



ευσέξια

ΚΩΔΙΚΟΣ 6899

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Αυχενικό
σύνδρομο

Ασπιρίνη &
Αντιφλεγμονώδη

Τροφική αλλεργία

Καλοκαίρι &
Άσκηση



Η Μεσογειακή Διατροφή ...στο Διαδίκτυο

medNutrition



για να ξέρουμε τι τρώμε!

Άρθρο Σύνταξης



Το καλοκαίρι φθάνει ολδοταχώς, η θερμοκρασία αυξάνει, ο ήλιος ζεσταίνει τις ψυχές και απελευθερώνει τη σκέψη. Το μυαλό μας ταξιδεύει αχαλίνωτο σε γαλαζοπράσινες παραλίες, ξανθή άμμο, αναπαιτικές ξαπλώστρες. Όλες αυτές οι όμορφες σκέψεις διακόπτονται από τη θέαση του σώματός μας στον καθρέπτη. Οι ατασθαλίες του χειμώνα, η καθήλωση του καναπέ, προσέθεσαν περιττά κιλά και αλλοίωσαν την απεγάρδιαστη εικόνα που όλοι θέλουμε να έχουμε για τον εαυτό μας. Άγχος, πανικός και αναζήτηση επειγόντων μέτρων. Και, ώ του θαύματος, αναδύονται από το πουθενά θαυματουργές δίαιτες. Δίαιτες, αστραπή, δίαιτες της τελευταίας στιγμής, που στερούνται επιστημονικής τεκμηρίωσης και επιδιώκουν μόνο ένα γρήγορο αποτέλεσμα.

Η κα Κουστουράκη μάς επισημαίνει ότι τα γρήγορα αποτελέσματα της στέρησης δεν είναι ούτε ευχάριστα ούτε επιθυμητά. Το αισθητικό αποτέλεσμα είναι κακό και η επαναπρόσληψη των περιττών κιλών αναπόφευκτη. Μας προτείνει λοιπόν να πάψουμε να ασχολούμαστε με τις δίαιτες, να εστιάσουμε στις διατροφικές μας συνήθειες, να εντοπίσουμε τα λάθη μας και να τα διορθώσουμε σταδιακά ώστε το αποτέλεσμα να έχει ποιότητα και διάρκεια. Άλλωστε, όπως τονίζει ο Κος Ζανάκης και η κα Πασωμένου, αδιαμφισβήτητη αλήθεια αποτελεί το γεγονός ότι οι σύγχρονοι πολίτες δεν αφιερώνουν καθόλου χρόνο για άσκηση. Η απουσία εξάσκησης του σώματος σε συνδυασμό με την κακή διατροφή δρουν συνεργικά στην εξασθένηση του οργανισμού και στην εξάντληση του ανοσοποιητικού συστήματος. Μας παρακινούν λοιπόν να ξεκινήσουμε διάφορα αθλήματα το καλοκαίρι όπως το κολλύμπι, το beach volley, το τζόκιν, ακόμα και το παιχνίδι με τις ρακέτες για να βελτιώσουμε τη φυσική μας κατάσταση. Δεν παραλείπουν επίσης να παραθέσουν τους γενικούς κανόνες που πρέπει να ακολουθούμε ώστε η άσκηση να είναι αποτελεσματική αλλά και ασφαλή.

Το πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας είναι μείζον στη χώρα μας επισημαίνει στο άρθρο της η κα Δρακοπούλου. Τα Ελληνόπουλα, λόγω των αυξημένων σχολικών υποχρεώσεων αλλά και λόγω ανυπαρξίας ασφαλών χώρων για παιχνίδι, περνούν πολλές ώρες της ημέρας καθισμένα. Η παχυσαρκία όμως έχει σημαντικές σωματικές και ψυχολογικές επιδράσεις για τα παιδιά. Η εκπαίδευση στη διατροφή αποτελεί το πιο πετυχημένο μοντέλο αντιμετώπισης, με υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής και σταδιακή μείωση του βάρους σε συνδυασμό με μεθοδική άθληση.

Η τροφική αλλεργία αποτελεί συχνό πρόβλημα για τα παιδιά και τους ενήλικες, αναφέρει στο άρθρο της η κα Κουλιούρη. Σοβαρή αντίδραση σε κάποια τροφή μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία και να εκδηλωθεί με ποικιλία συμπτωμάτων ενώ ενίοτε μπορεί να είναι απειλητική για τη ζωή. Τροφές που έχουμε ανευχθεί στο παρελθόν μπορεί κάποτε να καταστούν εξαιρετικά επικίνδυνες.

Στο τεύχος αυτό θα βρείτε πολύ ενδιαφέροντα ιατρικά άρθρα. Ο διευθυντής σύνταξης του περιοδικού μας, κ. Παπαθεοδωρίδης, αναλύει με τρόπο σαφή και εμπειριστατωμένο τις παρενέργειες από το γαστρεντερικό που προκαλεί η ασπιρίνη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Πρόκειται για ευρύτατα χρησιμοποιούμενα σκευάσματα, πολύτιμα στην ανακούφιση από τον πόνο και τη φλεγμονή, που όμως μπορεί να προκαλέσουν διαβρώσεις και έλκη στο πεπτικό σύστημα. Στο άρθρο περιγράφονται οι ενδείξεις γαστροπροστασίας στους χρήστες ασπιρίνης και ΜΣΑΦ και παρέχονται στρατηγικές πρόληψης των επιπλοκών του ανώτερου πεπτικού ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος γαστροτοξικότητας. Η δυσκοιλιότητα αποτελεί συχνότατο πρόβλημα που ταλαιπωρεί μεγάλη μερίδα του πληθυσμού. Γνωρίζετε αλήθεια πόσο συχνή είναι η δυσκοιλιότητα στον Ελληνικό πληθυσμό, αν αφορά περισσότερο άνδρες ή γυναίκες, νέους ή ηλικιωμένους; Απαντήσεις σ' αυτά και σε άλλα ερωτήματα θα βρείτε στο άρθρο του κ. Τριανταφύλλου, ο οποίος απομυθοποιεί τις υπάρχουσες «δοξασίες» για το τι αποτελεί δυσκοιλιότητα και παραθέτει τα αποτελέσματα μεγάλης Πανελληνιακής έρευνας που διενήργησε το Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής για να μελετήσει το μέγεθος του προβλήματος. Επίσης, ο κ. Σκούρας αναλύει διεξοδικά στο άρθρο του το πρόβλημα της οξείας παγκρεατίτιδας που αποτελεί δυνητικά αναστρέψιμη φλεγμονή του παγκρέατος. Περιγράφονται οι παράγοντες κινδύνου, τα συμπτώματα της νόσου, ο κατάλληλος τρόπος διαγνωστικής προσέγγισης και εκτίμησης της βαρύτητας της προσβολής αλλά και οι δέουσες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Τέλος, σας προτρέπω να διαβάσετε το εξαιρετικό άρθρο του Προέδρου του Δ.Σ του Ελληνικού Ιδρύματος Γαστρεντερολογίας και Διατροφής Κου Παπαπαναγιώτου για τη σχέση της ιατρικής με τη δημοσιότητα. Μια δημοσιότητα, που αποτελεί βεβαίως πλευρά της σύνθετης κοινωνικής αποστολής της ιατρικής αλλά, σε μια εποχή τηλεοπτικής εικονοποίησης του λόγου, που συνοδεύεται από έλλειμμα ιστιογραφίας και πλεόνασμα ανισοπολιτείας, φαντάζει μονόπλευρη, εστιάζοντας μόνο στις υποχρεώσεις του γιατρού απέναντι στην κοινωνία και αγνοώντας τις υποχρεώσεις της κοινωνίας απέναντι στο γιατρό.

Καλή ανάγνωση!

Ιωάννης Βλαχογιαννάκος
Αναπληρωτής Διευθυντής Σύνταξης



8



16



24



34

Άρθρο Σύνταξης	3
<i>Ιατρική & Δημοσιότητα</i>	6
<i>Οξεία παγκρεατίτιδα</i>	8
Παιδί & Έφηβος: "Τροφική αλλεργία"	12
<i>Δυσκοιλιότητα</i>	16
Διατροφή: "Όχι άλλες δίαιτες"	20
Μικρά & Νόστιμα	22
Περιβάλλον: "Φύση & Κρίση"	24
Ευεξία: "Καλοκαίρι & Άσκηση"	28
Περί διαίτης: "Δίαιτα & Κατασκηνώσεις"	32
Μικρά & Νόστιμα	22
<i>Αυχενικό σύνδρομο</i>	34
<i>Ασπιρίνη & ΜΣΑΦ</i>	38
Επικοινωνούμε	44
Τα Νέα του Ιδρύματος	46

Ιδιοκτήτης:

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

Έδρα: Πατριάρχου Ιωακείμ 30, 106 75 Αθήνα

Τηλ. Fax.: 210 72 31 332,

e-mail: info@eligast.gr

URL: www.eligast.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Δ. Παπαπαναγιώτου

Διευθυντής: Κ. Αρβανιτάκης

Γ. Γραμματέας: Δ. Γ. Καραμανώλης

Ταμίας: Χ. Τζάθας

Μέλη: Ι.Α. Καραγιάννης

Γ. Κητής

Σ.Δ. Λαδάς

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 Διαιτήσης*)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!

NEO



Σε 2 υπέροχες γεύσεις:

- Αχλάδι - Ιπποφαές - Torinambur
- Δαμάσκηνο - Αχλάδι - Torinambur



Ιατρική & Δημοσιότητα

**Μεταφορέας γνώσης
η σωστή πληροφορία**



Η Ιατρική βρίσκεται σε διαρκή σχέση με τη Δημοσιότητα. Ως κατεξοχήν ανθρωπιστική επιστήμη καταξιώνεται μέσα από την προσφορά γνώσης σε άτομα και πληθυσμούς για τη σωματική και ψυχική υγεία. Μεταφορέας της γνώσης από την Ιατρική στο άτομο είναι η πληροφορία. Από την εποχή που μοναδικό μέσο ενημέρωσης του πολίτη ήταν ο Τύπος, οι εφημερίδες διέθεταν στήλες για ιατρικές ειδήσεις και θέματα, καθώς και άρθρα από συνεργάτες τους γιατρούς. Η δημοσιότητα αυτή αποτελεί μία πλευρά της σύνθετης κοινωνικής αποστολής της Ιατρικής και του ρόλου του γιατρού στην κοινωνία.

