

Για να νιώθουν
οι άνθρωποι
καλύτερα
και να ζουν
περισσότερο



gsk GlaxoSmithKline

Λ. Κηφισίας 266, 152 32 Αθήνα, Τηλ.: 210 6882100
Αδριανουπόλεως 3, 551 33 Καλαμαριά Θεσ/νίκη, Τηλ.: 2310 422788

ΜΑΡΤΙΟΣ-ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2010

ΤΕΥΧΟΣ 42/8ο έτος έκδοσης



ευσξία

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΚΩΔΙΚΟΣ 6899

Διαβήτης &
Πεπτικό

Κοιλιακά άλγη

Εγκυμοσύνη

Καύσιμα για άσκηση



Η Μεσογειακή Διατροφή ...στο Διαδίκτυο

medNutrition



για να ξέρουμε τι τρώμε!

Άρθρο σύνταξης



Φτάσαμε αισίως στην αρχή της άνοιξης εν μέσω του σοβαρού οικονομικού προβλήματος της χώρας μας και της δυσκολίας στην αντιμετώπισή του. Και επειδή κάθε δυσκολία και πρόβλημα αφήνει και τις διδασχές που θα μας βοηθήσουν να μη το ξανα-υποσούμε, ευχόμαστε όχι μόνο να το λύσουμε λιγότερο ανώδυνα αλλά και όσο το δυνατόν καλύτερα για τα παιδιά και τους νεότερους. Υγεία και ευεξία είναι πάντα συνυφασμένες με τη διατροφή. Εύλογα λοιπόν και σε αυτό το τεύχος αρκετά άρθρα καταπιάνονται με τη διατροφή και τις τυχόν συνέπειες που έχει η υιοθέτηση τροποποίησης ή μη εφαρμογής υγιεινής διατροφικής συνήθειας.

Το άρθρο του κ Μίληση προσεγγίζει τις συνέπειες της χορτοφαγίας. Ο αποκλεισμός του κρέατος από τα γεύματά μας μπορεί να μας προφυλάσσει από το διαβήτη και τις καρδιοπάθειες, αλλά σχετίζεται σε μεγάλο ποσοστό με αναιμία, έλλειψη πρωτεϊνών και σημαντικών βιταμινών, ειδικά όταν συνδυάζεται και με αποκλεισμό των γαλακτομικών προϊόντων. Επομένως, η αυστηρή χορτοφαγία πρέπει να γίνεται υπό την παρακολούθηση του οικογενειακού ιατρού και διαιτολόγου. Όχι σπάνια, πάντως στα πλαίσια ενδυνάμωσης του ανοσοποιητικού και του νευρικού συστήματος του χορτοφάγου απαιτείται η χορήγηση διατροφικών συμπληρωμάτων. Τα άρθρα των κ Παπαμίκου και κ Μοσχώνη καταπιάνονται με το ιδιαίτερα σημαντικό κεφάλαιο της διατροφής στην εγκυμοσύνη. Στα άρθρα θα διαβάσουμε για τους τυχόν μύθους που υπάρχουν σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ ή της ποσότητας που πρέπει να τρώει η έγκυος γυναίκα, αλλά και για τη σημασία των ω-3 λιπαρών οξέων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η εποχή μας χαρακτηρίζεται από την πρόοδο της βιοτεχνολογίας. Με δεδομένο ότι οι χορτοφάγοι είναι η μειοψηφία στον πλανήτη και η μανία για κρέας είναι έντονη, ήταν επόμενο να γίνουν προσπάθειες παρασκευής συνθετικού κρέατος ή συκρέατος. Ποια είναι τα αποτελέσματα των προσπαθειών αυτών και οι πιθανές επερχόμενες συνέπειες όταν το προϊόν κυκλοφορήσει, μας αναλύει στο εξαιρετικό άρθρο του ο κ Αναστασιάδης. Οι βασικές συμβουλές για ισορροπημένη διατροφή που θα καλύπτει τις ενεργειακές ανάγκες όσων αθλούνται συστηματικά είναι το κύριο θέμα του άρθρου των κκ Ισαρη και Παπαχρήστου. Φαίνεται ότι η αναπλήρωση των ενεργειακών αποθεμάτων με υδατάνθρακες και η λήψη υγρών είναι οι ακρογωνιαίοι λίθοι της διατροφής των αθλουμένων.

Το τεύχος αυτό περιέχει επίσης και 4 ενδιαφέροντα ιατρικά άρθρα με θεματολογία που αφορά μεγάλη ομάδα συνανθρώπων μας. Ο κοιλιακός πόνος στην παιδική και εφηβική ηλικία αποτελεί πρόβλημα που βασανίζει πολλά παιδιά και τις οικογένειές τους και είναι από τις συχνότερες αιτίες επίσκεψης στον ιατρό. Ποια τα αίτιά του, πόσο ανησυχητικό είναι και πότε πρέπει να προχωρήσουμε σε περαιτέρω εξετάσεις αναλύονται στο άρθρο της παιδιάτρου κας Καφρίτσα. Επιδημιολογικά ο σακχαρώδης διαβήτης έχει πάρει μορφή επιδημίας, αφού 1 στους 4 άνω των 60 ετών πάσχει από διαβήτη. Από τους διαβητικούς, τα 2/3 περίπου αναφέρουν πρόβλημα από το πεπτικό σωλήνα ή το ήπαρ. Με το ποια είναι τα προβλήματα αυτά και πώς εμφανίζονται ασχολείται στο άρθρο της η κα Κατόγλου, στο οποίο υπογραμμίζεται επίσης και η σημασία της διατήρησης όσον το δυνατόν φυσιολογικών τιμών σακχάρου στο αίμα αλλά και της καταπολέμησης των άλλων παραγόντων του μεταβολικού συνδρόμου. Η γαστροοισοφαγική παλινδρομηση είναι άλλο νόσημα με αυξανόμενη συχνότητα που εκτός από το να ταλαιπωρεί με τη συμπτωματολογία του συνοδεύεται και με επιπλοκές, όπως είναι ο οισοφάγος Barrett και το αδενοκαρκίνωμα στην γαστροοισοφαγική συμβολή. Το άρθρο της κας Στρίκη μάς δίνει ό,τι νεότερο και χρήσιμο αφορά τη γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο. Τέλος, η αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό είναι μία όχι και τόσο σπάνια αιτία εισαγωγής σε νοσοκομείο. Η αύξηση του μέσου όρου νοσηλείας και η λήψη πολλών φαρμάκων που επηρεάζουν την πήκτικότητα του αίματος στους ηλικιωμένους είναι δυο από τις βασικές αιτίες της. Τα αίτιά της και οι βασικές αρχές της αντιμετώπισης και η αξία της κολινοσκόπησης καταπιάνονται στο εξαιρετικό άρθρο του κ Σμυρνίδη.

Με θερμές ευχές για Καλή Ανάσταση και Καλό Πάσχα.

Σπήλιος Μανωλακόπουλος

Π Ε Ρ Τ Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α



6



16



24



32

Άρθρο Σύνταξης	3
Ευεξία: "Καύσιμα για άσκηση"	6
Διαβήτης και Πεπτικό	8
Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση	12
Περί Διαίτης: "Εγκυμοσύνη"	16
Περιβάλλον: "Κρέας και Συγκρέας"	18
Μικρά & Νόστιμα	22
Παιδί & Έφηβος: "Κοιλιακά άλγη"	24
Διατροφή: "Ω3 λιπαρά οξέα"	28
Αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό σύστημα	32
Χορτοφαγία	36
Επικοινωνούμε	40
Τα Νέα του Ιδρύματος	42

Τ Ε Υ Χ Ο Σ 4 2

Ιδιοκτήτης:
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
Εκδότης και υπεύθυνος παρά τω νόμω: Δ. Παπααναγιώτου,
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. Παπααναγιώτου
Διευθυντής: Κ. Αρβανιτάκης
Γ. Γραμματέας: Δ. Γ. Καραμανώλης
Ταμίας: Χ. Τζάθας
Μέλη: Ι.Α. Καραγιάννης
Γ. Κητής
Σ.Δ. Λαδάς
Γ.Β. Παπαθεοδωρίδης
Α. Παπασπύρου
Γ. Πασπάτης
Ε.Β. Τσιάνος

Εκδοτική επιμέλεια: GlobalActivitiesKey

Υπεύθυνη Διαφήμισης:
Σοφία Καϊσάκη

Τηλ. 210 6844899
Fax. 210 6843099
e.mail: kaisaki@gakad.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:	Ηλίας Κάνταρος, Γεωπόνος (Περιβάλλον) Παναγιώτα Καφρίτσα, Παιδιάτρος - Παιδογαστρεντερολόγος (Παιδί & Έφηβος) Ιωάννης Μανιός, Εργοφυσιολόγος - Διατροφολόγος (Διατροφή) Βασίλειος Παπαμίκος, Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος (Περί Διαίτης) Παρασκευάς Παπαχρήστος, Διαιτολόγος Διατροφολόγος (Ευεξία) Χρήστος Τριάντος, Γαστρεντερολόγος (Επικοινωνούμε) Εμμανουήλ Τσόχατζης, Παθολόγος (Μικρά & Νόστιμα)
Επιμέλεια- Διόρθωση κειμένων:	Εύα Καραμανώλη
Δημόσιες Σχέσεις:	Γεράσιμος Μάντζαρης, Γαστρεντερολόγος

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



vie+

ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΗ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ
ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το νέο ρόφημα Knorr Vie⁺ αποτελεί την πιο φυσική λύση για τη βελτίωση της λειτουργίας του εντέρου σε λίγες μόλις ημέρες.

- Από 100% φρούτα και λαχανικά με φυτικές ίνες torinambur, χωρίς τεχνητό εμπλουτισμό.
- Το torinambur είναι ένα μοναδικό λαχανικό το οποίο είναι πιο πλούσιο σε φυτικές ίνες από οποιοδήποτε άλλο φρούτο και λαχανικό!



Σε 2 υπέροχες γεύσεις:

- Αχλάδι - Ιπποφάες - Torinambur
- Δαμάσκηνο - Αχλάδι - Torinambur

«Καύσιμα» για την άσκηση

Τι πρέπει να τρώνε όσοι ασκούνται;



Είτε μιλάμε για ανθρώπους που ανήκουν στην κατηγορία των αθλητών και ασχολούνται με τον πρωταθλητισμό, είτε για άτομα που απλώς απολαμβάνουν τα σπορ, αλλά και ανεξάρτητα από την άσκηση που επιλέγει κανείς, το ζητούμενο είναι το ίδιο: πρωταρχική ανάγκη για τον καθένα είναι μια ισορροπημένη διατροφή ικανή να καλύπτει τις ενεργειακές απαιτήσεις και να παρέχει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά.

Πώς όμως θα βρείτε την πολυπόθητη ισορροπία στη διατροφή; Φροντίστε να ακολουθείτε τις παρακάτω συμβουλές:

- Καταναλώνετε ποικιλία τροφών.
- Συμπεριλάβετε στη διατροφή σας αρκετά αμυλούχα τρόφιμα όπως ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι και δημητριακά. Προτιμήστε κυρίως αυτά που είναι πλούσια σε φυτικές ίνες, όπως ψωμί και δημητριακά ολικής αλέσεως, καφέ ρύζι.
- Τρώτε τουλάχιστον 5 μερίδες φρούτων και λαχανικών την ημέρα - φρέσκα, κατεψυγμένα, κονσέρβια, αποξηραμένα ή χυμούς.
- Μειώστε το λίπος και τις λιπαρές τροφές από τη διατροφή σας, με ιδιαίτερη προσοχή στην αποφυγή των κορεσμένων λιπαρών.

- Τρώτε τροφές που περιέχουν πρωτεΐνη 2-3 φορές την ημέρα (κρέας, ψάρι, πουλερικά, αυγά, όσπρια).
- Γλυκά και τροφές με ζάχαρη πρέπει να καταναλώνονται σε μικρές ποσότητες. Αποτελούν χρήσιμες πηγές υδατανθράκων, αν οι ανάγκες σε ενέργεια είναι αυξημένες, πρέπει όμως να σημειωθεί ότι δεν πρέπει να καταναλώνονται πριν την άσκηση, επειδή προκαλούν έντονη υπεργλυκαιμία και αμέσως μετά υπογλυκαιμία, μειώνοντας την απόδοση του αθλούμενου.
- Ξεκινήστε την αναπλήρωση υδατανθράκων αμέσως μετά την άσκηση.
- Πίνετε άφθονα υγρά κατά τη διάρκεια της ημέρας, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την άσκηση.

Αναπλήρωση υδατανθράκων

Οι υδατάνθρακες είναι το πιο σημαντικό καύσιμο για έναν δραστήριο άνθρωπο και αποθηκεύεται στους μυς ως γλυκογόνο. Για να μεγιστοποιήσει κανείς τις ενεργειακές του αποθήκες πρέπει να κρατά τα επίπεδα του γλυκογόνου υψηλά κάθε μέρα. Ο καλύτερος τρόπος για να γίνει αυτό είναι η κατανάλωση σνακ ή μικρού γεύματος χαμηλού σε λιπαρά και πλούσιου σε υδατάνθρακες περίπου 2-3 ώρες πριν την άσκηση.

Μετά την άσκηση, πρέπει να γίνει η αναπλήρωση των ενεργειακών αποθεμάτων. Το πόσο χρειάζεται κανείς εξαρτάται από το είδος και τη διάρκεια της άσκησης. Επιλέξτε σνακ χαμηλά σε λιπαρά και πλούσια σε υδατάνθρακες. Βάλτε στόχο την κατανάλωση 1 g υδατάνθρακα ανά κιλό σωματικού βάρους μέσα στις πρώτες 2 ώρες μετά την άσκηση. Αν κάνετε ελαφριά άσκηση, τότε 50 g υδατάνθρακα είναι αρκετά.

Πλούσια σε άμυλο πρέπει να είναι και τα κυρίως γεύματα του αθλούμενου.

Τροφές που περιέχουν 50 g υδατάνθρακα

- 2 μεγάλες μπανάνες
- 3 φέτες ψωμί (90 gr)
- 1 μαπακέτα
- 2 ποτήρια φρουτοχυμό (500ml)
- 1 μπολ δημητριακά (60 gr)
- 2 μπάρες δημητριακών
- 8 κουταλιές της σούπας μαγειρεμένα ζυμαρικά (200 gr)
- ½ φλιτζάνι ρύζι βρασμένο
- 1 λίτρο ημι-αποβουτυρωμένο γάλα
- 800 ml ισοτονικό ποτό

Ενυδάτωση

Είναι σημαντικό να πίνετε υγρά πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την άσκηση και μην περιμένετε να διψάσετε πρώτα - γιατί μέχρι τότε, θα έχετε ήδη αφυδατωθεί. Το νερό

είναι το καλύτερο ποτό των σπορ. Αν γυμνάζεστε αρκετά ή αν το είδος της άσκησης διαρκεί περισσότερο από 1 ώρα, επιλέξτε αραιωμένους χυμούς φρούτων ή ένα κατάλληλο ενεργειακό ποτό. Με αυτόν τον τρόπο θα εφοδιάσετε τον οργανισμό σας όχι μόνο με υγρά, αλλά και με υδατάνθρακες.

Σαν γενικό κανόνα θα πρέπει να ακολουθείτε το εξής: Να καταναλώνετε 400-600ml υγρών 2 ώρες πριν την άσκηση και άλλα 150-200ml κατά τη διάρκεια τη άσκησης (περίπου κάθε 15-20 λεπτά, ανάλογα με την αντοχή). Μετά την άσκηση, ο αθλητής πρέπει να καταναλώνει αρκετά υγρά για να καλύψει τις απώλειες μέσω του ιδρώτα κατά την άσκηση.

Τι γίνεται με την πρωτεΐνη;

Αθλητές δύναμης και αντοχής έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις σε πρωτεΐνη από τον μέσο άνθρωπο. Οι απαιτήσεις αυτές μπορούν να ικανοποιηθούν στα πλαίσια μιας ισορροπημένης και υγιούς διατροφής.

Αύξηση του μυϊκού ιστού πραγματοποιείται μέσα από ένα συνδυασμό ασκήσεων αντίστασης και διατροφής, που παρέχει επαρκή ενέργεια και υδατάνθρακες για να καλύψει τις ανάγκες της άσκησης. Αν δεν καλυφθούν οι ανάγκες σε υδατάνθρακες για να γεμίσουν οι αποθήκες των μυών, τότε ο οργανισμός θα χρησιμοποιήσει την πρωτεΐνη.

Στα κύρια γεύματα εξασφαλίστε την ύπαρξη πρωτεΐνης, δηλαδή κρέατος, πουλερικών, ψαριών, αυγών οσπρίων, τυριού, τοφού (τυρί σόγιας) και ξηρών καρπών.

Προσοχή στο λίπος

Είναι εξίσου σημαντικό να παρακολουθείτε την ποσότητα του λίπους που καταναλώνετε και κυρίως του κορεσμένου. Αναζητείστε εναλλακτικά τροφές χαμηλές σε λιπαρά, όπως γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά, χρησιμοποιήστε λιγότερο λάδι στο μαγείρεμα, επιλέξτε άπαχα μέρη κρέατος και προσέξτε την κατανάλωση κέικ, γλυκών και μπισκότων.

Συμπληρώματα

Οι περισσότεροι άνθρωποι δε χρειάζεται να πάρουν συμπληρώματα αν ακολουθούν μια ισορροπημένη διατροφή. Αυτό ήταν το συμπέρασμα της έρευνας που κατέληξαν οι γιατροί από το πανεπιστήμιο του Staffordshire στην Αγγλία. Οι αθλητές πρέπει να συμβουλευονται κάποιον διαιτολόγο- διατροφολόγο, πριν πάρουν οποιοδήποτε συμπλήρωμα.

Η θεραπεία συνίσταται σε αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, προτείνεται δηλαδή η λήψη μικρών και συχνών γευμάτων και η αποφυγή των τροφών πλούσιων σε λίπος, του καπνίσματος και του κλινοστατισμού μετά τα γεύματα

Σακχαρώδης Διαβήτης & γαστρεντερικό σύστημα



Ο σακχαρώδης διαβήτης υπολογίζεται ότι προσβάλλει περίπου 11% των ενηλίκων από 40-59 ετών και 23% άνω των 60 ετών. Οι επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη και η νοσηρότητα με την οποία αυτός ευρύτερα σχετίζεται, άπτονται όλων των ιατρικών ειδικοτήτων. Έτσι, στα πλαίσια της μικροαγγειοπάθειας, ο διαβήτης προκαλεί νευροπάθεια, νεφροπάθεια, διαταραχές όρασης (διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια), ενώ η μακροαγγειοπάθεια στο διαβήτη ευθύνεται για καρδιοπάθεια, περιφερική αγγειοπάθεια και καρδιαγγειακά συμβάματα γενικότερα. Όσον αφορά τις επιπλοκές από το γαστρεντερικό σύστημα, υπολογίζεται ότι η συχνότητα συμπτωμάτων από το πεπτικό στους διαβητικούς ασθενείς κυμαίνεται μεταξύ 60-75%, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από το γενικό πληθυσμό. Από παθοφυσιολογικής άποψης, κεντρικό ρόλο στο φαινόμενο αυτό διαδραματίζει η αυτόνομη νευροπάθεια των διαβητικών, αλλά και άλλοι παράγοντες, όπως η μικροαγγειοπάθεια, η ευπάθεια σε λοιμώξεις, μεταβολικές και ορμονικές διαταραχές. Επίσης θεωρείται ότι υπάρχει συσχέτιση και με το βαθμό επίτευξης γλυκαιμικού ελέγχου στους ασθενείς αυτούς.

ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οισοφάγος

Στους διαβητικούς ασθενείς παρατηρούνται συχνότερα διαταραχές της κινητικότητας του οισοφάγου, όπως μειωμένος πρωτογενής περισταλτισμός, αυτόματες συσπάσεις, καθυστέρηση της προώθησης του βλωμού, μειωμένος τόνος του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα. Οι διαταραχές αυτές είναι συχνά ασυμπτωματικές ή εκδηλώνονται ως οπισθοστερνικός καύσος ή δυσφαγία. Επιπλέον, έχει βρεθεί αυξημένη συχνότητα γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης στους διαβητικούς ασθενείς. Τέλος, η ανεπαρκής ρύθμιση του σακχάρου προδιαθέτει σε στοματική και οισοφαγική καντιντίαση, στα πλαίσια της δυσλειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος.

Στους ασθενείς που παρουσιάζουν συμπτώματα ενδεικτικά παθολογίας του οισοφάγου μπορεί να γίνει περαιτέρω έλεγχος με ακτινοσκόπηση, ενδοσκόπηση, pHμετρία και μανομετρία οισοφάγου ή με σπινθηρογράφημα με ραδιοσημασμένο γέυμα με τεχνητό.

Η θεραπεία συνίσταται σε αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, προτείνεται δηλαδή η λήψη μικρών και συχνών γευμάτων και η αποφυγή των τροφών πλούσιων σε λίπος, του καπνίσματος και του κλινοστατισμού μετά τα γεύματα. Από άποψη φαρμακευτικής αγωγής μπορούν να χορηγηθούν προκινητικά φάρμακα, όπως μετοκλοπραμίδη, βητανεχόλη, δομπεριδόνη. Στους ασθενείς με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση δίδονται και αντιόξινα με αλγινικό οξύ καθώς και αντιεκκριτικά φάρμακα, δηλαδή αναστολείς της αντλίας πρωτονίων ή ανταγωνιστές υποδοχέων ισταμίνης τύπου 2. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να εφαρμοστούν επεμβατικές μέθοδοι επί του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα, είτε ενδοσκοπικά είτε χειρουργικά, οι ενδείξεις και η αποτελεσματικότητά τους όμως είναι αμφιλεγόμενες.

Η προαναφερθείσα θεραπεία δε διαφέρει από ό,τι εφαρμόζεται στο γενικό πληθυσμό, αλλά στους διαβητικούς ασθενείς κυρίαρχο ρόλο τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών παίζει η καλή ρύθμιση του σακχάρου.

Διαβητική Γαστροπάθεια

Υπολογίζεται ότι 5-12% των διαβητικών ασθενών παρουσιάζει συμπτώματα διαβητικής γαστροπάθειας που συνίστανται σε αίσθημα κορεσμού, επιγαστρική δυσφορία ή επιγαστραλγία, ναυτία και εμέτους. Κύριος υπαίτιος αυτού του φαινομένου είναι η διαταραχή της κινητικότητας του στομάχου: υπερκινητικότητα ή συνήθεστερα υποκινητικότητα, καθυστέρηση στην προώθηση της τροφής ως γαστροπάρεση και γαστροπληγία, διάταση του πυλωρικού άντρου ή πυλωρόσπασμος. Ασφαλώς η διαβητική νευροπάθεια είναι ο κύριος αιτιοπαθογενετι-



κός μηχανισμός, ωστόσο η κακή ρύθμιση του σακχάρου παίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Η διαβητική γαστροπάθεια μπορεί να εκδηλωθεί οξείως σε περίοδο υπεργλυκαιμίας, αλλά και αντιστρόφως, μέσω της δυσαπορρόφησης και της συμπτωματολογίας που προκαλεί μπορεί να συμβάλλει σε απορρύθμιση του σακχάρου διαβητικών ασθενών που λαμβάνουν από του στόματος αντιδιαβητικά δισκία.

