επηρεάζει τη διάρκεια και την ποιότητα του νυχτερινού του ύπνου, έτσι και η έλλειψη ύπνου είναι σε θέση να απορρυθμίσει το μεταβολισμό, επιφέροντας σημαντικές αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες και το σωματικό βάρος.

Επίδραση της Αϋπνίας στις Διατροφικές Συνήθειες και το Σωματικό Βάρος

Φαίνεται παράδοξο, αλλά η μείωση του ύπνου, ο οποίος αποτελεί τη δραστηριότητα με την λιγότερη ενεργειακή κατανάλωση, οδηγεί στην αύξηση του βάρους...

Η αϋπνία προκαλεί αύξηση του βάρους

Σύμφωνα με τους ειδικούς σε θέματα ύπνου, ο μέσος ενήλικας έχει ανάγκη από 7-8 ώρες ύπνου, αν και για ορισμένα άτομα η διάρκεια αυτή ενδέχεται να διαφέρει. Φαίνεται παράδοξο, αλλά η μείωση του ύπνου, ο οποίος αποτελεί τη δραστηριότητα με την λιγότερη ενεργειακή κατανάλωση, οδηγεί στην αύξηση του βάρους, σύμφωνα με τα ευρήματα μιας πρόσφατης μελέτης με πολύ μεγάλο δείγμα (The Hordaland Health Study). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι μικρής διάρκειας ύπνος συσχετίζεται με αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και αυξημένη επικράτηση παχυσαρκίας. Παράλληλα με το ΔΜΣ, τα επίπεδα χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων, συστολικής και διαστολικής πίεσης ήταν υψηλότερα σε άτομα με λιγότερες ώρες ύπνου, ωστόσο αυτή η συμμεταβολή μπορεί να αποδοθεί και σε άλλους παράγοντες, όπως το φύλο, το κάπνισμα και ο ΔΜΣ. Η πιο προφανής εξήγηση είναι ότι όσο περισσότερο μένει κανείς ξύπνιος, τόσο περισσότερο χρόνο έχει για να φάει. Συνήθως όταν υπάρχει έλλειψη ύπνου οδηγούμαστε στην κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε θερμίδες (π.χ. γλυκά, φαγητά πλούσια σε υδατάνθρακες και λιπαρά). Το μοντέλο αυτό πιθανότατα να ισχύει για τα παχύσαρκα παιδιά στη σύγχρονη εποχή, τα οποία ξοδεύουν τον περισσότερο χρόνο που είναι ξύπνια τρώγοντας μπροστά στην τηλεόραση ή στον υπολογιστή.

Επιπρόσθετα, το αίσθημα εξάντλησης που προκαλείται από την παρατεταμένη αϋπνία μπορεί να επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό τις διατροφικές επιλογές, ενισχύοντας την κατανάλωση φαγητών των οποίων η παρασκευή δεν απαιτεί καταβολή ιδιαίτερης προσπάθειας από πλευράς του ατόμου. Σύμφωνα με έρευνα που παρουσιάστηκε στο Ετήσιο Συνέδριο της Ένωσης Επαγγελματιών Ύπνου στις ΗΠΑ (2007), όσοι δεν κοιμούνται αρκετά είναι λιγότερο πιθανό να μαγειρεύουν οι ίδιοι το γεύμα τους και αντίθετα περισσότερο πιθανό να τρώνε συχνά έτοιμα γεύματα. Τα προκαταρκτικά ευρήματα έδειξαν ότι οι άνθρωποι που ανέφεραν ότι

παρουσίαζαν μειωμένη διάρκεια ύπνου, δυσκολία στο να αποκοιμηθούν και ξύπνημα κατά τη διάρκεια της νύχτας, είχαν περισσότερες πιθανότητες να τρώνε έτοιμα γεύματα από εστιατόρια ή fast food παρά να τρώνε γεύματα που ετοιμάζαν στο σπίτι, σε σχέση με τους ανθρώπους που δεν εμφάνιζαν διαταραχές ύπνου. Λόγω της έλλειψης θρεπτικών ουσιών, οι προαναφερθείσες τροφές μπορεί μακροπρόθεσμα να προκαλέσουν προβλήματα υγείας στους ανθρώπους αυτούς. Μάλιστα, ακόμα και η εκούσια αποστέρωση ύπνου, εξαιτίας του τρόπου ζωής ή των εργασιακών απαιτήσεων του ατόμου (π.χ. jet lag), είναι σε θέση να επηρεάσει τις διατροφικές του συνήθειες, απορρυθμίζοντας το «εσωτερικό ρολόι» που ελέγχει την πρόσληψη τροφής.

Αϋπνία και Μεταβολισμός

Ο ύπνος σχετίζεται με σημαντικό αριθμό ενδοκρινών μεταβολών σε υγιή νεαρά άτομα. Η έλλειψη ύπνου (δηλαδή λιγότερες από 7 ώρες ύπνου) πιθανόν να σχετίζεται με την παχυσαρκία δεσμεύοντας την ευαισθησία του σώματος στην ινσουλίνη, αυξάνοντας τα επίπεδα της ορμόνης γκρελίνης και μειώνοντας τα επίπεδα της ορμόνης λεπτίνης. Οι μεταβολικές αυτές αλλαγές έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της όρεξης και την πρόσληψη επιπλέον βάρους.

A. Ινσουλίνη-Γλυκόζη

Η έλλειψη βαθέως ύπνου έστω και για τρεις νύχτες φαίνεται πως έχει το ίδιο αρνητικό αποτέλεσμα στην ικανότητα του οργανισμού να ελέγχει την ινσουλίνη όσο και η πρόσληψη 9 έως 13 κιλών. Νέα άτομα που δεν κοιμούνται αρκετά, μπορεί να εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση διαβήτη τύπου II, αναφέρεται σε έρευνα που δημοσιεύεται στο περιοδικό "Proceedings of the National Academy of Sciences", η οποία πραγματοποιήθηκε από ομάδα του Πανεπιστημίου του Σικάγο (Department of Medicine, University of Chicago). Ενώ προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι το να μην κοιμάται κάποιος αρκετά επηρεάζει την ικανότητα του σώματος να ελέγχει τα επίπεδα γλυκόζης και την πεί-



να, αυξάνοντας τον κίνδυνο παχυσαρκίας και διαβήτη, η νέα έρευνα δίνει τις πρώτες ενδείξεις για τη σχέση μεταξύ χαμηλής ποιότητας ύπνου και αυξημένου κινδύνου για διαβήτη.

Β. Λεπτίνη-Γκρελίνη

Η λεπτίνη και η γκρελίνη είναι περιφερικά σηματοδοτικά μόρια που συνεισφέρουν στην κεντρική ρύθμιση της πρόσληψης τροφής. Η λεπτίνη, μια ορμόνη που απελευθερώνεται από το λιπώδη ιστό, παρέχει πληροφορίες για τα επίπεδα ενέργειας του σώματος στα ρυθμιστικά κέντρα του υποθαλάμου, καταστέλλοντας όταν είναι απαραίτητο την όρεξη. Η γκρελίνη συντίθεται κυρίως από το στομάχι και δρα σε συγκεκριμένους υποδοχείς του εγκεφάλου, ενώ φαίνεται να αυξάνει την όρεξη, επιδρώντας καθοριστικά στον άξονα επικοινωνίας στομάχου και εγκεφάλου. Η λεπτίνη και η γκρελίνη είναι, με άλλα λόγια, οι δύο πόλοι ενός ομοιοστατικού μηχανισμού που ενημερώνει τον εγκέφαλο για τα επίπεδα ενέργειας του οργανισμού, οδηγώντας σε ανάλογη διακύμανση του αισθήματος της πείνας. Η αποστέρωση ύπνου έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων της ορεξιόγону γκρελίνης και τη μείωση των επιπέδων της ανορεξιόγону λεπτίνης. Οι διαφοροποιήσεις στην αναλογία λεπτίνης : γκρελίνης έχουν συσχετιστεί με αύξηση της πείνας και της όρεξης, ιδιαίτερα για πλούσια ενεργειακά τρόφιμα, όπως σοκολάτες ή διάφορα σνακς.

Η χρόνια αϋπνία αυξάνει το βάρος με διαφορετικούς μηχανισμούς

Υπάρχουν ωστόσο και απόψεις που θεωρούν ότι η μείωση του ύπνου δεν σχετίζεται τόσο με την περισσότερη κατανάλωση τροφής ή τη μειωμένη φυσική δραστηριότητα, αλλά με τη μείωση του βασικού μεταβολικού ρυθμού. Ο μεσημεριανός ύπνος μπορεί να είναι ευεργετικός σε καμία περίπτωση όμως δεν αναπληρώνει τον ήδη χαμένο βραδινό ύπνο. Σύμφωνα με έρευνα που παρουσιάστηκε το 2006 στο Διεθνές Συνέδριο της Αμερικανικής Εταιρεί-

ας Θώρακα, γυναίκες που κοιμούνται 5 ή λιγότερες ώρες το βράδυ ζυγίζουν κατά μέσο όρο περισσότερο από αυτές που κοιμούνται 7 ώρες. Σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες, που έδειχναν πως μετά από λίγες μόνο μέρες στέρησης ύπνου οι ορμόνες της όρεξης ενεργοποιούνται με αποτέλεσμα τα άπυνα άτομα να τρώνε περισσότερο και να παχύνουν, οι άπυνες γυναίκες της έρευνας αυτής καταναλώναν στην πραγματικότητα λιγότερο φαγητό από τις υπόλοιπες. Επίσης δεν βρέθηκαν διαφορές στο βαθμό σωματικής άσκησης που να εξηγούν γιατί οι γυναίκες που κοιμούνταν λιγότερο ζύγισαν περισσότερο. Οι ερευνητές εικάζουν ότι ο λιγότερος ύπνος ενδέχεται να επιφέρει μεταβολές στο βασικό μεταβολικό ρυθμό του ατόμου, με αποτέλεσμα να αλλάξει ο αριθμός των θερμίδων που καίγονται σε κατάσταση ηρεμίας. Ένας άλλος παράγοντας ρύθμισης του βάρους που έχει πρόσφατα ανακαλυφθεί είναι η μη σχετιζόμενη με την άσκηση θερμογένεση, η οποία οφείλεται σε ασυναίσθητη κινητική δραστηριότητα, όπως ορθοστασία ή νευρικές κινήσεις των άκρων. Πιθανολογείται ότι όσοι κοιμούνται λιγότερο έχουν μικρότερη τάση για τέτοιου είδους κινήσεις με συνέπεια να καίνε λιγότερες θερμίδες σε κατάσταση ηρεμίας.