Σήμερα ζούμε (και υφιστάμεθα τις συνέπειες) ένα έντυπο και ηλεκτρονικό πληθωρισμό Μέσων Ενημέρωσης και τον πολλαπλασιασμό του αριθμού εφημερίδων και περιοδικών, με τη λειτουργία εκατοντάδων ραδιοσταθμών, με τις πολλές δεκάδες τηλεοπτικών καναλιών, δημόσιων και ιδιωτικών.

Όλοι αυτοί οι φορείς δημοσιότητας, άλλοτε συχνά άλλοτε σπάνια, αφιερώνουν χώρο και χρόνο σε ιατρικά θέματα, προβάλλουν ειδήσεις για νέες ιατρικές κατακτήσεις, για νέα φάρμακα, για νέες θεραπευτικές μεθόδους. Ο αναγνώστης, ο ακροατής, ο τηλεθεατής δέχονται πολλές πληροφορίες.

Το ερώτημα είναι με ποιο βαθμό υπευθυνότητας συντάσσονται και μεταδίδονται οι ιατρικές πληροφορίες από δημοσιογράφους, ρεπόρτερς ή μεταφραστές, όχι από γιατρούς.

Ο αναγνώστης, ο ακροατής, ο τηλεθεατής ίσως δεν μπορεί να εντοπίσει λάθη και ατέλειες. Ο γιατρός, όμως...

Αλλά εδώ παρεμβάλλεται το δράμα ενός τρίτου, που η είδηση για ένα νέο αποτελεσματικό φάρμακο τον ενδιαφέρει άμεσα. Είναι ο άρρωστος, ο πάσχων από ασθένεια για την οποία διαβάζει περί νέας αποτελεσματικότερης θεραπευτικής μεθόδου, χαίρεται, αισιοδοξεί και συχνά μένει στο κενό. Είτε γιατί η είδηση βγαίνει πρόωρα στη δημοσιότητα, είτε γιατί δε διευκρινίζεται πόσο μακριά θα είναι η πειραματική περίοδος εφαρμογής, είτε γιατί ο βιαστικός συντάκτης της είδησης αφήνει την εντύπωση ότι το νέο φάρμακο είναι ήδη εν χρήσει.

Ποσοτικά νομίζω ότι η ηλεκτρονική υπερέχει της έντυπης ενημέρωσης σε ιατρικές πληροφορίες. Και δεν μπορώ να γενικεύσω ότι όλη αυτή η ενημέρωση είναι πρόχειρη και ανεύθυνη. Υπάρχουν και καλές εκπομπές, με σοβαρό περιεχόμενο και θετικό αποτέλεσμα. Όπως επίσης πολύ αξιόλογη είναι η προσφορά των εφημερίδων που διαθέτουν εβδομαδιαίως πολυσέλιδα ιατρικά αφιερώματα, τα θέματα των οποίων, γραμμένα από γιατρούς και άλλους ειδικούς επιστήμονες, είναι εύληπτα και χρήσιμα για τον αναγνώστη. Τότε η έντυπη και η ηλεκτρονική ενημέρωση εκπληρούν τον κοινωνικό προορισμό τους.

Ο αείμνηστος Σπύρος Δοξιάδης σε μία μελέτη του για το ρόλο του γιατρού στην κοινωνία αναφερόταν στην τεράστια πρόοδο της Ιατρικής στα τελευταία 50 χρόνια, που μαζί με τη μηχανική τεχνολογία, όπως

έγραφε, άλλαξαν τον τρόπο ζωής με αποτέλεσμα να πολλαπλασιασθεί η δύναμή τους πάνω στη ζωή μας. Και έγραφε σχετικώς: «Τη δύναμη όμως αυτή, για καλό ή κακό, σφαλικά την αποδίδουμε σε ένα απρόσωπο όρο “επιστήμη-τεχνολογία-ιατρική”. Το σωστό είναι να λέμε ότι αυξήθηκε η δύναμη ορισμένων ανθρώπων πάνω σε άλλους ανθρώπους χάρις στα μέσα που η πρόοδος έβαλε στη διάθεσή τους».

Και επεσήμαινε στη συνέχεια : «Δεν είναι η απρόσωπη ηλεκτρονική τεχνολογία που μπορεί να σπάσει το απόρρητο των επικοινωνιών μας ή ακόμη και να αποκαλύψει λεπτομέρειες της προσωπικής μας ζωής, παραβιάζοντας την αυτονομία μας, αλλά τα Πολιτικά συστήματα και οι άνθρωποι που τα υπηρετούν».

Αυτά υποστήριζε χαρακτηριστικά ο Σπύρος Δοξιάδης. Η τηλεόραση, το χαϊδεμένο παιδί της ηλεκτρονικής επανάστασης, παραβιάζει με τον δικό της ελκυστικό διεισδυτικό τρόπο την καθημερινή αυτονομία μας.

Ωστόσο, ως μέσον επικοινωνίας, ενημέρωσης και ψυχαγωγίας, η τηλεόραση διαθέτει «μαγικές» δυνατότητες. Συνδυάζει την μεγίστης εμβελείας συλλειτουργία ζωντανής εικόνας και ζωντανού λόγου με τη δυνατότητα άμεσης μετάδοσης γεγονότων (έχουμε δει ακόμη και πολέμους στη γυάλινη οθόνη...) τις στιγμές που διαδραματίζονται. Σημασία έχει πως αξιοποιούνται οι δυνατότητές της από τους ανθρώπους που διαθέτουν αυτή τη δύναμη, αυτό το τόσο αποτελεσματικό για τα συμφέροντά τους όπλο. Αλλά ζούμε πλέον την γενικής λήψης τηλεοπτική εικονοποίηση του λόγου, που συνοδεύεται από έλλειμμα ισηγορίας και πλεόνασμα ανισοπολιτείας.

Έτσι και το αποκαλούμενο «ιατρικό ρεπορτάζ» προτιμά να δείχνει εικόνες που εντυπωσιάζουν: θανατηφόρες επιδημίες, αποκαλύψεις για δήθεν τραγικά λάθη γιατρών, εικόνες νοσοκομείων με άθλιες υποδομές, τλαιπωρίες ασθενών και ό,τι άλλο δυσάρεστο και πικρό μπορεί να ερεθίσει τον τηλεθεατή. Με την αντίληψη και την εκτίμηση ότι ο πόνος, το τραγικό κερδίζουν τη μεγάλη θεαματικότητα.

Στο πλαίσιο αυτό και για τη διατήρηση κάποιων ισορροπιών δίδεται ο λόγος και σε «ανώνυμους» πολίτες. Κάτι σωστό, βεβαίως. Όχι σπάνια πάντως γίνεται κατάχρηση αυτού του δικαιώματος με ανεύθυνες καταγγελίες που δημιουργούν προβλήματα.

Υπάρχει φυσικά και η ευθύνη των γιατρών, αφού η Ιατρική έχει κοινωνική αποστολή ως λειτούργημα. Εδώ το θέμα απαιτεί προσοχή. Η σχέση του γιατρού με την κοινωνία, με το κοινωνικό σύνολο, δεν είναι μονόπλευρη. Εδώ λειτουργεί ένα ισχυρό σύνδρομο αμοιβαιότητας – πρέπει να λειτουργεί.

Όπως έχει υποχρεώσεις ο γιατρός απέναντι στην κοινωνία, έχει και η κοινωνία απέναντι στο γιατρό. Η πραγματικότητα διδάσκει ότι αν η κοινωνία – καθώς επίσης και η Πολιτεία – δεν εκπληρώνει τις δικές της υποχρεώσεις, τότε καθιστά

Υπάρχει φυσικά και η ευθύνη των γιατρών, αφού η Ιατρική έχει κοινωνική αποστολή ως λειτούργημα

δύσκολη αν όχι αδύνατη και πάντως προβληματική, και την εκπλήρωση των υποχρεώσεων του γιατρού απέναντι στην κοινωνία και στην Πολιτεία.

Στην καθημερινότητα της ζωής προκύπτουν συχνά περιστατικά που αποκαλύπτουν πόσο, όχι μόνον η κοινωνία αλλά και η Πολιτεία, σε περιπτώσεις και η Δικαιοσύνη, αδυνατούν ή αποφεύγουν να κατανοήσουν και αναγνωρίσουν την ιδιομορφία και τις δυσκολίες της ιατρικής πράξης.

Ας καταφύγουμε σε ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα. Μία από τις βασικές δυσκολίες και ιδιομορφίες του λειτούργηματος της Ιατρικής είναι τα έκτακτα επεισόδια περιστατικά, που εισάγονται στα νοσοκομεία. Συχνά οι γιατροί τα αντιμετωπίζουν χωρίς σχετική ενημέρωση. Δηλαδή ο γιατρός έχει μπροστά του ένα πάσχων σώμα, ένα βαρειά τραυματισμένο σε τροχαίο π.χ., που πρέπει αμέσως να το αντιμετωπίσει θεραπευτικά χωρίς να έχει σχετική πληροφόρηση. Ο γιατρός δεν έχει χρόνο. Πρέπει να ενεργήσει τάχιστα.

Εδώ προκύπτει πρόβλημα με τους αναστατωμένους συγγενείς. Όχι λίγοι, αναλόγως και με το μορφωτικό τους επίπεδο, βλέπουν τον γιατρό σαν θαυματοποιό. Έχουν υπεραυξημένες απαιτήσεις. Αν δεν ικανοποιούνται στρέφονται εύκολα εναντίον του γιατρού, με τη δυνατότητα που τους παρέχουν κάποια μέσα ενημέρωσης, μεγεθύνοντας τα περιστατικά με κατηγορίες συγγενών εναντίον των γιατρών.

Έχουμε έτσι στην πράξη ένα επικίνδυνο κοινωνικό λαϊκισμό, που επιμολύνει τον ήδη προσβεβλημένο ποικιλοτρόπως από κυβερνο-ιδιωτικούς λαϊκισμούς κοινωνικό ιστό.