Καθώς τα συμπτώματα της διαβητικής γαστροπάθειας είναι μη ειδικά, η εκτίμηση του διαβητικού ασθενούς με αυτή την κλινική εικόνα πρέπει καταρχάς να στοχεύει στον αποκλεισμό άλλων νοσημάτων: Γενική αίματος, έλεγχος για ηλεκτρολυτικές διαταραχές και απλός βιοχημικός έλεγχος, μέτρηση αμυλάσης, ηλεκτροκαρδιογράφημα και καρδιακά ένζυμα, υπερηχογράφημα κοιλίας, απλός ακτινολογικός έλεγχος και διάβαση ανώτερου πεπτικού προς αποκλεισμό μηχανικής απόφραξης καθώς και γαστροσκόπηση, θεωρούνται απαραίτητα προτού προβούμε σε περαιτέρω διερεύνηση για τη διάγνωση της διαβητικής γαστροπάθειας. Πιο ειδικές δοκιμασίες προς αυτή την κατεύθυνση είναι η ηλεκτρογαστρογραφία, η μανομετρία άντρου-δωδεκαδακτύλου, η παρακολούθηση της κένωσης του στομάχου με μαγνητική τομογραφία και δοκιμασίες αναπνοής. Επί του παρόντος η ευρύτερα αποδεκτή μέθοδος είναι το γαστρικό σπινοθηρογράφημα, όπου χορηγείται στον ασθενή γεύμα ραδιοσημασμένο με τεχνητό και στη συνέχεια με τη βοήθεια γ-κάμερας μελετάται ο ρυθμός κένωσης του στομάχου, ωστόσο η εξέταση αυτή γίνεται μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα.

Η θεραπεία της διαβητικής γαστροπάθειας συνίσταται αρχικά σε κάποια γενικά μέτρα με κυριότερο τη σωστή ρύθμιση του σακχάρου, αλλά και αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες: αυξημένη πρόσληψη υγρών, μικρά και συχνά γεύματα, αποφυγή λιπαρών τροφών, αλκοόλ και καπνίσματος. Όλα τα ανωτέρω αρκούν για την αντιμετώπιση ήπιων μορφών γαστροπάθειας. Για τη βελτίωση της κινητικότητας του στομάχου και τη συμπτωματική ανακούφιση των ασθενών χρησιμοποιούνται προκινητικά και αντιεμετικά φάρμακα με κυριότερα τη μετοκλοπραμίδη, τη δομπεριδόνη, τη σισαπρίδη, τις φαινοθειαζίνες και την ονδανσετρόνη. Επίσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν, αν και με λιγότερο αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα, η ερυθρομυκίνη και η βητανεχόλη. Σε βαριές περιπτώσεις που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή έχουν δοκιμαστεί γαστρική ηλεκτρική διέγερση και εγχύσεις τοξίνης της αλλαντίασης στον πυλωρό για τις περι-

πτώσεις πυλωρόσπασμου. Αν πλέον καθίσταται αδύνατη η σίτιση και επέρχεται διαταραχή στη θρέψη του ασθενούς, ενδέχεται να χρειαστεί τοποθέτηση γαστροστομίας ή νηστιδοστομίας.

ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ

Διάρροια - Δυσκοιλιότητα

Το 1/5 των ασθενών με διαβήτη εμφανίζει διάρροιες με τάση χρονιότητας. Πρόκειται για πολυπαραγοντικής αιτιολογίας φαινόμενο, όπου συμβάλλουν η διαταραχή της κινητικότητας του εντέρου (είτε υποκινητικότητα που οδηγεί σε βακτηριακή υπερανάπτυξη είτε υπερκινητικότητα), η μικροαγγειοπάθεια, κάποιου βαθμού ανεπάρκεια της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος που ενίοτε συνυπάρχει και δημιουργεί στεατόρροια και η δυσαπορρόφηση των χολικών αλάτων. Πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι στους ασθενείς που λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία επιβάλλεται να εξετάζεται το ενδεχόμενο της φαρμακευτικής προέλευσης των διαρροιών.

Η διάρροια που σχετίζεται με το σακχαρώδη διαβήτη είναι διάγνωση που τίθεται εξ αποκλεισμού, αφού ολοκληρωθεί ο έλεγχος που πρέπει να διενεργείται σε κάθε ασθενή με χρόνια διάρροια (εξέταση κοπράνων, κολοноσκόπηση, απεικονιστικός έλεγχος). Η αντιμετώπιση είναι καταρχάς υποστηρικτική με χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών εφόσον χρειάζεται. Αντιδιαρροϊκά φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για συμπτωματική ανακούφιση αλλά με προσοχή, λόγω της πιθανότητας πρόκλησης megacolon. Επίσης έχουν δοκιμαστεί αντιβιοτικά ευρέως φάσματος για τη βακτηριακή υπερανάπτυξη, υποκατάστατα παγκρεατικών ενζύμων για τη στεατόρροια και τέλος οκτρεοτίδη για επίμονες και σοβαρές περιπτώσεις χρόνιου διαρροϊκού συνδρόμου.

Η δυσκοιλιότητα είναι μια από τις συχνότερες επιπλοκές του διαβήτη, προσβάλλοντας 20-40% των ασθενών. Και σε αυτή την περίπτωση κυρίαρχο ρόλο παίζουν η αυτόνομη νευροπάθεια σε συνδυασμό με την ανεπαρκή ρύθμιση του σακχάρου. Η απόφαση για περαιτέρω διερεύνηση ενός διαβητικού ασθενούς με δυσκοιλιότητα πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με τη βαρύτητα και τα συνοδά συμπτώματα και ευρήματα. Εφόσον κρίνεται απαραίτητη, η κολοноσκόπηση μπορεί να αποκλείσει το ενδεχόμενο υποκείμενης κακοήθειας. Η αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας περιλαμβάνει αυξημένη πρόσληψη υγρών και φυτικών ινών καθώς και φυσική άσκηση. Από άποψη φαρμακευτικής αγωγής προτιμώνται τα αλατούχα και τα ωσμωτικώς δρώντα καθαρτικά, όπως το υδροξείδιο του μαγνησίου και η λακτουλόζη.

ΗΠΑΡ ΚΑΙ ΧΟΛΗΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ

Μη Αλκοολική Στεάτωση Ήπατος και Στεατοηπατίτιδα

Η μη αλκοολική στεάτωση ήπατος (NAFLD) είναι η συσσώρευση λίπους στο ήπαρ που δε σχετίζεται με την κατάχρηση αλκοόλ. Όταν η κατάσταση αυτή συνοδεύεται από ηπατοκυτταρική βλάβη, φλεγμονή ή και ηπατική ίνωση, ονομάζεται μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα (NASH) που με τη σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Οι νοσολογικές αυτές οντότητες σχετίζονται αιτιολογικά με την αντίσταση στην ινσουλίνη, την παχυσαρκία και το μεταβολικό σύνδρομο γενικότερα. Έχει πλέον αποδειχθεί ότι η παρουσία NAFLD αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 μελλοντικά. Ασφαλώς η επίπτωση της NAFLD είναι μεγαλύτερη ανάμεσα στους διαβητικούς ασθενείς, ενώ ο σακχαρώδης διαβήτης συνιστά κακό προγνωστικό σημείο ως προς την εξέλιξη της NAFLD σε NASH: πράγματι, 75% των ασθενών με NASH είναι διαβητικοί.

Η NAFLD είναι συνήθως ασυμπτωματική νόσος την οποία ο κλινικός γιατρός υποψιάζεται όταν σε ασθενή με τους προαναφερθέντες προδιαθεσικούς παράγοντες βρεθεί ήπια αύξηση των τρανσαμινασών-ιδίως της ALT και της γ-GT. Απεικονιστικά, η στεάτωση μπορεί να διαγνωστεί με απλό υπερηχογράφημα κοιλίας αλλά και αξονική ή μαγνητική τομογραφία. Η μόνη μέθοδος διάκρισης μεταξύ NAFLD και NASH είναι η ηπατική βιοψία που στη δεύτερη περίπτωση θα δείξει επιπλέον στοιχεία νεκροφλεγμονώδους δραστηριότητας. Ωστόσο, η διάκριση αυτή έχει μόνο προγνωστική αξία, αφού ειδική θεραπεία για τη NASH δεν υπάρχει, και δεδομένου ότι η βιοψία ήπατος ενέχει κίνδυνο επιπλοκών, η μέθοδος αυτή επιφυλάσσεται για επιλεγμένες περιπτώσεις ασθενών με υψηλή πιθανότητα ηπατικής νόσου. Η ελαστογραφία ήπατος (fibroscan) είναι μια πρόσφατη για τη χώρα μας μέθοδος, μη επεμβατική, απλή και γρήγορη, που επιτρέπει τον προσδιορισμό του βαθμού ηπατικής ίνωσης σε ασθενείς με ηπατοπάθεια. Ως εκ τούτου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αρχική εκτίμηση και παρακολούθηση των ασθενών με NAFLD και NASH, όμως προς το παρόν η εξέταση αυτή γίνεται σε λίγα εξειδικευμένα κέντρα.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, δεν υπάρχει ειδική θεραπεία για τη NAFLD και τη NASH. Η αντιμετώπιση ουσιαστικά συνίσταται στη διόρθωση όλων των παραμέτρων που συναποτελούν το μεταβολικό σύνδρομο. Στους διαβητικούς πρωταρχική θέση έχει η ρύθμιση του σακχάρου αλλά και γενικά η απώλεια βάρους, η φυσική άσκηση και η διόρ-

Η αντιμετώπιση είναι καταρχάς υποστηρικτική με χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών εφόσον χρειάζεται

θωση της υπερλιπιδαιμίας και της αρτηριακής υπέρτασης, εφόσον συνυπάρχουν.

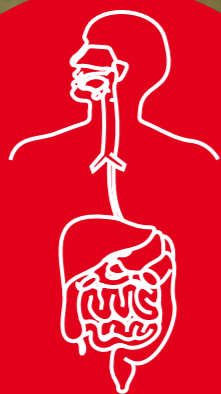
Χολολιθίαση και Χολοκυστίτιδα

Στους διαβητικούς ασθενείς έχει παρατηρηθεί αυξημένη επίπτωση χολολιθίασης, πιθανώς λόγω υποκινητικότητας της χοληδόχου κύστης. Επίσης, στους ασθενείς αυτούς παρουσιάζεται συχνότερα ύδρωπας χοληδόχου κύστης, ενώ η ευπάθεια στις λοιμώξεις συνεπάγεται υψηλότερη πιθανότητα επιπλεγμένης λοίμωξης όπως γαγγραινώδης ή εμφυσματώδης χολοκυστίτιδα.

Είναι φανερό ότι ο σακχαρώδης διαβήτης σχετίζεται με ποικιλία νοσημάτων και συμπτωμάτων από το γαστρεντερικό σύστημα, που αυξάνουν τη νοσηρότητα αυτών των ασθενών και επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους. Το κλειδί για την πρόληψη και την αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων είναι η ευγλυκαιμία. Επομένως ο κλινικός ιατρός οφείλει να είναι ευαισθητοποιημένος απέναντι στο διαβητικό ασθενή που αναφέρει συμπτωματολογία από το πεπτικό και πέρα από την ανακουφιστική ή αιτιολογική θεραπεία, να εστιάζει σε προσαρμογές στον τρόπο ζωής ή και στην αντιδιαβητική αγωγή που να στοχεύουν στην ιδανικότερη ρύθμιση του σακχάρου.



Γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος:



Η ΓΟΠΝ εκδηλώνεται τυπικά με αίσθημα οπισθοστερνικού καύσου, όξινες αναγωγές και ίσως δυσφαγία

Τι είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος;

Ο όρος οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση εισήχθη για πρώτη φορά το 1946 και την περιέγραψε ο Alisson ως παλινδρόμηση ερεθιστικών γαστρικών υγρών από το στόμαχο στον οισοφάγο. Σήμερα ως γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος (ΓΟΠΝ) θεωρείται η κατάσταση που προκαλείται από την παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο που δημιουργεί ενοχλητικά συμπτώματα (δηλαδή συμπτώματα που αλλοιώνουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς) και/ή επιπλοκές. Η ΓΟΠΝ είναι μία από τις συχνότερες νόσους του γαστρεντερικού, με 15% του πληθυσμού να έχει συμπτωματολογία 1 φορά εβδομαδιαίως και 7% ημερησίως.

Παλινδρόμηση του γαστρικού περιεχομένου συμβαίνει όταν χαθεί η διαφορά πίεσης μεταξύ κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΚΟΣ) και στομάχου. Ο φραγμός κατά της παλινδρόμησης στο γαστροοισοφαγικό όριο είναι μια ανατομικά πολύπλοκη ζώνη, η λειτουργική ακεραιότητα της οποίας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως την ενδογενή πίεση του ΚΟΣ, την εξωγενή πίεση του ΚΟΣ από το σκέλος του διαφράγματος, την ενδοκοιλιακή θέση του ΚΟΣ, την ακεραιότητα του φρενοοισοφαγικού συνδέσμου και τη διατήρηση της γωνίας του His οξείας. Τρεις βασικές θεωρίες έχουν αναπτυχθεί για την αιτιοπαθογένεια της ΓΟΠ οι οποίες αποδίδουν την ανεπάρκεια της γαστροοισοφαγικής συμβολής α) σε παροδικές χαλάσεις του ΚΟΣ χωρίς συνοδό ανατομική ανωμαλία, β) σε ανατομική βλάβη της γαστροοισοφαγικής συμβολής λόγω διαφραγματοκλήτης και τέλος, γ) σε παρουσία υποτονικού σφιγκτήρα χωρίς σαφή αιτιολογία και χωρίς συνοδό ανατομική ανωμαλία. Δευτερογενώς, πληθώρα φαρμάκων ή συστηματικών νοσημάτων επιδρούν στον ΚΟΣ και προάγουν συμπτωματολογία γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Εδώ ανήκουν το σκληρόδερμα, η μυοπάθεια που συσχετίζεται με χρόνια εντερική ψευδοαπόφραξη, η εγκυμοσύνη, το κάπνισμα, τα αντιχολινεργικά φάρμακα, η αμινοφυλλίνη, τα νιτρώδη, οι αναστολείς ασβεστίου και οι αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης.

Έκθεση του οισοφάγου στο όξινο περιεχόμενο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη βλεννογονική βλάβη. Η έκθεση εξαρτάται από τον όγκο του περιεχομένου ανά επεισόδιο, από τη συχνότητα των επεισοδίων και το ρυθμό κάθαρσης του αυλού του οισοφάγου μέσω της βαρύτητας και του περισταλτισμού.

Η οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση είναι επιπλοκή της παλινδρομής γαστρικού περιεχομένου και αναπτύσσεται όταν η άμυνα του βλεννογόνου του οισοφάγου αδυνατεί να αντισταθμίσει την βλαπτική επίδραση του οξέος, της πεψίνης και της χολής. Στη διαβρωτική οισοφαγίτιδα υπάρχουν ενδοσκοπικά ορατές βλεννογονικές βλάβες, ερυθρότητα, ευθρυπτότητα των ιστών, αιμορραγία, επιφανειακά έλκη. Η δημιουργία συνδετικού ιστού οδηγεί στην ανάπτυξη ουλών και κατά συνέπεια σε στενώσεις του αυλού του οισοφάγου. Η διαβρωτική οισοφαγίτιδα μπορεί να επουλωθεί με τη δημιουργία μεταπλαστικού επιθηλίου (οισοφάγος Barrett) που θεωρείται προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος.

Ποια είναι τα συμπτώματα της γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου και πως γίνεται η διάγνωση;

Η ΓΟΠΝ εκδηλώνεται τυπικά με αίσθημα οπισθοστερνικού καύσου, όξινες αναγωγές και ίσως δυσφαγία. Το αίσθημα καύσου εκφράζεται ως μια οπισθοστερνική δυσφορία καυστικού τύπου που αντανάκλα προς τον τράχηλο ή/και προς την ξιφοειδή απόφυση και εκδηλώνεται συχνότερα μεταγευματικά. Παραδόξως, πολλοί ασθενείς με βαριά οισοφαγίτιδα, πεπτικές στενώσεις και οισοφάγο Barrett δεν εμφανίζουν καύσο. Η δυσφαγία είναι ένα σύμπτωμα που εμφανίζεται σε πάνω από 30% των ασθενών με ΓΟΠΝ. Άλλα συμπτώματα της νόσου είναι το θωρακικό άλγος και σπάνια η οδυνοφαγία. Η οδυνοφαγία συνήθως συνοδεύεται με έλκος του οισοφάγου ή βαθιές διαβρώσεις.



Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι εξωοισοφαγικές εκδηλώσεις της παλινδρομικής νόσου και αυτό γιατί μπορεί εύκολα να ξεγελάσουν τον κλινικό ιατρό και να παραμείνουν επί μακρό αδιάγνωστες. Έτσι, συσχέτιση έχει τεκμηριωθεί μεταξύ ΓΟΠΝ και χρόνιου βήχα, λαρυγγίτιδας, άσθματος και οδοντικής νόσου ενώ έχει προταθεί συσχέτιση και με παραρρινολπίτιδα, πνευμονική ίνωση, φαρυγγίτιδα και υποτροπιάζουσα μέση ωτίτιδα χωρίς όμως να έχει τεκμηριωθεί επαρκώς.

Η διάγνωση στηρίζεται στα κλινικά συμπτώματα. Διαγνωστική διερεύνηση με ενδοσκόπηση απαιτείται μόνο στους ασθενείς με επιμένουσα συμπτωματολογία παρά τη λήψη φαρμάκων, ή σε εκείνους με παρουσία συμπτωμάτων κινδύνου ή αυξημένη πιθανότητα επιπλοκών. Η γαστροσκόπηση δεν θα αναδείξει κάποια βλάβη στις περισσότερες περιπτώσεις, αλλά μπορεί και να αποκαλύψει διαβρωτική οισοφαγίτιδα, στενώσεις και οισοφάγο Barrett. Η μανομετρία του οισοφάγου έχει ελάχιστη χρησιμότητα στη διάγνωση της ΓΟΠΝ με εξαίρεση την εκτίμηση της περισταλτικής λειτουργίας του οισοφάγου πριν από τυχόν χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση της παλινδρομικής νόσου. Η 24ωρη καταγραφή του pH του οισοφάγου είναι απαραίτητη μόνο σε ασθενείς με ανθεκτική νόσο στη φαρμακευτική αγωγή και πριν από τυχόν χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση της παλινδρομικής νόσου.

Ποια είναι η θεραπεία;

Επειδή το οξύ του στομάχου κυρίως ευθύνεται για τα συμπτώματα της ΓΟΠΝ, η θεραπεία στοχεύει στην αντιμετώπιση του οξέος. Γενικώς οι ασθενείς με επίμονα συμπτώματα ΓΟΠΝ πρέπει να απευθύνονται σε γαστρεντερολόγο. Σήμερα στη θεραπεία της ΓΟΠΝ κυρίαρχο ρόλο κατέχουν οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων. Τα φάρμακα αρχικά χορηγούνται για 1-2

Διαγνωστική διερεύνηση με ενδοσκόπηση απαιτείται μόνο στους ασθενείς με επιμένουσα συμπτωματολογία παρά τη λήψη φαρμάκων, ή σε εκείνους με παρουσία συμπτωμάτων κινδύνου ή αυξημένη πιθανότητα επιπλοκών

μήνες. Όμως, μεγάλο ποσοστό των ασθενών με ΓΟΠΝ θα παρουσιάσουν υποτροπή των συμπτωμάτων μετά τη διακοπή της αρχικής θεραπείας. Γι' αυτό σε ασθενείς με διαβρωτική οισοφαγίτιδα συστήνεται μακροχρόνια φαρμακευτική θεραπεία με τη μικρότερη δυνατή δόση που ελέγχει τη συμπτωματολογία. Στην πλειονότητα των ασθενών που έχουν ήπια και όχι καθημερινά συμπτώματα η θεραπεία μπορεί να γίνεται κατ' επίκληση, δηλαδή όταν ο ασθενής έχει συμπτώματα. Στην κατ' επίκληση θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθούν αναστολείς αντλίας πρωτονίων, ανταγωνιστές υποδοχέων ισταμίνης τύπου 2 ή ακόμη και αλγινικά φάρμακα. Τα αλγινικά δεν καταστέλλουν την παραγωγή γαστρικού οξέος, αλλά συγκρατούν τα οξέα ώστε να μην παλινδρομούν προς τον οισοφάγο. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της δημιουργίας ενός στρώματος γέλης μέσα στο θόλο του στομάχου, το οποίο επιπλέει στην επιφάνεια των γαστρικών υγρών και δεν τους επιτρέπει να «ανέβουν» προς τον οισοφάγο. Τα αλγινικά μπορούν να προσφέρουν άμεση ανακούφιση, ενώ μπορεί να συγχρηρηθούν με άλλα σκευάσματα (πχ της κατηγορίας αναστολέων αντλίας πρωτονίων) αφού δεν επηρεάζουν τη απορρόφηση και τη δράση τους.

Οι σπάνιοι ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική καταστολή του οξέος ή που δεν επιθυμούν να λάβουν αντιεκκριτική φαρμακευτική θεραπεία εφ' όρου ζωής είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση κατά της παλινδρόμησης. Τελευταία, αναπτύσσονται και ενδοαυλικές επεμβατικές τεχνικές που μπορεί στο μέλλον να αποτελέσουν την εναλλακτική προσέγγιση σε ασθενείς με ανθεκτική νόσο.

GAVISCON

Άμεση ανακούφιση από την καούρα!

- 🔥 Ταχεία δράση μέσα σε **5 λεπτά**
- 🔥 Καταπραΐνει τον πόνο της καούρας έως και **4 ώρες**
- 🔥 Με υψηλό προφίλ ασφάλειας
- 🔥 Κατάλληλο για εγκύους και ηλικιωμένους με πολλαπλή φαρμακευτική αγωγή



Γρήγορη ανακούφιση που την αισθάνεσαι!