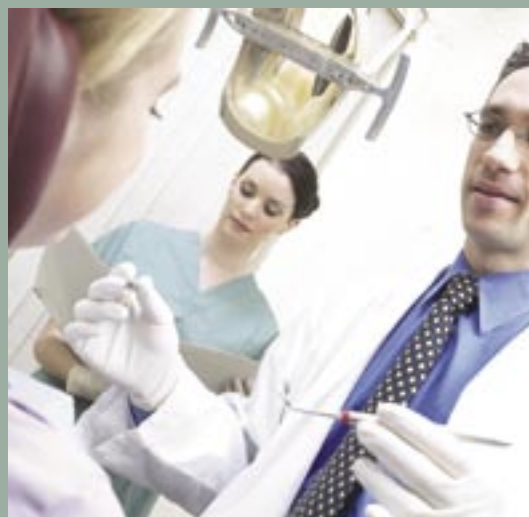
Συνοψίζοντας, η παροδική έλλειψη ύπνου επιφέρει ποικίλες αλλαγές στη διατροφή και το σωματικό βάρος, είτε ευνοώντας την κατανάλωση θερμιδούχων τροφών είτε επιδρώντας σε μια ευρεία γκάμα μεταβολικών οδών. Αποτελέσματα από διαφορετικές έρευνες συναινούν στο ότι και η χρόνια αϋπνία οδηγεί σε σημαντική αύξηση του σωματικού βάρους με την πάροδο του χρόνου. Γίνεται, επομένως, κατανοητό ότι, όπως ακριβώς η σωστή διατροφή έχει ως αποτέλεσμα καλύτερης ποιότητας ύπνο, έτσι και η καταπολέμηση της αϋπνίας μπορεί να συμβάλει τα μέγιστα στη βελτίωση των διατροφικών μας συνθηκών. Η εξασφάλιση ύπνου επαρκούς διάρκειας και υψηλής ποιότητας ενδέχεται να αποτελέσει ένα καθοριστικό βήμα στον έλεγχο του σωματικού βάρους, χαρίζοντάς μας ευεξία και μακροζωία.



Διάβρωση οδοντικών ιστών



Η διάβρωση των οδοντικών ιστών αποτελεί μια παθολογική κατάσταση που απασχολεί ιδιαίτερα τον κλινικό οδοντίατρο. Αναφέρεται σε μη φυσιολογική απώλεια οδοντικής ουσίας από διεργασίες που δεν οφείλονται σε τερηδονική προσβολή από μικροοργανισμούς, αλλά σε χημικούς παράγοντες που λαμβάνονται είτε από το στόμα, κυρίως για διατροφικούς λόγους (εξωγενείς παράγοντες), είτε προέρχονται από τη περιοχή του στομάχου (ενδογενείς παράγοντες).



Α. ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η απώλεια οδοντικής ουσίας από εξωγενείς παράγοντες (τροφές, ποτά) γίνεται προοδευτικά, σχετίζεται άμεσα με το μοντέρνο τρόπο ζωής και διατροφής στις δυτικές κοινωνίες και εμφανίζεται ολοένα και περισσότερο, σε ανησυχητικά μάλιστα επίπεδα, σε άτομα νεαρής ηλικίας.

Αίτια

Στον Πίνακα 1 αναφέρονται τα κυριότερα αίτια διάβρωσης. Τα οξέα που περιέχονται σε αυτά, είτε από τη φύση τους, είτε ως τροποποιητές της γεύσης τους, έχουν την ικανότητα να μεταβάλλουν το pH του στόματος. Δια μέσου αυτής της διαδικασίας ευθύνονται για τη σταδιακή διάλυση των μεταλλικών στοιχείων από τις επιφάνειες των δοντιών, με αποτέλεσμα οι τελευταίες να καθίστανται πιο ευάλωτες, κατά τη λειτουργία της μάσησης ή του βουρτσίσματος των δοντιών. Η υπερκατανάλωση όξινων τροφίμων και ποτών, σε συνδυασμό και με άλλες παραμέτρους, οδηγεί στην αύξηση της ταχύτητας εξέλιξης του φαινομένου. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται σε άτομα που ασχολούνται με τον αθλητισμό ή που ακολουθούν ένα θεωρητικά «υγιεινό» ή «μοντέρνο» τρόπο ζωής, επειδή αυτά καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες από τα παραπάνω σκευάσματα.

Πίνακας 1. Κυριότεροι εξωγενείς παράγοντες που προκαλούν διάβρωση των οδοντικών ιστών

Αναψυκτικά και χυμοί φρούτων (εσπεριδοειδή)
Ανθρακούχο νερό
Κρασί
Λεμόνι
Ξύδι
Γιασούρτι
Χάπια βιταμίνης C
Χάπια ecstasy
Υπερχλωρωμένο νερό πισίνας
Ανόργανα οξέα στο χώρο εργασίας
(χημικά, φάρμακα, λιπάσματα)



Σημεία και συμπτώματα

Η διάβρωση μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε δόντι στο φραγμό και οποιαδήποτε επιφάνειά του. Η κλινική εικόνα της διάβρωσης ποικίλλει, ανάλογα με το βαθμό καταστροφής των οδοντικών ιστών. Αρχικά η επιφάνεια των δοντιών, συνηθέστερα στην περιοχή του αυχένα, γίνεται θαμπή και αργότερα λευκή. Το επιφανειακό στρώμα της αδαμαντίνης γίνεται αρκετά λεπτό και εύθραυστο. Μετά τη διάλυση και την απώλεια του επιφανειακού στρώματος χάνεται η αρχική μορφολογία του δοντιού, καθώς δημιουργείται μια κοίλη ή επίπεδη επιφάνεια, αποκαλύπτεται η υποκείμενη οδοντίνη και η περιοχή γίνεται πιο κίτρινη. Στο σημείο αυτό μπορεί να παρατηρηθεί οδοντινική υπερευαισθησία στα διάφορα ερεθίσματα (θερμό-ψυχρό). Σε ταχύτατες ή μακροχρόνιες προσβολές οι βλάβες είναι πιο εκτεταμένες και μπορούν να προκαλέσουν μέχρι και αποκάλυψη του πολφού.

B. ΕΝΔΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η ικανότητα διάβρωσης των οδοντικών ιστών από ενδογενείς παράγοντες, κυρίως από τα γαστρικά υγρά, είναι μεγαλύτερη από τη διάβρωση που προκαλούν τα οξέα που περιέχονται στα προϊόντα διατροφής (εξωγενείς παράγοντες), λόγω πολύ χαμηλότερου pH και γι' αυτό τέτοιες περιπτώσεις προβληματίζουν ιδιαίτερα τον κλινικό οδοντίατρο.

Αίτια

Τα κυριότερα αίτια διάβρωσης από ενδογενείς παράγοντες αναφέρονται στον Πίνακα 2 και αναλύονται παρακάτω.

Πίνακας 2. Τα κυριότερα αίτια διάβρωσης από ενδογενείς παράγοντες

Νόσοι του γαστρεντερικού συστήματος (γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, πεπτικό έλκος, νόσος Crohn, ελκώδης κολίτιδα κλπ)

Διατροφικές διαταραχές (ψυχογενής βουλιμία-νευρογενής ανορεξία)

Εγκυμοσύνη

Αλκοολισμός

Άλλες νόσοι (ουραιμία, ασκίτης)

α) Γαστρο-οισοφαγική παλινδρομική νόσος
Προκαλείται από την ανεπάρκεια του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα και χαρακτηρίζεται από συχνή παλινδρόμηση του όξινου περιεχομένου του στομάχου προς τον οισοφάγο, με συμπτώματα το κάψιμο στο στήθος και την τάση για εμετό μετά το φαγητό ή κατά τη διάρκεια του ύπνου. Άλλοι παράγοντες που προκαλούν παλινδρόμηση είναι η παχυσαρκία, η υπερκατανάλωση οινοπνεύματος, λιπαρών ουσιών ή τροφών με πολλά καρκεύματα, Η νόσος παρου-

σιάζει αυξημένη συχνότητα στον ελληνικό πληθυσμό και εμφανίζεται ακόμη και στη παιδική ηλικία.