Ως δημοσιογράφος, με μακρά θητεία στην έντυπη αλλά και στην ηλεκτρονική ενημέρωση, δε διστάζω να αναφερθώ στη μεγάλη δημοσιογραφική ευθύνη, στον τρόπο που αντιμετωπίζεται το έργο του γιατρού από κάποια μέσα ενημέρωσης.

Ευθύνη που δεν υπηρετείται πάντοτε από τους λειτούργους της.

Η οξεία παγκρεατίτιδα αποτελεί αναστρέψιμη φλεγμονώδη νόσο, μη βακτηριακής αιτιολογίας του παγκρέατος

Οξεία Παγκρεατίτιδα

Οι συνηθέστεροι παράγοντες κινδύνου είναι η χολολιθίαση (35-40%) και η χρόνια κατανάλωση αλκοόλ (30%).

Η παγκρεατίτιδα από χρόνια κατανάλωση αλκοόλ είναι αυτή που κυρίως οδηγεί σε χρόνια παγκρεατίτιδα

Τι είναι η οξεία παγκρεατίτιδα;

Η οξεία παγκρεατίτιδα αποτελεί αναστρέψιμη φλεγμονώδη νόσο, μη βακτηριακής αιτιολογίας του παγκρέατος. Η ετήσια επίπτωση της νόσου αυξάνεται προοδευτικά. Δεν υπάρχουν στοιχεία για την χώρα μας, ενώ υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ νοσούν 210,000 άτομα ετησίως. Χαρακτηριστικό της νόσου είναι η ποικιλότητα όσον αφορά τις κλινικές εκδηλώσεις αλλά και την κλινική πορεία που μπορεί να είναι από ήπια έως σοβαρή αλλά και θανατηφόρα. Υποτροπιάζοντα επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας μπορεί τελικά να οδηγήσουν σε χρόνια παγκρεατίτιδα. Η χρόνια παγκρεατίτιδα οποία αποτελεί χρόνια εξελισσόμενη φλεγμονώδη νόσο του παγκρέατος που χαρακτηρίζεται από μη αντιστρεπτές βλάβες του οργάνου, συλλοποίηση και ίνωση, οι οποίες προκαλούν κοιλιακό πόνο, σακχαρώδη διαβήτη και διαταραχές στην απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών.

Τι την προκαλεί;

Οι συνηθέστεροι παράγοντες κινδύνου είναι η χολολιθίαση (35-40%) και η χρόνια κατανάλωση αλκοόλ (30%). Η παγκρεατίτιδα από χρόνια κατανάλωση αλκοόλ είναι αυτή που κυρίως οδηγεί σε χρόνια παγκρεατίτιδα. Υπάρχουν όμως και άλλες παθολογικές καταστάσεις που συνδέονται με την εμφάνιση οξείας παγκρεατίτιδας όπως συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα :

Παράγοντες κινδύνου για την οξεία παγκρεατίτιδα

1. Μηχανικοί :Ανατομικές ανωμαλίες (διφυές πάγκρεας, δακτυλιοειδές πάγκρεας), λειτουργικές ανωμαλίες (π.χ δυσλειτουργία του σφιγκτήρα του Oddi), χοληδοχολιθίασις, όγκοι κ.α

2. Μεταβολικοί : Χρόνια λήψη αλκοόλ, υπερπαραθυρεοειδισμός (υπερασβεστιαμία), αμινοξυουρία, υπερτριγλυκεριδαμία κ.α
3. Αγγειακοί : Αγγειακές παθήσεις που προκαλούν μείωση της αιμάτωσης του παγκρέατος όπως κολλαγονώσεις, οζώδης πολυαρτηρίτιδα, ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής κ.α
4. Λοιμώδεις: λοιμώξεις από βακτήρια (M. Tuberculosis, μυκόπλασμα) και ιδιαίτερα τους ιούς της παρωτίτιδας καθώς και οι εντεροϊοί Coxsackie A και B καθώς και παράσιτα (Ascaris).
5. Τραυματικοί: Συνήθως μετεγχειρητικοί ιδίως μετά από επέμβαση γαστρεκτομής κατά Billroth II, μετά από ERCP κ.α
6. Φαρμακευτικοί: Χλωροθειαζίδες, φουροσεμίδη, οιστρογόνα, αζαθειοπρίμη, θειαζίδες τετρακυκλίνες κ.α.
7. Τοξίνες
8. Ισχαιμία:Υπόταση, αρτηρίτις, εμβολικό επεισόδιο
9. Υποθερμία
10. Αυτοάνοσα νοσήματα
11. Ιδιοπαθής: Περίπου στο 15-18% των αρρώστων, (αποτελεί το τρίτο κατά σειρά μεγέθους ομάδα) δεν είναι δυνατόν να προσδιορισθούν οι ενοχοποιητικοί παράγοντες της νόσου

Στην Ελλάδα η συνηθέστερη αιτία οξείας παγκρεατίτιδας είναι η χολολιθίαση. Η χολολιθίαση είναι συχνότερη στις γυναίκες και προκαλεί οξεία παγκρεατίτιδα μέσω απόφραξης του φύματος του Vater από χολόλιθο. Η ακριβής αιτιολογία της παγκρεατίτιδας είναι μείζονος σημασίας για την κατάλληλη θεραπεία. Παρά την μεγάλη πρόοδο στις απεικονιστικές μεθόδους, στη μοριακή βιολογία και στη γενετική, η αιτία δεν ανευρίσκεται σε ποσοστό 10-15% των περιπτώσεων.

Το κύριο χαρακτηριστικό του πόνου της οξείας παγκρεατίτιδας είναι ότι είναι συνεχής, έντονος και δεν υποχωρεί με τα συνήθη παυσίπονα

Πως εμφανίζεται;

Η οξεία παγκρεατίτιδα χαρακτηρίζεται από ξαφνικό έντονο πόνο στην περιοχή του επιγάστριου, που συνοδεύεται από ναυτία, τάση προς έμετο, εμέτους και αύξηση των παγκρεατικών ενζύμων και ιδιαίτερα της αμυλάσης του ορού. Η ένταση των συμπτωμάτων ποικίλει σημαντικά, ενώ η πλήρης εικόνα εγκαθίσταται τα δύο πρώτα 24ωρα από την έναρξη της οξείας παγκρεατίτιδας. Χαρακτηριστικό της νόσου είναι η μεγάλη απόκλιση των υποκειμενικών ευρημάτων με τα αντικειμενικά ευρήματα από την κλινική εξέταση. Η εικόνα του βαρέως πάσχοντος δεν συνάδει με τα κλινικά ευρήματα από την αντικειμενική εξέταση του ασθενούς. Σε αρκετούς ανευρίσκεται υπίκτερος ή ίκτερος, καθώς και πυρέτιο ή μετεωρισμός.

Αρχικά, ο πόνος εντοπίζεται στο επιγάστριο με επέκταση στο δεξιό υποχόνδριο, ενώ τις επόμενες 8-12 ώρες ο πόνος γίνεται έντονος και επίμονος. Το κύριο χαρακτηριστικό του πόνου της οξείας παγκρεατίτιδας είναι ότι είναι συνεχής, έντονος και δεν υποχωρεί με τα συνήθη παυσίπονα. Ο πόνος συνοδεύεται από τάση για εμετό και εμετό, ταχυκαρδία, πτώση της αρτηριακής πίεσης, ανησυχία και ενίοτε από συγχυτικά φαινόμενα.

Σημαντικότερες επιπλοκές είναι η οργανική ή πολυοργανική ανεπάρκεια, η κυκλοφορική αστάθεια και η μεταβολική οξέωση. Συχνές είναι και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, όπως η υπασβεστιαϊμία και η υπομαγνησαιομία. Η υπεργλυκαιμία είναι επίσης συχνή και αποτελεί δυσμενή προγνωστικό δείκτη. Η νέκρωση του παγκρέατος αποτελεί μια ακόμα επιπλοκή, η οποία μπορεί να είναι συμπτωματική αλλά και σιωπηλή, και στις περισσότερες των περιπτώσεων είναι ασηπτική. Η περιπαγκρεατική συλλογή υγρών παρατηρείται συνήθως σε ασθενείς με μέτρια και βαριά νόσο. Η περιπαγκρεατική συλλογή απορροφάται αυτόματα σε 50% των ασθενών εντός 6 εβδομάδων, ενώ σε ποσοστό 16% οργανώνεται υπό μορφή ψευδοκύστης.

Πως γίνεται η διάγνωση;

Η υποψία για την διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας εγείρεται σε κάθε ασθενή με συγκεκριμένα κλινικά συμπτώματα, όπως κοιλιακό άλγος με εντόπιση στο επιγάστριο, ζωστηροειδούς χαρακτήρα και αντανάκλαση στην πλάτη, συνοδευόμενο από ναυτία και επεισόδια εμέτων. Υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό 40%-70% των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα προσέρχεται με την παραπάνω τυπική εικόνα. Σημαντικό επίσης ρόλο παίζει και η λεπτομερής καταγραφή του ατομικού αναμνηστικού του ασθενούς για ανεύρεση τυχόν πιθανών εκλυτικών παραγόντων. Η κλινική υποψία υποστηρίζεται και από την αύξηση των επιπέδων αμυλάσης και λιπάσης ορού και των ούρων, οι οποίες πρέπει να προσδιορίζονται σε κάθε επεισόδιο οξέος πόνου επιγάστριου.

Η θέση της αξονικής τομογραφίας είναι σημαντική στην επιβεβαίωση της διάγνωσης, στη διαφορική διάγνωση, στον καθορισμό της βαρύτητας αλλά και των επιπλοκών της νόσου. Η μαγνητική τομογραφία είναι το ίδιο ακριβής με την αξονική όσον αφορά την απεικόνιση του παγκρέατος αλλά πιο δύσκολη όσον αφορά την χρησιμότητά της σε ασθενείς με βαριά νόσο.

Παρά τον αριθμό των νοσημάτων που μπορούν να μιμηθούν την εικόνα της οξείας παγκρεατίτιδας και που σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να συνοδεύονται με αυξημένα επίπεδα αμυλάσης ή και λιπάσης ορού, ο συνδυασμός λεπτομερούς κλινικής εξέτασης, εργαστηριακών δεικτών αλλά και των απεικονιστικών μεθόδων, όταν αυτές χρειάζονται, επιτρέπει την ασφαλή διάγνωση σε χρονικό διάστημα μικρότερο των 48 ωρών από την έλευση του ασθενούς.