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:

1. ΟΝΟΜΑ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Gaviscon-L Peppermint. **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ ΣΕ ΔΡΑΣΤΙΚΑ:** Κάθε 5ml εναιωρήματος περιέχουν τα δραστικά Alginate 250mg και Διπυρολικό Νάτριο 133,5mg. **3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Εναιώρημα Υγρό Πόσιμο. **4. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:** **4.1 Θεραπευτικές ενδείξεις:** Ανακούφιση από τα συμπτώματα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης και της ήπιας δυσπεψίας. **4.2 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** Η συνιστώμενη δόση του Gaviscon-L peppermint flavour μπορεί να αρκωθεί με ίση ποσότητα νερού και να χορηγηθεί αφού αναμειχθεί καλά με αυτό. **Ενήλικες, ηλικιωμένοι και παιδιά άνω των 12 ετών:** 10-20ml (2-4 κουταλιές) μετά τα γεύματα και πριν τον ύπνο. **Παιδιά 6-12 ετών:** 5-10ml (1-2 κουταλιές) μετά τα γεύματα και πριν τον ύπνο. **Παιδιά κάτω των 6 ετών:** Συμβουλευτείτε το γιατρό σας. **Ηλικιωμένοι:** Δεν απαιτείται καμία ρύθμιση της δόσολογίας. **4.3 Αντενδείξεις:** Γνωστή υπερευαισθησία στο φάρμακο ή στα συστατικά του (αλγινικό νάτριο, διπυρολικό νάτριο κ.τ.λ.). Ασθενείς που βρίσκονται σε αυστηρά ανάσπαστο διάστημα. **4.4 Ιδιαίτερες προειδοποιήσεις και ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη χρήση:** 10ml εναιωρήματος περιέχουν 141mg (6,2mmol) νάτριο. Να λαμβάνεται υπ' όψιν η χρήση του προϊόντος όταν συνιστάται διάσπαση αυστηρά περιορισμένη σε αλάτι, όπως σε ασθενείς με διαταραχές της ηπατικής, νεφρικής, καρδιαγγειακής λειτουργίας αλλά και σε ασθενείς με συχνή ή χρόνια λήψη κορτικοειδίων (π.χ. σε ασθενείς με άσθμα, ελκώδη κολίτιδα, νόσο του κολλαγόνου κ.λ.π.). **4.5 Αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα:** Να μην λαμβάνεται μαζί με άλλα φάρμακα, γιατί ενδέχεται να επηρεάσει την απορρόφηση τους. **4.6 Χορήγηση κατά την κύηση και το θηλασμό:** Παρά το γεγονός ότι το προϊόν δεν φαίνεται να εισέρχεται στη γενική κυκλοφορία πρέπει να χορηγείται με προσοχή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού, καθώς και στη συγχρηρηση με κάθε άλλο φάρμακο, η διάρκεια της θεραπείας πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο περιορισμένη. **4.7 Επίδραση στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανημάτων:** Καμιά. **4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Πολύ σπάνια ασθενείς αλλεργικοί στο προϊόν ή σε κάποιο από τα συστατικά του μπορεί να εκδηλώσουν αλλεργικές αντιδράσεις, κνίδωση ή βρογχόσπασμο. Σε παρατεταμένη χορήγηση μπορεί να εμφανιστεί αλκάλωση. **4.9 Συμπτώματα υπερδοσολογίας:** Σε περίπτωση υπερδοσολογίας πρέπει να εφαρμόζεται συμπτωματική θεραπεία. Μπορεί να παρατηρηθεί κοιλιακή διάταση. **5. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ:** Το Gaviscon-L peppermint flavour αντάρσ με το γαστρικό οξύ και σχηματίζει έναν επίπαγο από gel αλγινικού οξέος που έχει περίπου ουδέτερο pH και επιπλέει στο περιεχόμενο του στομάχου παρεμποδίζοντας αποτελεσματικά τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Σε βαριά περιστατικά αυτός ο ίδιος επίπαγος μπορεί να παλινδρομήσει στον οισοφάγο όπου οισοφαγία μπορεί να παρατηρηθεί. **6. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:** **6.1 Ποιοτική σύνθεση σε έκδοχα:** Calcium Carbonate, Carbomer, Methyl parahydroxybenzoate, Propyl parahydroxybenzoate, Sodium saccharin, Peppermint oil, Sodium Hydroxide & Purified water. **6.2 Συμβατότητες:** Καμιά γνωστή. **6.3 Χρόνος ζωής:** 2 χρόνια. **6.4 Ιδιαίτερες προφυλάξεις για τη διατήρηση του προϊόντος:** Να διατηρείται σε θερμοκρασία μικρότερη των 30°C. **6.5 Φύση και συστατικά περιέκτη:** Σκουρόχρωμα γυάλινα φιαλίδια με βιδωτό καπάκι από πολυαιθυλένιο που περιέχουν 100, 200 ή 500ml. **7. ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** ΡΕΚΙΤ ΜΠΕΚΚΙΤΖΕΡ ΕΛΛΑΣ ΧΗΜΙΚΑ ΑΒΕΕ, Αγ. Κωνσταντίνου 59-61, 151 24 Μαρούσι, τηλ.: 210 8127276, e-mail: rfbhealthcare.gr@reckittbenckiser.com. **8. ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** 35077/21.5.07. **9. ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ:** € 5,40



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

Ακολουθώντας με στωικότητα τις απαραίτητες διατροφικές κατευθύνσεις όλες οι μητέρες μπορούν από την πρώτη κιόλας ημέρα να προσφέρουν στα παιδιά τους το πιο πολύτιμο δώρο: τον καλύτερο εαυτό τους

Εγκυμοσύνη; Συγχαρητήρια! Καιρός για μια θρεπτική διατροφή

Ίσως μια από τις ανεπανάληπτες στιγμές της γυναικείας φύσης είναι αυτή της σύλληψης ενός παιδιού. Ολόκληρη η βιοψυχολογία της γυναίκας αλλάζει με έναν και μόνο σκοπό: την επίτευξη του περιβάλλοντος και των συνθηκών εκείνων που θα εξασφαλίσουν την καλύτερη δυνατή ανάπτυξη και έκβαση της εγκυμοσύνης. Και σαν τέτοια εκλαμβάνεται η ομαλή ανάπτυξη και θρέψη του εμβρύου χωρίς επιπλοκές ούτε για το ίδιο αλλά και για τη μητέρα.

Από την πρωινή αδιαθεσία μέχρι τα ρούχα της εγκυμοσύνης, η μητέρα έχει πολλά να σκεφτεί και να φροντίσει για εβδομάδες έως και μήνες μπροστά. Η ισορροπία μεταξύ καθημερινών υποχρεώσεων και προγεννητικών ραντεβού και ελέγχων είναι λεπτή και εύθραυστη. Μια από τις κρίσιμες προτεραιότητες για την καλή υγεία του εμβρύου είναι και αυτή της καλής θρέψης της μητέρας. Στο σύγχρονο παχυσαρκογόνο περιβάλλον η διατήρηση ενός θερμιδικά ισορροπημένου και ταυτόχρονα θρεπτικού διαιτολογίου δεν αποτελεί και τον πιο εύκολο στόχο. Οι ανθυγιεινοί πειρασμοί πολλοί είτε γλυκείς είτε γευστικοί, αλμυροί και λιπαροί. Από την άλλη πλευρά, τίθεται θέμα αυξημένων αναγκών σε θερμίδες, αλλά και σε ορισμένα μικροθρεπτικά συστατικά και η σωστή λήψη ορισμένων συμπληρωμάτων οφείλει να γίνει με φειδώ και ορθολογιστική συμβουλευτική.

Η υγιεινή διατροφή αποτελεί πάγιο στόχο για κάθε ενήλικα αλλά ιδιαίτερα στην εγκυμοσύνη αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι τροφές που καταναλώνει η μητέρα αποτελούν την πρωταρχική πηγή θρεπτικών συστατικών για το έμβρυο που κυοφορεί. Οι ανάγκες της μητέρας σε θερμίδες, πρωτεΐνη, σίδηρο, ασβέστιο και φυλλικό οξύ αυξάνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η αύξηση του σωματικού βάρους εντός των επιτρεπόμενων ορίων κρίνεται απαραίτητη, καθώς θα μειώσει τους κινδύνους υγείας και για τους δύο «πρωταγωνιστές». Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να επιδείξουν οι μητέρες που πριν την εγκυμοσύνη ήταν υπέρβαρες ή παχύσαρκες. Η καλή ενυδάτωση κατά τη διάρκεια της ημέρας αποτελεί επίσης ένα ζήτημα, ενώ ο «χρυσός κανόνας» της μετριοπαθούς, παρά την αυξημένη όρεξη, κατανάλωσης ποσοτήτων από όλες τις κατηγορίες των τροφίμων καλό θα ήταν να αποτελεί φωτεινό σηματοδότη στις επιλογές της νέας μητέρας. Ειδικός σχεδιασμός με τη βοήθεια ενός εξειδικευμένου διαιτολόγου θα πρέπει να διεξαχθεί στην περίπτωση μιας μητέρας που ακολουθεί χορτοφαγική φιλοσοφία.

Άλλες περιοχές διατροφικού ενδιαφέροντος κατά την ευαίσθητη αυτή περίοδο αποτελούν η κατανάλωση αλκοόλ, ο μύθος «τρώω για δύο» σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και η περιεκτικότητα ορισμένων

Μια από τις κρίσιμες προτεραιότητες για την καλή υγεία του εμβρύου είναι και αυτή της καλής θρέψης της μητέρας

ψαριών σε βαρέα μέταλλα που ίσως θα πρέπει να αποφεύγονται. Στον αντίποδα, έρχεται η περιεκτικότητα των ψαριών σε ω-3 λιπαρά οξέα, τα οποία βοηθούν στην ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου και ίσως προλαμβάνουν έναν πρόωρο τοκετό. Τέλος, προσοχή θα πρέπει να δοθεί σε μια ομάδα τροφίμων τα οποία ίσως να είναι επικίνδυνα και ενδεχομένως δημιουργούν τροφικές δηλητηριάσεις ή αποβαίνουν τοξικά για την εγκυμονούσα μητέρα. Ακόμα και μερικά συμπληρώματα διατροφής δε θα πρέπει να λαμβάνονται κατά της διάρκειας της εγκυμοσύνης παρά μόνο αυτά που υπαγορεύουν οι οδηγίες από αξιόπιστους επιστημονικούς φορείς. Η ενδεδειγμένη διατροφή θα ήταν καλό να έχει αρχίσει ακόμα και πριν από τη σύλληψη ώστε το έμβρυο να βρει ένα βιοχημικά αρμονικό περιβάλλον για να αναπτυχθεί. Πιθανή αναιμία, παχυσαρκία, δυσλιπιδαιμία ή υπέρταση από την πλευρά της μητέρας θα πρέπει να έχουν ήδη αντιμετωπιστεί πριν την έναρξη της προσπάθειας για κυοφορία. Ακολουθώντας με στωικότητα τις απαραίτητες διατροφικές κατευθύνσεις όλες οι μητέρες μπορούν από την πρώτη κιόλας ημέρα να προσφέρουν στα παιδιά τους το πιο πολύτιμο δώρο: τον καλύτερο εαυτό τους.





Η **μανία** του κρέατος & το συγκρέας

Κατ' αρχάς πρέπει να εξηγηθεί ο τίτλος του άρθρου. Όταν προσδιορίζουμε ένα είδος κρέατος βάζουμε πάντα έναν προσδιορισμό του ζώου από το οποίο προέρχεται. Π.χ. μιλάμε για χοιρινό ή βόειο κρέας. Πώς όμως να ονομάσουμε μία βρώσιμη μάζα ζωικών μυών που έχει παραχθεί από εργαστηριακή καλλιέργεια κυττάρων;

Το προϊόν αυτό έχει ήδη λάβει διάφορους προσδιορισμούς της λέξης «κρέας». Έχει χαρακτηριστεί: συνθετικό, αναπτυγμένο εργαστηριακά, καλλιεργημένο, ιστοκαλλιέργεια, καλλιεργημένο in vitro (δηλ. σε τεχνητό περιβάλλον), υδροπονικό, του σωλήνα, κ.ά. Η διαδικασία παραγωγής του έχει ονομαστεί και κρεοκαλλιέργεια (carniculture). Εδώ αποδίδουμε την προέλευσή του σε βιοαντιδραστήρα και το θεωρούμε συνθετικό κρέας, συνεπώς συγκρέας.

Θα 'λεγε κανείς ότι για να έχει αναπτυχθεί τόσο μεγάλη ονοματολογία, πρόκειται για ένα υπαρκτό προϊόν. Πράγματι, μικρές ποσότητες έχουν παραχθεί εργαστηριακά. Ας πιάσουμε την ιστορία από την αρχή.

Όπως είναι πια γνωστό, η σημερινή μεγάλη παγκόσμια κατανάλωση ζωικών προϊόντων έχει σημαντικές επιπτώσεις. Περιβαλλοντικά, στην επέκταση της κτηνοτροφίας αποδίδεται ένα πολύ μεγάλο μέρος ευθύνης για την κλιματική αλλαγή, για τη μείωση της βιοποικιλότητας, για τις καταστροφές δασών, για τη ρύπανση των υδάτων και του αέρα, κλπ.

Όσον αφορά στην ανθρώπινη υγεία, η μεγάλη κατανάλωση ζωικών προϊόντων συσχετίζεται στις ανεπτυγμένες χώρες με την ανάπτυξη εκφυλιστικών ασθενειών (καρκίνος, καρδιοπάθειες, κλπ). Εκτός αυτού, η συγκέντρωση τεράστιων αριθμών ζώων σε βιομηχανικές εκτροφές θεωρείται εστία ανάπτυξης και μετάδοσης ασθενειών και παθογόνων (βακτηρίων, ιών, κλπ).

Ακόμα, η μαζική εκτροφή και σφαγή τεράστιων αριθμών ζώων έχει οδηγήσει σε εκδήλωση ανησυχίας για την ευζωία των ζώων και ανάδυση προβληματισμών για τα δικαιώματα των ζώων και την ανηθικότητα της σφαγής.

Τα προβλήματα αυτά αναδεικνύονται ως πολύ σημαντικά, ιδιαίτερα επειδή η παγκόσμια κατανάλωση ζωικών προϊόντων δεν φαίνεται να φθίνει. Η προοπτική για το μέλλον δεν φαίνεται λοιπόν ρόδινη και ορισμένοι ερευνητές ήδη έχουν διατυπώσει την απορία αν θα είναι πρακτικά δυνατόν να τραφούν τα ζώα που θα θέλει η ανθρωπότητα το 2030.

Οι δυνατότητες αλλαγής πλεύσης είναι συγκεκριμένες. Μία από αυτές είναι η προσπάθεια να μειωθεί η υπερκατανάλωση κρέατος μέσα από ενημερωτικές εκστρατείες ανάδειξης των προβλημάτων που αυτή προκαλεί. Η προσέγγιση αυτή μας καλεί να αναρωτηθούμε αν η ανθρώπινη επιθυμία για κρέας στηρίζεται στη λογική ή αντίθετα στο ενστικτώδες στοιχείο της ανθρώπινης ύπαρξης.

Κατά τον M. Harris, ανθρωπολόγο που μελέτησε τις διατροφικές ιδιαιτερότητες των λαών, το κρέας κυριαρχεί έναντι άλλων τροφών σε όλο το φάσμα των κοινωνιών, από τις πλέον ανεπτυγμένες ως τις πλέον πρωτόγονες, έως, ακόμα, τις κοινωνίες των συγγενέστερων μας ζώων, των χιμπατζήδων.

Σύμφωνα με την έρευνα της ΕΕ, το 54% των πολιτών (74% των Ελλήνων) δεν αποδέχεται το συγκρέας σε καμία περίπτωση και υπό καμία προϋπόθεση

Με δεδομένο ότι δεν έχει επικρατήσει ποτέ κάποια κουλτούρα που να αποκρούσει έμπρακτα το κρέας και ότι οι χορτοφάγοι –που δεν τρώνε κρέας– αποτελούν μικρό ποσοστό του πληθυσμού, φαίνεται πως μια ιδιότυπη και αυτοματοποιημένη «οικονομία πρωτεϊνών» βρίσκεται στο επίκεντρο των ανθρώπινων διατροφικών επιλογών. Η «μανία για κρέας» αποδίδεται στις ιδιαίτερες ιδιότητες που αυτό έχει σε ό,τι αφορά τη φυσιολογία της ανθρώπινης πέψης και την ισορροπημένη συγκέντρωση των συστατικών του, ιδιαίτερα των αμινοξέων και των λιπαρών. Κατά τον M. Harris, οι ζωικές τροφές έχουν αποκτήσει συμβολική δύναμη επειδή η πρόσβαση σε αυτές εξασφαλίζει υγεία και ευεξία πάνω και πέρα από την απλή επιβίωση, όπως π.χ. στις περιπτώσεις ανθρώπων που αναρρώνουν από μολυσματικές ασθένειες ή τραύματα.

Έτσι, για να διατραφούν επαρκώς οι υποσιτισμένοι και κακώς διατρεφόμενοι πληθυσμοί δεν αρκεί να καλύπτεται μόνο το «χάσμα θερμίδων», αλλά και το «χάσμα πρωτεϊνών».

Η ανάγκη αυτή ήταν πολύ έντονη στις Δυτικές χώρες αμέσως μετά το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο. Τότε, αναπτύχθηκε μεγάλη έρευνα στην κατεύθυνση εξεύρεσης υποκατάστατων του κρέατος με υψηλή συγκέντρωση πρωτεϊνών, μια κατηγορία προϊόντων που έχει πλέον βαφτιστεί Καινοφανή Πρωτεϊνούχα Τρόφιμα. Η έρευνα για τέτοια προϊόντα πήρε δύο κατευθύνσεις.

Η μία ήταν η παραγωγή υποκατάστατων κρέατος από φυτικά προϊόντα υψηλής συγκέντρωσης πρωτεϊνών. Πράγματι το 1960 αναπτύχθηκε ένα τέτοιο προϊόν, που ονομάστηκε Δομημένη Φυτική Πρωτεΐνη. Το προϊόν, που έμπαινε ως συστατικό σε γεύματα, δεν ικανοποίησε τους καταναλωτές και είχε βραχύβια εμπορική πορεία. Σήμερα η σχετική έρευνα συνεχίζεται και, παρότι τέτοια προϊόντα δεν έχουν σημαντική διείσδυση στην αγορά, θεωρούνται πιο φιλικά στο περιβάλλον από τα ζωικά προϊόντα.

Η δεύτερη ερευνητική κατεύθυνση ήταν η παραγωγή



Η «μανία για κρέας» αποδίδεται στις ιδιαίτερες ιδιότητες που αυτό έχει σε ό,τι αφορά τη φυσιολογία της ανθρώπινης πέψης και την ισορροπημένη συγκέντρωση των συστατικών του, ιδιαίτερα των αμινοξέων και των λιπαρών



υποκατάστατων κρέατος από μικροοργανισμούς, όπως βακτήρια, μύκητες, ζύμες ή φύκια. Η υψηλή διατροφική αξία τέτοιων προϊόντων ήταν γνωστή από την αρχαιότητα. Για παράδειγμα, είναι γνωστό ότι οι Αζτέκοι συγκόμιζαν από τις λίμνες τους τα κυανοβακτήρια του γένους *Arthrospira* -που αποτελούν το γνωστό διατροφικό συμπλήρωμα Σπιρουλίνα- και τα οποία έχουν υψηλή συγκέντρωση πρωτεϊνών.

Η διαδικασία βιομηχανικής παραγωγής «μικροβιακών πρωτεϊνών» (που πλέον αποκαλούνται Μονοκυτταρικές Πρωτεΐνες) είναι η εξής: συνεχής ανάπτυξη επιλεγμένων μικροοργανισμών σε μεγάλες δεξαμενές ζύμωσης, πάνω σε κάποιο οργανικό υπόστρωμα (γεωργικά υπολείμματα, πετρέλαιο, κ.ά.), με παροχή των απαραίτητων συμπληρωματικών θρεπτικών στοιχείων, σε ασηπτικές και ελεγχόμενες συνθήκες (αερισμού, θερμοκρασίας, οξύτητας, κλπ) και στη συνέχεια τακτική συγκομιδή των μικροοργανισμών, καθαρισμός και αποξήρανσή τους.

Αν και η μέση συγκέντρωση πρωτεϊνών της μικροβιακής βιομάζας που παράγεται με αυτές τις μεθόδους είναι μεγάλη (44% - 60%), τα περισσότερα προϊόντα που παράχθηκαν δεν ήταν ασφαλή για καθημερινή ανθρώπινη κατανάλωση, για διάφορους λόγους (π.χ. υψηλή συγκέντρωση νουκλεϊκού οξέος στην περίπτωση των βακτηρίων). Έτσι, οι περισσότερες σχετικές απόπειρες περιορίστηκαν τελικά στην παραγωγή ζωοτροφών και αποδείχθηκαν βραχύβιες. Το μόνο προϊόν που έχει κριθεί ασφαλές για καθημερινή ανθρώπινη κατανάλωση σε σημαντικές ποσότητες είναι η «μυκοπρωτεΐνη» που αποτελείται από τον ασκομύκητα *Fusarium venenatum*, μια πατέντα που η Αγγλική εταιρεία παραγωγής του διαθέτει ως συστατικό έτοιμων γευμάτων.

Πάντως, κοινή συνισταμένη όλων των υποκατάστατων κρέατος είναι ότι η αποδοχή τους από τους καταναλωτές δεν ήταν εύκολη. Ο βασικός λόγος είναι ότι κάθε υποκατάστατο πρέπει να περάσει επιτυχώς τη σύγκριση με το προϊόν αναφοράς. Η σύγκριση αυτή είναι αυστηρή και περιλαμβάνει κριτήρια οργανοληπτικά (υφή, αίσθηση, χρώμα, άρωμα) αλλά και πρακτικά (πέψη, ικανότητα κορεσμού). Έτσι, τα υποκατάστατα κρέατος γίνονται ως τώρα αποδεκτά μόνο «μασκαρεμένα», ως συστατικά ή των λουκάνικων. Ιστορικά παραδείγματα υποκατάστασης προϊόντων (όπως του βουτύρου από τη μαργαρίνη) δείχνουν ότι αυτή η διαδικασία ωφελείται από την απουσία πνευματικών δικαιωμάτων, ώστε να δίνεται η δυνατότητα βελτίωσης των προϊόντων από πολλούς ενδιαφερόμενους. Όμως όλα τα υποκατάστατα κρέατος έχουν πατέντα, είναι ιδιοκτησία επιχειρήσεων.

Τα τελευταία 15 χρόνια άρχισε να αναδύεται μία άλλη ερευνητική κατεύθυνση, αυτή της παραγωγής «πραγματικού» συνθετικού κρέατος. Η δυνατότητα «καλλιέργειας ζωικών κυττάρων» είναι μία τεχνική που χρησιμοποιείται στην ιατρική αποκατάσταση μυών και ιστών. Η επέκτασή

της στην εργαστηριακή παραγωγή μεγαλύτερων ποσοτήτων μυϊκών μαζών -που συνιστούν το μεγαλύτερο μέρος του κρέατος- ήταν λογική.

Η ιδέα όπως έχει εφαρμοστεί σε πολύ μικρή πειραματική έκταση είναι η εξής. Κατ' αρχάς χρειάζονται να επιλεχθούν τα αρχικά κύτταρα που με πολλαπλασιασμό και διαφοροποίηση θα δώσουν το συγκρέας. Στη συνέχεια τα αρχικά αυτά κύτταρα χρειάζεται να ενσωματωθούν σε μία τρισδιάστατη «σκαλωσιά» που να είναι η ίδια βρώσιμη και να επιτρέπει την ανάπτυξη και αύξηση των κυττάρων, ενόσω επιτρέπει την απρόσκοπτη χορήγηση θρεπτικών στοιχείων και αποκομιδή των αποβλήτων. Τέλος, τα μυϊκά κύτταρα χρειάζεται να «προετοιμάζονται» μέσα σε κατάλληλο βιοαντιδραστήρα.

Η «προετοιμασία» έχει να κάνει με το γεγονός ότι στη φύση η ανάπτυξη και αύξηση των μυών δεν μπορεί να γίνει αν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα ερεθίσματα. Στους εργαστηριακούς πειραματισμούς παραγωγής συγκρέατος, οι ερεθισμοί αυτοί υποκαθίστανται από χημικούς παράγοντες, ηλεκτρικά ερεθίσματα και τακτική μηχανική έλση (τέντωμα).

Τα διαλύματα θρεπτικών στοιχείων που χρησιμοποιούνται στους εργαστηριακούς πειραματισμούς είναι εξαιρετικά περίπλοκα. Σε μία περίπτωση αποτελούνταν από 62 ουσίες (καθαρά αμινοξέα, πηγές λιπιδίων, προϊόντα νουκλεϊκού οξέος, αντιβιοτικά, κ.ά.). Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα της διαδικασίας αυτής είναι η ανάγκη απόλυτης προστασίας από μολύνσεις, λόγω της απουσίας του φυσικού ανοσοποιητικού συστήματος των ζώων. Γι' αυτό όλη η διαδικασία παραγωγής πρέπει να γίνεται σε εντελώς αποστειρωμένες συνθήκες. Για τον ίδιο λόγο στους εργαστηριακούς πειραματισμούς γίνεται εκτεταμένη χρήση αντιβιοτικών, κάτι βέβαια που δεν είναι δυνατόν σε περίπτωση εφαρμογών για την κατανάλωση, για λόγους δημόσιας υγείας.