Το υδροχλωρικό οξύ που περιέχεται στο στομάχι, εκτός από τις βλάβες στον οισοφάγο, προκαλεί και διαβρώσεις στα δόντια (κυρίως στις εσωτερικές πλευρές τους), η έκταση των οποίων εξαρτάται από τη διάρκεια και τη συχνότητα των προσβολών. Η διάλυση των οδοντικών ιστών προκύπτει είτε από τις όξινες αναθυμιάσεις, είτε από την άμεση επαφή των υγρών του στομάχου με τις επιφάνειες των δοντιών κατά τον εμετό.

β) Ψυχογενής βουλιμία – Νευρική ανορεξία

Αποτελούν διατροφικές διαταραχές που ανήκουν στην κατηγορία των ψυχοσωματικών νόσων, με αυξανόμενο αριθμό κρουσμάτων τα τελευταία χρόνια στις σύγχρονες και οικονομικά ανεπτυγμένες κοινωνίες. Συχνά συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο, χαρακτηρίζονται από διαταραχές της προσωπικότητας και παρουσιάζονται κυρίως σε εφήβους και νεαρές γυναίκες.

Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από επεισόδια πολυφαγίας και αμέσως μετά εσκεμμένη πρόκληση εμετού, νηστεία ή παρατεταμένη σωματική άσκηση, για την αποφυγή πρόσληψης σωματικού βάρους. Οι βουλιμικοί ασθενείς παρουσιάζουν πολλαπλές διαβρώσεις στα δόντια, λόγω του υδροχλωρικού οξέος που προέρχεται από τους εμετούς ή τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, αλλά και τερηδόνας, λόγω της υπερκατανάλωσης γλυκών κατά τη διάρκεια των βουλιμικών κρίσεων.

Η ψυχογενής νευρική ανορεξία αφορά στην ενσυνείδητη μείωση πρόσληψης τροφής, από υπερβολικό φόβο για ενδεχόμενη αύξηση του βάρους του σώματός τους. Η διαταραγμένη αίσθηση για την εικόνα του σώματός τους οδηγεί σε άρνηση λήψης τροφής και υπερβολική σωματική άσκηση, με αποτέλεσμα τη σημαντική απώλεια βάρους. Συνήθως αφορά σε παροδικές καταστάσεις, μέτριας σοβαρότητας, αν όμως μεταπέσει σε χρόνια, μπορεί να καταλήξει σε σοβαρό υποσιτισμό και να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο. Εκτός από τις σοβαρές σωματικές, ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές, προκαλούνται και βλάβες στην περιοχή της στοματικής κοιλότητας, καθώς τέτοιοι ασθενείς συχνά παρουσιάζουν και επεισόδια βουλιμίας, που ακολουθούνται από προκλητό εμετό, μέσω του ερεθισμού του φάρυγγα με τα δάκτυλα του χεριού. Οι διαβρώσεις παρατηρούνται κυρίως στα πρόσθια άνω δόντια από την επίδραση του γαστρικού υγρού αλλά και από τους όξινους χυμούς που πίνουν για λόγους λιποδιάλυσης. Και στις δύο παραπάνω περιπτώσεις η κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών έχει σαν αποτέλεσμα την πρόκληση ξηροστομίας, γεγονός που εξαλείφει τις ευεργετικές ιδιότητες του σάλιου και υποβοηθά τις καταστρεπτικές επιπτώσεις του διαβρωτικού περιβάλλοντος που προκύπτει στη στοματική κοιλότητα.

γ) Εγκυμοσύνη - Αλκοολισμός

Η πρωινή ναυτία στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης και ο χρόνιος αλκοολισμός προκαλούν τα ίδια συμπτώματα, αφού ενοχοποιείται ο ίδιος παράγοντας (εμετός-γαστρικό οξύ). Επιπρόσθετα, η χρόνια λήψη μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος προσβάλλει τις επιφάνειες των δοντιών και δια μέσου των οξέων που περιέχονται στα ποτά.

Διάγνωση - Σημεία και συμπτώματα

Η διάγνωση της γαστρο-οισοφαγικής παλινδρόμησης πρέπει να επιβεβαιωθεί από γαστρεντερολόγο. Οι διατροφικές διαταραχές είναι εξαιρετικά δύσκολο να διαγνωστούν, επειδή οι ασθενείς τις υποκρύπτουν και αρνούνται πεισματικά να τις αποδεχτούν. Η ψυχογενής ανορεξία χρειάζεται άμεση ιατρική παρέμβαση και ψυχοθεραπεία σε προσωπικό και οικογενειακό επίπεδο. Σημαντική παράμετρος στη θεραπεία είναι η αποδοχή της διαταραχής, η προαγωγή του αισθήματος αυτοεκτίμησης και μείωση της έμφασης που δίνεται από τα ΜΜΕ και την κοινωνία για τα πρότυπα του γυναικείου σώματος και της ομορφιάς. Η θεραπεία είναι πολύπλευρη, από ειδική ομάδα επιστημόνων και τα περιστατικά αυτά χρήζουν μακροχρόνια παρακολούθησης, καθώς έχουν διαπιστωθεί αυξημένα ποσοστά υποτροπής. Τα συμπτώματα λόγω της εγκυμοσύνης είναι παροδικά, ενώ σε περίπτωση αλκοολισμού ο ασθενής παραπέμπεται σε ειδικό.

Εκτός από τις διαβρώσεις των δοντιών, η υπερπλασία των σιαλογόνων αδένων, το ερύθημα του στοματικού βλενογόνου και η αιμορραγία των ούλων αποτελούν συνήθη ευρήματα. Σε περίπτωση χρόνιας έμεσης και με τη συνύπαρξη και άλλων τοπικών παραγόντων, οι βλάβες γίνονται εκτεταμένες και προκαλούν ευαισθησία στα θερμικά (θερμό-ψυχρό) ή άλλα ερεθίσματα (ξινό-γλυκό).

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η διάβρωση αποτελεί μια προοδευτική διαδικασία, που συχνά ο ασθενής αντιλαμβάνεται όταν έχει ήδη προχωρήσει σε σημαντικό βαθμό. Ένα επιπρόσθετο πρόβλημα για τον οδοντίατρο είναι ότι, συχνά συνυπάρχει και με άλλες αιτίες απώλειας οδοντικών ιστών, περιπλέκοντας έτσι, τόσο τη διάγνωση, όσο και την αντιμετώπιση. Σε περίπτωση διάβρωσης από ενδογενείς παράγοντες, ο ρόλος του οδοντιάτρου είναι σαφής, καθώς τις περισσότερες φορές είναι ο πρώτος που έρχεται σε επαφή με τον/την ασθενή και θα πρέπει να έχει υψηλό δείκτη υποψίας και να θέτει έγκαιρα τη διάγνωση. Η λήψη ιστορικού θα αποκαλύψει τα στοιχεία εκείνα που απαιτούνται για τη διάγνωση, ενώ η κλινική εξέταση βοηθά στην ποσοτική αξιολόγηση της έκτασης των βλαβών, καθώς και στην κατάρτιση του απαιτούμενου σχεδίου θεραπείας.

Σημαντική υποχρέωση του οδοντιάτρου είναι η ενημέρωση του ασθενή για τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου, η τροποποίηση της διατροφής του για τη μείωση της λήψης οξέων (ποσότητα, συχνότητα) και η χορήγηση οδηγιών για να αποφευχθεί η οξειδωτική τους δράση. Για παράδειγμα, η μάσηση σίχλας χωρίς ζάχαρη μετά από τη λήψη όξινων τροφών θεωρείται ευεργετική, καθώς υποβοηθά την έκκριση σάλιου που εξουδετερώνει τα οξέα και επαναφέρει τις φυσιολογικές συνθήκες μέσα στο στόμα, ενώ παράλληλα προσδίδει στην επιφάνεια του δοντιού τα ιόντα ασβεστίου και φωσφόρου που είχε χάσει. Επιπλέον, η λήψη των ανα-

ψυκτικών με καλαμάκι, όπως και η διάλυση των δισκίων βιταμίνης C σε νερό παρακάμπτει την παρατεταμένη επαφή τους με τα δόντια, μειώνοντας έτσι τη βλαπτική τους επίδραση. Ένα ποτήρι νερό ή γάλα μετά το τέλος κάθε γεύματος απομακρύνει μεγάλη ποσότητα των οξέων από τη στοματική κοιλότητα, συμβάλλοντας στην αποκατάσταση της ισορροπίας από το σάλιο. Καλό θα ήταν το βούρτσισμα των δοντιών να μη γίνεται αμέσως μετά τη λήψη όξινων τροφών, αλλά μία περίπου ώρα μετά και με χρήση οδοντόκρεμας χωρίς αποτριπτικούς κόκκους, μαλακής οδοντόβουρτσας και ήπιας δύναμης.

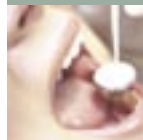
Σε κλινικό επίπεδο, απαραίτητος είναι ο έλεγχος της ποσότητας και της ποιότητας του σάλιου, ιδίως σε περιπτώσεις ξηροστομίας, λόγω ύπαρξης συνδρόμου ή λήψης φαρμάκων. Επειδή η ροή του σάλιου μειώνεται κατά τη διάρκεια του ύπνου, καλό είναι να μη λαμβάνονται όξινες ουσίες πριν τη βραδινή κατάκλιση.