Παρά το γεγονός ότι η πλειονότητα των ασθενών θα ανακάμψει της νόσου απλά με συντηρητική θεραπεία, 1 στους 5 ασθενείς θα νοσήσει σοβαρά, ενώ το 20% αυτών υπάρχει πιθανότητα να πεθάνει.

Η εκτίμηση της σοβαρότητας της νόσου είναι το πιο σημαντικό ζήτημα όσον αφορά την αντιμετώπιση της οξείας παγκρεατίτιδας, καθώς είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει εγκαίρως αξιόπιστη εκτίμηση της βαρύτητας, που θα αντικατοπτρίσει και την πιθανή έκβαση.

Είναι δύσκολο στην έναρξη των συμπτωμάτων να προσδιορισθεί ποιοι ασθενείς θα αναπτύξουν βαρεία παγκρεατίτιδα και επιπλοκές. Για τον λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί διάφορα συστήματα βαθμονόμησης (scoring systems) της βαρύτητας της παγκρεατίτιδας και του κινδύνου ανάπτυξης επιπλοκών, όπως: κλινικές κλίμακες αξιολόγησης, εκτίμηση της βαρύτητας των μορφολογικών αλλοιώσεων του παγκρέατος με τη σωστή αξονική τομογραφία, εκτίμηση της επίπτωσης στην γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς (κλίμακα APACHE - II) και τα κριτήρια της Atlanta.

Ποιές είναι οι βασικές αρχές της θεραπείας;

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα, ιδίως αυτοί με ήπια νόσο, αντιμετωπίζονται με συντηρητική αγωγή. Δίδεται έμφαση στη λήψη μέτρων ώστε να αποφευχθεί η υποξυγοναιμία, αλλά και να εξασφαλισθεί η επαρκής κατά περίπτωση αναπλήρωση των απωλειών σε υγρά. Η εξασφάλιση του ισοζυγίου ύδατος είναι πολύ σημαντική. Βασικό στοιχείο της αρχικής αντιμετώπισης αποτελεί και η ανακουφιστική αγωγή με χορήγηση ισχυρών παυσίπονων.

Σημαντική είναι επίσης και η διατροφική κάλυψη των ασθενών, ιδίως αυτών με μέτρια και βαριά νόσο. Όταν γίνεται αντιληπτό ότι ο συγκεκριμένος ασθενής δεν θα σιτισθεί για αρκετές εβδομάδες, σε διάστημα 3-4 ημερών από την είσοδο στο νοσοκομείο θα πρέπει να τεθεί σε εντερική ή πλήρη παρεντερική σίτιση. Η χορήγηση προφυλακτικά, αντιβιοτικών σε ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα είναι γενικώς αμφιλεγόμενη. Ασθενείς με ενδείξεις για νεκρωτική παγκρεατίτιδα και υποψία λοίμωξης στην περιοχή της νέκρωσης θα πρέπει να τίθενται σε συνδυασμένη αντιβιοτική αγωγή.

Σε περίπτωση αποτυχίας της αρχικής γραμμής αντιμετώπισης ή στην περίπτωση υποψίας για ύπαρξης οργανικής ή πολυοργανικής ανεπάρκειας (shock, αναπνευστική δυσχέρεια, οξεία νεφρική ανεπάρκεια) ο ασθενής χρήζει άμεσης μεταφοράς σε μονάδα εντατικής θεραπείας.

Σημαντική είναι επίσης και η διατροφική κάλυψη των ασθενών, ιδίως αυτών με μέτρια και βαριά νόσο





Ανεπιθύμητη
αντίδραση σε τροφή
χαρακτηρίζεται
η εμφάνιση
παθολογικής κλινικής
συμπωματολογίας
που σχετίζεται με τη
λήψη τροφής.



Ανεπιθύμητες αντιδράσεις σε τροφές- νεώτερα δεδομένα

Τα άτομα, όμως, που κινδυνεύουν περισσότερο από αναφυλακτικές θανατηφόρες αντιδράσεις είναι οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες με άσθμα που έχουν αλλεργία σε θαλασσινά και ξηρούς καρπούς

Αντίστοιχα, ως τροφική αλλεργία ορίζεται η αντίδραση σε πρωτεΐνες των τροφών μέσω παραγωγής IgE, αλλά και μέσω κυτταρικών αντιδράσεων (επιβραδυνομένου τύπου υπερευαισθησία). Η ευαισθητοποίηση σε τροφές που υποσημαίνεται με την παρουσία ειδικής IgE, δεν σημαίνει απαραίτητα και κλινική συμπτωματολογία.

Επιδημιολογία

Η συχνότητα της τροφικής αλλεργίας στα παιδιά υπολογίζεται σε 3%-6%, ενώ στους ενήλικες 2%-3%. Από τα παιδιά που παρουσιάζουν αλλεργία στις πρωτεΐνες του γάλακτος ή του αυγού, στα σιτηρά και στη σόγια, το 85% ξεπερνούν το πρόβλημα μέχρι την ηλικία των 5 ετών. Αντίθετα, η αλλεργία στο ψάρι και τους ξηρούς καρπούς δεν φαίνεται να υποχωρεί.

Σοβαρή αντίδραση σε κάποια τροφή μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Τα άτομα, όμως, που κινδυνεύουν περισσότερο από αναφυλακτικές θανατηφόρες αντιδράσεις είναι οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες με άσθμα που έχουν αλλεργία σε θαλασσινά και ξηρούς καρπούς (φυστίκι, καρύδι, κ.λπ.). Ανεπιθύμητες αντιδράσεις σε χρωστικές και συντηρητικά των τροφών δεν είναι κοινές (1%).

Η συχνότητα και το είδος της τροφικής αλλεργίας έχουν επίσης έντονη συσχέτιση με τη γεωγραφική θέση μιας χώρας, το κοινωνικό status και τις παραδοσιακές μαγειρικές συνήθειες. Έτσι, σε χώρες της μέσης Ανατολής είναι πολύ συνηθισμένη η αλλεργία στο σουσάμι και στην Κίνα η αλλεργία στο ρύζι. Βέβαια, με τη διεθνοποίηση της κουζίνας και η τροφική αλλεργία «ταξιδεύει».

Η παρουσία κοινών γλυκοπρωτεϊνών μεταξύ διαφόρων αλλεργιογόνων ζωϊκής ή φυτικής προέλευσης και αεροαλλεργιογόνων μπορεί να προκαλέσει διασταυρούμενες αντιδράσεις.

Συμπτώματα

Τα συμπτώματα διαφέρουν ανάλογα με την παθοφυσιολογία, τα χαρακτηριστικά του ξενιστή, την ποσότητα της τροφής, αλλά και από παράγοντες όπως η άσκηση, η ψυχολογία και άλλα. Ανάλογα με τον τύπο της αντίδρασης (IgE τύπου ή επιβραδυνόμενης υπερευαισθησίας), ο χρόνος εκδήλωσης των συμπτωμάτων κυμαίνεται από λίγα λεπτά έως αρκετές ώρες μετά την λήψη της τροφής.

Κνίδωση και αγγειοοίδημα μπορεί να αποτελέσουν αντίδραση σε προσλαμβανόμενη τροφή, μέσω IgE μεσολαβούμενης αντίδρασης, με ή χωρίς τη συνοδεία άλλων συμπτωμάτων. Ερύθημα μετά από δερματική επαφή μπορεί να μη συνδέεται με συμπτώματα κατά τη λήψη τροφής. Η χρόνια κνίδωση δεν σχετίζεται με τροφική αλλεργία, ενώ μη IgE μηχανισμοί μπορεί να σχετίζονται με αντιδράσεις σε τροφές, όπως τα ψάρια, που χαρακτηρίζονται από υπερβολική έκκριση ισταμίνης.

Αντιδράσεις από το γαστρεντερικό σύστημα αναφυλακτικού τύπου, όπως έντονα κοιλιακά άλγη, έμετοι και διάρροιας, δεν είναι συνήθεις ως μεμονωμένη κλινική προβολή.

Η αλλεργική πρωκτοκολίτιδα με χαρακτηριστικές βλενοαιματηρές κενώσεις παρουσιάζεται σε θηλάζοντα βρέφη και χαρακτηρίζεται από ειδική IgE στο αγελαδινό γάλα. Παρέρχεται σε ένα-δύο έτη.

Η αλλεργική εντεροκολίτιδα μπορεί να προβάλλει με εικόνα χρόνιας διάρροιας και εμέτων σε βρέφη με υπολειπόμενη ανάπτυξη, και μπορεί να οδηγήσει σε εικόνα οξέωσης, μεθαιμοσφαιριναιμίας και καταπληξίας. Οι πρωτεΐνες του γάλακτος και της σόγιας είναι οι συχνότερα υπεύθυνες. Η ολική IgE του ορού είναι χαμηλή.

Η εντεροπάθεια από πρωτεΐνες τροφών χαρακτηρίζεται από υπολειπόμενη ανάπτυξη, διάρροιας, υπονατρίαιμια από δυσσαπορρόφηση. Αυτός ο τύπος που οφείλεται σε τροφές υποχωρεί τα δύο πρώτα χρόνια. Στην κατηγορία αυτή ανήκει η εντεροπάθεια από γλουτένη, που είναι γενετικά προκαθορισμένη.

Η ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα/γαστρεντεροπάθεια οφείλεται σε αλλεργική φλεγμονή του βλεννογόνου του πεπτικού. Η κλινική εικόνα με οπισθοστερνικό άλγος, δυσφαγία, δυσασπορόφηση, απόφραξη δεν είναι αποκλειστική και εμφανίζεται και σε άλλες παθήσεις του πεπτικού. Κάποιοι ασθενείς ανταποκρίνονται στις τροφές, ενώ η IgE τύπου αντίδραση δεν αποδεικνύεται πάντα για τα εμπλεκόμενα τρόφιμα.

Η ατοπική δερματίτιδα αποτελεί κοινό σύμπτωμα τροφικής αλλεργίας. Ένα στα τρία παιδιά με ατοπική δερματίτιδα εμφανίζει τροφική αλλεργία. Συνήθως εντοπίζεται υψηλή IgE σε κάποια τροφή, αν και υπάρχει περίπτωση κλινικής συμπτωματολογίας χωρίς το πιο πάνω εύρημα.