Τεχνικά, έχει επιτευχθεί έως τώρα η εργαστηριακή παραγωγή μικρών κομματιών συγκρέατος (1,5 επί 0,5 cm). Όμως η επέκταση σε μεγαλύτερη κλίμακα είναι ακόμα αδύνατη, αφού δεν έχουν επιλυθεί ακόμα βασικά ζητήματα (όπως π.χ. πως μπορεί να γίνεται η «αιμάτωση»).

Πάντως, η προοπτική έχει ενθουσιάζει ορισμένες οργανώσεις για τα δικαιώματα των ζώων, ενώ φαίνεται ότι η ιδέα είναι σε τόσο προχωρημένο στάδιο που η ΕΕ έχει ήδη αρχίσει να διερευνά τη στάση των καταναλωτών για το προϊόν. Μάλιστα, έγινε ήδη μία χονδροειδής οικονομική προσέγγιση της τιμής του συγκρέατος εάν και εφόσον παραχθεί σε μεγάλη κλίμακα. Το αποτέλεσμα της στηρίζεται σε μια σημαντική παραδοχή: ότι το συγκρέας δεν καλύπτεται από πνευματικά δικαιώματα (άρα το κόστος ανάπτυξης το αναλαμβάνει το κράτος).

Όμως η παραδοχή αυτή είναι υποκριτική. Είναι γνωστό ότι ήδη υπάρχουν δύο σχετικές πατέντες και κατά συνέπεια είναι βέβαιο ότι το συγκρέας -εφόσον υπάρξει ως

Βεβαίως, η μεγάλη αυτή αντίδραση των καταναλωτών δεν μπορεί να θεωρείται δεδομένη, αφού εξαρτάται από την εξοικείωση με την ιδέα

εμπορικό προϊόν- θα αποτελεί ιδιοκτησία μεγάλων επιχειρηματικών ομίλων και όχι δημόσια περιουσία. Εξάλλου, είναι προφανές ότι το περιβαλλοντικό, ενεργειακό και οικονομικό κόστος παραγωγής, σε μεγάλη κλίμακα, καθαρών θρεπτικών ουσιών, καθώς και ανάπτυξης και λειτουργίας πολύπλοκων βιοαντιδραστήρων με πρόνοια συνθηκών απόλυτης αποστείρωσης, θα είναι πάρα πολύ μεγάλο. Γι' αυτό ακόμα και υπέρμαχοι της τεχνολογίας αυτής είναι επιφυλακτικοί για το αν θα συμβάλει στη μείωση των αερίων θερμοκηπίου.

Προς το παρόν η κοινή γνώμη είναι πολύ επιφυλακτική. Σύμφωνα με την έρευνα της ΕΕ, το 54% των πολιτών (74% των Ελλήνων) δεν το αποδέχεται σε καμία περίπτωση και υπό καμία προϋπόθεση. Βεβαίως, η μεγάλη αυτή αντίδραση των καταναλωτών δεν μπορεί να θεωρείται δεδομένη, αφού εξαρτάται από την εξοικείωση με την ιδέα.

Συνολικά, η προοπτική του βιοαντιδραστήριου συγκρέατος έχει ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα, πέραν των άγνωστων περιβαλλοντικών επιπτώσεων. Το πρόβλημα των πνευματικών δικαιωμάτων, δηλαδή της προοπτικής οι απαραίτητες για την ευζωία μας πρωτεΐνες να αποτελούν ιδιοκτησία τεράστιων και πανίσχυρων επιχειρηματικών ομίλων.

Εντέλει, αν η αναζήτηση αυτή αφορά τον περιορισμό των επιπτώσεων της υπερκατανάλωσης κρέατος, ίσως το βιοαντιδραστήριο συγκρέας να συνιστά ύβρι. Ίσως το εναλλακτικό σενάριο να είναι ήδη διαθέσιμο. Και να βρίσκεται στην ανακάλυψη εκ νέου της Μεσογειακής και ισορροπημένης διατροφής, στην ευχαριστηριακή σχέση με τις πηγές της τροφής μας («ο άρτος ημών ο επιούσιος...») και στην υιοθέτηση της Βιολογικής κτηνοτροφίας που εστιάζει στην καλή και όσο το δυνατόν πιο φυσική διαβίωση των ζώων.



Σύγκριση φαμοτιδίνης με παντοπραζόλη για την πρόληψη υποτροπής ελκών οφειλομένων σε ασπιρίνη

Η ασπιρίνη σε χαμηλές δόσεις προλαμβάνει καρδιαγγειακά συμβάματα σε ασθενείς με αθηροσκληρωτική νόσο. Εντούτοις, η χρήση της συνοδεύεται από ανεπιθύμητες ενέργειες από το γαστρεντερικό, με σοβαρότερη την αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Μετά από αιμορραγία οφειλόμενη σε ασπιρίνη, συνίσταται η εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου και η συγχορήγηση ανταγωνιστή αντλίας πρωτονίων (PPI) σε ασθενείς που επιβάλλεται η συνέχισή της. Οι ανταγωνιστές H2 υποδοχέων είναι φτηνότερα φάρμακα από τους PPI και δεν έχουν δοκιμαστεί στη δευτερογενή πρόληψη αιμορραγίας από ασπιρίνη. Σε μια διπλή τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Gastroenterology* (2010;138:82-88), συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα υψηλής δόσης φαμοτιδίνης (H2 ανταγωνιστής, 40 mg δις ημερησίως) έναντι παντοπραζόλης (PPI, 20 mg άπαξ ημερησίως) στη δευτερογενή πρόληψη αιμορραγίας ή έλκους από ασπιρίνη. Τυχαιοποιήθηκαν 160 ασθενείς και το πρωταρχικό καταληκτικό σημείο ήταν η υποτροπή του έλκους ή της αιμορραγίας μετά από 48 εβδομάδες. Όλοι οι ασθενείς εξακολούθησαν να λαμβάνουν ασπιρίνη (80 mg ημερησίως). Τη μελέτη ολοκλήρωσαν 130 ασθενείς. Συνολικά, υποτροπή της αιμορραγίας ή δυσπεψία οφειλόμενη σε έλκος εμφάνισαν 13 ασθενείς που ελάμβαναν φαμοτιδίνη και κανένας από την ομάδα της παντοπραζόλης ($P < 0.001$). Από τους 13 ασθενείς που εμφάνισαν υποτροπή, οι 5 είχαν αιμορραγία και οι 8 σοβαρά δυσπεπτικά ενοχλήματα οφειλόμενα σε έλκος. Μόνο ένας ασθενής εμφάνισε αιμορραγία απειλητική για τη ζωή. Συμπερασματικά, η παντοπραζόλη είναι ανώτερη της φαμοτιδίνης στη δευτερογενή πρόληψη ελκών από ασπιρίνη.

Ποιά είναι η καλύτερη μέθοδος προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για τον καρκίνο του παχέος εντέρου;

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος (screening) για τον καρκίνο του παχέος εντέρου ελαττώνει τη θνησιμότητα από τη νόσο καθώς συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Εντούτοις, δεν υπάρχει συναίνεση σχετικά με τον αποδοτικότερο τρόπο screening. Οι υπάρχουσες στρατηγικές περιλαμβάνουν την ανίχνευση λανθάνουσας αιμορραγίας στα κόπρανα, είτε με τη μέθοδο της γουαϊάκης είτε με ανοσοϊστοχημεία, ή τη σιγμοειδοσκόπηση. Καθώς δεν υπήρχαν τυχαιοποιημένες μελέτες που να συγκρίνουν τις τρεις μεθόδους, ερευνητές από την Ολλανδία πραγματοποίησαν μια τέτοια μελέτη και δημοσίευσαν τα αποτελέσματά της στο *Gut* (2010;59:62-68). Ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του Ολλανδικού πληθυσμού με ηλικία 50-74 έτη έλαβε τυχαιοποιημένα πρόσκληση για μια από τις τρεις μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου. Τα ποσοστά συμμετοχής ήταν 49.5% για την ανίχνευση λανθάνουσας αιμορραγίας με τη μέθοδο της γουαϊάκης, 61.5% για την ανίχνευση με ανοσοϊστοχημεία και 32.4% για τη σιγμοειδοσκόπηση. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος ήταν θετικός στο 2.8% με τη μέθοδο της γουαϊάκης, 4.8% με την ανοσοϊστοχημεία και 10.2% με τη σιγμοειδοσκόπηση. Τα ποσοστά ανίχνευσης προχωρημένης νεοπλασίας ήταν σημαντικά υψηλότερα με τη σιγμοειδοσκόπηση (8%, OR: 7.0, 95%CI 4.6-10.7) σε σχέση με τις άλλες μεθόδους αλλά και με την ανοσοϊστοχημεία (2.4%, OR:2.4, 95%CI 2.0-2.8) σε σχέση με τη μέθοδο της γουαϊάκης (1.1%). Συμπερασματικά, η ανοσοϊστοχημική μέθοδος υπερτερεί έναντι των υπολοίπων σε ποσοστά συμμετοχής και έναντι της μεθόδου της γουαϊάκης σε ποσοστό ανίχνευσης προχωρημένων νεοπλασιών. Η σιγμοειδοσκόπηση αποτελεί την καλύτερη μέθοδο προσυμπτωματικού ελέγχου, αλλά συνδυάζεται με χαμηλά ποσοστά συμμετοχής.

Η συσχέτιση των καρκίνων οισοφάγου και στομάχου με την κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα

Αναδρομικές μελέτες έχουν συσχετίσει το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ με διάφορες μορφές καρκίνου οισοφάγου και στομάχου. Εντούτοις, οι συσχετίσεις αυτές δεν έχουν ελεγχθεί σε προοπτικές μελέτες, ενώ δεν υπάρχουν πληροφορίες σχετικά με τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου. Σε μια προοπτική μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Gut* (2010;59:39-48), Ολλανδοί ερευνητές προσπάθησαν να δώσουν απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα. Στη μελέτη παρακολούθησαν προοπτικά 120.852 συμμετέχοντες, οι οποίοι συμπλήρωσαν το 1986 ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με τη διατροφή και διάφορους άλλους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 16.3 έτη και στο διάστημα αυτό εμφανίστηκαν 252 περιστατικά καρκίνου του οισοφάγου και 655 περιστατικά καρκίνου του στομάχου. Η κατανάλωση >30 γρ αλκοόλ την ημέρα συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου πλακώδους επιθηλίου του οισοφάγου (RR 4.61, 95%CI 2.24-9.50, $P < 0.001$), όχι όμως και με την εμφάνιση αδενοκαρκινώματος οισοφάγου ή καρκίνου του στομάχου. Οι καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές είχαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης οποιουδήποτε καρκίνου στομάχου ή οισοφάγου (RR 1.6-2.63 ανάλογα με τον τύπο καρκίνου). Η συχνότητα και η διάρκεια του καπνίσματος αλλά και τα συνολικά πακέτα/έτη συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του στομάχου και του οισοφάγου. Επίσης, η συνδυασμένη χρήση αλκοόλ (>15 γρ/ημέρα) και καπνίσματος συσχετίστηκε με πολλαπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου πλακώδους επιθηλίου του οισοφάγου (RR 8.05, 95%CI 3.89-16.60) σε σύγκριση με μη καπνιστές που δεν κατανάλωναν αλκοόλ. Συμπερασματικά, στην προοπτική αυτή μελέτη φάνηκε ότι το κάπνισμα συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης όλων των τύπων καρκίνου του οισοφάγου και του στομάχου, ενώ η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ μόνο με κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου πλακώδους επιθηλίου του οισοφάγου.

Η χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων έναντι των τοξινών του κλωστηριδίου difficile

Το κλωστηρίδιο *difficile* αποτελεί αυξανόμενη αιτία ενδοσοκομειακής διάρροιας και συσχετίζεται με τη χρήση αντιβιοτικών. Είναι ιδιαίτερα μεταδοτικό, με δυσκολίες στην εκρίζωση και σημαντικό αίτιο νοσηρότητας και θνητότητας σε νοσηλευόμενους ηλικιωμένους ασθενείς. Οι υπάρχουσες θεραπείες συνίστανται στη χορήγηση αντιβιοτικών (βανκομυκίνης ή μετρονιδαζόλης από του στόματος) αλλά δεν είναι πάντα αποδοτικές και σχετίζονται με υψηλά ποσοστά υποτροπών. Σε μια διπλή τυφλή, τυχαιοποιημένη μελέτη με χρήση εικονικού φαρμάκου που δημοσιεύτηκε στο *New England Journal of Medicine* (2010;362:197-205) ελέγχθηκε η αποτελεσματικότητα δυο μονοκλωνικών αντισωμάτων έναντι των τοξινών A και B του κλωστηριδίου *difficile*. Τα αντισώματα χορηγήθηκαν με εφάπαξ ενδοφλέβια έγχυση σε ασθενείς με συμπτωματική τεκμηριωμένη λοίμωξη με κλωστηρίδιο *difficile* που ελάμβαναν βανκομυκίνη ή μετρονιδαζόλη για τη θεραπεία του. Το πρωταρχικό καταληκτικό σημείο ήταν η υποτροπή της λοίμωξης σε περίοδο 84 ημερών μετά τη χορήγηση των αντισωμάτων ή του εικονικού φαρμάκου. Τυχαιοποιήθηκαν 200 ασθενείς και τα ποσοστά υποτροπής ήταν χαμηλότερα στην ομάδα που έλαβαν τα αντισώματα σε σχέση με την ομάδα που έλαβε το εικονικό φάρμακο (7% έναντι 25%, $P < 0.001$). Σε ασθενείς με περισσότερα του ενός επεισόδια λοίμωξης με κλωστηρίδιο *difficile* στο παρελθόν, τα αντίστοιχα ποσοστά υποτροπής ήταν 7% και 38% ($P = 0.006$). Τυλάχιστον ένα σοβαρό ανεπιθύμητο συμβάν αναφέρθηκε σε 18 ασθενείς που έλαβαν τα αντισώματα και σε 28 που έλαβαν το εικονικό φάρμακο. Συμπερασματικά, η προσθήκη στη συνήθη θεραπεία μονοκλωνικών αντισωμάτων έναντι των τοξινών του κλωστηριδίου *difficile* ελάττωσε το ποσοστό υποτροπής της λοίμωξης.



Κοιλιακά άλγη λειτουργικής αιτιολογίας

Πότε πρέπει να ανησυχούμε;

Η συχνότητα των χρόνιων κοιλιακών αλγών κυμαίνεται από 1-19% στην παιδική-εφηβική ηλικία και αφορά κυρίως παιδιά 5-7 ετών αλλά και λίγο μεγαλύτερα από 8-12 ετών.

Η συχνότητα των χρόνιων κοιλιακών αλγών κυμαίνεται από **1-19%** στην παιδική-εφηβική ηλικία και αφορά κυρίως παιδιά **5-7** ετών αλλά και λίγο μεγαλύτερα από **8-12** ετών

Τα χρόνια κοιλιακά άλγη είναι ένα συχνό σύμπτωμα στην παιδική και εφηβική ηλικία. Πίσω από το σύμπτωμα αυτό μπορεί να υπάρχουν οργανικές διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος, φλεγμονώδους, ανατομικής, μεταβολικής αιτιολογίας, καθώς και λειτουργικές διαταραχές όταν δεν βρίσκεται οργανικό υπόστρωμα. Η συχνότητα των χρόνιων κοιλιακών αλγών κυμαίνεται από 1-19% στην παιδική-εφηβική ηλικία και αφορά κυρίως παιδιά 5-7 ετών αλλά και λίγο μεγαλύτερα από 8-12 ετών. Υπολογίζεται ότι αφορούν το 2-4% των επισκέψεων στον παιδίατρο, ενώ παρουσία οργανικής νόσου ανευρίσκεται στο 5% στο γενικό πληθυσμό.

Γιατί τα παιδιά υποφέρουν από χρόνια κοιλιακά άλγη; Πιστεύεται ότι υπάρχει αυξημένη σπλαχνική υπερευαισθησία που αποδίδεται σε διαταραχή αλληλεπίδρασης νευρώνων εγκεφάλου-εντέρου.

Ο Arley το 1958 όρισε ως χρόνια κοιλιακά άλγη, την κατάσταση που περιλαμβάνει τουλάχιστον 3 επεισόδια κοιλιακού άλγους σε διάστημα 3 μηνών, μη σαφώς εντοπιζόμενο το οποίο επιδρά στις καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού. Νεότεροι ερευνητές που ασχολήθηκαν με το θέμα όρισαν τα κριτήρια της Ρώμης για τα κοιλιακά άλγη το 2006. Σύμφωνα με αυτά τα κοιλιακά άλγη διαχωρίζονται σε άλγη οργανικής αιτιολογίας και σε λειτουργικά και έχουν διάρκεια περισσότερο από 2 μήνες με ένα τουλάχιστο επεισόδιο ανά εβδομάδα. Συμπτώματα και σημεία ενδεικτικά οργανικής νόσου αποτελούν τα εξής:

- Απώλεια βάρους ή επιβράδυνση της αύξησης
- Εξωεντερικές εκδηλώσεις (πυρετός, αρθρίτιδα)
- Παρατενόμενη διάρροια
- Έντονοι έμετοι, δυσφαγία
- Αίμα στα κόπρανα

- Εντόπιση του πόνου δεξιά άνω ή κάτω κοιλιακού τεταρτημόριου
- Πόνος που ξυπνά το παιδί το βράδυ
- Θετικό οικογενειακό ιστορικό έλκους/Φλεγμονώδους νοσήματος εντέρου
- Παθολογική φυσική εξέταση

Τα λειτουργικά κοιλιακά άλγη σύμφωνα με τα κριτήρια της Ρώμης διαχωρίζονται σε 4 κλινικές οντότητες.

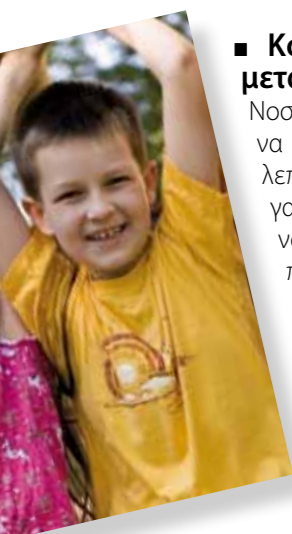
- Κοιλιακά άλγη που συνδυάζονται με δυσπεψία
- Κοιλιακά άλγη που συνδυάζονται με μεταβολή συνηθειών του εντέρου
- Παροξυσμικά κοιλιακά άλγη
- Σύνδρομο λειτουργικών κοιλιακών αλγών

■ **Τα χρόνια κοιλιακά άλγη που συνδυάζονται με δυσπεψία**, μπορεί να συνοδεύονται δηλαδή με εμέτους, ναυτία, αίσθημα καύσου, αναγωγές, ερυγές. Πρέπει να αποκλείονται οργανικά νοσήματα όπως γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος, πεπτικό έλκος, γαστρίτιδα από *Helicobacter pylori*, ηωσινοφιλική γαστρίτιδα, χολολιθίαση, παγκρεατίτιδα. Διαφορετικά μπορεί όμως να αποδοθούν και σε μία οντότητα που ονομάζεται λειτουργική δυσπεψία και χαρακτηρίζεται από την απουσία συμπτωμάτων «ενδεικτικών» για οργανική νόσο και φυσιολογικό εργαστηριακό έλεγχο.

Πιστεύεται ότι υπάρχει αυξημένη σπλαχνική υπερευαισθησία που αποδίδεται σε διαταραχή αλληλεπίδρασης νευρώνων εγκεφάλου-εντέρου



Όσον αφορά την πρόγνωση, η χρονιότητα και εμμονή των συμπτωμάτων σχετίζεται με τη συμπεριφορά των γονέων στο πρόβλημα



■ Κοιλιακά άλγη που συνδυάζονται με μεταβολή των συνηθειών του εντέρου.

Νοσήματα οργανικής αιτιολογίας που πρέπει να αποκλείονται είναι η μερική απόφραξη του λεπτού εντέρου, κοιλιοκάκη, ηωσινοφιλική γαστρεντεροπάθεια, ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι εντέρου, δυσανεξία στη λακτόζη. Ο πόνος ή η διάρροια που αφυπνίζει το παιδί τη νύκτα, η απώλεια βάρους, η επιβράδυνση της αύξησης, οι εξωεντερικές εκδηλώσεις, το αίμα στα κόπρανα, το θετικό οικογενειακό ιστορικό για φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, η αναιμία αποτελούν ευρήματα ενδεικτικά για ύπαρξη οργανικού νοσήματος

Το σύνδρομο ευερεθίστου εντέρου υπάρχει και στην παιδική ηλικία είναι λειτουργικής αιτιολογίας και χαρακτηρίζεται από κοιλιακά άλγη άνω των δύο μηνών και συνοδεύεται τουλάχιστον με 2 ή περισσότερα από τα ακόλουθα

- ★ Βελτίωση με αφόδευση
 - ★ Εναρξη πόνου με αλλαγή συχνότητας κενώσεων (λιγότερες από 2/εβδομάδα ή περισσότερες από 4 την ημέρα)
 - ★ Εναρξη πόνου με αλλαγή σύστασης κενώσεων
- Σύνδρομο λειτουργικών κοιλιακών αλγών χαρακτηρίζεται από συνεχές ή κατά διαστήματα κοιλιακό άλγος που διαρκεί περισσότερο από 2 μήνες

χωρίς να συνοδεύεται από δυσπεψία ή μεταβολή των συνηθειών του εντέρου αλλά υπάρχουν συμπτώματα όπως κεφαλαλγία ή πόνος στα άκρα ή διαταραχές ύπνου

- Τα παροξυσμικά κοιλιακά άλγη διακρίνονται από συνεχές ή κατά διαστήματα κοιλιακό άλγος άνω των 2 μηνών χωρίς συνοδά συμπτώματα.

Το σύνδρομο λειτουργικών κοιλιακών αλγών και τα παροξυσμικά κοιλιακά άλγη πρέπει να διαχωρίζονται από καταστάσεις όπως δυσκοιλιότητα, παρασιτική λοίμωξη εντέρου, δυσανεξία υδατανθράκων, ατελής περιστροφή εντέρου, ηωσινοφιλική γαστρεντεροπάθεια, νόσος Crohn.

Έλεγχος θα γίνει αν τα συμπτώματα επιδεινώνονται με τον καιρό ή υπάρχει από την αρχή ένδειξη για οργανική νόσο.

Η διερεύνηση των χρόνιων κοιλιακών αλγών στηρίζεται στο συνδυασμό του ιστορικού και της φυσικής εξέτασης καθώς και του εργαστηριακού, ακτινολογικού ελέγχου και της ενδοσκόπησης.

- Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει την καταγραφή του βάρους, ύψους, ρυθμού ανάπτυξης, στάδιου ενήβωσης, και της εξέτασης κατά συστήματα. Από την εξέταση της κοιλιάς αναζητούμε την εντόπιση πόνου, την ύπαρξη αναπηδώσας ευαισθησίας ή μάζας, το μέγεθος ήπατος, σπληνός, καθώς απαραίτητη είναι η εξέταση της περιπρωκτικής περιοχής.