Σε αρχικά στάδια διάβρωσης η παρέμβαση του οδοντιάτρου αρκείται μόνο στην πρόληψη και συνδέεται με τακτικές χορηγήσεις φθορίου και αλλαγή των διατροφικών συνθηκών του ασθενή. Στις μετρίου βάθους κοιλότητες πραγματοποιούνται εμφράξεις των δοντιών, τόσο για την προστασία και αποκατάσταση των οδοντικών ιστών που έχουν απομείνει, όσο και σε περιπτώσεις ύπαρξης υπερευαισθησίας για την εξάλειψη του πόνου, ή για λόγους αισθητικής. Οι πιο εκτεταμένες διαβρώσεις απαιτούν ολική κάλυψη του δοντιού με προσθετική αποκατάσταση.

Σε διάβρωση από ενδογενείς παράγοντες, η παρέμβαση του οδοντιάτρου επικεντρώνεται στην πρόληψη της περαιτέρω εξέλιξης της νόσου μέσα από τακτικές φθοριώσεις και προσωρινή αποκατάσταση των δευτερογενών βλαβών στη στοματική κοιλότητα. Οι οδηγίες στοματικής υγιεινής συνίστανται στο ξέπλυμα των δοντιών με ένα στοματικό διάλυμα και στην αποφυγή βουρτσίσματος αμέσως μετά την πρόκληση εμετού. Μετά από την παρέλευση λίγων ωρών το όξινο περιβάλλον του στόματος εξισορροπείται και μπορεί πια να χρησιμοποιηθεί μαλακή οδοντόβουρτσα, ήπια δύναμη και οδοντόκρεμα χωρίς αποτριπτικούς κόκκους.

Σημαντικός είναι επίσης ο συμβουλευτικός του χαρακτήρας σε θέματα ισορροπημένης διατροφής, η χορήγηση αλκαλικού διαλύματος διττανθρακικού νατρίου που εξουδετερώνει το οξύ και μειώνει τη διαβρωτική του δράση, η λήψη νερού και η μάσηση σίχλας για την ενεργοποίηση των σιαλογόνων αδένων και την αύξηση της ροής του σάλιου. Μετά τη παραπομπή στις άλλες ειδικότητες και τον έλεγχο της νόσου, μπορεί να προβεί στην ολοκλήρωση του σχεδίου θεραπείας.

Συμπερασματικά, η σωστή και έγκαιρη διάγνωση, ο διατροφικός έλεγχος, η εφαρμογή προληπτικών μέτρων και κανόνων στοματικής υγιεινής και οι συνεχείς επανεξετάσεις αποτελούν τα ενδεικνυόμενα μέτρα για την αντιμετώπιση, αλλά κυρίως για την αναχαίτιση της επέκτασης των βλαβών σε τέτοιες περιπτώσεις.





● **Αναγνώστριά μας ρωτά σχετικά με το πρόβλημα που την απασχολεί. Είναι 52 ετών και πρόσφατα υποβλήθηκε σε υπερηχογράφημα επειδή εμφάνισε έντονους πόνους στην κοιλιά. Ο ακτινολόγος διαπίστωσε ένα μικρό πολύποδα στη χοληδόχο κύστη (8 χιλιοστά). Ο θεράπων ιατρός απέδωσε στον πολύποδα τη συμπτωματολογία και συνέστησε χολοκυστεκτομή. Η ασθενής πράγματι υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή και διαπιστώθηκε ότι επρόκειτο για χοληστερινικό πολύποδα. Η αναγνώστριά μας αναρωτιέται αν η παρουσία του πολύποδα έχει μακροπρόθεσμα κινδύνους για την υγεία και εάν αυτός τελικά ευθύνεται για τα συμπτώματα που παρουσίαζε.**

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Οι χοληστερινικοί πολύποδες αποτελούν μια σχετικά αθώα οντότητα, η οποία παρατηρείται σε ένα μικρό ποσοστό του γενικού πληθυσμού. Επειδή γενικά δεν προκαλούν συμπτώματα, ο ακριβής επιπολασμός τους είναι δύσκολο να καταγραφεί. Οι πολύποδες αυτοί δημιουργούνται από εναπόθεση εστέρων χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων στα μακροφάγα κύτταρα του βλεννογόνου της χοληδόχου κύστης. Στην πραγματικότητα

δεν αποτελούν αληθινή νεοπλασία και συνεπώς δεν υπάρχει ο κίνδυνος της καρκινογένεσης.

Στην εμφάνισή τους προδιαθέτουν οι ίδιοι παράγοντες που ενοχοποιούνται και στη δημιουργία χολολίθων ("πέτρες" στη χοληδόχο κύστη), όπως η μεγάλη ηλικία, το θήλυ φύλο, η παχυσαρκία κ.α.

Συνήθως δεν προκαλούν συμπτώματα αν και όταν αυτά υπάρχουν θυμίζουν τις κλινικές εκδηλώσεις της χολολιθίασης. Η θεραπεία είναι χειρουργική (χολοκυστεκτομή) αλλά πραγματοποιείται μόνο όταν υπάρχει συμπτωματολογία.

● **Αναγνώστης μας, 40 ετών μας ρωτά για το ενδεχόμενο να χειρουργηθεί προκειμένου να χάσει βάρος. Έχει ύψος 1.70 μέτρα και ζυγίζει 120 κιλά. Έγινε υπέρβαρος προ 15 ετών κατά την στρατιωτική του θητεία και από τότε δεν έχει καταφέρει να χάσει κιλά παρά τις διάφορες δίαιτες που έχει ακολουθήσει κατά καιρούς. Πριν ένα έτος υποβλήθηκε σε ενδοσκοπική τοποθέτηση ενδογαστρικού μπαλονιού με αποτέλεσμα να χάσει περίπου 10 κιλά σε 6 μήνες. Στο τέλος του εξαμήνου αφαίρεσε το μπαλόνι αλλά μετά ξαναπέρασε βάρος. Ο γιατρός του σύστησε να αντιμετωπίσει την παχυσαρκία χειρουργικά. Ο ίδιος φοβάται να χειρουργηθεί, αλλά φυσικά επιθυμεί να κάνει κάτι για την παχυσαρκία καθώς ανησυχεί για τις μελλοντικές επιπτώσεις στην υγεία του.**

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Πράγματι παρουσιάζετε παχυσαρκία η οποία, αν και επί του παρόντος δεν σας δημιουργεί παρά μόνο αισθητικής φύσης προβλήματα, είναι πάρα πολύ πιθανό στο μέλλον να σας δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα υγείας σχετιζόμενα με πολλά όργανα και συστήματα, όπως καρδιά, αγγεία, κεντρικό νευρικό σύστημα, αρθρώσεις, ήπαρ, ενδοκρινικό σύστημα (π.χ. διαβήτης) κ.α. Ο βαθμός παχυσαρκίας αδρά προσδιορίζεται με τη χρήση του Δείκτη Μάζας Σώματος (Body Mass Index: B.M.I.), ο οποίος ισούται με το βάρος σώματος δια του τετραγώνου του ύψους. Ίδανικά πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 20-25. Όταν είναι μεγαλύτερος από 30, κατατάσσει τον ασθενή στους παχύσαρκους και πάνω από 35 στους νοσηρά παχύσαρκους. Στην τελευταία

κατηγορία ανήκετε και εσείς καθώς το BMI σας υπολογίζεται περίπου 41,5. Οι παχύσαρκοι με BMI άνω του 40, ιδίως αυτοί οι οποίοι είναι μακροχρόνια παχύσαρκοι, έχουν ένδειξη χειρουργικής αντιμετώπισης, ακόμη και εάν δεν παρουσιάζουν επί του παρόντος μείζονα συνοδά νοσήματα ως επιπλοκές της παχυσαρκίας, καθώς η πιθανότητα να τα εμφανίσουν στο μέλλον είναι πολύ μεγάλη. Άλλες μέθοδοι απώλειας βάρους (υποθερμιδική δίαιτα, άσκηση, φαρμακευτική αγωγή, τοποθέτηση ενδογαστρικού μπαλονιού) δεν είναι σίγουρο ότι θα φέρουν αποτέλεσμα στην περίπτωση σας. Όπως όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις, έτσι και αυτές, ορισμένες φορές συνοδεύονται από κάποιες άμεσες ή όψιμες επιπλοκές όμως το μεγάλο προσδοκώμενο όφελος υπερνικά τον ενδεχόμενο κίνδυνο. Θα ήταν καλό να ακολουθήσετε τη συμβουλή του γιατρού σας και να απευθυνθείτε σε εξειδικευμένο κέντρο. Εκεί οι γιατροί θα εκτιμήσουν την περίπτωση σας και αφού αποκλείσουν την παρουσία κάποιας αντένδειξης, θα σας κατευθύνουν ως προς το είδος της επέμβασης που θα επιλεγεί. Σε κάθε περίπτωση θα χρειασθεί, εκτός του χειρουργείου, να αλλάξετε αισθητά τον τρόπο ζωής σας από εδώ και στο εξής ακολουθώντας τις διαιτητικές οδηγίες που θα σας δώσουν και αυξάνοντας επίσης τη φυσική δραστηριότητα.