Το σύνδρομο «γύρης- τροφής», που χαρακτηρίζεται από κνησμό στο φάρυγγα με ή χωρίς αγγειοοίδημα, μπορεί να οδηγήσει σε συστηματικές αλλεργικές εκδηλώσεις. Οφείλεται σε ευαισθητοποίηση σε πρωτεΐνη που είναι κοινή σε αλλεργιογόνα γύρεων και κάποιων λαχανικών και φρούτων (π.χ. μήλο, σημύδα).

Αναφυλαξία είναι η συστηματικού τύπου αντίδραση σε τροφή που μπορεί να αποβεί θανατηφόρα. Είναι άμεση αντίδραση, αφορά πολλά συστήματα του οργανισμού και μπορεί να σχετίζεται με εξωγενείς παράγοντες, όπως η άσκηση μετά το γεύμα. Δερματικές εκδηλώσεις δεν είναι απαραίτητες.

Το άσθμα δεν είναι κοινή εκδήλωση τροφικής αλλεργίας, ενώ ο βρογχόσπασμος μπορεί να αποτελεί εκδήλωση πιο συστηματικής αντίδρασης. Αναφέρεται αναπνευστική δυσχέρεια μετά από εισπνοή αλλεργιογόνων που απελευθερώνονται με το βρασμό τροφών (ψάρι). Στην κατηγορία αναπνευστικών εκδηλώσεων ανήκει και η πνευμονική αιμοσιδήρωση, που σχετίζεται με αλλεργία στο γάλα αγελάδος και χαρακτηρίζεται από αναιμία, αιμόπτυση και υποτροπιάζουσες πνευμονίες (νόσος του Heiner).

Ως εκδηλώσεις τροφικής αλλεργίας έχουν θεωρηθεί οι κωλικοί πρώτου τριμήνου, οι αναγωγές και η επίμονη δυσκοιλιότητα. Ενδιαφέρουσες άλλα μη καλά τεκμηριωμένες αναφορές στη βιβλιογραφία αναφέρουν τις διαταραχές συμπεριφοράς, την αρθρίτιδα και την ημικρανία.

Διάγνωση

Το λεπτομερές ιστορικό και η κλινική εξέταση αποτελούν την πρώτη και πολύ σημαντική οδό διαγνωστικής προσέγγισης. Το εργαστήριο επίσης με τη δυνατότητα προσδιορισμού ειδικών ανοσοσφαιρινών προσφέρει σημαντική βοήθεια. Δερματικές δοκιμασίες νυγμού και patch tests καλύπτουν το φάσμα κυτταρικής και χυμικής ανοσολογικής αντίδρασης.

Γονείς και τροφοί αλλεργικών παιδιών πρέπει να εκπαιδεύονται στη χρήση της αυτοεπιμέρους αδρεναλίνης

Το golden standard όμως της διάγνωσης αποτελεί η τυφλή δοκιμασία πρόκλησης στην ενοχοποιούμενη τροφή. Αυτή πρέπει πάντα να γίνεται υπό ιατρική επιτήρηση.

Άλλες διαγνωστικές εξετάσεις μπορεί να χρειαστούν στη διερεύνηση της τροφικής αλλεργίας για να επιβεβαιώσουν τη μη ανοσολογική αιτιολογία (όπως το τεστ εκπνεόμενου υδρογόνου) ή την IgE συμμετοχή στην παθολογία (βιοψία πεπτικού).

Θεραπεία

Η αποφυγή της τροφής που ευθύνεται αποτελεί το πρώτο μέτρο αντιμετώπισης. Κατά τα άλλα, η θεραπεία είναι συμπτωματική, με πρώτο φάρμακο εκλογής την αδρεναλίνη στην αναφυλαξία, σε εξατομικευμένη δόση. Γονείς και τροφοί αλλεργικών παιδιών πρέπει να εκπαιδεύονται στη χρήση της αυτοεπιμέρους αδρεναλίνης. Βρογχοδιασταλτικά και αντιισταμινικά χορηγούνται κατά περίπτωση.

Σημαντική είναι η εκπαίδευση του αλλεργικού ατόμου και του περιβάλλοντος στην αναγνώριση των κρυμμένων αλλεργιογόνων, διαβάζοντας τις συσκευασίες των τροφών. Επίσης, η ενημέρωση στους καταλόγους των εστιατορίων επιβάλλεται. Στις Η.Π.Α., ο οργανισμός πρόληψης αλλεργιών παρέχει εκπαιδευτική υποστήριξη μέσω του δικτυακού τόπου www.foodallergy.org

Συμπερασματικά, η τροφική αλλεργία βαίνει αυξανόμενη στις μέρες μας. Σ' αυτό το κείμενο έγινε προσπάθεια να τονιστεί το εύρος και η ποικιλία των συμπτωμάτων με τα οποία μπορεί η οντότητα αυτή να προβάλλει. Κάποια στιγμή τροφές που έχουμε ανεχθεί στο παρελθόν μπορεί να γίνουν πολύ απειλητικές για τη ζωή. Γι' αυτό, η γνώση και η πρόληψη δεν είναι απλά χρήσιμες, αλλά σωτήριες.





Dulcofibre®

Glucomannan

... δίνει λύση με φυσικό τρόπο

Βοηθά στην
ομαλή λειτουργία
του εντέρου καθημερινά

Το Dulcofibre® έρχεται να καλύψει τις ανάγκες όσων επιθυμούν να ρυθμίσουν την τακτική και φυσιολογική λειτουργία του εντέρου με φυσικό τρόπο.

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί συμπληρωματικά με τη χρήση ενός φαρμάκου για τη δυσκοιλιότητα, με στόχο τη ρύθμιση της εντερικής λειτουργίας και την αποφυγή της συνεχούς και μακροχρόνιας χρήσης του φαρμάκου.

Στην δυσκοιλιότητα το φάρμακο εξασφαλίζει την αποτελεσματική και προγραμματισμένη δράση και η συνέχιση της αντιμετώπισης του προβλήματος με Dulcofibre® αποτελεί συνιστώμενη λύση για την σωστή και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του για όσο καιρό αυτό απαιτείται.



Με γεύση μανταρίνι.
Συμπλήρωμα διατροφής.*
Δεν υποκαθιστά την
ισορροπημένη διατροφή.

* Αρ. Γνωστ. ΕΟΦ 50541/28-7-2008

Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε.
Ελληνικού 2 167 77, Ελληνικό - ΑΘΗΝΑ
Τηλ. Κέντρο: 210 8906300

Μόνο στα φαρμακεία

 **Boehringer
Ingelheim**

Επιπολασμός της δυσκοιλιότητας & επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των πασχόντων

Παράγοντες που επιδεινώνουν την ιδιοπαθή δυσκοιλιότητα είναι το πτωχό σε ίνες διαιτολόγιο, η λήψη μειωμένων ποσοτήτων υγρών, η απουσία φυσικής δραστηριότητας – άσκησης, το άγχος, αλλά και η οικειοθελής αναστολή της κένωσης

Τι είναι δυσκοιλιότητα;

Όταν υπάρχει δυσκολία στην κένωση του εντέρου (αφόδευση), τότε μιλάμε για δυσκοιλιότητα. Τα κόπρανα μπορεί να είναι τόσο σκληρά ώστε να απαιτείται έντονη προσπάθεια και σφίξιμο για να επιτευχθεί η κένωση. Μπορεί επίσης να υπάρχει το αίσθημα της ατελούς κένωσης – η επιθυμία να πάει κάποιος ξανά στην τουαλέτα - μετά το τέλος της κένωσης.

Η δυσκοιλιότητα είναι σύμπτωμα και όχι συγκεκριμένη αρρώστια. Μπορεί να είναι χρόνια, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και αιφνίδια (πχ με την αλλαγή περιβάλλοντος στις διακοπές).

Πόσο συχνά πρέπει να πηγαίνουμε στην τουαλέτα;

Η κοινή πεποίθηση ότι πρέπει να πηγαίνουμε καθημερινά στην τουαλέτα για να λειτουργεί καλά το έντερό μας δεν έχει επιστημονική τεκμηρίωση. Κάποιος μπορεί να ενεργείται τρεις φορές την ημέρα, άλλος τρεις φορές την εβδομάδα. Και οι δύο βρίσκονται στο «φυσιολογικό όριο».

Μιλάμε για δυσκοιλιότητα όταν ενεργούμαστε πολύ σπανιότερα από ότι συνήθως. Επιπλέον, ανεξάρτητα από τη συχνότητα των κενώσεων, δυσκοιλιος είναι και αυτός που «σφίγγεται» πολύ για να ενεργηθεί, αλλά και αυτός που αισθάνεται ότι το έντερό του δεν άδειασε μετά την κένωση.

Τι προκαλεί τη δυσκοιλιότητα;

Καθώς οι τροφές που τρώμε περνούν μέσα από το πεπτικό μας σύστημα, ο οργανισμός απορροφά τα θρεπτικά συστατικά και το νερό. Αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας είναι ο σχηματισμός των κοπράνων, τα οποία προωθούνται στο έντερο μέσω συσπάσεων του τοιχώματός του που ονομάζονται περισταλτικές κινήσεις. Στη δυσκοιλιότητα ο περισταλτισμός είναι μειωμένος και όσο τα κόπρανα παραμένουν στο έντερο τόσο αφυδατώνονται, γίνονται σκληρά και το πρόβλημα επιδεινώνεται.

Τις περισσότερες φορές δεν γνωρίζουμε την ακριβή αιτιολογία της δυσκοιλιότητας και μιλάμε για ιδιοπαθή δυσκοιλιότητα που είναι χρόνια κατάσταση και έχει κληρονομική βάση. Παράγοντες που επιδεινώνουν την ιδιοπαθή δυσκοιλιότητα είναι το πτωχό σε ίνες διαιτολόγιο, η λήψη μειωμένων ποσοτήτων υγρών, η απουσία φυσικής δραστηριότητας – άσκησης, το άγχος, αλλά και η οικειοθελής αναστολή (για λόγους υγιεινής,

Η δυσκοιλιότητα είναι σύμπτωμα και όχι συγκεκριμένη αρρώστια

κοινωνικούς, ψυχολογικούς) της κένωσης. Πέραν της ιδιοπαθούς δυσκοιλιότητας, πολύ σπανιότερα αίτια δυσκοιλιότητας είναι νοσήματα όπως σακχαρώδης διαβήτης, υποθυρεοειδισμός, κατάθλιψη, καρκίνος του παχέος εντέρου αλλά και διάφορα φάρμακα, όπως αντιόξινα, συμπληρώματα σιδήρου και ασβεστίου και μερικά καρδιολογικά φάρμακα.