- Από τις εργαστηριακές δοκιμασίες η γενική αίματος, ο τύπος των λευκών, TKE CRP, γενική ούρων, καλλιέργεια, γενική κοπράνων, καλλιέργεια και παρασιτολογική, βιοχημικοί δείκτες, αμυλάση, αντισώματα για κοιλιοκάκη και η δοκιμασία λακτόζης μπορεί να βοηθήσουν
- Από τις ακτινολογικές εξετάσεις το υπερηχογράφημα κοιλιάς δίνει πληροφορίες για νοσήματα ήπατος - χοληφόρων- παγκρέατος και ουροποιογεννητικού συστήματος. Η διάβαση οισοφάγου-στομάχου-12λου με παρατεταμένες λήψεις βοηθά στον εντοπισμό ανατομικών ανωμαλιών και προβλημάτων κινητικότητας, ενώ ο βαριούχος υποκλυσμός μπορεί να έχει ένδειξη σε κάποιες περιπτώσεις έντονης δυσκοιλιότητας
- Τέλος ο ενδοσκοπικός έλεγχος σήμερα βοηθά σημαντικά στη διερεύνηση των χρόνιων κοιλιακών αλγών στα παιδιά.

Ενδείξεις ενδοσκόπησης ανωτέρου πεπτικού στα παιδιά αυτά είναι:

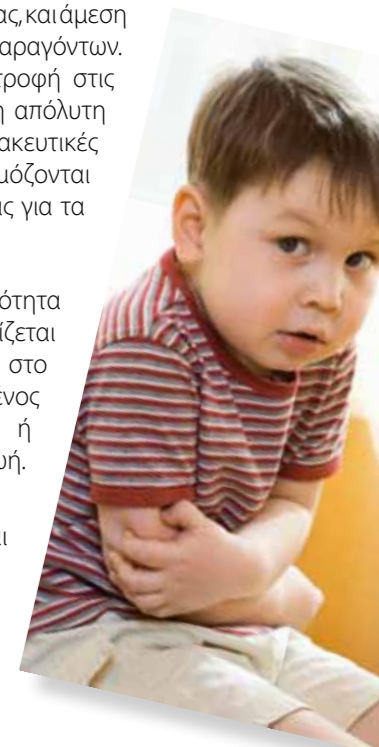
- Επίμονος πόνος άνω κοιλιάς μη ανταποκρινόμενος σε συμπτωματική αγωγή
- Πόνος άνω κοιλιάς με συνοδά συμπτώματα (επίμονη ναυτία, έμετοι, απώλεια βάρους, αίμα στα κόπρανα, νυκτερινό ξύπνημα)

Ενδείξεις διαγνωστικής κολονοσκόπησης αποτελούν ο ανεξήγητος επίμονος πόνος κάτω κοιλιάς, καθώς και η υποψία Φλεγμονώδους Νόσου Εντέρου

Όταν αποκλειστεί οργανικό νόσημα και τα συμπτώματα αποδοθούν σε λειτουργική αιτιολογία χρειάζεται ενημέρωση και εκπαίδευση οικογένειας, και άμεση αντιμετώπιση των ψυχολογικών παραγόντων. Στόχος της θεραπείας είναι η επιστροφή στις κανονικές δραστηριότητες και όχι η απόλυτη εξαφάνιση του πόνου, ενώ φαρμακευτικές θεραπείες που μπορεί να εφαρμόζονται στους ενήλικες είναι αμφιβόλου αξίας για τα παιδιά..

Όσον αφορά την πρόγνωση, η χρονιότητα και εμμονή των συμπτωμάτων σχετίζεται με την συμπεριφορά των γονέων στο πρόβλημα, ενώ υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για ευερέθιστο έντερο ή διαταραχές ψυχισμού στην ενήλικη ζωή.

Συμπερασματικά, το ιστορικό και η φυσική εξέταση κατευθύνουν σημαντικά τη διαγνωστική προσέγγιση στο παιδί με τα χρόνια κοιλιακά άλγη. Εργαστηριακές εξετάσεις διενεργούνται όταν υπάρχουν «σημεία κινδύνου». Όταν δεν υπάρχουν, δεν είναι απαραίτητες παρά μόνο για εφησυχασμό των γονέων. Τα χαρακτηριστικά της οικογένειας παρά τα χαρακτηριστικά του παιδιού επηρεάζουν την χρονιότητα του προβλήματος.



Απαραίτητα ω-3 λιπαρά οξέα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης



Τα απαραίτητα ω-3 λιπαρά οξέα αποτελούν ένα είδος ευεργετικών για την υγεία μορφών διατροφικού λίπους.



Τα απαραίτητα ω-3 λιπαρά οξέα βρίσκονται κυρίως σε ψάρια, θαλασσινά και ιχθυέλαια, και σε μικρότερες συγκεντρώσεις στο tofu (τυρί σόγιας), στα αμύγδαλα, στα καρύδια, και σε μερικά φυτικά έλαια, όπως το λινέλαιο

Τι είναι τα απαραίτητα ω-3 λιπαρά οξέα και σε ποια τρόφιμα βρίσκονται;

Τα απαραίτητα ω-3 λιπαρά οξέα αποτελούν ένα είδος ευεργετικών για την υγεία μορφών διατροφικού λίπους. Ονομάζονται απαραίτητα καθώς δεν μπορεί να τα συνθέσει ο ανθρώπινος οργανισμός από μόνος του αλλά απαιτείται η πρόσληψή τους από την τροφή. Τα απαραίτητα ω-3 λιπαρά οξέα βρίσκονται κυρίως σε ψάρια, θαλασσινά και ιχθυέλαια, και σε μικρότερες συγκεντρώσεις στο tofu (τυρί σόγιας), στα αμύγδαλα, στα καρύδια, και σε μερικά φυτικά έλαια, όπως το λινέλαιο (λάδι από λιναρόσπορο). Στον πίνακα που ακολουθεί συνοψίζονται οι κυριότερες διατροφικές πηγές απαραίτητων ω-3 λιπαρών οξέων.

Ποιά είναι η χρησιμότητα της πρόσληψης απαραίτητων ω-3 λιπαρών οξέων κατά την εγκυμοσύνη και το θηλασμό;

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η διατροφική κατανάλωση λιπαρών τροφίμων τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και του θηλασμού επηρεάζει σημαντικά την ανάπτυξη και την υγεία του εμβρύου και του βρέφους, αντίστοιχα. Πιο συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά την πρώτη βρεφική ηλικία τα ω-3 λιπαρά οξέα, με κυριότερο το δοκοσοεξανοϊκό οξύ (DHA), είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος του παιδιού. Ο ανθρώπινος οργανισμός έχει την ικανότητα να παράγει ενδογενώς DHA από ένα άλλο επίσης απαραίτητο λιπαρό οξύ που προσλαμβάνεται από τη διατροφή, το α-λινολενικό οξύ. Μάλιστα η ικανότητα μετατροπής του α-λινολενικού οξέος σε DHA φαίνεται να είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες, καθώς με αυτόν τον τρόπο καλύπτονται ευκολότερα οι ανάγκες σε DHA του κυοφορούντος εμβρύου αλλά και του βρέφους που θηλάζει. Πολλές όμως κλινικές μελέτες σε ανθρώπους δείχνουν ότι η συμβολή της ενδογενούς μετατροπής του α-λινολενικού οξέος σε DHA είναι μάλλον περιορισμένη, με αποτέλεσμα να είναι αναγκαία η διατροφική πρόσληψη προ-σχηματισμένου DHA για την κάλυψη των αναγκών του αναπτυσσόμενου εμβρύου ή βρέφους. Το διατροφικά προσλαμβανόμενο DHA μεταφέρεται τελικά μέσω του πλακούντα στο έμβryo με τη βοήθεια ειδικών πρωτεϊνικών μορίων, συμβάλλοντας στη μείωση του κινδύνου γέννησης πρόωρων βρεφών κατά 31%, καθώς και στην αύξηση σε φυσιολογικά πλαίσια του βάρους γέννησης κατά 47 έως 54 γραμμάρια. Η εξασφάλιση επαρκούς διατροφικής πρόσληψης ω-3 λιπαρών οξέων, ιδιαίτερα DHA, από γυναίκες που εγκυμονούν ή θηλάζουν έχει επίσης σχετιστεί θετικά με την ενίσχυση της όρασης, της νοημοσύνης, της συγκέντρωσης, των αντανακλαστικών και του ανοσοποιητικού συστήματος του παιδιού. Τέλος, σημαντικά οφέλη από την πρόσληψη ω-3 λιπαρών οξέων μπορούν να προκύψουν και για την ίδια τη μητέρα, καθώς η συχνή πρόσληψη τους από

Διατροφικές πηγές ω-3 λιπαρών οξέων	γραμμ. ανά 100 γραμμ. τροφίμου
Σολομός Ατλαντικού (ιχθυοτροφείου)	1,8
Σαρδέλα (κονσερβοποιημένη)	1,7
Ρέγκα (καπνιστή)	1,2
Σκουμπρί	1,0
Πέστροφα (ιχθυοτροφείου)	0,7
Τόνος (κονσερβοποιημένος)	0,7
Βακαλάος	0,5
Γλώσσα	0,4
Μύδια	0,7
Στρείδια	0,5
Χτένια	0,3
Αχιβάδες	0,2
Γαρίδες	0,3

Πηγή: Αμερικάνικο Υπουργείο Γεωργίας (USDA)

ενήλικες έχει συσχετιστεί με βελτίωση της μνήμης αλλά και άλλων εγκεφαλικών και ψυχολογικών λειτουργιών. Επιπλέον, η αντιφλεγμονώδης δράση των ω-3 λιπαρών οξέων αποτελεί σημαντική ασπίδα του οργανισμού, τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου ή του βρέφους που θηλάζει από τον κίνδυνο φλεγμονής, αλλεργικών αντιδράσεων, νεοπλασιών και καρδιαγγειακής νόσου.

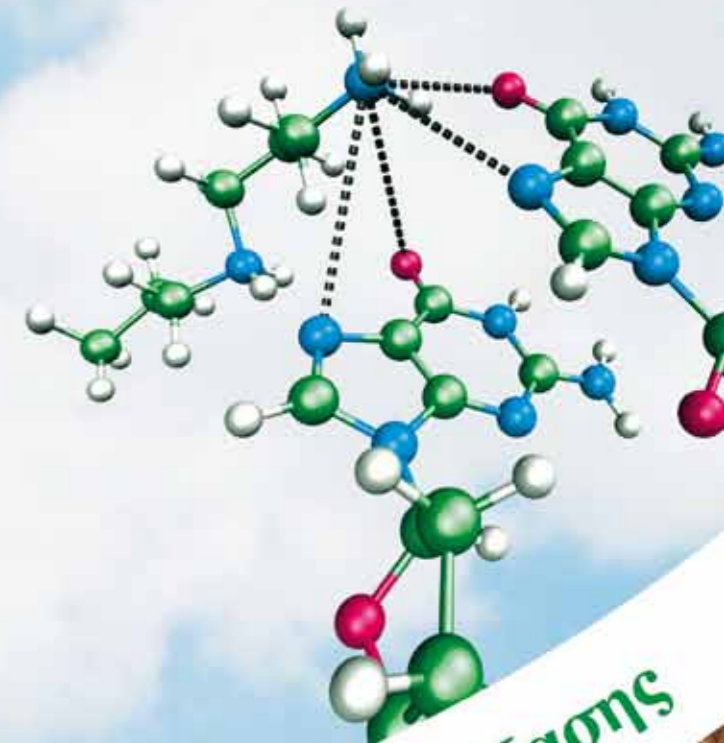
Ποιά είναι η συνιστώμενη διατροφική πρόσληψη ω-3 λιπαρών οξέων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού;

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα κατά την εγκυμοσύνη και το θηλασμό συστήνεται η ημερήσια διατροφική πρόσληψη από τη μητέρα τουλάχιστον 200 mg DHA. Η κάλυψη των διατροφικών συστάσεων σε DHA μπορεί με ασφάλεια να επιτευχθεί από την κατανάλωση δύο έως τριών μερίδων λιπαρών ψαριών την εβδομάδα, όπως σαρδέλας, κολιού και σολομού. Αντιθέτως, η κατανάλωση μεγάλων ψαριών που βρίσκονται υψηλότερα στην τροφική αλυσίδα, όπως ο ξιφίας, αντενδείκνυται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού, καθώς στα ψάρια αυτά συχνά ανευρίσκονται υψηλές συγκεντρώσεις τοξικών ρυπαντών, όπως ο υδράργυρος, οι διοξίνες και τα πολυχλωριωμένα διφαινύλια, ουσίες που μπορούν να επιβαρύνουν τη νευρολογική ανάπτυξη του εμβρύου ή του βρέφους. Η εξασφάλιση ποικιλίας και ισορροπίας στη διατροφή της εγκύου και της θηλάζουσας είναι δύο βασικές προϋποθέσεις για την κάλυψη των διατροφικών τους αναγκών τόσο σε ω-3 λιπαρά οξέα όσο και σε όλα τα υπόλοιπα θρεπτικά συστατικά που είναι εξίσου σημαντικά για την φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού. Σε περιπτώσεις όμως κατά τις οποίες η κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε ω-3 λιπαρά οξέα, όπως των ψαριών, είναι πολύ μικρότερη της συνιστώμενης μπορούν εναλλακτικά να καταναλωθούν τρόφιμα εμπλουτισμένα με αυτά. Λαμβάνοντας υπόψη τα μηνύματα της σύγχρονης εποχής, σύμφωνα με τα οποία η διατροφική πρόσληψη ω-3 λιπαρών οξέων από το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού δεν φαίνεται να καλύπτει τις υπάρχουσες συστάσεις, η βιομηχανία τροφίμων έχει προχωρήσει στον εμπλουτισμό διαφόρων τροφών που καταναλώνονται ευρέως (π.χ. γαλακτοκομικών, μαργαρινών κτλ.) ώστε να διευκολύνεται η πρόσληψη τους από το γενικό πληθυσμό. Τέλος, στο εμπόριο κυκλοφορούν αρκετά διατροφικά συμπληρώματα ω-3 λιπαρών οξέων, τα οποία θα μπορούσαν να χορηγηθούν συμπληρωματικά σε εγκύους ή θηλάζουσες που για διάφορους λόγους αποφεύγουν την κατανάλωση ψαριών ή δεν καλύπτουν τις συστάσεις.

Σημαντικά οφέλη από την πρόσληψη ω-3 λιπαρών οξέων μπορούν να προκύψουν και για την ίδια τη μητέρα, καθώς η συχνή πρόσληψή τους από ενήλικες έχει συσχετιστεί με βελτίωση της μνήμης αλλά και άλλων εγκεφαλικών και ψυχολογικών λειτουργιών



Galenica



Αδιάκοπη Αναζήτηση της Ύψους



Galenica a.e.

ΑΘΗΝΑ: Ελευθερίας 4, 145 64 Κηφισιά • Τηλ: 210 5281700, Fax: 210 5245939 • ΘΕΣΣ/ΚΗ: Κουντουριώτου & Φασιανού 2 • Τηλ: 2310 542685 • <http://www.galenica.gr>

Αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό σύστημα



Ένας ασθενής αιμορραγεί από το κατώτερο πεπτικό σύστημα όταν η εστία της αιμορραγίας εντοπίζεται στο λεπτό έντερο, στο παχύ έντερο ή στον πρωκτό. Η αιμορραγία αυτή εκδηλώνεται με αποβολή ερυθρού αίματος (αιματοχεσία) ή ερυθρομέλαινα κένωση και συνήθως δεν συνοδεύεται από εκδηλώσεις περιφερικής κυκλοφορικής ανεπάρκειας.

Τα συχνότερα αίτια αιμορραγίας κατώτερου πεπτικού είναι τα εκκολπώματα και οι αγγειοδυσπλασίες

Η αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό εμφανίζεται συνήθως σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας και είναι πολύ σπανιότερη αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο σε σχέση με την αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό. Είναι συχνότερη στους άνδρες και η επίπτωσή της αυξάνει προοδύσως της ηλικίας. Η θνητότητα κυμαίνεται από 2-4%, σύμφωνα με τα υπάρχοντα επιδημιολογικά δεδομένα.

Πώς εκδηλώνεται η αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό;

Η αιμορραγία από το παχύ έντερο σπάνια οδηγεί σε μεγάλη απώλεια αίματος. Όταν η εστία της εντοπίζεται στον πρωκτό, εκδηλώνεται με απώλεια μικρής ποσότητας ζωηρού ερυθρού αίματος, συνήθως κατά τις κενώσεις, που επαλείφει τα κόπρανα. Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν μόνο μερικές σταγόνες φρέσκου αίματος που μετατρέπεται στο νερό της τουαλέτας σε ρόδινο ή αναφέρουν παρουσία ερυθρών κηλίδων στο χαρτί της τουαλέτας. Όταν η εστία της αιμορραγίας είναι στο παχύ έντερο, και ειδικότερα στο αριστερό κόλον, εκδηλώνεται συνήθως με κένωση ερυθρού χρώματος (νωπό αίμα) ενώ η αιμορραγία από το δεξιό κόλον ή το λεπτό έντερο μπορεί να εμφανιστεί ως βυσσινόχρωμη κένωση. Στο 80% των περιπτώσεων οι ασθενείς με αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό δεν παρουσιάζουν αιμοδυναμικές διαταραχές. Όταν όμως η αιμορραγία είναι μεγάλη μπορεί να συνυπάρχουν συστηματικές εκδηλώσεις, όπως ταχυσφυγμία, ορθοστατική υπόταση, λιποθυμικό επεισόδιο ή και εικόνα shock.

Ποια είναι τα αίτια της αιμορραγίας;

Τα συχνότερα αίτια αιμορραγίας κατώτερου πεπτικού είναι τα εκκολπώματα και οι αγγειοδυσπλασίες. Άλλα αίτια αποτελούν οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντεροπάθειες, οι κολίτιδες λοιμώδους, ισχαιμικής ή μετακτινικής αιτιολογίας, οι πολύποδες, ο καρκίνος του παχέος εντέρου αλλά και καταστάσεις που αφορούν την περιοχή του πρωκτού

όπως οι αιμορροΐδες, η ραγάδα και το μονήρες έλκος. Στο 10% περίπου των περιπτώσεων η αιμορραγία προέρχεται από το λεπτό έντερο, ενώ στις περιπτώσεις βαριάς αιμορραγίας με σημεία σοβαρής περιφερικής κυκλοφορικής ανεπάρκειας το αίτιο μπορεί να βρίσκεται στο ανώτερο πεπτικό (10%).

Η εκκολπώματωση του παχέος εντέρου είναι συχνή νόσος και η επίπτωσή της αυξάνει σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών (30-50%). Τα αίτια δημιουργίας εκκολπώματων δεν είναι απολύτως γνωστά (διατροφικοί λόγοι, ευένδοτα σημεία του τοιχώματος του εντέρου). Υπολογίζεται ότι το 3% των ανθρώπων με εκκολπώματα θα αιμορραγήσουν στη διάρκεια της ζωής τους. Η αιμορραγία από εκκολπώματα είναι οξεία, ανώδυνη, μετρίου ή σοβαρού βαθμού και συνήθως αυτοπεριοριζόμενη (75-80%). Παρά ταύτα, αναφέρεται ότι το 25% των ασθενών αυτών θα υποτροπιάσουν μέσα στην επόμενη τετραετία. Αν και τα εκκολπώματα είναι συχνότερα στο αριστερό κόλον, στο 60% των περιπτώσεων η αιμορραγία οφείλεται σε εκκολπώματα του δεξιού κόλου.

Οι αγγειοδυσπλασίες αποτελούν ανώμαλες συλλογές διευρυσμένων αιμοφόρων αγγείων και συναντώνται κυρίως στο τυφλό και το ανιόν κόλον. Η αιτιολογία τους παραμένει άγνωστη, ενώ η συχνότητά τους αυξάνει με την πρόοδο της ηλικίας. Είναι στρογγυλές, αστεροειδείς ή δίκην πτερού. Αφορούν το 1-2% του γενικού πληθυσμού και ανευρίσκονται στο 3-6% των κολονοσκοπήσεων. Συνήθως είναι περισσότερες από μια και μπορεί να συνυπάρχουν με αγγειοδυσπλασίες του λεπτού εντέρου, του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου. Η αιμορραγία είναι ανώδυνη, σπάνια σοβαρή αλλά μπορεί να υποτροπιάζει.

Τα νεοπλάσματα και οι πολύποδες του παχέος εντέρου συνήθως προκαλούν ήπια και διαλείπουσα απώλεια αίματος από το ορθό, με προεξάρχοντα συμπτώματα την επιδεινούμενη δυσκοιλιότητα, τη σιδηροπενική αναιμία και την απώλεια βάρους. Η αφαίρεση (εκτομή) πολύποδων κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης μπορεί επίσης να προκαλέσει αιμορραγία είτε άμεσα είτε εντός 2-3 εβδομάδων από την εκτομή τους (σπάνια).

Η πρωκτική αιμορραγία μπορεί να οφείλεται σε ποικίλες αιτίες, με συχνότερες τις ραγάδες και τις αιμορροΐδες

Οι **ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντεροπάθειες (ελκώδης κολίτις, νόσος Crohn)** εκδηλώνονται συχνά με αιμορραγία από το ορθό η οποία όμως σπάνια είναι σοβαρή. Παρά ταύτα, το 6-10% των επειγουσών κολεκτομών σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα αφορούν ασθενείς με βαριά αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό. Διάφοροι **λοιμώδεις παράγοντες** που προσβάλλουν το βλεννογόνο του εντέρου μπορούν να προκαλέσουν απώλεια αίματος από το ορθό. Επίσης, ασθενείς μέσης ή μεγάλης ηλικίας με ιστορικό ισχαιμικής καρδιοπάθειας, περιφερική αγγειοπάθεια, σακχαρώδη διαβήτη ή χειρουργηθέν ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής μπορούν να εμφανίσουν **ισχαιμία του εντέρου** η οποία εκδηλώνεται με αιμορραγία, συνήθως ήπια που συνοδεύεται χαρακτηριστικά από κωλικοειδές κοιλιακό άλγος. Ασθενείς που έχουν ακτινοβοληθεί στην κοιλιά λόγω νεοπλασμάτων πυέλου μπορεί να αναπτύξουν **μετακτινική κολίτιδα** που εκδηλώνεται ενίοτε με αιματηρές διάρροιες. Οι βλάβες συνήθως εντοπίζονται στο ορθό και το σιγμοειδές με παρουσία ισχαιμι-

κών ελκών ή διάχυτη αιμορραγία του βλεννογόνου.

Η πρωκτική αιμορραγία μπορεί να οφείλεται σε ποικίλες αιτίες, με συχνότερες τις **ραγάδες** και τις **αιμορροΐδες**. Οι ραγάδες αποτελούν περιοχές τραυματισμού του πρωκτικού δακτυλίου με λύση της συνέχειας αυτού. Οι αιτίες της πρόκλησης των ραγάδων είναι η δυσκοιλιότητα και οι ογκώδεις κενώσεις. Η παρουσία αιμορροΐδων (διευσμένο φλεβικό δίκτυο του πρωκτικού σωλήνα) προκαλεί συνήθως ήπια αιμορραγία χωρίς πτώση του αιματοκρίτη ή σημεία υποογκαιμίας.