• **Αναγνώστης μας 52 ετών μας ρωτά σχετικά με το πρόβλημα που τον απασχολεί. Εδώ και δύο χρόνια παρουσίαζε συχνά κάψιμο στο στήθος μετά το φαγητό. Αρχικά ζήτησε τη γνώμη καρδιολόγου επειδή είχε βεβαρμένο οικογενειακό καρδιολογικό ιστορικό (έχει χάσει τον πατέρα του από έμφραγμα του μυοκαρδίου). Ωστόσο ο εκτενής καρδιολογικός έλεγχος (δοκιμασία κόπωσης, υπερηχογράφημα και σπινθηρογράφημα με θάλλιο) στον οποίο υπεβλήθη ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο καρδιολόγος τον παρέπεμψε σε γαστρεντερολόγο, αλλά ο ίδιος αμέλησε να τον επισκεφθεί. Όταν τα συμπτώματα έγιναν πολύ έντονα αναγκάστηκε να ζητήσει τη γνώμη γαστρεντερολόγου, ο οποίος θεώρησε τη γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο ως πιθανότερη διάγνωση με βάση τα**

συμπτώματα και σύστησε γαστροσκόπηση. Στην γαστροσκόπηση βρέθηκε βαρεία οισοφαγίτιδα (4ου βαθμού). Ο γαστρεντερολόγος έδωσε στον ασθενή θεραπεία και υγειονομιαίτικές συμβουλές και συνέστησε νέα γαστροσκόπηση μετά από δυο μήνες και πιθανώς λήψη βιοψιών. Ο αναγνώστης μας τώρα αισθάνεται πολύ καλύτερα, αλλά αναρωτιέται εάν υπάρχει λόγος να υποβληθεί σε καινούργια γαστροσκόπηση, καθώς επίσης και εάν υπάρχει περίπτωση οι βιοψίες να δείξουν κάτι πολύ σοβαρό (κακοήθεια).

Γαστροοισοφαγική παλινδρομηση είναι η επιστροφή υδαρούς περιεχομένου από τον οισοφάγο στο στόμαχο, φαινόμενο που σε ένα μικρό βαθμό παρατηρείται φυσιολογικά σε όλους τους ανθρώπους. Όταν η παλινδρομηση αυτή είναι παρατεταμένη και σε βαθμό που να προκαλεί συμπτώματα ή και ιστικές βλάβες τότε κάνουμε λόγο για γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο. Στην περίπτωση σας έχει προκληθεί και τα δύο. Συνεπώς, η λήψη θεραπείας και η προσήλωση στις συμβουλές του γιατρού είναι όντως επιβεβλημένη προκειμένου να μη σας δημιουργήσει η παλινδρομηση περαιτέρω προβλήματα.

Σε περιπτώσεις σοβαρής παλινδρομησης, όπως στην περίπτωση σας, συχνά ο βλενογόνος του οισοφάγου εκτός από φλεγμονή (οισοφαγίτιδα) παρουσιάζει και άλλες ιστικές αλλοιώσεις, όπως μεταπλασία, η οποία ενίοτε οδηγεί σε δυσπλασία επί της οποίας εξαιρετικά σπάνια αναπτύσσεται αδενοκαρκίνωμα. Σε περίπτωση συνεπώς που διαπιστωθεί μεταπλασία ο έλεγχος με γαστροσκόπηση ανά τακτά διαστήματα είναι επιβεβλημένος. Ωστόσο, για να είμαστε σίγουροι ότι τα αποτελέσματα της βιοψίας είναι αξιόπιστα πρέπει η φλεγμονή στον οισοφάγο να είναι σε ύφεση. Για το λόγο αυτό είναι επιβεβλημένο να υποβληθείτε ξανά σε γαστροσκόπηση, όπως σας συνέστησε ο γιατρός σας, προκειμένου να τεκμηριωθεί ότι η φλεγμονή υποχώρησε και πιθανώς με τις βιοψίες να καθορισθεί εάν και πότε πρέπει να υποβληθείτε σε επανέλεγχο.

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.



4^η 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. Θωμόπουλος

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

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@trienatours.gr,

www.trienatours.gr

Εξελίξεις στη Γαστρεντερολογία & Ηπατολογία

20-21 Φεβρουαρίου 2009

Στο Μέγαρο Διεθνές
Συνεδριακό Κέντρο Αθηνών
Αίθουσα Ν. Σκαλκώτας



4^η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΕΛΙΓΑΣΤ

«Εξελίξεις στη Γαστρεντερολογία & Ηπατολογία»

20-21 Φεβρουαρίου 2009

στο Μέγαρο Συνεδριακό Κέντρο Αθηνών

Π Ρ Ο Γ Ρ Α Μ Μ Α

Παρασκευή 20 Φεβρουαρίου 2009

18.00 - 19.00 «Διατροφή στο Νοσοκομείο»

Προεδρείο: Χριστίνα Παπανικολάου

- Ο ρόλος του Διαιτολόγου στο Νοσοκομείο – Συμπληρώματα διατροφής στο νοσηλευόμενο ασθενή (πολυβιταμινούχα, προβιοτικά, πρεβιοτικά, ιχνοστοιχεία)
Γρηγόριος Κυριακίδης
- Catering στο Νοσοκομείο : α. Νομοθεσία
Απόστολος Ράντσιος
- Catering στο Νοσοκομείο : β. Διαχείριση της ασφάλειας των τροφίμων
Ιωάννα Πετροχείλου
- Ειδικές δίαιτες στις παθήσεις του πεπτικού
Μαρία Χατζηπαύλου

19.30 - 20.00 Διάλεξη : «Η πείνα ως παγκόσμιο πρόβλημα»

Μαρία Αικατερίνη Παπαχριστοπούλου – Τζιτζικώστα

Πρόεδρος Ελληνικής Εθνικής Επιτροπής για την UNESCO

20:00 – 20:30 Εναρκτήρια τελετή

Προσφωνήσεις

Απονομή τιμητικών μεταλλίων

Αργυρή Διάκριση: Βασίλειος Γολεμάτης
Στέφανος Χατζηγιάννης
Γεώργιος Κοκοζίδης
Γρηγόριος Πασπάτης

Απονομή υποτροφιών 2009

Βασίλειος Σαζανίδης
Βασιλική Αρβανίτη
Ειρήνη Κελαϊδίτη
Θεοδώρα Καλλή

Κήρυξη Εργασιών Διημερίδας

20:30 Μουσικό πρόγραμμα με τη Νίνα Λοτσάρη

21:00 Δεξίωση

Σάββατο 21 Φεβρουαρίου 2009

9:30 - 10:30 Ανώτερο Πεπτικό

Προεδρείο: Εμμανουήλ Αρχαύλης, Απόστολος Νταϊλιάνας

- Νεώτερα δεδομένα στη διάγνωση και θεραπεία των εξω-οισοφαγικών εκδηλώσεων της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.
Νικήτας Παπαντωνίου
- Δυσφαγία. Οργανική ή λειτουργική διαταραχή;
Γεώργιος Καραμανώλης
- Εκτίμηση της βαρύτητας και συντηρητική αντιμετώπιση της οξείας παγκρεατίτιδας
Δημήτριος Καπετάνος

10:30 - 11:00 Επιλεγμένη Διάλεξη

Προεδρείο: Γρηγόριος Πασπάτης

“Colorectal cancer screening”

David Lieberman

11:00 - 11:30 Διάλειμμα – Καφές

11:30 - 13:30 Κατώτερο Πεπτικό

Προεδρείο: Κωνσταντίνος Παπαδάκης,

Δημήτριος Χριστοδούλου

- Μεταλοιμώδες σύνδρομο ευερεθίστου εντέρου. Μύθος ή πραγματικότητα;
Δημήτριος Πολύμερος
- Ευεργετική επίδραση των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών στον πεπτικό σωλήνα
Αγγελική Χρηστίδου
- Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου. Τι πρέπει να γνωρίζει ο ασθενής
Γεώργιος Μπάμιας
- Απώλεια ανταπόκρισης στους βιολογικούς παράγοντες στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου
Μαρία Τζουβαλά

13:30 - 14:30 Μεσημβρινό Διάλειμμα - Γεύμα

14:30 - 15:30 Ενδοσκόπηση

Προεδρείο: Γεώργιος Κουκλάκης, Παναγιώτης Σεχόπουλος

- NOTES και ρομποτική χειρουργική. Το μέλλον ή σενάρια επιστημονικής φαντασίας;
Νικόλαος Νικητέας
- Νεώτερες εξελίξεις στην ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία
Ιωάννης Παπανικολάου
- Ιστολογική εκτίμηση από την ενδοσκοπική εικόνα.
Γεώργιος Αναγνωστόπουλος

15:30 - 16:00 Επιλεγμένη Διάλεξη

Προεδρείο: Κωνσταντίνος Τριανταφύλλου

“The past, present and future of therapeutic endoscopy”

Petter Cotton

16:00 - 16:30 Διάλειμμα - Καφές

16:30 - 18:00 Ήπαρ

Προεδρείο: Ιωάννης Κοσκίνας, Σπήλιος Μανωλακόπουλος

- Εξατομίκευση της θεραπείας στη χρόνια ηπατίτιδα C
Ιωάννης Ελευσινιώτης
- Υπονατρίαμια στην κίρρωση: Παθογένεια, κλινική σημασία, αντιμετώπιση
Μαίρη Κουλεντάκη
- Μεταμόσχευση ήπατος. Σε ποιους και πότε;
Ευάγγελος Χολόγκιτας

18:00 - 18:30 Επιλεγμένη Διάλεξη

Προεδρείο: Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης

“Θεραπεία χρόνιας ηπατίτιδας Β. Παρόν και μέλλον”