Πόσο συχνό πρόβλημα είναι η δυσκοιλιότητα;

Δεν είναι ακριβώς γνωστό. Απασχολεί συχνά ή παροδικά το 20-30% του πληθυσμού, παγκοσμίως. Οι γυναίκες, σε σχέση με τους άντρες αντιμετωπίζουν συχνότερα δυσκοιλιότητα και σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών το ποσοστό των πασχόντων ξεπερνά το 30%.

Το Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής διεξήγαγε μια επιδημιολογική έρευνα με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης σε αστικό πληθυσμό για να μελετηθεί το μέγεθος του προβλήματος. Ο καθορισμός του δείγματος έγινε με χρήση καθιερωμένης μεθοδολογίας για τυχαία δειγματοληψία. Η δειγματοληψία βασίστηκε στα στοιχεία της απογραφής και στη χαρτογράφηση των νοικοκυριών της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας. Επιλέχθηκαν συγκεκριμένα δειγματοληπτικά τετράγωνα σε κάθε στρώμα, εξασφαλίζοντας έτσι τη μέγιστη διασπορά του δείγματος. Οι συνεντεύξεις του τυχαίου αντιπροσωπευτικού δείγματος διεξήχθησαν μεταξύ ατόμων με το ακόλουθο προφίλ: Άνδρες και γυναίκες

ηλικίας 15 – 64 ετών, όλων των κοινωνικοοικονομικών τάξεων, κάτοικοι Αθηνών, Θεσσαλονίκης και 11 μεγάλων αστικών κέντρων (Πάτρα, Καβάλα, Λάρισα, Ηράκλειο, Ιωάννινα, Άργος, Αλεξανδρούπολη, Καρδίτσα, Κατερίνη, Χαλκίδα, Ρέθυμνο).

Συνολικά διεξήχθησαν 1008 προσωπικές συνεντεύξεις σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού,

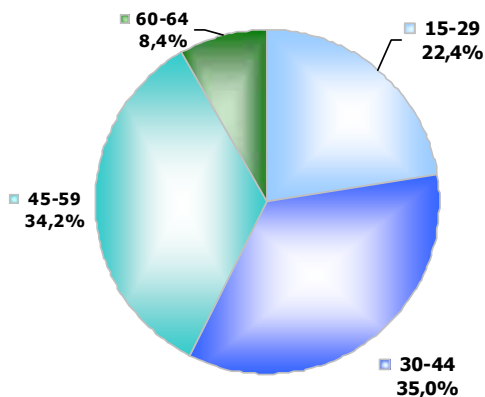
Εκτός από το φούσκωμα, τον πόνο και το αίσθημα πληρότητας στην κοιλία, μπορεί να προκαλέσει νευρική, ευερεθιστότητα, ακόμα και συμπτώματα κατάθλιψης



που αντιπροσωπεύει περίπου 5.741.361 κατοίκους Μητροπολιτικών και Αστικών περιοχών. Από τις παραπάνω συνεντεύξεις προέκυψαν 133 πάσχοντες από δυσκοιλιότητα που έχουν αντιμετωπίσει το πρόβλημα τους τελευταίους 6 μήνες. Οι πάσχοντες από δυσκοιλιότητα αντιπροσωπεύουν περίπου 757.860 κατοίκους της Ελλάδας με το παραπάνω προφίλ. Επιπλέον, διεξήχθησαν 104 προσωπικές συνεντεύξεις σε πάσχοντες από δυσκοιλιότητα που έχουν αντιμετωπίσει το πρόβλημα τους τελευταίους 6 μήνες.

Συνεπώς, η έρευνα συγκέντρωσε 237 πάσχοντες από δυσκοιλιότητα με τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

1. Γυναίκες: 70%
2. Η ηλικιακή κατανομή των ασθενών με δυσκοιλιότητα φαίνεται στο διάγραμμα 1.



Διάγραμμα 1.

Ηλικιακή κατανομή των ασθενών με δυσκοιλιότητα

3. Το 50% των ασθενών ζει στην Αθήνα και οι υπόλοιποι στα άλλα αστικά κέντρα.
4. Οι μισοί πάσχοντες έχουν μόρφωση μέσης εκπαίδευσης, ενώ περίπου το ένα τέταρτο έχει μόρφωση ανώτατης εκπαίδευσης.
5. Η συχνότητα της δυσκοιλιότητας είναι κατά μέσον όρο 1,2 φορές την εβδομάδα και διαρκεί 4 ημέρες περίπου.
6. Τα συχνότερα συμπτώματα που ανέφεραν οι ασθενείς κατά την συνέντευξη ήταν: η καταβολή μεγάλης προσπάθειας κατά την αφόδευση (70%), το φούσκωμα (69%), ο πόνος κατά την αφόδευση (65%), τα σκληρά κόπρανα (59%) και ο πόνος στην κοιλιά (52%)

Τι προκαλεί η δυσκοιλιότητα;

Αυτό το καλόηθες πρόβλημα επιδεινώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής. Εκτός από το φούσκωμα, τον πόνο και το αίσθημα πληρότητας στην κοιλία, μπορεί να προκαλέσει νευρική, ευερεθιστότητα, ακόμα και συμπτώματα κατάθλιψης. Περιορίζει τις κοινωνικές δραστηριότητες του ασθενούς και στις ΗΠΑ ευθύνεται για 2,5 εκατομμύρια επισκέψεις σε γιατρούς και για δαπάνη περισσότερων από \$800 εκατομμυρίων το χρόνο για καθαρτικά.

Οι ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη του Ιδρύματος, πέραν της δυσκοιλιότητάς τους παρουσίαζαν τους τελευταίους 6 μήνες και διάφορα άλλα συμπτώματα, όπως πονοκέφαλο, φούσκωμα, καούρες, ημικρανίες, πόνο περιόδου, πόνους γενικά κλπ. Ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων θεωρεί τη δυσκοιλιότητα σημαντικότερο πρόβλημα από άλλα κοινά προβλήματα υγείας, όπως την ημικρανία (45%), το κοινό κρυολόγημα (51%), τη διάρροια (29%), την ακμή (38%) και τις καούρες (38%).

Ως συμπτώματα που σχετίζονται με τη δυσκοιλιότητα και επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ερωτηθέντων αναφέρθηκαν μεταξύ των άλλων το αίσθημα βάρους (73%), το ότι αισθάνονται άβολα (40%), η

νευρική (39%), η στεναχώρια (38%), ο πονοκέφαλος (32%), το αίσθημα κούρασης (31%) και η ευερεθιστότητα (28%). Επιπλέον, οι ερωτηθέντες θεώρησαν εξαιρετικά δυσάρεστο το ότι αισθάνονται χοντροί, άβολα, φουσκωμένοι, γεμάτοι «τοξίνες», ευέξαπτοι και άσχημοι/μη ελκυστικοί.

Πότε πρέπει να συμβουλευτώ άμεσα το γιατρό;

Όταν η δυσκοιλιότητα ξεκινήσει αιφνίδια ή χειροτερεύσει χωρίς να υπάρχει προφανής αιτία (πχ αλλαγή στη διατροφή, στρεσογόνο συμβάν, ταξίδι κλπ). Όταν παρατηρείται αίμα στα κόπρανα ή στο χαρτί της τουαλέτας και όταν προκαλεί έντονο πόνο στην κοιλία. Όταν δεν υπάρχουν κενώσεις για μεγάλο διάστημα (συνήθως μεγαλύτερο της εβδομάδας), παρότι βελτιώθηκε η διατροφή και η πρόσληψη υγρών.

Στο δείγμα της έρευνας του Ιδρύματος, μόνο το 47% των ερωτηθέντων συμβουλευτήκε γιατρό (παθολόγο στην πλειοψηφία) για το πρόβλημά του. Στις λόγους για τους οποίους οι πάσχοντες δεν ζητούν ιατρική συμβουλή περιλαμβάνονται η άγνοια, η αμφισβήτηση ότι η δυσκοιλιότητα είναι νόσημα αλλά και ο φόβος και η ντροπή. Το 77% όμως των ερωτηθέντων ζήτησε συμβουλή για το πρόβλημα είτε από άτομα του οικογενειακού του περιβάλλοντος, είτε από φίλους, είτε από το φαρμακοποιό του, είτε από κάποιο διατροφολόγο. Είναι εντυπωσιακό ότι μόνο στο 1% αυτών των περιπτώσεων συστήθηκε να ζητηθεί ιατρική συμβουλή!

Πως αντιμετωπίζεται η δυσκοιλιότητα;

Στις περιπτώσεις όπου υπάρχει συγκεκριμένη αιτία, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται η αιτία της δυσκοιλιότητας για να απαλλαγεί ο ασθενής από τα συμπτώματα. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η χρόνια δυσκοιλιότητα αντιμετωπίζεται με φυσικούς τρόπους (αλλαγή διατροφής και τρόπου ζωής) και με βοηθήματα (φυτικής προέλευσης ή φαρμακευτικά σκευάσματα).

Με το σημερινό τρόπο ζωής, σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ζωής που περιλαμβάνουν τη διάθεση ικανοποιητικού χρόνου για την «τουαλέτα» όποτε και όταν το ζητά ο οργανισμός, άσκηση και κανονικά γεύματα ακούγονται ανέφικτες. Παραδοσιακά συνιστάται αύξηση της πρόσληψης φυτικών ινών (φρούτα όσπρια λαχανικά ή συμπληρώματα διατροφής) και υγρών. Όμως, αρκετές φορές οι φυτικές ίνες δεν είναι εύγευστες, η αποτελεσματικότητά τους δεν είναι προβλέψιμη και καθυστερεί ενώ σε πολλούς προκαλούν αίσθημα φουσκώματος.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η χρόνια δυσκοιλιότητα αντιμετωπίζεται με φυσικούς τρόπους

Όταν τα πιο πάνω αποτύχουν, οι ασθενείς καταφεύγουν σε ήπια υπακτικά που δρουν κατακρατώντας νερό στα κόπρανα ή σε καθαρικά που αυξάνουν την κινητικότητα του εντέρου. Δυστυχώς τα περισσότερα ήπια υπακτικά δεν είναι εύγευστα και προκαλούν φούσκωμα, ενώ τα καθαρικά μερικές φορές προκαλούν έντονο κοιλιακό πόνο.