Τι πρέπει να κάνει ο γιατρός;

Η απώλεια αίματος με τις κενώσεις ανησυχεί σοβαρά τον ασθενή και συνήθως τον οδηγεί στο νοσοκομείο. Πριν προχωρήσει σε διαγνωστικούς χειρισμούς ο γιατρός οφείλει να εκτιμήσει τη γενική κατάσταση του ασθενούς και τις ανάγκες του σε μεταγγίσεις αίματος με διενέργεια επειγουσών εργαστηριακών εξετάσεων. Προσδιορίζεται η ομάδα αίματος, ο αιματοκρίτης, τα αιμοπετάλια και ο χρόνος προθρομβίνης για να αποκλειστούν διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος, ιδίως σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά.

Η λεπτομερής λήψη του ιστορικού έχει μεγάλη σημασία. Έτσι διευκρινίζεται αν πρόκειται για το πρώτο επεισόδιο ή υποτροπή, αν ο ασθενής έχει καταναλώσει τροφές που χρωματίζουν κόκκινα τα κόπρανα (π.χ. παντζάρια) ή αν έχει λάβει φάρμακα που προδιαθέτουν σε αιμορραγία (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, ασπιρίνη, αντιπηκτικά). Επίσης, πρέπει να διερευνηθεί τυχόν ιστορικό ισχαιμικής καρδιοπάθειας, αρρυθμιών, χειρουργηθέντος ανeurύσματος κοιλιακής αορτής, ακτινοβοληθέντος νεοπλασματος πυέλου ή κίρρωσης ήπατος.

Η εξέταση της περιπρωκτικής περιοχής μπορεί να αναδείξει αιμορροΐδοπάθεια, ραγάδα δακτυλίου ή παρουσία περιπρωκτικών συριγγίων. Η **δακτυλική εξέταση** αποτελεί επίσης απαραίτητη εξέταση για τον έλεγχο του ορθού. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 40% των νεοπλασμάτων του ορθού μπορούν να ψηλαφηθούν κατά τη δακτυλική εξέταση. Επίσης, η άμεση **διενέργεια ορθοσκόπησης** στο χώρο των επειγόντων μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη διάγνωση. Μπορεί να βρεθούν εσωτερικές αιμορροΐδες, πολύποδες, όγκοι ή εικόνα φλεγμονής του βλεννογόνου.

Ποιες εξετάσεις χρησιμοποιούμε για τη διάγνωση;

Η **κολonosκόπηση** αποτελεί σήμερα τη σημαντικότερη εξέταση για τη διάγνωση της νόσου που είναι υπεύθυνη για την αιμορραγία. Μερικές φορές μπορεί να γίνει κατά τη διάρκεια της οξείας αιμορραγίας, εφόσον ο ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερός, αλλά συνήθως γίνεται αφού αυτή έχει σταματήσει. Για να γίνει κολonosκόπηση είναι απαραίτητος ο καλός καθαρισμός του παχέος εντέρου από κόπρανα, ώστε να είναι ορατές επίπεδες βλάβες, όπως για παράδειγμα οι αγγειοδυσπλασίες.

Σε περιπτώσεις σοβαρής αιμορραγίας, το **σπινθηρογράφημα** με ενδοφλέβια έγχυση κολλοειδούς τεχνητίου (^{99mTc}) μπορεί να αναδείξει αδρά την περιοχή που αιμορραγεί, με την εξαγωγή του ραδιοφαρμάκου και τη συγκέντρωσή του στο σημείο της αιμορραγίας. Επίσης, το δυναμικό σπινθηρογράφημα με ραδιενεργό τεχνήτιο χρησιμοποιείται για την εντόπιση έκτοπου γαστρικού βλεννογόνου σε μεκέλεια απόφυση, που μπορεί να εξελκωθεί και να αιμορραγήσει. Σε βαριά αιμορραγία, που ο ρυθμός εξαγωγής του αίματος ξεπερνά τα 1-2ml το λεπτό, η **διενέργεια αγγειογραφίας** παρέχει διαγνωστικά ευρήματα αναδεικνύοντας δυσπλαστικά αγγεία ή εξαγγείωση αίματος προς τον εντερικό αυλό.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το 40% των νεοπλασμάτων του ορθού μπορούν να ψηλαφηθούν κατά τη δακτυλική εξέταση

Σε ορισμένους ασθενείς η αιμορραγία έχει διαλείποντα χαρακτήρα και, παρά τον ενδελεχή έλεγχο με γαστροσκόπηση, κολonosκόπηση και/ή αγγειογραφία, δεν είναι δυνατόν να εντοπισθεί η αιμορραγούσα βλάβη. Στους ασθενείς αυτούς είναι απαραίτητη η διερεύνηση του λεπτού εντέρου. Αυτό μπορεί να γίνει με ειδικό εντεροσκόπιο (double balloon enteroscopy) το οποίο φθάνει τουλάχιστον μέχρι τη μεσότητα του ειλεού, ενώ στο 20% των περιπτώσεων ελέγχει όλο το λεπτό έντερο. Τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκε η **ενδοσκόπηση με βιντεοκάψουλα** η οποία καταπίνεται από τον ασθενή και προωθείται στο λεπτό έντερο με τις περισταλτικές κινήσεις. Η κάψουλα εκπέμπει ηλεκτρονικές εικόνες που μεταβιβάζονται σε δέκτη και αναλύονται από ηλεκτρονικό υπολογιστή. Μελέτες έδειξαν ότι η κάψουλα μπορεί να θέσει τη διάγνωση στο 90% των περιπτώσεων ενεργού αιμορραγίας από το λεπτό έντερο και πλεονεκτεί όλων των άλλων μεθόδων.

Η κολonosκόπηση αποτελεί σήμερα τη σημαντικότερη εξέταση για τη διάγνωση της νόσου που είναι υπεύθυνη για την αιμορραγία



Ελλείψεις... Χορτοφαγίας

Η ανασκόπηση πρόσφατης επιστημονικής βιβλιογραφίας υποδεικνύει ότι η χορτοφαγική διαίτα σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης μη-ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη (τύπου 2), καρκίνου μαστού ή παχέος εντέρου, αλλά και προβλημάτων σε χοληδόχο κύστη και καρδιαγγειακό σύστημα.

Δεν αποδεικνύεται πως η χορτοφαγική διαίτα υπερέρχει σημαντικά έναντι μιας διατροφής με ποικιλία τροφίμων

Παρ' όλα αυτά, δεν αποδεικνύεται πως η χορτοφαγική διαίτα υπερέρχει σημαντικά έναντι μιας διατροφής με ποικιλία τροφίμων.

Από τις κατηγορίες των χορτοφάγων (ημι-χορτοφάγοι, γαλακτο-χορτοφάγοι, ωο-χορτοφάγοι, γαλακτο-ωο-χορτοφάγοι, αυστηρά χορτοφάγοι), αυτή που διατρέχει το μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών ελλείψεων, είναι αυτή που αποκλείει ταυτόχρονα δύο πολύ σημαντικές ομάδες τροφίμων, αυτές των γαλακτοκομικών και του κρέατος (αυστηρά χορτοφάγοι). Όλοι οι χορτοφάγοι όμως κινδυνεύουν από έλλειψη πρωτεϊνών, αλλά και σημαντικών βιταμινών (π.χ. D, B12, B2, φυλλικό οξύ) και μετάλλων (π.χ. σίδηρος, ασβέστιο και ψευδάργυρος). Τα στοιχεία αυτά συνιστούν δομικά συστατικά του οργανισμού ή διαδραματίζουν ρόλο σε κύριες λειτουργίες αυτού.

Πρωτεΐνη

Ο σχεδιασμός ενός χορτοφαγικού διαιτολογίου θα πρέπει να γίνεται προσεκτικά, ούτως ώστε να είναι δυνατή η ποσοτική, αλλά κυρίως η ποιοτική, υποκατάσταση της ζωικής πρωτεΐνης. Σε υποκατάσταση της τελευταίας, θα πρέπει να παρέχεται από συνδυασμό τροφών πλήρης πρωτεΐνη, που περιέχει δηλαδή όλα τα βασικά αμινοξέα.

Εκ πρώτης, τα όσπρια αποτελούν πηγή πρωτεΐνης, χαμηλής όμως βιολογικής αξίας, λόγω της έλλειψης ορισμένων απαραίτητων αμινοξέων για τον οργανισμό μας. Ωστόσο, πολλά από τα υπολειπόμενα στα όσπρια αμινοξέα βρίσκονται σε δημητριακά και αμυλούχα τρόφιμα (ρύζι, μακαρόνια, πατάτα κ.α.). Οπότε, ο συνδυασμός των οσπρίων με δημητριακά/ αμυλούχα (π.χ. φακές με ρύζι, ρεβίθια με πατάτα, φασόλια με σιτάρι, ρεβίθια με πιλάφι, φακές με πλιγούρι κ.α.) αποτελεί μια καλή εναλλακτική λύση, απόντος του κρέατος από τη διατροφή μας. Παρόμοια εναλλακτική συνιστά ο συνδυασμός οσπρίων με ταχίνι (π.χ. φακές ή φασόλια με χαλβά), αλλά και ψωμιού με ταχίνι ή φιστικοβούτυρο. Επιπλέον, καλές πηγές πρωτεΐνης θεωρούνται τα θαλασσινά, οι ξηροί καρποί και η σόγια.

Σίδηρος

Είναι δεδομένο ότι η αποχή από το κρέας – και δη το κόκκινο κρέας – σχετίζεται με μειωμένη πρόσληψη σιδήρου. Επιπλέον, ο φυτικός σίδηρος απορροφάται σε μικρές ποσότητες (μόλις το 7-8% μ.ο. έναντι 25% μ.ο. από τις ζωικές πηγές), εξαιτίας της παρουσίας ορισμένων συστατικών (π.χ. φυτικό οξύ, τανίνες) που υπάρχουν σε φυτικά τρόφιμα. Ως καλές πηγές (μη αιμικού) σιδήρου θεωρούνται τα θαλασσινά, τα όσπρια, το μπρόκολο, το λάχανο, το κουνουπίδι και ο χαλβάς.

Σε υποκατάσταση του αιμικού/ ζωικού σιδήρου, προτείνεται ο συνδυασμός φυτικών πηγών σιδήρου με ουσίες που αυξάνουν την απορρόφησή του. Έτσι λοιπόν συστήνεται ο συνδυασμός οσπρίων με βιταμίνη C (π.χ. ντομάτα, πιπεριά, φράουλα, πορτοκάλι, λεμόνι κ.α.), μπαχαρικά (π.χ. ρίγανη, μαύρο πιπέρι, μαϊντανό κ.α.), β-καροτένιο (π.χ. καρότο, πιπεριά κ.α.) και μηλικό οξύ (π.χ. μήλο, αχλάδι). Επιπλέον, συνδυάστε θαλασσινά με φασολάκια ή σπαράγγια.

Σε κάθε περίπτωση, να αποφεύγεται η κατανάλωση καφέ, τσαγιού ή σοκολάτας, έως και η ώρα μετά από γεύμα που περιέχει σίδηρο, καθώς η καφεΐνη εμποδίζει σημαντικά την απορρόφηση του περιεχόμενου σιδήρου.

Βέβαια, παρουσία σημαντικής σιδηροπενικής αναιμίας, οι χορτοφάγοι θα πρέπει να λαμβάνουν συμπλήρωμα σιδήρου, με σύμφωνη γνώμη και παρακολούθηση ιατρού.

Βιταμίνη B12 και Φυλλικό οξύ

Η μη κατανάλωση κρέατος μπορεί να προκαλέσει ανεπάρκεια βιταμίνης B12 (σुकώτι, μοσχάρι) και φυλλικό οξέος (σुकώτι, μοσχάρι, αυγά). Και οι δυο βιταμίνες σχετίζονται με την ανάπτυξη των ερυθρών αιμοσφαιρίων, σε βαθμό που η έλλειψή τους να συνεπάγεται σοβαρή αναιμία (μεγαλοβλαστική αναιμία). Συνήθως τα επίπεδα τους στο αίμα των χορτοφάγων είναι χαμηλά.

Καλές πηγές βιταμίνης B12 θεωρούνται τα θαλασσινά, το γάλα σόγιας και τα εμπλουτισμένα δημητριακά πρωινού.

Βέβαια, είναι πολύ πιθανό να χρειαστεί ένας χορτοφάγος και διατροφικό συμπλήρωμα B12.

Αφετέρου, το φυλλικό οξύ απαντάται σε πράσινα φυλλώδη λαχανικά (σπανάκι, ρόκα), μπανάνα, σπαράγγια, όσπρια, αβοκάντο και πορτοκάλι.

Ψευδάργυρος

Κάτι παρόμοιο ισχύει και για τα επίπεδα ψευδαργύρου στο αίμα των χορτοφάγων. Καθώς απαντάται κυρίως σε κρέας (λευκό και κόκκινο), συκώτι, αυγά και γάλα, είναι επόμενο τα επίπεδα του στο αίμα να είναι αρκετά μειωμένα. Ανεπάρκειά του συνεπάγεται πτώση του ανοσοποιητικού, του αναπαραγωγικού και του γαστρεντερικού συστήματος, καθώς και συναισθηματικές διαταραχές. Εναλλακτικά, καλές πηγές ψευδαργύρου συνιστούν τα φασόλια, τα φιστίκια και τα εμπλουτισμένα δημητριακά πρωινού.

Ασβέστιο

Τέλος, οι αυστηρά χορτοφάγοι, που δεν καταναλώνουν κρέας, αυγά, ψάρια και γαλακτοκομικά προϊόντα, διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο έλλειψης ασβεστίου. Ως γνωστόν βέβαια, το ασβέστιο είναι απαραίτητο για την ανάπτυξη και διατήρηση της καλής υγείας των οστών και των δοντιών, μεταξύ άλλων. Οι παροικούντες περιοχές χωρίς σημαντική ηλιοφάνεια κινδυνεύουν και από έλλειψη βιταμίνης D, που συμμετέχει στο μεταβολισμό του ασβεστίου. Επιπλέον, θα πρέπει να εξασφαλίζεται η κάλυψη της συνιστώμενης ημερήσιας πρόσληψης βιταμίνης K και μαγνησίου, που συμβάλλουν στην καλή υγεία/ επιμετάλλωση των οστών.

Καλές φυτικές πηγές ασβεστίου θεωρούνται τα όσπρια, οι ξηροί καρποί, ο χαλβάς, το μπρόκολο και κουνουπίδι. Συστήνεται ο συνδυασμός οσπρίων με πηγές βιταμίνης K (π.χ. φακές με πατάτα, αρακάς με αγκινάρες), σταυρανθών λαχανικών με θαλασσινά – ως πηγές βιταμίνης D (π.χ. γαρίδες με μπρόκολο, μύδια με λάχανο) και σπανακιού/ πράσου με πηγή μαγνησίου (π.χ. ρύζι).

Προσοχή

Σε κάθε περίπτωση βέβαια, συστήνεται η παρακολούθηση της πορείας της υγείας του χορτοφάγου τόσο από τον οικογενειακό ιατρό όσο και από τον ειδικευμένο διαιτολόγο. Θα πρέπει βέβαια να αξιολογείται, ανά περίπτωση, η ανάγκη συνταγογράφησης μεμονωμένων διατροφικών συμπληρωμάτων, ανάλογα με τις ελλείψεις του κάθε οργανισμού, με σκοπό να θωρακίζεται η υγεία του ανοσοποιητικού, καρδιαγγειακού και κεντρικού νευρικού συστήματος του ατόμου.

Σε κάθε περίπτωση βέβαια, συστήνεται η παρακολούθηση της πορείας της υγείας του χορτοφάγου τόσο από τον οικογενειακό ιατρό όσο και από τον ειδικευμένο διαιτολόγο



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΑΤΤΙΚΗΣ



Κιν.: 6944.025.788

E-mail: info@crohnhellas.gr

Ιστοσελίδα Συλλόγου:

<http://www.crohnhellas.gr>



• **Αναγνώστης μας, 50 ετών, γράφει σχετικά με το πρόβλημα το οποίο τον απασχολεί. Εδώ και αρκετό χρονικό διάστημα, στις περιοδικές αιματολογικές εξετάσεις στις οποίες υποβάλλεται ετησίως, διαπιστώνεται αυξημένη τιμή τρανσαμινασών. Υποβλήθηκε σε υπερηχογράφημα άνω κοιλίας, με σύσταση του θεράποντος γαστρεντερολόγου και διαπιστώθηκε λιπώδες ήπαρ. Εκτός από παθολογικές τρανσαμινασές ο αναγνώστης μας έχει υψηλή τιμή τριγλυκεριδίων (300mg/dl), χοληστερίνης (280 mg/dl), τιμή σακχάρου αίματος 118 mg/dl και ελαφρά αυξημένη αρτηριακή πίεση (συστολική, 140-150 mmHg). Έχει ύψος 1,75 m και ζυγίζει 90 Kg, ενώ πίνει 1 μικρό ποτήρι κρασί κάθε Σάββατο και Κυριακή. Ο γαστρεντερολόγος του τον υπέβαλε σε εκτενή εργαστηριακό έλεγχο για την ανίχνευση πιθανών αιτιών ηπατικής νόσου (χρόνιες ιογενείς ηπατίτιδες κ.α), ο οποίος ήταν αρνητικός. Ο γιατρός πιστεύει ότι πάσχει από μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα και του συνέστησε να χάσει βάρος και να διορθώσει τη δυσλιπιδαιμία. Ο αναγνώστης μας ρωτά εάν αυτό είναι σοβαρό και εάν υπάρχει κάποιο φάρμακο το οποίο μπορεί να πάρει. Επίσης ρωτά εάν πρέπει να διακόψει εντελώς το ποτό.**

Η μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα είναι χρόνια ηπατική φλεγμονή προκαλούμενη από την παρουσία λίπους στο ήπαρ ασθενών οι οποίοι δεν κάνουν κατάχρηση αλκοόλ. Συχνά οι ασθενείς αυτοί είναι παχύσαρκοι, έχουν υψηλή χοληστερίνη ή/και τριγλυκερίδια, πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη ή έχουν παθολογική ανοχή στη γλυκόζη. Επίσης συχνά εμφανίζουν αρτηριακή υπέρταση. Τα παραπάνω θεωρούνται και παράγοντες κινδύνου για τη νόσο. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διάγνωση της μη αλκοολικής στεατοηπατίτιδας είναι ο αποκλεισμός άλλων αιτιών ηπατικής νόσου. Αν και η διάγνωση τεκμηριώνεται με βεβαιότητα μόνο με βιοψία ήπατος, στην περίπτωση σας, η παρουσία λίπους στο ήπαρ, σε συνδυασμό με την απουσία άλλου αιτίου και με την παρουσία των κλασικών παραγόντων κινδύνου καθιστούν την διάγνωση της νόσου σχεδόν σίγουρη. Η στεατοηπατίτιδα, σε αντίθεση με ότι πιστεύαμε στο παρελθόν, δεν είναι μια εντελώς αθώα κατάσταση καθώς ένα ποσοστό (έως και 10%) από τους πάσχοντες ενδέχεται μακροχρόνια να αναπτύξει κίρρωση του ήπατος. Η θεραπεία της συνιστάται στην αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου με κατάλληλη διαίτα, με άσκηση και πιθανώς με φαρμακευτική αγωγή. Συνεπώς, κάθε φάρμακο που βοηθά στη διόρθωση των παραγόντων κινδύνου δρα θεραπευτικά για τη νόσο.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα φάρμακα που μειώνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη, όπως οι θειαζολινεδιόνες, τα οποία σε μικρές κλινικές μελέτες έχει φανεί τη βελτιώνουν την ιστολογική εικόνα σε ασθενείς με μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα. Τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη και επί του παρόντος δεν υπάρχει σαφής ένδειξη χορήγησής τους σε περίπτωση στεατοηπατίτιδας εφόσον δεν υπάρχει σακχαρώδης διαβήτης.

Όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ, στην περίπτωση σας μάλλον είναι εξαιρετικά μικρή. Μέχρι σήμερα οι κλινικές μελέτες δεν έχουν αποσαφηνίσει εάν είναι αναγκαία η διακοπή της μικρής λήψης αλκοόλ στην περίπτωση μη αλκοολικής στεατοηπατίτιδας. Εάν με τη διόρθωση των παραγόντων κινδύνου δεν υπάρξει βελτίωση ίσως ο γιατρός σας συζητήσει μαζί σας και το ενδεχόμενο βιοψίας ήπατος προκειμένου να οριστικοποιηθεί η διάγνωση και να ληφθούν οι κατάλληλες θεραπευτικές αποφάσεις.

• **Αναγνώστης, 45 ετών, μας ρωτά σχετικά με τη ραγάδα δακτυλίου του πρωκτού, η οποία τον ταλαιπωρεί εδώ και αρκετούς μήνες. Παρά το γεγονός ότι έχει ακολουθήσει αρκετές φορές θεραπεία με αλοιφές,**

τις οποίες του συνέστησε ο γαστρεντερολόγος του, ωστόσο δεν είχε ουσιαστική βελτίωση. Η τελευταία θεραπεία μάλιστα του προκαλούσε έντονο πονοκέφαλο και παρότι αρχικά τον βοήθησε στη συνέχεια η ραγάδα υποτροπίασε. Μας ρωτά τι επιπλέον μπορεί να κάνει ώστε να δώσει λύση στο πρόβλημά του.

Η ραγάδα είναι λύση της συνεχείας του δέρματος στο σημείο που ενώνεται με το βλεννογόνο του πρωκτού. Είναι επώδυνη, ιδιαίτερα κατά την αφόδευση, και συχνά συνοδεύεται με απώλεια μικρής ποσότητας αίματος. Διακρίνεται σε οξεία και χρόνια ανάλογα με τη διάρκεια της (μεγαλύτερη ή μικρότερη από 8 μήνες) και ορισμένα μορφολογικά χαρακτηριστικά.

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η ραγάδα είναι πρωτοπαθής, δηλαδή οφείλεται σε αυξημένο τόνο του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού ο οποίος «στραγγαλίζει» τα αγγία που τον διαπερνούν και αιματώνουν το υπερκείμενο δέρμα με συνέπεια αυτό να ισχαιμεί και να λυεται ώστε να σχηματισθεί η ραγάδα. Σε λίγες περιπτώσεις η ραγάδα αποτελεί εκδήλωση άλλων νόσων (δευτεροπαθής ραγάδα).