Στέφανος Χατζηγιάννης

ΑΠΟΔΟΣΗ ΥΠΟΤΡΟΦΙΩΝ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2008 – 2009

Μετά από πρόταση του Επιστημονικού Συμβουλίου, το Διοικητικό Συμβούλιο του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. αποφάσισε να δώσει για το ακαδημαϊκό έτος 2008 – 2009 τις κάτωθι υποτροφίες:

- 1) Υποτροφία «Αναστάσιος Εμμανουήλ» Απεφασίσθη να δοθεί η υποτροφία αυτή διάρκειας 12 μηνών στον κ. Βασίλειο Σαζανίδη, ο οποίος είναι Ειδικευμένος Γαστρεντερολόγος, προκειμένου να μετεκπαιδευτεί για χρονικό διάστημα 12 μηνών στο Unit of Gastroenterology, Victoria Hospital, Blackpool - UK υπό τη διεύθυνση του Καθηγητή Peter Isaacs στον τομέα των νέων ενδοσκοπικών επεμβατικών κυρίως τεχνικών. Η υποτροφία είναι χορηγία της εταιρείας ASTRAZENECA.
- 2) Υποτροφία «Νικόλαος Πετρίδης» Το Συμβούλιο απεφάσισε ομοφώνως να χορηγήσει την υποτροφία αυτή διάρκειας 6 έως 12 μηνών στην κ. Βασιλική Αρβανίτη, η οποία είναι Ειδικευμένη Γαστρεντερολόγος, προκειμένου να μετεκπαιδευτεί για χρονικό διάστημα 6 έως 12 μηνών στο Royal Free Hospital, UK υπό τη διεύθυνση του Καθηγητή A.K. Burroughs στο Τμήμα Liver Transplantation and Hepatobiliary. Η υποτροφία είναι χορηγία της εταιρείας JANSSEN-CILAG.
- 3) Υποτροφία «Χαράλαμπος Ν. Σμπαρούνης» Το Συμβούλιο απεφάσισε ομοφώνως να χορηγήσει την υποτροφία αυτή στην κ. Ειρήνη Κελαϊδίτη, Διαιτολόγο - Διατροφολόγο, προκειμένου να φοιτήσει για 12 μήνες στο University of Aberdeen, UK και να αποκτήσει Master Degree in Human Nutrition and Metabolism. Το ποσό της υποτροφίας είναι χορηγία του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.
- 4) Υποτροφία «Νίκος Παπανικολάου» Το Συμβούλιο απεφάσισε ομοφώνως να χορηγήσει την υποτροφία αυτή διάρκειας 6 μηνών στην κ. Θεοδώρα Καλλή, η οποία είναι Ειδικευόμενη Γαστρεντερολόγος, προκειμένου να μετεκπαιδευτεί για χρονικό διάστημα 6 μηνών στο St. Mark's Academic Institute, London - UK υπό τη διεύθυνση του Καθηγητή Brian Saunders στον τομέα των λειτουργικών παθήσεων του πρωκτού και του ορθού. Το ποσό της υποτροφίας είναι χορηγία του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.
- 5) Το Διοικητικό Συμβούλιο ομόφωνα απεφάσισε να χορηγήσει υποτροφία στον κ. Ιωάννη Καλλιακμάνη, Ειδικευόμενο Γαστρεντερολόγο προκειμένου να μετεκπαιδευτεί για χρονικό διάστημα 3 μηνών στο Klinikum der Johannes Gutenberg – Universität στον τομέα των συγχρόνων ενδοσκοπικών και θεραπευτικών τεχνικών υπό τη διεύθυνση του Καθηγητού Ralf Kiesslich. Επίσης θα χορηγήσει υποτροφία για χρονικό διάστημα 6 μηνών στον κ. Δημήτριο Γκισάκη, Ειδικευόμενο Γαστρεντερολόγο επίσης, προκειμένου να μετεκπαιδευτεί στο Nouvel Hopital Civil, Les Hopitaux Universitaires de Strasbourg υπό τη διεύθυνση του Ιατρού D. Coumaros & του Καθηγητού M. Doffoel στον τομέα των Ενδοσκοπήσεων του πεπτικού. Τα ποσά των υποτροφιών είναι χορηγία του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.

ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ

Το Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής (ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.) είναι κοινωφελές ίδρυμα. Μεταξύ άλλων, στόχοι του είναι η ενημέρωση του κοινού για τα νοσήματα του πεπτικού και τις διατροφικές συνήθειες, η διοργάνωση επιστημονικών ημερίδων, η χορήγηση υποτροφιών και η χρηματοδότηση ερευνητικών επιδημιολογικών προγραμμάτων κ.α. Στο πλαίσιο υλοποίησης των στόχων του, προκηρύσσει για το έτος 2009 χρηματοδότηση ερευνητικών πρωτοκόλλων σε γνωστικό πεδίο «Επιδημιολογία Νοσημάτων Πεπτικού».

Λεπτομέρειες για τα απαιτούμενα δικαιολογητικά μπορείτε να βρείτε στο δικτυακό τόπο του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. (www.eligast.gr) ή στη Γραμματεία στο τηλ. 2107231332.

Λήξη κατάθεσης υποψηφιοτήτων : 15/02/2009

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΤΑ ΦΑΡΣΑΛΑ

Την Κυριακή 18 Ιανουαρίου 2009 πραγματοποιήθηκε εκδήλωση στο Πολιτιστικό Κέντρο του Δήμου Φαρσάλων με θέμα «Η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, ο ρόλος της διατροφής και η προοπτική μελέτη ΠΑΤΡΟΚΛΟΣ» υπό την αιγίδα του ΕΛ.ΙΓΑΣΤ., της Ε.Γ.Ε. και της ΕΠ.Ε.Γ.Ε.

Στόχος της εκδήλωσης ήταν η ενημέρωση για τη σημασία της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ειδικότερα, οι πολίτες των Δήμων Φαρσάλων και Ενιππέα μεταξύ 40 – 75 ετών, ενθαρρύνθηκαν να συμμετάσχουν στην επιδημιολογική μελέτη «ΠΑΤΡΟΚΛΟΣ» κάνοντας προληπτική κολονοσκόπηση και με απώτερο σκοπό την εξάλειψη του καρκίνου του παχέος εντέρου στην περιοχή.

Συντονιστής της μελέτης είναι ο κ. Δ.Γ. Καραμανώλης και για τη διεκπεραίωση του φιλόδοξου αυτού πρωτοκόλλου συνεργάζονται οι : οι δύο Γαστρεντερολογικές Κλινικές του Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός», τα Γαστρεντερολογικά Τμήματα του Γενικού και Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λαρίσης, το Αχιλλοπούλειο Νοσοκομείο Βόλου, όπως επίσης και το σύνολο των ιδιωτών Γαστρεντερολόγων των Νομών Λαρίσης και Μαγνησίας.

ΧΟΡΗΓΟΙ ΚΑΙ ΔΩΡΗΤΕΣ μέχρι 16/01/2009

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε :

Αβραμίδης Ιάκωβος, Θεσσαλονίκη	50 €	Γκέσιου Χρυσούλα, Δράμα	30 €	Κακάβας Γεώργιος, Λαμία	15 €
Αβραμίδου Παύλα, Θεσσαλονίκη	15 €	Γκίκα Ευσταθία, Λαμία	50 €	Καλαθενός Σάββας, Ρόδος	15 €
Αγγελάκης Γεώργιος, Πειραιάς	30 €	Γκουβέρης Ιωάννης, Άργος	15 €	Καλαμπάκας Γεώργιος, Αγιά	15 €
Αθανασιάδου Μαγδαληνή, Αστακός Αιτ/νίας	50 €	Γκούμας Κωνσταντίνος, Φιλοθέη	50 €	Καματάκης Νικόλαος, Θεσσαλονίκη	15 €
Αλαμάνης Τριαντάφυλλος, Φάρσαλα	100 €	Γλυκός Αριστείδης, Αγ. Παρασκευή	20 €	Καμπαδέλλη Μαίρη, Ν. Σμύρνη	15 €
Αλεξίου Αλέξιος, Ιωάννινα	15 €	Γραμματικός Κωνσταντίνος, Πρέβεζα	20 €	Κανάρης Ιωάννης, Ζωγράφου	20 €
Αλεξίου Παναγιώτης, Αμφιάλη	15 €	Δάλλας Ηλίας, Γέρακας	20 €	Καπετάνος Δημήτριος, Θεσσαλονίκη	50 €
Αναγνώστου Καλλιόπη, Αθήνα	20 €	Δανδάκης Δημήτριος, Αθήνα	50 €	Καραβίδα Αμαλία, Θεσσαλονίκη	200 €
Αναστασίου Ιωάννης, Αθήνα	50 €	Δάρα Ελένη, Φιλοθέη	20 €	Καραγεωργίου Χάρης, Αθήνα	50 €
Αναστόπουλος Διονύσιος, Κως	15 €	Δασκόπουλος Ανδρέας, Πύργος	15 €	Καραγιάννης Δημήτριος, Δροσιά	50 €
Ανδρικόπουλος Βαγγέλης, Θρακομακεδόνες	50 €	Δεββές Φώτιος, Αθήνα	50 €	Καρακατσάνης Σταύρος, Π. Φάληρο	50 €
Αντωνόπουλος Κωνσταντίνος, Καρδίτσα	30 €	Δημάδη Σπυριδούλα, Βριλήσσια	50 €	Καραλή Μαίρη, Αγρίνιο	30 €
Αρβανιτάκη Μαριάννα, Βέλγιο	50 €	Δημητρίου Αθανασία, Πάτρα	25 €	Καραμανώλη Άννα, Λάρισα	30 €
Αργυράκης Χρήστος, Λιλαία Φωκίδας	50 €	Δημητρίου Βασιλική, Λάρισα	50 €	Καρατζάς Μιχάλης, Μαρούσι	50 €
Ασημακόπουλος Δρόσος, Χολαργός	15 €	Δημητρώπουλος Ιωάννης, Λιβαδειά	15 €	Καρατζόγλου Παρθένα, Θεσσαλονίκη	50 €
Βαλάκας Αθανάσιος, Αθήνα	20 €	Διονυσιώτης Ιωάννης, Ρόδος	50 €	Καρολίδης Αλέξανδρος, Δράμα	50 €
Βαμβακάς Γεώργιος, Ηράκλειο	15 €	Δουκατέλη Μαριάννα, Κέρκυρα	15 €	Καρουτά Ελένη, Γλυφάδα	20 €
Βανδώρου Σοφία, Αμφιάλη	15 €	Δραγογιάννης Αθανάσιος, Βόλος	50 €	Καρράς Νικόλαος, Πλωμάρι Λέσβου	15 €
Βαρβιτσιώτης Ιωάννης, Αθήνα	25 €	Εκπαιδευτήρια «ΓΕΙΤΟΝΑ», Γλυφάδα	15 €	Καρτάλης Αιμίλιος, Αθήνα	50 €
Βαφειάδης Παρασκευάς, Θεσσαλονίκη	15 €	Ευθυμίου – Αθανασούλια Ευανθία, Αθήνα	15 €	Κασσέρας Φραγκίσκος, Λεμεσός / Κύπρος	50 €
Βιομηχανία Τροφίμων «ΥΦΑΝΤΗΣ»	1000 €	Ευθυμίου Παναγιώτης, Λεμεσός / Κύπρος	50 €	Κατρή Ελένη, Αθήνα	15 €
Βίστης Γεώργιος, Χερσονήσος Ηρακλείου	10 €	Ζαβός Κωνσταντίνος, Λάρνακα / Κύπρος	50 €	Κατσάβας Αριστείδης, Λάρισα	20 €
Βλάμης Χρήστος, Πειραιάς	50 €	Ζαλώνης Αντώνιος, Άλιμος	50 €	Κατσένου Γεωργία, Λευκάδα	50 €
Βοϊκογλου Ωραιοζήλη, Θεσσαλονίκη	30 €	Ζαμπέλη Εύη, Αγ. Παρασκευή	50 €	Κατσιούλα Αλεξάνδρα, Αθήνα	25 €
Βουγαδιώτης Ιωάννης, Νίκαια	50 €	Ζαρκανιώτης Ιωάννης, Αγρίνιο	30 €	Κατσιούφας Αλέξανδρος, Τρίκαλα	20 €
Βουγιουκλής Ηλίας, Δράμα	15 €	Ζαχαρόπουλος Αχιλλέας, Κατερίνη	70 €	Καφετζής Νικόλαος, Ευρωπός	15 €
Βουλγαρέλλης Ραφαήλ, Κρεμαστή Ρόδου	15 €	Ζέζος Πέτρος, Αλεξανδρούπολη	50 €	Κελεμάνη Αναστασία, Καστοριά	20 €
Βραδέλης Στέργιος, Αλεξανδρούπολη	50 €	Ζηγριδής Γεώργιος, Δραπετσώνα	15 €	Κητής Γεώργιος, Θεσσαλονίκη	50 €
Βρέττας Δημήτριος, Αθήνα	15 €	Ζουμπούλη – Βαφειάδη Ειρήνη, Παπάγου	50 €	Κίστης Κωνσταντίνος, Ιωάννινα	50 €
Βρυωνάκης Κωνσταντίνος, Χανιά	50 €	Ηλίας Αναστάσιος, Θεσσαλονίκη	50 €	Κολιός Γεώργιος, Αλεξανδρούπολη	15 €
Γαβρή Χριστίνα, Αθήνα	25 €	Θεοδόση Παναγιώτα, Ζάκυνθος	15 €	Κολλιόπουλος Νίκος, Τρίπολη	25 €
Γεράκη Ελένη, Γλυφάδα	100 €	Θεοδωρόπουλος Αθανάσιος, Αθήνα	15 €	Κοντονίκας Θεόδωρος, Λάρισα	50 €
Γεράκης Ιωάννης, Θεσσαλονίκη	50 €	Θεοδωρόπουλος Ιωάννης, Αθήνα	50 €	Κοντού Μαρίνα, Ραφήνα	100 €
Γερομπαλάς Δημήτριος Μ., Λεπτοκαυά Κατερίνη	15 €	Θεοχάρης Γεώργιος, Πάτρα	50 €	Κορδάτου Ιωάννα, Χολαργός	20 €
Γεωργία Κλοκανά Δεληκάρη, Θεσσαλονίκη	50 €	Θεοχαρόπουλος Νίκος, Φάρσαλα	50 €	Κορέλη – Μπουλουγούρη Ιωάννα, Χαλκίδα	20 €
Γεωργίου Κώστας, Αγ. Παρασκευή	20 €	Θωμόπουλος Κωνσταντίνος, Πάτρα	100 €	Κουκουβίνου Πία, Περιστέρι	20 €
Γεωργίου Σπύρος, Πρέβεζα	15 €	ION A.E., Ν. Φάληρο	200 €	Κουκούλης Γεώργιος, Καλλιθέα	50 €
Γεωργόπουλου Μαρία, Αθήνα	15 €	Ιωάννης Σαββόπουλος, Μαγούλα	50 €	Κουλαλόγλου Παναγιώτης, Ιωάννινα	15 €
Γαβανόγλου Τριαντάφυλλος, Θεσσαλονίκη	20 €	Ιωαννίδης Μιχάλης, Αθήνα	20 €	Κουμπάρο Γεωργία, Ψυχικό	50 €
Γιαννακόπουλος Θεόδωρος, Ραφήνα	10 €	Ιωάννου Βενετία, Ίλιον	20 €	Κουντουρής Κωνσταντίνος, Ιαλισός Ρόδος	20 €
Γιαννάκου Σοφία, Κάρυστος	50 €	Καβάγια Αγγαία, Ζωγράφου	50 €	Κουρκούνη Χρύσα, Φάρσαλα	15 €
Γιαννόπουλος Ανδρέας, Λάνθι Ηλείας	20 €	Καβουσανάκης Εμμανουήλ Ν., Γλυφάδα	50 €	Κουτσουμπίδου Μαριάννα, Πτολεμαΐδα	18,60 €