Όταν οι ασθενείς του δείγματος της έρευνας του Ιδρύματος απευθύνθηκαν σε γιατρό, αυτός τους συνέστησε να αυξήσουν την πρόσληψη φυτικών ινών και να λάβουν κάποιο υπακτικό (76%), να αλλάξουν τις διατροφικές συνήθειες (67%), να λάβουν κάποιο παραδοσιακά χρησιμοποιούμενο προϊόν (38%), να αυξήσουν τη φυσική τους δραστηριότητα (23%) ή να μην κάνουν τίποτα (2%).

Αναφορικά με τη λήψη υπακτικού στην πλειοψηφία των ερωτηθέντων συστήθηκε η περιστασιακή λήψη και μόνο στο 13% η προληπτική λήψη. Ανάλογες με τις παραπάνω ήταν και οι μη ιατρικές συμβουλές. Το 46% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι υπόλοιποι ότι δεν τα χρησιμοποιούν. Στους συχνότερους λόγους που εμποδίζουν την χρήση υπακτικών περιλαμβάνονται ο φόβος εθισμού (61%), ο φόβος για βλάβη στο έντερο (55%) και οι πιθανές παρενέργειες (30%).



Όχι άλλες δίαιτες

Δίαιτα, δίαιτα, δίαιτα...

Δίαιτα, δίαιτα, δίαιτα....Παντού ακούς να μιλάνε για δίαιτες. Όπου και εάν βρεθείς, ειδικότερα εάν στην παρέα κυριαρχούν οι γυναίκες, όλο και κάπου θα ακουστεί αυτή η λέξη. Κάποιος γνωστός ή φίλος θα βρίσκεται σε δίαιτα αλλά ακόμα και εάν αυτό δε συμβαίνει, αρκεί να ανοίξεις για λίγο την τηλεόραση. Σε κάποιο τηλεοπτικό σταθμό θα σχολιάζεται ο μαγικός τρόπος με τον οποίο "η τάδε" έχασε βάρος.



Καιρός να ασχοληθούμε με αλλαγές, αλλαγές ουσιαστικές που θα οδηγήσουν αναμφισβήτητα στο ποθητό στόχο

Πολλές φορές αναρωτιέμαι πως αισθάνονται άνθρωποι που βρίσκονται σε δίαιτα. Δε μπορούν ούτε για μια στιγμή να ξεχαστούν. Όπου και να γυρίσουν το κεφάλι τους κάποια συζήτηση θα πέσει στην αντίληψή τους που να σχετίζεται με δίαιτα. Ανακουφίζονται άραγε που δεν είναι μόνοι στην προσπάθειά τους ή τρελαίνονται κάθε φορά που ακούνε την ίδια λέξη;

Ειδικά αυτή την περίοδο, που ο καιρός έχει βελτιωθεί και όλοι ετοιμάζονται για την έλευση του καλοκαιριού η κατάσταση έχει ξεφύγει από τον έλεγχο. Ξαφνικά εμφανίζονται δίαιτες από το πουθενά, δίαιτες χωρίς καμία επιστημονική εγκυρότητα, δίαιτες αστραπή, δίαιτες της τελευταίας στιγμής που υπόσχονται μαγικά.

Συνεχώς όλοι ασχολούνται με δίαιτες και το αποτέλεσμα πάντα το ίδιο, νέες προτάσεις για την «πιο αποτελεσματική» δίαιτα. Τα κιλά συσσωρεύονται με την πάροδο του χρόνου και καμία δίαιτα τελικά δεν είναι τόσο αποτελεσματική όσο διαφημιζόταν. Λίγα κιλά χάνονται παροδικά και μετά; Ξανά από την αρχή. Τόση στήρηση λοιπόν, χαμένη;

Όσο παράξενο και αν φαίνεται, τα αποτελέσματα στο οποία οδηγεί η στήρηση μόνο ευχάριστα και επιθυμητά δεν είναι. Πέρα από το γεγονός της γρήγορης επαναπρόσληψης του χαμένου βάρους, τα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της προσπάθειας είναι από μόνα τους εξαντλητικά. Κούραση, ευερεθιστότητα, άγχος, θυμός, ζαλάδες, αδυναμία είναι μερικά μόνο από αυτά. Ακόμα όμως και εάν κάποιος, καταφέρει να προσπεράσει όλα αυτά τα σημάδια που στέλνει το σώμα του και επιτύχει το στόχο του, αξίζει τον κόπο; Η θεαματική απώλεια που συνήθως επιτυγχάνεται είναι κυρίως απώλεια νερού και μυϊκής μάζας και πολύ λιγότερο απώλεια λίπους.

Αξίζει λοιπόν τον κόπο τόση στήρηση για να χαθεί νερό, ή μυϊκή μάζα; Μην ξεχνάτε ότι το νερό θα επαναπροσληφθεί άμεσα και η μυϊκή μάζα από τη στιγμή που χάνεται απαιτεί πάρα πολλή μεγάλη προσπάθεια για να επανακτηθεί. Επιπλέον, η μυϊκή μάζα είναι εξαιρετικά σημαντική για τη λειτουργία του μεταβολισμού και αυτό που συνήθως συμβαίνει όταν χαθεί είναι η αντικατάστασή της με λίπος. Τελικό αποτέλεσμα η επαναπρόσληψη του σωματικού βάρους και μάλιστα με αλλοιωμένη σύσταση σώματος σε σχέση με παλιότερα, περισσότερο λίπος και λιγότερο νερό και μυϊκή μάζα. Αυτό ουσιαστικά εκτός από μείωση του μεταβολικού ρυθμού μας, σημαίνει αλλαγή στην όψη του σώματος: με το ίδιο σωματικό βάρος, το σώμα μας φαίνεται λιγότερο σφριγηλό και οι πόντοι μας έχουν αυξηθεί.

Μήπως λοιπόν ήρθε η ώρα να πάψουμε να ασχολούμαστε με τις δίαιτες; Καιρός να ασχοληθούμε με αλλαγές, αλλαγές ουσιαστικές που θα οδηγήσουν αναμφισβήτητα στο ποθητό στόχο. Μία προσπάθεια απώλειας βάρους δεν είναι εύκολη υπόθεση, ούτε αντιμετωπίζεται με πρόσκαιρα μέτρα όπως οι περισσότερες από τις δίαιτες που κατά καιρούς κυκλοφορούν. Εστιάστε στις διατροφικές σας συνήθειες, εντοπίστε τα λάθη που συνήθως κάνετε και ξεκινήστε να τα διορθώνετε σταδιακά. Μόνο με αυτό το τρόπο το αποτέλεσμά σας μπορεί να έχει ποιότητα και διάρκεια. Η Μεσογειακή Διατροφή αποτελεί ένα αναμφισβήτητο διατροφικό πρότυπο αιώνες τώρα και η βοήθεια των επιστημόνων Διαιτολόγων - Διατροφολόγων είναι όπλα που πάντα έχετε στη διάθεσή σας σε αυτή σας την προσπάθεια. Τέλος, μην παραμελείτε την αξία της φυσικής δραστηριότητας. Θα σας βοηθήσει εξαιρετικά το να τη συμπεριλάβετε στην καθημερινότητά σας.

Infliximab, αζαθειοπρίνη ή θεραπεία συνδυασμού στη νόσο του Crohn

Η νόσος του Crohn ανήκει στα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου και χαρακτηρίζεται από υφέσεις και εξάρσεις που μπορεί να οδηγήσουν στην πορεία του χρόνου σε επιλοκές όπως εντερικές στενώσεις, αποστήματα και συρίγγια. Τα κορτικοειδή και η μεσαλαμίνη αποτελούν τη θεραπεία πρώτης γραμμής και η αζαθειοπρίνη αυτή της δεύτερης γραμμής. Το infliximab ανήκει στις λεγόμενες βιολογικές θεραπείες και χορηγείται σε ανθεκτικές περιπτώσεις, αλλά η συγκριτική του αποτελεσματικότητα σε σχέση με την αζαθειοπρίνη είναι άγνωστη. Σε μια τυχαίοποιημένη, διπλή τυφλή μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *New England Journal of Medicine* (2010;362:1383-95), συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα της μονοθεραπείας με αζαθειοπρίνη, μονοθεραπείας με infliximab και συνδυασμού αζαθειοπρίνης-infliximab. Συμπεριλήφθηκαν 508 ασθενείς με μέτρια ή σοβαρή νόσο του Crohn που δεν είχαν λάβει στο παρελθόν ανοσοκατασταλτική ή βιολογική θεραπεία. Το πρωταρχικό καταληκτικό στοιχείο της μελέτης ήταν η επίτευξη κλινικής ύφεσης χωρίς τη λήψη κορτικοειδών μετά από 26 εβδομάδες θεραπείας. Η θεραπεία συνδυασμού οδήγησε σε ύφεση το 57% των ασθενών και ήταν αποτελεσματικότερη τόσο της μονοθεραπείας με infliximab (ύφεση 44%, $P=0.02$) όσο και της μονοθεραπείας με αζαθειοπρίνη (ύφεση 30%, $P<0.001$ σε σύγκριση με θεραπεία συνδυασμού και $P=0.006$ σε σύγκριση με infliximab). Αντίστοιχα, την 26η εβδομάδα επούλωση του εντερικού βλενογόνου παρατηρήθηκε στο 44% των ασθενών που ελάμβαναν συνδυασμένη θεραπεία, 30% αυτών που ελάμβαναν infliximab ($P=0.06$) και 17% αυτών που ελάμβαναν αζαθειοπρίνη ($P<0.001$ σε σύγκριση με θεραπεία συνδυασμού και $P=0.02$ σε σύγκριση με infliximab). Σοβαρές λοιμώξεις παρατηρήθηκαν σε 3.9% ασθενών με συνδυασμένη θεραπεία, 4.9% με infliximab και 5.6% με αζαθειοπρίνη. Συμπερασματικά, σε ασθενείς με μέτρια-σοβαρή νόσο του Crohn η θεραπεία συνδυασμού με infliximab και αζαθειοπρίνη είναι αποτελεσματικότερη στην επίτευξη ύφεσης μετά από 26 εβδομάδες θεραπείας.