Στα πλαίσια της φαρμακευτικής θεραπείας, χρησιμοποιείται η τοπική εφαρμογή αλοιφής νιτρώδους, η οποία χαλαρώνει τον έσω σφιγκτήρα και αποκαθιστά την αιμάτωση με αποτέλεσμα ανακούφιση από τον πόνο και επούλωση. Ωστόσο, υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών, οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται ή υποτροπιάζουν με αποτέλεσμα να απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση (πλαγία έσω σφιγτηροτομή) για να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα. Υπάρχει βέβαια και η δυνατότητα μείωσης του τόνου του σφιγκτήρα με την τοπική έγχυση βοτουλινικής τοξίνης (Botox), αλλά τα αποτελέσματα είναι μάλλον προσωρινά, ενώ με τη χειρουργική αντιμετώπιση έχουμε υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας (95%), τα οποία είναι μόνιμα. Βέβαια πριν αποφασισθεί χειρουργείο είναι αναγκαίο να αποκλεισθούν αίτια δευτεροπαθούς ραγάδας μέσω και του κατάλληλου παρακλινικού ελέγχου, ο οποίος περιλαμβάνει εργαστηριακές – αιματολογικές εξετάσεις αλλά και ενδοσκοπήση. Μπορείτε να συζητήσετε το θέμα περαιτέρω με το γαστρεντερολόγο σας ο οποίος θα σας κατευθύνει σχετικά.

e-mail : chtriantos@hotmail.com / gian_chris@hol.gr

• **Αναγνώστρια μας ρωτά για τη μητέρα της 75 ετών, η οποία τους τελευταίους μήνες δυσκολεύεται στην κατάποση. Οι εξετάσεις αίματος στις οποίες υπεβλήθη πρόσφατα είναι φυσιολογικές. Ο οικογενειακός τους γιατρός συνέστησε γαστροσκόπηση. Η αναγνώστριά μας ρωτά εάν απαιτείται να γίνει η γαστροσκόπηση καθώς και την πιθανή αιτία του συμπτώματος.**

Η εμφάνιση δυσχέρειας στην κατάποση (δυσφαγία) πρέπει πάντα να οδηγεί σε ενδελεχή έλεγχο. Ο έλεγχος που θα απαιτηθεί εξαρτάται από το εάν πρόκειται για δυσχέρεια κατά την έναρξη της κατάποσης όταν ακόμα ο βλωμός είναι στο στόμα και γίνεται προσπάθεια να διέλθει δια του φάρυγγα στον οισοφάγο (φαρυγγική δυσφαγία ή δυσκαταποσία) ή για δυσχέρεια κατά τη δίοδο του βλωμού από τον οισοφάγο στο στομάχο (οισοφαγική δυσφαγία). Με βάση τα όσα μας αναφέρατε πρόκειται μάλλον για τη δεύτερη περίπτωση, αλλά ο κατάλληλος για να το κρίνει αυτό είναι ο γαστρεντερολόγος, ο οποίος αφού εξετάσει τη μητέρα σας και πάρει λεπτομερές ιστορικό θα συμπεράνει για ποιο τύπο δυσφαγίας πρόκειται. Στην περίπτωση της φαρυγγικής δυσφαγίας συνήθως απαιτείται ακτινοσκοπικός έλεγχος της διαδικασίας έναρξης της κατάποσης και ενδοσκοπικός έλεγχος του φάρυγγα και του λάρυγγα. Στη δεύτερη περίπτωση διενεργείται ακτινολογικός (οισοφαγογράφημα) και ενδοσκοπικός έλεγχος (οισοφαγοσκόπηση) του οισοφάγου. Η σειρά με την οποία θα διενεργηθούν οι εξετάσεις εξαρτάται ανάλογα με την περίπτωση. Υπάρχουν πολλά αίτια τα οποία προκαλούν οισοφαγική δυσφαγία, όπως νεοπλασίες, φλεγμονές, κινητικές διαταραχές του οισοφάγου κ.α. Οι κινητικές διαταραχές του οισοφάγου ωστόσο συχνά δεν διαπιστώνονται εύκολα με τις παραπάνω μεθόδους. Στην περίπτωση συνεπώς που οι παραπάνω μέθοδοι δεν δείξουν κάτι συνιστάται περαιτέρω έλεγχος της κινητικότητας του οισοφάγου με μια εξειδικευμένη μέθοδο, τη μανομετρία. Η θεραπεία (φαρμακευτική, ενδοσκοπική ή χειρουργική) ποικίλει ανάλογα με την αιτία.

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

5η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.



Πραγματοποιήθηκε στις 5 και 6 Μαρτίου 2010 στο Μέγαρο Συνεδριακό Κέντρο Αθηνών με μεγάλη επιτυχία η 5η Εκπαιδευτική Διημερίδα του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. Τη Διημερίδα παρακολούθησαν περίπου 550 σύνεδροι (ιατροί κυρίως αλλά και Διαιτολόγοι, Νοσηλεύτες και Φοιτητές) και κατά γενική ομολογία το επιστημονικό επίπεδο ήταν εξαιρετικά υψηλό. Η Οργάνωση της Διημερίδας ήταν επίσης άψογη και το Δ.Σ. ευχαρίστησε τον Πρόεδρο της Οργανωτικής Επιτροπής κ. Κ. Τριανταφύλλου και τα μέλη της για την ευσυνείδητη και επιτυχή προσπάθεια την οποία κατέβαλαν. Το βράδυ της Παρασκευής στην Τελετή Έναρξης παρευρέθησαν και χαίρεσαν τη Διημερίδα ο Πρόεδρος του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. κ. Δ. Παπααναγνώτου, ο Πρόεδρος της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας κ. Γ. Κητής, ο Πρόεδρος της Επαγγελματικής Ένωσης Γαστρεντερολόγων Ελλάδος κ. Α. Νταϊλιάνας και ο Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης του Ήπατος κ. Σ. Ντουράκης.

Κατά τη διάρκεια της τελετής έναρξης απενεμήθησαν οι εξής τιμητικές διακρίσεις:

Αργυρές διακρίσεις στους: κ. Αριστείδη Μπουρδάρη για τη θητεία του στο Δ.Σ. του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. και κ. Κωνσταντίνου Τριανταφύλλου για την Προεδρία του στην Οργανωτική Επιτροπή της 5ης Διημερίδας του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. και τη συνολική προσφορά του στο Ίδρυμα.

Ακολουθώντας εδόθησαν οι υποτροφίες του Ιδρύματος «ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΟΥΓΓΟΥΡΑΣ», «ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΖΩΓΡΑΦΟΣ», «ΚΩΣΤΑΣ ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ» και «ΧΡΗΣΤΟΣ ΣΠΗΛΙΑΔΗΣ» (διπλή υποτροφία) για το ακαδημαϊκό έτος 2009-2010 στους κ.κ. Εμμανουήλ Τελάκη, Εμμανουήλ Τσόχατζη, Χριστόφορο Κρυστάλλη, Δημοσθένη Γεωργιάδη και Ζαχαρία Τσιαμούλο, αντίστοιχα. Ανεγνώθησαν σύντομες βιογραφίες των προσώπων στη μνήμη των οποίων θεσπίστηκαν οι υποτροφίες, οι οποίες παρατίθενται στη συνέχεια.

Η τελετή έναρξης έκλεισε με μουσικό πρόγραμμα με το Βασίλη Λέκκα και επακολούθησε δεξίωση.

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΟΥΓΓΟΥΡΑΣ Εισήγηση Ηλία Αγγ. Φωκά



Ο ευπατριδής της Ιατρικής Παναγιώτης Πούγγουρας γεννήθηκε το 1923 στο Σιδηρόκαστρο των Σερρών και έφυγε πρόωρα από τη ζωή σε ηλικία 61 ετών το 1984. Το 1948 έλαβε το πτυχίο της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και άρχισε ειδικότητα Παθολογίας στην ιστορική Β' Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, με Διευθυντή τη μεγάλη μορφή της Παθολογίας, τον Καθηγητή Αρκάδιο Γούτα. Στην Κλινική αυτή υπηρέτησε επί δεκαεπτά έτη. Το 1951 παίρνει με άριστα την ειδικότητα του Παθολόγου. Το 1954 ανακηρύσσεται αριστούχος Διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Το 1958, Επιμελητής ήδη της Κλινικής, μεταβαίνει στο Παρίσι, με υποτροφία της Γαλλικής Κυβερνήσεως, όπου μετεκπαιδευτεί στη Γαστρεντερολογία και Ηπατολογία στην Κλινική του διάσημου Καθηγητή Jacques Caroli. Είς το εργαστήριο της ως άνω Κλινικής εξεπόνησε πειραματική εργασία δια της οποίας έλαβε τον τίτλο του Assistant Etranger από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου των Παρισίων. Το 1959 επιστρέφει από το Παρίσι και παίρνει την ειδικότητα του Γαστρεντερολόγου. Το 1962 ανακηρύσσεται παμψηφεί Υφηγητής της Παθολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Το 1965 ιδρύεται εις το Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών η Κρατική Παθολογική Κλινική, τη Διεύθυνση της οποίας αναλαμβάνει ο Παναγιώτης Πούγγουρας, μετά από κρίση του Κεντρικού Επιστημονικού Συμβουλίου. Τη θέση αυτή θα διακομίσει μέχρι το τέλος της ζωής του. Στην Κλινική του οργάνωσε γαστρεντερολογική μονάδα με τμήμα ενδοσκοπικό,

βιοχημικό και το σπουδαιότερο, τμήμα υπερήχων υπό τον αξέχαστο συνεργάτη του Τάσσο Δαριώτη. Αυτό το τμήμα υπήρξε για την εποχή εκείνη το πρώτο και μοναδικό στην Ελλάδα για τη μελέτη των οργάνων του πεπτικού συστήματος. Τον Παναγιώτη Πούγγουρα ευτύχισα να γνωρίσω ως Δάσκαλο στα πρώτα βήματα της ιατρικής μου σταδιοδρομίας και αργότερα ως συνεργάτη του στα πλαίσια της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας, της οποίας υπήρξε ένας από τους πιο πολύτιμους, αθόρυβους και πιστούς υπηρέτες. Το πιο σημαντικό όμως για μένα είναι ότι είχα την τύχη, από τα πρώτα χρόνια που τον γνώρισα, να με τιμήσει με τη φιλία του, η οποία υπήρξε καταλυτική για τη μετέπειτα σταδιοδρομία μου και ειδικότερα για τη μετεκπαίδευσή μου στην Κλινική του Caroli στο Παρίσι.

Στον ελάχιστο χρόνο που έχω στη διάθεσή μου, είναι αδύνατον ακόμη και να συνοψίσω το τεράστιο κλινικό, διδακτικό, ερευνητικό και συγγραφικό έργο του Παναγιώτη Πούγγουρα. Διετέλεσε δραστήριο μέλος πολλών επιστημονικών εταιρειών ελληνικών και ξένων. Θα αναφέρω μόνο ότι εξελέγη δύο φορές Πρόεδρος της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας, της οποίας υπήρξε ο αναμφισβήτητος και για τρία χρόνια υπεύθυνος σύνταξης του περιοδικού της. Από κάθε θέση που πέρασε άφησε πλούσιο έργο, τόσο επιστημονικό, όσο και κοινωνικό και υπήρξε φωτεινό παράδειγμα προς μίμηση από τους μαθητές, συνεργάτες και φίλους του. Η ζωή του ήταν συνυφασμένη με την ανιδιοτελή προσφορά.

Θα κλείσω το σύντομο αυτό οδοιπορικό για τον Παναγιώτη Πούγγουρα με δύο μόνο μαρτυρίες, οι οποίες θεωρώ ότι είναι ικανές για να αναδείξουν την προσωπικότητα και το ήθος του ανθρώπου που υπήρξε ιδανικό πρότυπο ιατρού κατά την Ιπποκρατική ρήση: «ο ιητρός υπηρέτης της τέχνης». Και οι δύο μαρτυρίες προέρχονται από επιστημονική ημερίδα που οργανώθηκε πέντε χρόνια μετά από το θάνατό του, από κοινού από την Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, την Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία και την Εταιρεία Ιατρικών Σπουδών. Από την πρώτη, παραθέτω ένα μικρό απόσπασμα από το χαιρετισμό που απηύθυνε ο αιμνηστος Ακαδημαϊκός Καθηγητής Γεώργιος Μερίκας: «Τον Πούγγουρα είδα εκ του πλησίον γύρω στο 1970 όταν ήταν στην κορυφαία φάση της σταδιοδρομίας του ... και θυμάμαι καλά: Ήταν ολοκληρωμένος κλινικός παθολόγος ... και κατείχε κατά βάθος τη Γαστρεντερολογία...θεωρητικώς, εργαστηριακώς και κλινικώς. Ήταν εμπνευσμένος ερευνητής, προνομιούχος διαγνωστής, σύμμετρος θεραπευτής και ευαίσθητος συμπαραστάτης σ' ό,τι αφορούσε την ψυχική επικοινωνία του γιατρού προς τον άρρωστο. Κι ακόμα, πρότυπο αφιλοκερδούς γιατρού...χαρισματικός εκπαιδευτής και μία προνομιούχα ηγετική φυσιογνωμία».

Από την ίδια ημερίδα προέρχεται και η δεύτερη μαρτυρία από το συμφοιτητή και αδελφικό του φίλο, τον επίκουρο Καθηγητή της Νευρολογίας και Ψυχιατρικής και ιατροφιλόσοφο κ. Θάνο Κωνσταντινίδη, ο οποίος εργάστηκε στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο επί μία εικοσαετία και ως εκ τούτου γνώριζε όσο λίγοι την επιστημονική κατάρτιση, κυρίως όμως τη φιλοσοφία και το αίσθημα ευθύνης που διακατείχε τον Παναγιώτη κατά τη νοσηλεία των ασθενών. Από τη μαρτυρία αυτή, λόγω οικονομίας χρόνου θα σας μεταφέρω μόνο λίγες γραμμές από ένα δημοσίευτο χειρόγραφο του Παναγιώτη Πούγγουρα, το οποίο παρεχώρησε η σύζυγός του κα Τίτικα Πούγγουρα στον κ. Κωνσταντινίδη. Σ' αυτό ο Παναγιώτης μιλάει για τον εαυτό του: «έχω διανύσει μακρύ δρόμο στην υπηρεσία του αρρώστου και στη διακονία της Ιατρικής. Η αφοσίωσή μου ήταν μεγάλη. Η αγάπη μου για τον άρρωστο άνθρωπο, το άγχος μήπως μας ξέφυγε η ορθή διάγνωση και είχε επιπτώσεις στη ζωή του αρρώστου, ακολούθησε τα βήματα και τη σκέψη μου και έξω από το Νοσοκομείο. Έκανε πολλές φορές δυσάρεστες τις ώρες της ανάπαυσης και της ψυχαγωγίας μου και με ξανάφερε πολλές φορές πίσω στο Νοσοκομείο». Και από ένα άλλο χειρόγραφο γραμμένο τους τελευταίους μήνες της ζωής του, όπως αναφέρει ο κ. Κωνσταντινίδης, αξίζει να σας μεταφέρω μόνο μία γραμμή: «Τι ήταν εκείνο που με έκαιγε και με οδηγούσε περισσότερο; Ίσως μπορεί να συνοψισθεί σε δύο λέξεις: Ευθύνη - Καθήκον...έτσι βρέθηκα στη ζωή μου σ' όλες τις εκδηλώσεις που απαιτούσαν προσφορά χωρίς αντάλλαγμα».

Αυτός υπήρξε εν ολίγοις ο Παναγιώτης Πούγγουρας. Ιδανικό πρότυπο για τις νέες γενιές των γιατρών μας. Τελειώνοντας θεωρώ υποχρέωση να συγχαρώ το Δ.Σ. του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. για την



Ετήσια Εκπαιδευτική Γαστρεντερολογική Διημερίδα

“Νεώτερες Εξελίξεις στη Γαστρεντερολογία”

11-12 Ιουνίου 2010

ΣΚΑΦΙΔΙΑ ΗΛΕΙΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ



πρωτοβουλία να τιμήσει σήμερα τον Παναγιώτη Πούγγουρα, αφιερώνοντας μια υποτροφία στη μνήμη του και να κλείσει με λίγους στίχους από ένα ποίημα του εκλεκτού μου φίλου και συναδέλφου Καθηγητή, φιλόσοφου και ποιητή Φώτη Παυλάτου :

«Καλότυχος όπου μπορεί σημάδια
στο διάβα του ν' αφίνει
τ' ανέμου η ορμή να μη τα σβύνει
κι ολόφωτα να μένουν
στα σκοτάδια»

Ας ευχηθούμε στο συνάδελφο αποδέκτη αυτής της υποτροφίας, να δούμε γρήγορα και τα δικά του σημάδια ολόφωτα στο δρόμο που χάραξε ο Παναγιώτης Πούγγουρας.
Ευχαριστώ.

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΖΩΓΡΑΦΟΣ

Εισήγηση Δημητρίου Σούτου

(απόσπασμα από το βιβλίο προς έκδοση
«Προσωπογραφία εταίρων Ε.Γ.Ε 1952 – 2012»)



Ο Αθανάσιος Ζωγράφος του Ιωάννου γεννήθηκε στην Αθήνα το 1914. Υπήρξε στη στρατιωτική του θητεία στο Ναυτικό (Αρχικελευστής). Στον Ελληνο - ιταλο - γερμανικό Πόλεμο (1941 - 1945) συμμετείχε με σημαντική προσφορά, ως αξιωματικός του Ναυτικού, στις κατά θάλασσα επιχειρήσεις που έλαβαν χώρα στη Μεσόγειο, Ατλαντικό και Ινδικό Ωκεανό για την οποία τιμήθηκε τον Ιούνιο του 1947 με Αναμνηστικά Μετάλλια.

Το πτυχίο της Ιατρικής έλαβε από το Πανεπιστήμιο Αθηνών το 1936. Ειδικεύθηκε στην Παθολογία. Τη μετεκπαίδευσή του πραγματοποίησε στη Γερμανία,

1956 - 1957, υπό τον Καθηγητή Hellmeyer. Την ειδικότητα της Γαστρεντερολογίας έλαβε, ως συναφή της Παθολογίας, το Νοέμβριο του 1960. Τον Ιούνιο του ίδιου έτους (1960) αναγορεύθηκε Διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Τίτλος της διδακτορικής του διατριβής «Κλινική Εφαρμογή και Ενδείξεις της Λαπαροσκοπίας (βάσει ιδίων περιπτώσεων)».

Διετέλεσε άμισθος Επιμελητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και Υπεύθυνος του Γαστρεντερολογικού Ιατρείου και του Ενδοσκοπικού Τμήματος της Β' Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής στο «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, στο οποίο πολλοί σημερινοί αξιολογοί Γαστρεντερολόγοι υπηρέτησαν υπό τη Διεύθυνσή του.

Έχει αφήσει αξιόλογο συγγραφικό έργο με τη συμμετοχή του σε επιστημονικές ανακοινώσεις σε Ελληνικά και Διεθνή Συνέδρια και με δημοσιεύσεις πρωτοτύπων εργασιών με γαστρεντερολογικά θέματα, κυρίως αφορώντας τη Λαπαροσκοπία. Τακτικό μέλος της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας, με ενεργό δραστηριότητα από τη στιγμή της ένταξής του, διατελεί Ειδικός Γραμματέας στο 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας που έγινε στην Αθήνα το 1969, εκλέγεται Αντιπρόεδρος του Διοικητικού της Συμβουλίου, το 1970 και Πρόεδρος τη διετία, 1971 - 1972, αφήνοντας πλούσιο και εποικοδομητικό έργο. Μέλος της Ανθρωπολογικής Εταιρείας (1967) συμμετέχει ενεργά στις δραστηριότητές της. Το 1977 τιμάται με το Δίπλωμα Οργανισμού Προλήψεως Ατυχημάτων και το 1992 με το Αργυρό Μετάλλιο της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας. Υπήρξε Επίτιμο Μέλος της Εταιρείας μέχρι το τέλος της ζωής του.

ΚΩΣΤΑΣ ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ

Εισήγηση Ιωάννη Καραγιάννη



Αποτελεί ιδιαίτερη τιμή και χαρά για εμένα να προλογίζω τη χορήγηση αυτής της υποτροφίας που το Ίδρυμα απεφάσισε ομόφωνα να προκηρύξει εφέτος στη μνήμη του αξεχάστου σε όλους μας Κώστα Νικολαΐδη.

Ακόμη όμως μεγαλύτερη τιμή και χαρά που μου είχε επιφυλάξει το παρελθόν, όταν το 1983, αποτέλεσα τον πρώτο ειδικευόμενο στη Γαστρεντερολογία του Κώστα Νικολαΐδη, Διευθυντού τότε του Γαστρεντερολογικού Τμήματος στο Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» υπό τη σκέπη της Θεραπευτικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών με Καθηγητή τον Σπυριδώνα Μουλόπουλο.

Ο Κώστας Νικολαΐδης, μετά τις σπουδές του στην Ελλάδα και τη λαμπρή του μετεκπαίδευση στη Γαλλία, ήταν εκτός από υψηλού επιπέδου κλινικός Γαστρεντερολόγος και από τους πρωτοπόρους και θεμελιωτές της εύκαμπτης

ενδοσκόπησης στην Ελλάδα, η οποία, ως μην κρυβόμαστε, αποτελεί το κύριο επιστημονικό μας όπλο και τον κύριο λόγο ύπαρξής μας ως αυτόνομη ειδικότητα.

Υπήρξε ένα από τα πλέον διακεκριμένα μέλη της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας, την οποία υπηρέτησε πολλαπλά τόσο ως Πρόεδρος όσο και ως κατ'επανάληψη μέλος του Διοικητικού της Συμβουλίου, από την οποία και επιμήθη ως Πρόεδρος Πανελληνίου Συνεδρίου Γαστρεντερολογίας.

Αναπολώ, με τις καλύτερες δυνατές μνήμες, την τότε σύνθεση του Γαστρεντερολογικού Τμήματος με τους αειμνηστους, δυστυχώς πλέον, Κυριάκο Κεχαγιόγλου και Νίκο Κράλιο, οι οποίοι, με επικεφαλής τον Κώστα Νικολαΐδη, μου έδωσαν όχι μόνον τις υψηλού επιπέδου βάσεις του αντικείμενου της Γαστρεντερολογίας, αλλά και τις αξίες της κοινωνικής προσφοράς και αξιοπρέπειας.

Στο συνάδελφο Χριστόφορο Κρυστάλλη που θα απονεμηθεί η υποτροφία αυτή, εύχομαι τα καλύτερα, τόσο για την επωφελέστερη γι' αυτόν αξιοποίηση της υποτροφίας την οποίαν λαμβάνει, όσο και για τη μετέπειτα σταδιοδρομία του.

Θα ήθελα όμως να του τονίσω και να τον παρακαλέσω, παρότι δε γνώρισε από κοντά τον Κώστα Νικολαΐδη, να θυμάται πάντα ότι η απονομή της υποτροφίας αυτής αποτελεί γι' αυτόν παντοτινό τίτλο τιμής.

Όλο μας θα τον θυμόμαστε για πάντα με τις καλύτερες δυνατές αναμνήσεις.

Σας Ευχαριστώ πολύ.

ΧΡΗΣΤΟΣ ΣΠΗΛΙΑΔΗΣ

Εισήγηση Απόστολου Νταϊλιάνη



Ήταν μια μοναδική, ανεκτίμητη παρουσία. Πρότυπο και καθοδηγητής όσων είχαμε την τύχη να τον συναντήσουμε. Ο Χρήστος Σπηλιάδης ήταν ο άνθρωπος που μπορούσε να εμπνεύσει τους γύρω του και να τους παρασύρει στο ρυθμό του. Είχε ένα ρυθμό γρήγορο, μια ικανότητα να τακτοποιήσει με ταχύτητα τέλεια την κάθε λεπτομέρεια. Τον χαρακτήριζε ένα συνεχές κνηγί της τελειότητας, μια προσπάθεια να ολοκληρώσει το ταχύτερο τον κύκλο του και να αφήσει την σφραγίδα της παρουσίας του. Λες και ήξερε ότι το ταξίδι της ζωής του θα ήταν τόσο σύντομο..

Ήταν φίλος και δάσκαλος. Ήταν το πρότυπο που ενέπνεε, ένας μέντορας. Τον γνώρισα όταν ήταν 38, επιμελητής Α ήδη, 7 χρόνια πριν από τον πρόωρο χαμό του. Το παρουσιαστικό του ήταν αρχοντικό. Ήταν ευγενικός και πολύ φιλικός, αλλά, παράλληλα και σοβαρός και αυστηρός. Όπως θα έπρεπε να είναι για ένα νέο γιατρό ο δάσκαλος. Η παρουσία του ήταν πληθωρική. Ήταν πάντα ανήσυχος. Ανήσυχος να μάθει, ανήσυχος να κάνει, ανήσυχος να δείξει στους νεότερους. Χαιρόταν σαν παιδί με την πρόοδο μας, τον ενθουσίαζε η απειρία μας.