Τα Νέα του Ιδρύματος

Κρίκης Ναπολεών, Λάρισα	50 €	Νταλός Πάυλος, Αλεξανδρούπολη	15 €	Σκευοφύλακα Πόπη, Ιαλυσός Ρόδου	20 €
Κυριαζόπουλος Γρηγόριος, Αλεξάνδρεια	50 €	Ντατσάκης Κωνσταντίνος, Πεύκη	30 €	Σκλάβαινα Μαρία, Δραπετσώνα	50 €
Κυριακόπουλος Κυριάκος, Παπάγου	50 €	Ντόβας Αντίγονος, Βόλος	50 €	Σνάιντερ – Σταυρινού Ελένα, Σάμος	20 €
Κωνσταντινίδης Ιωάννης, Θεσσαλονίκη	20 €	Ξενοφάντος Μαρίνος, Λεμεσός / Κύπρος	50 €	Σοφιανού Βασιλική, Χανιά	100 €
Κωστάκη Ουρανία, Αθήνα	20 €	Ξεπαπαδάκη Παρασκευή, Ζωγράφου	30 €	Σπυρόπουλος Νικόλαος, Τρίπολη	20 €
Κωσταρέλου Μαργαρίτα, Αθήνα	20 €	Ξυπολητά Βίκυ, Βούλα	30 €	Σταϊκούρα Αμαλία, Γλυφάδα	15 €
Κωστής Ιωάννης, Βόλος	50 €	Οικονόμου Βασιλεία, Ν. Σμύρνη	15 €	Σταυροπούλου Γεωργία, Θεσσαλονίκη	25 €
Κωστόπουλος Παναγιώτης, Αθήνα	50 €	Οικονόμου Μιχάλης, Αθήνα	50 €	Στεργιάννη Χρυσούλα, Αμφιλοχία	15 €
Λαδάς Στυριδών, Αθήνα	50 €	Ουσταμανωλάκης Παντελής, Ηράκλειο	50 €	Στεφανάκης Εμμανουήλ, Αγ. Παρασκευή	476 €
Λαμπροπούλου – Καμπούρη Παναγιώτα, Θεσσαλονίκη	25 €	Παλαβρατζής Δημήτριος, Χαλκίδα	15 €	Στρατάκη Ελένη, Ηράκλειο	15 €
Λάμπρου Αριέτα, Π. Φάληρο	20 €	Παναγιωτάκη Ελένη, Ν. Φιλαδέλφεια	15 €	Συγκοίνας Δημήτριος, Ιωάννινα	50 €
Λασιτσάλης Παναγιώτης, Δράμα	50 €	Παντελάρος Νικόλαος, Βριλήσσια	50 €	Ταβουλάρης Γεώργιος, Περιστέρι	50 €
Λεβέντης Δημήτριος, Ν. Ηράκλειο	100 €	Παντελιά – Θεοφιλίδου Αδαμαντία, Χολαργός	15 €	Ταρατίτας Παναγιώτης, Ρόδος	15 €
Λεοντίδης Χρήστος, Κομοτηνή	50 €	Παντελιά Μαρία, Αθήνα	50 €	Τασολάμπρου Χρυσούλα, Πειραιάς	50 €
Λουϊζίδου Σταυρούλα, Ιαλυσός Ρόδος	30 €	Παντέρας Δημήτριος, Τρίκαλα	50 €	Τασσοπούλου Τερψιθέα, Ν. Σμύρνη	15 €
Μάγου – Γουλιελμάκη Πελαγία, Θεσσαλονίκη	18,80 €	Παντεράς Βασίλειος, Πετρούπολη	50 €	Τάση Γρηγορία, Ιωάννινα	30 €
Μαμάτσιος Γεώργιος, Κοζάνη	15 €	Παπαγεωργίου Ιωάννα, Μαρούσι	30 €	Τζανέτου Πολυτίμη, Αργυρούπολη	50 €
Μανιαδάκης Νικόλαος, Χανιά	20 €	Παπαδιάς Δημήτριος, Ιωάννινα	20 €	Τζανίμης Αναστάσιος, Αθήνα	50 €
Μανουσάκης Κωνσταντίνος, Πειραιάς	50 €	Παπαδογεωργόπουλος Κωνσταντίνος, Παπάγου	20 €	Τζιλβές Δημήτριος, Θεσσαλονίκη	50 €
Μάντζαρης Άγγελος, Βύρωνα	15 €	Παπαδολιάς Αθανάσιος, Τρίπολη	50 €	Τζουρμακλιώτης Δημήτριος, Βριλήσσια	50 €
Μάντζαρης Γεράσιμος, Κηφισιά	50 €	Παπαδόπουλος Νικόλαος, Πειραιάς	50 €	Τίγκας Κωνσταντίνος, Παπάγου	50 €
Μαντιδής Απόστολος, Χολαργός	100 €	Παπαδοπούλου Κυριακή, Θεσσαλονίκη	75 €	Τράντος Μιχαήλ, Φάρσαλα	20 €
Μαραγιάννης Κώστας, Αγρίνιο	15 €	Παπαθεοδωρίδης Γεώργιος, Βριλήσσια	50 €	Τριανταφυλλίδη Ευαγγελία, Καλαμάτα	20 €
Μαραγκοδάκη Σοφία, Θεσσαλονίκη	15 €	Παπαϊωάννου Άννα, Λάρισα	30 €	Τσαμπρινού Διονυσία, Πύργος	60 €
Μαργέτης Νικόλαος, Χαλάνδρι	50 €	Παπαντώνη Βασιλική, Βραχάτι Κορινθίας	50 €	Τσευγιάς Ιωάννης, Αθήνα	50 €
Μάρης Θεοχάρης, Θεσσαλονίκη	50 €	Παπαζοϊνής Κωνσταντίνος, Ζωγράφου	50 €	Τσιάβος Δημήτριος, Γλυφάδα	15 €
Μαρσιδίου Ειρήνη, Νίκαια	50 €	Παπαπαναγιώτου Ευθύμιος, Παπάγου	20 €	Τσιάβου Μελπομένη, Υμηττός	15 €
Μάστρακα Στυλιανή, Μοσχάτο	40 €	Παπαστασινός Χρήστος, Ζωγράφου	50 €	Τσιμπούρης Παναγιώτης, Ζωγράφου	50 €
Μαυριγιαννάκης Μιχαήλ, Αθήνα	30 €	Παππάς Σταύρος, Ιωάννινα	20 €	Τσιρώνη Ευτυχία, Αθήνα	50 €
Μαχάς Κωνσταντίνος, Ρόδος	10 €	Παραδείσης Αθηναγόρας, Ρόδος	20 €	Τσομπανίδης Ελευθέριος, Χαλάνδρι	30 €
Μιχαηλίδης Ανδρέας, Λευκωσία / Κύπρος	15 €	Πασσάς Θωμάς, Πρέβεζα	20 €	Τσουδή Μαρία, Αμμουδαρα Ηρακλείου	15 €
Μιχαλάκης Αναστάσιος, Βάρκιζα	5 €	Πάτος Πέτρος, Άλιμος	50 €	Τσουκαλά Κυριακή, Θεσσαλονίκη	15 €
Μιχαλόπουλος Αντώνιος, Θεσσαλονίκη	15 €	Πάτρας Μιχάλης, Μεταμόρφωση	30 €	Φλώρου Βασιλική, Ρόδος	10 €
Μοναχή Αγάθη Μπερινού, Αλιάρτος Βοιωτίας	30 €	Πέρπερας Αντώνιος, Χαλάνδρι	30 €	Φούγια Αφροδίτη, Παπάγου	15 €
Μούκου Μαρία, Δράμα	15 €	Πετράκη Καλλιόπη, Κηφισιά	50 €	Φουσεκής Χρήστος, Αμφισσα	15 €
Μουντουφάρη Μαρία, Ρόδος	15 €	Πετρόπουλος Σπύρος, Πάτρα	50 €	Φραγκομανώλη Θεοδώρα, Θεσσαλονίκη	200 €
Μπαγλατζής Χρήστος, Αλμυρός	50 €	Πια Δέσποινα, Παπάγου	15 €	Χαϊδεμένου Δήμητρα, Καλαμάτα	20 €
Μπακάλης Κωνσταντίνος, Κηφισιά	100 €	Πιατάς Αθανάσιος, Αθήνα	100 €	Χατζηβασιλείου Βασιλική, Σέρρες	15 €
Μπαλής Σπύρος, Κέρκυρα	15 €	Πιλπιλίδης Ιωάννης, Θεσσαλονίκη	20 €	Χατζηδάκη Ειρήνη, Αθήνα	15 €
Μπανιώτου Ευαγγελία, Κρύα Βρύση Πέλλας	20 €	Πλίγκος Εμμανουήλ, Ρόδος	50 €	Χατζηκωστής Δημήτριος, Άθυρα Πέλλας	15 €
Μπαρμπατζής Χαράλαμπος, Χαλάνδρι	50 €	Ποθητού Έρση, Αθήνα	30 €	Χατζηνικολάου Αθανάσιος, Χαλάνδρι	50 €
Μπασιδέκας Σωτήριος, Θεσσαλονίκη	50 €	Πολίτη Καλλιόπη, Φάρσαλα	50 €	Χρηστιάς Ηλίας, Πάτρα	50 €
Μπατιστάκης Αντώνης, Χανιά	50 €	Πολίτης Δημήτρης, Κέρκυρα	20 €	Χρηστίδου Αγγελική, Αθήνα	50 €
Μπάτος Νικόλαος, Θεσσαλονίκη	15 €	Πούλου Ανδρονίκη, Βούλα	30 €	Χριστοδούλου Δημήτριος, Ιωάννινα	50 €
Μπεκίρη Αγγελική, Σκυδρα Πέλλας	20 €	Προυκάκης Δημήτριος, Ν. Φιλαδέλφεια	15 €	Χρόνης Οδυσσεάς, Μαρούσι	50 €
Μπερινός Δημήτριος, Παπάγου	50 €	Πρωτόπαπας Ανδρέας, Θεσσαλονίκη	20 €	Χρυσούλης Γεώργιος, Κορυδαλλός	20 €
Μπερτζελέτου Σταυρούλα, Αθήνα	50 €	Ραχωβίτης Αλέξανδρος, Λάρισα	50 €	Ψαθά Δήμητρα, Θεσσαλονίκη	20 €
Μπλογκούρας Ιωάννης Λάρισα	15 €	Σαλακά Ευφημία, Ρόδος	100 €	Ψιστάκης Μιχάλης, Χανιά	100 €
Μποβαρέτος Νίκος, Αθήνα	25 €	Σαλακά Ιωάννα, Ρόδος	25 €		
Μπόνα Μαρία – Φιλία, Π. Φάληρο	50 €	Σαλακά Μαρία, Ρόδος	25 €		
Μπουγιούρη Αγγελική, Κερατσίνι	15 €	Σαλδάρη Μαρία, Αθήνα	15 €	In Memoriam :	
Μπουζάκης Ηλίας, Χανιά	40 €	Σαμαρά Στέλλα, Αθήνα	50 €	Πολυξένη Λαδάκη, Άλιμος	50 €
Μυστακίδη Ελένη, Καλλιθέα	40 €	Σαραντάρης Παναγιώτης, Λεωνίδιο	40 €	<i>Εις μνήμη των γονέων της</i>	
Μυστακίδης Κωνσταντίνος, Σέρρες	50 €	Σιαφικός Σπύρος, Κορυδαλλός	50 €	Κυριάκος Καραθανάσης, Πολιτεία	40 €
Νάκας Θεόδωρος, Μέσσοβο	50 €	Σιδερέα Φανή, Ρόδος	20 €	<i>Μνήμη Αγνής Μουζενιδου</i>	
Νάκος Ανδρέας, Θεσσαλονίκη	50 €	Σίμου Ελένη, Φάρσαλα	20 €		

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 αλλιώς και αφ' ετέρου για να εξασφαλίσουν την αποστολή του περιοδικού και των εντύπων και τον επόμενο χρόνο.



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.