Η ταχύτητα και η αποτελεσματικότητα του στην ενδοσκόπηση ήταν απίστευτη. Είχε ένα χάρισμα, ένα ταλέντο, που όσοι τον γνωρίσαμε δεν το είχαμε ξαναδεί. Τώρα που μεγαλώσαμε το εκτιμούμε ακόμη περισσότερο. Επειδή ήταν τόσο ικανός, απαιτούσε από τους γύρω του συνεχή και αποτελεσματική προσπάθεια. Στη κολοσκόπηση επέτρεπε με χρονόμετρο αυστηρά μόνο 10λεπτη προσπάθεια. Μετά έπαιρνε το ενδοσκόπιο στα χέρια του και παρά τις διαμαρτυρίες μας, έλεγε «έτσι όπως το έχεις κάνει δεν θα τελειώσει ποτέ η κολοσκόπηση. Παρακολούθησε τώρα για να μάθεις!»

Κυκλοφορούσε με ένα χαρτί που είχε γραμμένες τις εργασίες σε εκκρεμότητα και μοίραζε τις υποχρεώσεις. Άλλοτε μας τηλεφωνούσε μέσα στη νύχτα για να μας υπενθυμίσει τις υποχρεώσεις μας, που γίνονταν και προσωπικές του ανησυχίες. Ήθελε να συμμετέχει στα προσωπικά μας προβλήματα και ο ίδιος μας εκμυστηρευόταν τις αγωνίες του, που επικεντρώνονταν τότε στο μέλλον των σπουδών των παιδιών του. Αγωνίες που όπως συνήθως συμβαίνει αποδείχθηκαν αβάσιμες, αφού τα παιδιά του, ο Αλέξανδρος και η Μαρίλλη διέπρεψαν στις σπουδές τους στη Γερμανία. Κρίμα που δεν μπορεί να τα καμαρώσει.

Στις γιορτές χαιρόταν σα μικρό παιδί, περισσότερο από όλους. Όποιος τελείωνε την ειδικότητα έφερνε μια σαμπάνια και ο Χρήστος καρφίτσωνε το φελλό με το όνομα γραμμένο πάνω του στον πίνακα ανακοινώσεων. Έτσι πάνω από το γραφείο του, είχε μαζεμένους όλους τους «φελλούς» που είχαν κάνει κοντά του ειδικότητα για να τους θυμάται.. Πολύ θα χαιρόταν σήμερα εάν έβλεπε την πρόοδο των φελλών αυτών που ήταν σαν παιδιά του..

Τον τελευταίο καιρό η ασφυξία που ένοιωθε σε ένα σύστημα που κινούνταν με βραδείς ρυθμούς, τον στενοχωρούσε και τον πίκραινε. Την Παρασκευή, 25 Αυγούστου 1995, μέρα των γενεθλίων του τα νέα ήρθαν ξαφνικά, όπως γίνεται σε αυτές τις περιπτώσεις, και ήταν βαριά. Αισθήματα μοναξιάς και απόγνωσης μας κυριεύσαν, όλους τους μαθητές του. Ο Χρήστος Σπηλιάδης, δάσκαλος, και φίλος είχε φύγει για πάντα. Κρίμα που οι νεότεροι δεν τον γνώρισαν ποτέ! Έζησε σύντομα αναζητώντας την τελειότητα. Έφυγε πρόωρα «γρικώντας την άπλαστη αρμονία των ουρανών».

Χορηγοί και Δωρητές μέχρι 18/03/2010

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε :

Αβραμίδης Ιάκωβος, Θεσσαλονίκη	50 €	Θαλασσινού Χάιδω, Θεσσαλονίκη	15 €
Αγαθαγγέλου Μαρία, Λεμεσός / Κύπρος	15 €	Θεοφανίδου Ιωάννα, Πειραιάς	15 €
Αγαπητός Θεοδόσης, Άνοιξη	20 €	Θεοχάρης Γεώργιος, Πάτρα	50 €
Αγγελάκης Γιώργος, Πειραιάς	20 €	Θεοχαρίδου Ελένη, Θεσσαλονίκη	50 €
Αγγελοπούλου Όλγα, Πετρούπολη	50 €	Θωμόπουλος Κωνσταντίνος, Πάτρα	100 €
Αγοραστάου Πολυξένη, Θεσσαλονίκη	50 €	Καβάγια Αγγαία, Ζωγράφου	50 €
Αγραφιώτης Αντώνιος, Λάρισα	15 €	Καλαποθάκος Παναγιώτης, Σπάρτη	50 €
Αδαμίδου Λίλιαν, Κατερίνη	25 €	Καλλιή Στέφη, Κηφισιά	25 €
Αθανασοπούλου Ιωάννα, Βούλα	30 €	Καπετανάκης Νικόλαος, Βόλος	50 €
Αλεξανδράκης Γεώργιος, Αθήνα	50 €	Καραβιάς Κωνσταντίνος, Βαθύ Ιθάκης	50 €
Αλεξανδρίδης Ευστράτιος, Θεσσαλονίκη	50 €	Καραβίδα Αμαλία, Θεσσαλονίκη	50 €
Αλεξίου Παναγιώτης, Αμφιάλη	15 €	Καραγεωργίου Χαράλαμπος, Αθήνα	50 €
Αναργύρου Βασιλική, Αθήνα	50 €	Καραγιάννη Μαγδαληνή, Λάρισα	20 €
Ανδρεάδης Ιωάννης, Αγ. Παρασκευή	50 €	Καραγιάννης Δημήτριος, Αιγάλεω	50 €
Ανδρικόπουλος Ευάγγελος, Θρακομακεδόνες	50 €	Καραγιάννης Στέλιος, Βασιλί Φαρσάλων	100 €
Αντωνίου Παύλος, Λευκωσία / Κύπρος	50 €	Καραγιάννης Στέφανος, Ν. Ηράκλειο	50 €
Αποστολόπουλος Περικλής, Αθήνα	50 €	Καραλή Μαρία, Αγρίνιο	30 €
Αρβανιτάκη Μαρίαννα, Βρυξέλες	50 €	Καρανάνος Παναγιώτης, Μαρούσι	50 €
Αρβανίτη Βασιλική, Ν. Φάληρο	50 €	Καρράς Νικόλας, Πλωμάρι	15 €
Αρχαύλης Εμμανουήλ, Ραφήνα	50 €	Κατεμίδου Μαρία, Έδεσσα	15 €
Βαγιονάκη Μαρία, Αθήνα	50 €	Κατσάνια Ειρήνη, Θεσσαλονίκη	40 €
Βαλάτας Βασίλειος, Αθήνα	50 €	Κατσάνος Κωνσταντίνος, Ιωάννινα	50 €
Βαρδάκας Θεόδωρος, Κοζάνη	30 €	Κατσαρός Μάριος, Θεσσαλονίκη	50 €
Βαρυτιμάδης Κωνσταντίνος, Ελληνικό	50 €	Κατσικοπούλου Θωμάς, Φάρσαλα	15 €
Βασιλόπουλος Αθανάσιος, Πάτρα	70 €	Καχραμάνος Φίλιππος, Χολαργός	15 €
Βατής Γεώργιος, Ρόδος	15 €	Κέλλας Κωνσταντίνος, Βόλος	30 €
Βαφειάδη Ειρήνη, Πόρτο Ράφτη	50 €	Κεμπέρης Παναγιώτης, Εκάλη	50 €
Βλάχης Χρήστος, Πειραιάς	50 €	Κεφαλάς Ιωάννης, Καλαμάτα	30 €
Βουγιουκλής Ηλίας, Δράμα	50 €	Κητής Γεώργιος, Θεσσαλονίκη	50 €
Γαβριέλη Άννα, Ν. Ηράκλειο	25 €	Κλώνης Χρυσόστομος, Λάρνακα / Κύπρος	50 €
Γαγλία Ασημίνα, Περιστέρι	50 €	Κοιλιάκου Σταυρούλα, Αθήνα	50 €
Γαρζώνης Πέτρος, Χαλάνδρι	30 €	Κολαξής Λάζαρος Ι., Βόλος	50 €
Γατοπούλου Ανθή, Αλεξανδρούπολη	50 €	Κολιάδη Τσαμπίκα, Ρόδος	20 €
Γερωνυμάκης Γεώργιος, Τυμπάκι Ηρακλείου	20 €	Κομμά Ιουλιία, Αθήνα	15 €
Γκίκας Ιωάννης, Μοσχάτο	50 €	Κοντογιάννης Μιχαήλ - Κυριάκος, Αθήνα	50 €
Γουβιάλας Αριστείδης, Λάρισα	50 €	Κοντού Μαρίνα, Ραφήνα	50 €
Γούλας Σπύρος, Αθήνα	50 €	Κουβαράς Στέργιος, Χαλκίδα	50 €
Γουλιής Ιωάννης, Θεσσαλονίκη	50 €	Κουβέλης Ιωάννης, Θεσσαλονίκη	50 €
Γρηγοριάδης Παντελής, Βόλος	50 €	Κουλουριδάκη Στέλλα, Ηράκλειο	25 €
Γυμνάσιο Βαμβακούς, Φάρσαλα	15 €	Κουλουρκής Αλέκος, Λάρισα	20 €
Δανδάκης Δημήτριος, Αθήνα	50 €	Κουμουτσής Σπύρος, Βόλος	40 €
Δανιηλίδης Ιωάννης, Αθήνα	50 €	Κουνάδης Γεώργιος, Γλυφάδα	50 €
Δελακίδης Στέργιος, Αθήνα	50 €	Κουρικού Αναστασία, Χολαργός	50 €
Δερδεμέζης Χρήστος, Ιωάννινα	25 €	Κουτρομπάκης Ιωάννης, Ηράκλειο	50 €
Δήμας Εμμανουήλ, Ν. Φιλοθέη	20 €	Κραβαρτόγιαννος Δρόσος, Άμφισσα	20 €
Δημητρακόπουλος Φώτης, Καλαμάτα	50 €	Κρέζιου Άννα, Θεσσαλονίκη	20 €
Δημητρίου Βασιλική, Λάρισα	50 €	Κρομπά Γεωργία, Καλαμάτα	15 €
Δημόπουλος Φώτιος, Ίλιον	50 €	Κτιστάκη Μαρία, Χανιά	25 €
Δήμου Βασιλική, Πύργος	15 €	Κυπραίος Δημήτριος, Χαλάνδρι	50 €
Διαμαντοπούλου Αγγελική, Καλαμάτα	20 €	Κυριακίδου Σοφία, Θεσσαλονίκη	15 €
Διαμαντοπούλου Αμαλία, Καλαμάτα	20 €	Κυριλλής Κωνσταντίνος, Ν. Ηράκλειο	40 €
Διγαλέτος Φωτάγγελος, Σάμη	20 €	Κυρλαγκίτσης Ιωάννης, Χίος	50 €
Διονυσιώτης Ιωάννης, Ρόδος	50 €	Κωνσταντίνου Κωνσταντίνος, Λάρισα	50 €
Δοντάς Χαράλαμπος, Αμφίκλεια	20 €	Κωσταρέλου Μαργαρίτα, Αθήνα	20 €
Δούλης Ιωάννης, Αθήνα	15 €	Κωστόπουλος Παναγιώτης, Αθήνα	50 €
Δουρβανίδης Ιορδάνης, Θεσσαλονίκη	25 €	Λαμπρόπουλος Λάμπρος, Ηλιούπολη	20 €
Ελευθεριάδης Νικόλαος, Πτολεμαΐδα	50 €	Λεριός Μιχάλης, Λευκωσία / Κύπρος	50 €
Ελευθερίου Σοφία, Ν. Κηφισιά	20 €	Λιάλιος Δημήτριος, Π. Φώκαια	20 €
Ευγενίδης Νικόλαος, Θεσσαλονίκη	50 €	Λιδωρίκη Αριάδνη, Αθήνα	25 €
Ευθυμίου Αλκιβιάδης, Θεσσαλονίκη	50 €	Λυράκος Απόστολος, Ντράφι - Πικέρμι	20 €
Ευθυμίου Παναγιώτης, Λεμεσός Κύπρος	50 €	Μάθου Νικολέττα, Χαλάνδρι	50 €
Ζαλώνης Αντώνιος, Άλιμος	50 €	Μακρής Κωνσταντίνος, Γλυφάδα	50 €
Ζαμπέλη Ευανθία, Αθήνα	50 €	Μακροπούλου Ελένη, Αθήνα	50 €
Ζαχαράκης Γεώργιος, Αγ. Δημήτριος	50 €	Μακρικούστας Κωνσταντίνος, Βέροια	50 €
Ζαχαρόπουλος Αχιλλέας, Κατερίνη	50 €	Μάνεσης Εμμανουήλ, Αθήνα	50 €
Ζήσης Παναγιώτης, Βόλος	25 €	Μανουσάκης Κωνσταντίνος, Πειραιάς	65 €
Ηλιάδης Χαράλαμπος, Πτολεμαΐδα	300 €	Μαράκης Γεώργιος Σ., Αθήνα	25 €
Ηλιάδου Καλλιρρόη, Πτολεμαΐδα	100 €	Μαργαρίτη Αικατερινή, Αθήνα	50 €

συνέχεια...

Χορηγοί και Δωρητές συνέχεια απο προηγούμενη σελίδα

Μασέλος Άγγελος, Χαϊδάρι	100 €	Σαμοΐλη Θεοδώρα, Κέρκυρα	50 €
Μαυριγιαννάκης Μιχαήλ, Αθήνα	30 €	Σαμωνάκης Δημήτριος, Ηράκλειο	50 €
Μαυρίδης Σταύρος, Μεταμόρφωση	30 €	Σαρηγιαννίδης Ανδρέας, Βέροια	15 €
Μελά Μαρία, Αιγάλεω	50 €	Σγούρος Σπύρος, Αθήνα	50 €
Μήτσιου Ευδοξία, Θεσσαλονίκη	50 €	Σεβαστιανός Βασίλειος, Αθήνα	50 €
Μίλεσης Γεώργιος, Αθήνα	25 €	Σεπέτη Βασιλική, Πειραιάς	50 €
Μίντζα Μυρτώ, Ρίο	15 €	Σεπέτη Ειρήνη, Πειραιάς	50 €
Μιχαήλ Μαρία, Ρόδος	15 €	Σιαφίκος Σπύρος, Κορυδαλλός	50 €
Μιχόπουλος Σπύρος, Κηφισιά	50 €	Σιγάλας Αλέξανδρος, Θεσσαλονίκη	50 €
Μοναχή Βερονίκη, Μάκρη Αλεξανδρούπολης	100 €	Σίμου Ελένη, Φάρσαλα	50 €
Μουστακλή Χριστίνα, Αθήνα	20 €	Σουσουδή Μαριέττα, Ρόδος	20 €
Μουστεράκη Μαρία, Χανιά	15 €	Σουφλήρης Κωνσταντίνος, Θεσσαλονίκη	50 €
Μπαρμπατζής Χαράλαμπος, Χαλάνδρι	50 €	Σπέργγου Μαρία, Ιωάννινα	20 €
Μπέντου Αναστασία, Γιαννισά	20 €	Σταμάτης Γεώργιος, Ίλιον	50 €
Μπιλιάρη – Θεοδωρούλα Ζωή, Κ. Λεχώνια Βόλου	15 €	Σταυρινού – Σνάνιτερ Έλενα, Σάμος	50 €
Μπλάτσου Ανθούλα, Αργος	15 €	Στεργίου Μαργαρίτα, Πειραιάς	15 €
Μπουζάκης Ηλίας, Χανιά	40 €	Στεφανίδης Γεράσιμος, Τάυρος	50 €
Μυριαλή Μαρία, Ρόδος	30 €	Στιβακτά Βενετία, Νεάπολη Λακωνίας	20 €
Νάκος Ανδρέας, Θεσσαλονίκη	50 €	Στυλιανίδης Στυλιανός, Θεσσαλονίκη	50 €
Νικολάου Άταλος, Ελευσίνα	20 €	Συγκούνας Δημήτριος, Ιωάννινα	50 €
Νικολάου Παναγιώτα, Λευκωσία / Κύπρος	50 €	Σχινά Μαρία, Χαλάνδρι	50 €
Ντάκου Βασιλική, Καλαμάτα	15 €	Σωτηροπούλου Μαρία, Σέρρες	15 €
Νταϊλιάνας Απόστολος, Χαλάνδρι	50 €	Ταβουλάρης Γεώργιος, Περιστέρι	50 €
Ντάλιος Νικόλαος, Ρόδος	50 €	Ταμβακόλογος Γεώργιος, Σπάρτη	50 €
Ντελής Βασίλειος, Χαλάνδρι	50 €	Ταμπακόπουλος Δημήτριος, Αθήνα	50 €
Ντελλή Βασιλική, Αθήνα	20 €	Ταουσάνιδου Φωτεινή, Γιαννισά	20 €
Ντόβας Αντίγονος, Βόλος	50 €	Τασολάμπρου Χρυσούλα, Πειραιάς	50 €
Ξανθάκης Ιωάννης, Ν. Ψυχικό	65 €	Τελάκης Εμμανουήλ, Πειραιάς	50 €
Ξηρουχάκης Ηλίας, Αθήνα	50 €	Τζάβας Χαράλαμπος, Χολαργός	50 €
Παναγιώτου Ιωάννα, Αθήνα	50 €	Τζεγκόζη Πασχαλίνα, Διδυμότειχο	25 €
Παντέρας Δημήτριος, Τρίκαλα	50 €	Τζίτζη Δήμητρα, Χαλάνδρι	50 €
Παντερός Βασίλειος, Πετρούπολη	50 €	Τζουβαλά Μαρία, Παπάγου	50 €
Παπαβασιλείου Ευστάθιος, Ν. Ψυχικό	50 €	Τζουμερκιώτη Μαριάνθη, Καρέας	15 €
Παπαγιαννόπουλος Γεώργιος, Αθήνα	35 €	Τζουρμακλιώτης Δημήτριος, Βριλήσσια	50 €
Παπαδημητρίου Δημήτριος, Λάρισα	20 €	Τίγκας Κωνσταντίνος, Παπάγου	50 €
Παπαδογεωργόπουλος Κωνσταντίνος, Παπάγου	40 €	Τουλουμτζή Μαρία, Θεσσαλονίκη	50 €
Παπαδοκωστοπούλου Αλεξάνδρα, Βύρωνας	50 €	Τριανταφύλλου Κωνσταντίνος, Π. Φάληρο	100 €
Παπαδόπουλος Αναστάσιος, Αλεξανδρούπολη	50 €	Τσάγκας Κωνσταντίνος, Αθήνα	50 €
Παπαδόπουλος Νικόλαος, Πειραιάς	50 €	Τσαμπρινού Διονυσία, Πύργος	100 €
Παπαδοπούλου Νίνα, Δράμα	15 €	Τσευγιάς Ιωάννης, Αθήνα	50 €
Παπαθεοδωρίδη Ελένη, Βέργα Μεσσηνίας	20 €	Τσιαμούλος Ζαχαρίας, Τρίπολη	50 €
Παπαναστασίου Χρήστος, Παπάγου	20 €	Τσικιρτζής Ιορδάνης, Καβάλα	15 €
Παπανικολάου Νικόλαος, Ιωάννινα	50 €	Τσιλιμιάγκου Σοφία, Πάτρα	15 €
Παπαπαναγιώτου Ευθύμιος, Παπάγου	20 €	Τσιτολακίδου Γεωργία, Χανιά	50 €
Παπασταθακόπουλος Ευάγγελος, Πειραιάς	15 €	Τσιώνης Θεοχάρης, Σέρρες	50 €
Παπαχαλαράμπους Χάρης, Ν. Ιωνία	50 €	Τσουκαλάς Ιωάννης, Θεσσαλονίκη	50 €
Παρασκευά Κωνσταντίνα, Αθήνα	50 €	Τσουράπας Γεώργιος, Βόλος	15 €
Παρίση Ιωάννα, Θεσσαλονίκη	50 €	Φαφαλιού Μαρία, Αθήνα	100 €
Πασσάς Θωμάς, Πρέβεζα	50 €	Φεσσάτου Σμαραγδή, Αθήνα	50 €
Πατεράκη Μαρία – Στυλιανή, Χανιά	25 €	Φρόνας Νικόλαος, Ρόδος	50 €
Πατικός Κωνσταντίνος, Πειραιάς	50 €	Χατζηδάκης Νικόλαος, Χαλάνδρι	50 €
Παταβέλα Σταματία, Θεσσαλονίκη	50 €	Χολόγκιτας Ευάγγελος, Σητεία	50 €
Περάκης Γεώργιος, Ιεράπετρα	40 €	Χονδρού Βασιλική, Παπάγου	50 €
Πετούμενος Χρήστος, Κιάτο	50 €	Χρηστίδου Αγγελική, Αθήνα	50 €
Πετρίδης Αθανάσιος, Χολαργός	50 €	Χρόνης Γρηγόριος, Αθήνα	15 €
Πηλίκος Χαράλαμπος, Χαλάνδρι	50 €	Χρυσάνθος Νικόλαος, Πειραιάς	50 €
Πηνιώτης Αλέξανδρος, Αγ. Παρασκευή	50 €		
Πιλπιλίδης Ιωάννης, Θεσσαλονίκη	50 €		
Πλατανισιώτης Δημήτριος, Πειραιάς	15 €		
Πλίγκος Εμμανουήλ, Ρόδος	30 €		
Πολυδώρου Ανδρέας, Αθήνα	50 €		
Πολύμερος Δημήτριος, Χαλάνδρι	50 €		
Πολυχρονάκη Νεκταρία, Αθήνα	25 €		
Ράπτη Ειρήνη, Μαρούσι	50 €		
Ραχωβίτης Αλέξανδρος, Λάρισα	50 €		
Ρώμα Ελευθερία, Αγ. Παρασκευή	50 €		

In Memoriam :

Οικογένεια Γεωργίου Κωστάκη, Αθήνα	100 €
Εις μνήμη Μαρίας Μπακοπούλου	
Οικογένεια Νικολάου Ματθαίου, Αθήνα	100 €
Εις μνήμη Μαρίας Μπακοπούλου	
Σωκράτης Γεωργιάδης, Αργυρούπολη	50 €
Εις μνήμη της αδελφής μας Ίγκεν	



Είσαι δημότης ή κάτοικος της Επαρχίας Φαρσάλων μεταξύ 40-75 χρονών;

Λάβε μέρος
στην επιδημιολογική μελέτη

«ΠΑΤΡΟΚΛΟΣ»

Κολονοσκόπηση τώρα !

Πρόλαβε τον καρκίνο
του παχέος εντέρου

**γιατί η πρόληψη
και η πρώιμη διάγνωση
είναι η καλύτερη θεραπεία**

Για πληροφορίες και ραντεβού επικοινωνήστε:

Αθήνα: Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός»
τηλ. 2107201634, 2107231332

Λάρισα: Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας:
Τρίτη - Πέμπτη 16.00 - 19.00, τηλ. 2410682454
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας:
2410682070, 2410682071 (πρωινές ώρες)

Βόλος: Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου:
08.00 - 09.00, τηλ. 2421077809

ή επικοινωνήστε με το Γαστρεντερολόγο σου

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