Η αποτελεσματικότητα της τελαπρεβίρης σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C μη ανταποκριθέντες σε προηγούμενη θεραπεία συνδυασμού

Η κλασική θεραπεία για τη χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC) συνίσταται στο συνδυασμό πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης α-2α ή 2β και ριμπαβιρίνης και οδηγεί στην κάθαρση του ιού σε ποσοστό 50% στο γονότυπο 1 που θεωρείται ο δυσκολότερος στη θεραπεία. Για τους μη ανταποκριθέντες ασθενείς, οι θεραπευτικές επιλογές είναι περιορισμένες καθώς η επαναθεραπεία είναι σε γενικές γραμμές είναι αναποτελεσματική. Η τελαπρεβίρη αποτελεί πρόσφατο από του στόματος αναστολέα της πρωτεάσης του ιού C και η προσθήκη της στη θεραπεία συνδυασμού οδήγησε σε αυξημένα ποσοστά κάθαρσης σε πρωτοθεραπευόμενους ασθενείς με γονότυπο 1. Σε μια τυχαίοποιημένη μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *New England Journal of Medicine* (2010;362:1292-303), ασθενείς με ΧΗC και γονότυπο 1 μη ανταποκριθέντες σε προηγούμενη θεραπεία συνδυασμού τυχαίοποιήθηκαν σε 4 ομάδες: τελαπρεβίρη για 12 εβδομάδες και πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη α-2α και ριμπαβιρίνη για 24 εβδομάδες (T12PR24), τελαπρεβίρη για 24 εβδομάδες και θεραπεία συνδυασμού για 48 εβδομάδες (T24PR48), τελαπρεβίρη και πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη α-2α για 24 εβδομάδες (T24P24) και τέλος την κλασική θεραπεία συνδυασμού για 48 εβδομάδες (PR48). Το πρωταρχικό καταληκτικό σημείο ήταν η μόνιμη ιολογική ανταπόκριση, δηλαδή η μη ανίχνευση του ιού 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας. Τα ποσοστά της μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης στις τρεις ομάδες που ελάμβαναν τελαπρεβίρη – 51% στην T12PR24, 53% στην T24PR48 και 24% στην T24P24 – ήταν σημαντικά υψηλότερα από ότι στην ομάδα της κλασικής θεραπείας (14%, $P<0.001$, $P<0.001$ και $P=0.02$ αντίστοιχα). Η συχνότερη ανεπιθύμητη ενέργεια στις ομάδες της τελαπρεβίρης ήταν το εξάνθημα, που αναφέρθηκε στο 51% των ασθενών και ήταν σοβαρής μορφής στο 5%. Η διακοπή των φαρμάκων λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών ήταν συχνότερη στους ασθενείς που ελάμβαναν τελαπρεβίρη (15% έναντι 4%). Συμπερασματικά, σε ασθενείς με ΧΗC και γονότυπο 1 μη ανταποκριθέντες σε προηγούμενη θεραπεία συνδυασμού η επαναθεραπεία με συνδυασμό τελαπρεβίρης, πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης και ριμπαβιρίνης είναι αποτελεσματικότερη από τη χορήγηση πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης και ριμπαβιρίνης.

Η ριφαξιμίνη στη θεραπεία της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας

Η ηπατική εγκεφαλοπάθεια αποτελεί χρόνια επιπλοκή της κίρρωσης, χωρίς ειδική θεραπεία, με σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Επεισόδια εγκεφαλοπάθειας μπορεί να εμφανιστούν χωρίς προειδοποίηση, καθιστούν τον ασθενή ανίκανο να αυτοεξυπηρετηθεί και συχνά καταλήγουν σε νοσηλεία. Η ριφαξιμίνη είναι ένα από του στόματος αντιβιοτικό με ελάχιστη συστηματική απορρόφηση, το οποίο είναι αποτελεσματικό στη θεραπεία της οξείας ηπατικής εγκεφαλοπάθειας, ενώ δεν έχει δοκιμαστεί στην πρόληψή της. Σε μια τυχαίοποιημένη, διπλή τυφλή μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *New England Journal of Medicine* (2010;362:1071-81), 299 ασθενείς με κίρρωση και ύφεση από υποτροπιάζουσα ηπατική εγκεφαλοπάθεια τυχαίοποιήθηκαν σε ριφαξιμίνη (550 mg δις ημερησίως) ή εικονικό φάρμακο για 6 μήνες. Το πρωταρχικό καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν το χρονικό διάστημα μέχρι το πρώτο επεισόδιο ηπατικής εγκεφαλοπάθειας ενώ το δευτερεύον καταληκτικό σημείο ήταν το χρονικό διάστημα μέχρι την πρώτη νοσηλεία λόγω εγκεφαλοπάθειας. Η ριφαξιμίνη ελάττωσε σημαντικά τον κίνδυνο εγκεφαλοπάθειας σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (σχετικός κίνδυνος 0.42; 95%CI 0.29-0.87; $P < 0.001$). Συνολικά, 22% ασθενείς στην ομάδα της ριφαξιμίνης εμφάνισαν επεισόδιο εγκεφαλοπάθειας στη διάρκεια των 6 μηνών έναντι 46% της ομάδας του εικονικού φαρμάκου. Τα αντίστοιχα ποσοστά νοσηλείας λόγω εγκεφαλοπάθειας ήταν 14% και 23% αντίστοιχα (σχετικός κίνδυνος 0.50; 95%CI 0.29-0.87; $P = 0.1$). Σχεδόν όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν ταυτόχρονα λακτουλόζη. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στις δύο ομάδες στον αριθμό των ανεπιθύμητων συμβαμάτων. Συμπερασματικά, η ριφαξιμίνη χορηγούμενη για διάστημα 6 μηνών αποτέλεσε αποτελεσματική και ασφαλή θεραπεία για την πρόληψη ηπατικής εγκεφαλοπάθειας και συνακόλουθης σε ασθενείς με κίρρωση.

Η χρήση αναστολέων της αντλίας πρωτονίων δεν συσχετίζεται με οστεοπόρωση ή επιταχυνόμενη απώλεια οστικής πυκνότητας

Οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPI) έφεραν επανάσταση στη θεραπεία του πεπτικού έλκους και ουσιαστικά εξάλειψαν τη χειρουργική θεραπεία του. Πρόκειται για φάρμακα με άριστο προφίλ ασφάλειας, εντούτοις πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες κατέδειξαν συσχέτιση της χρήσης τους με αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων ισχίου με άγνωστο μηχανισμό. Ενδεχόμενη επαλήθευση της παραπάνω συσχέτισης θα έχει σοβαρές συνέπειες στην τρέχουσα κλινική πρακτική, αφού οι PPI ανήκουν στα συχνότερα συνταγογραφούμενα σκευάσματα. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Gastroenterology* (2010;138:896-904) μελετήθηκε η συσχέτιση της χρήσης PPI με οστεοπόρωση ή επιταχυνόμενη απώλεια οστικής πυκνότητας. Χρησιμοποιήθηκαν δυο εθνικές βάσεις δεδομένων στις ΗΠΑ όπου καταγράφονται η οστική πυκνότητα και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα αντίστοιχα και διενεργήθηκε στιγμιαία (cross-sectional) και διαχρονική (longitudinal) μελέτη και ανάλυση της πιθανής συσχέτισης. Στη στιγμιαία μελέτη συμπεριλήφθηκαν 5720 ασθενείς με οστεοπόρωση και 15784 υγιείς μάρτυρες. Η χρήση PPI σε ποσότητα μεγαλύτερης των 1500 δόσεων την τελευταία πενταετία δεν συσχετίστηκε με τον κίνδυνο οστεοπόρωσης στο ισχίο (σχετικός κίνδυνος 0.84, OR: 0.55-1.34) ή στη σπονδυλική στήλη (σχετικός κίνδυνος 0.79, OR: 0.59-1.06). Στη διαχρονική μελέτη συμπεριλήφθηκαν 2549 ασθενείς με δύο μετρήσεις τις οστικής τους πυκνότητας σε μέσο διάστημα 2.30.5 έτη. Δεν παρατηρήθηκε ουδεμία συσχέτιση της χρήσης PPI σε χαμηλή ή υψηλή δοσολογία με απώλεια οστικής μάζας στο ισχίο ή στη σπονδυλική στήλη, ακόμη και σε ασθενείς που δεν ελάμβαναν θεραπεία για την οστεοπόρωση. Συμπερασματικά, η χρήση PPI δεν συσχετίζεται με οστεοπόρωση ή επιταχυνόμενη απώλεια οστικής πυκνότητας.

Φύση & Κρίση

Ο ίδιος ο Αϊνστάιν είχε πει πως «αυτό που πρέπει να κάνει [ο θεωρητικός προκειμένου να θέσει τις βασικές "αρχές" κάθε θεωρίας] προσιδιάζει στο να ανακαλύψει στη φύση κάποιες ξεκάθαρα διατυπωμένες γενικές αρχές, που αντανακλούν σαφή γενικά χαρακτηριστικά των πειραματικά προσδιορισμένων γεγονότων».



Τώρα χρειάζεται πρώτα απ' όλα να καταλάβουμε, ν' αντιληφθούμε τι πραγματικά γίνεται γύρω μας και που θα πάμε

Βρισκόμαστε σήμερα σε μία πρωτόγνωρη για την Ελληνική ιστορία κρίση. Που ξεκινάει από τα δημόσια οικονομικά αλλά ακουμπάει προφανώς κάθε διάσταση της ζωής μας. Η έκπληξη όλων μας είναι μεγάλη. Είχαμε συνηθίσει σε μία σχετικά σταθερή οικονομική κατάσταση τα τελευταία 15 χρόνια, αλλά και μία γενική κατεύθυνση «ανάπτυξη» και οικονομικής μεγέθυνσης τα τελευταία 60 χρόνια. Οι αλλαγές που συμβαίνουν και θα συμβούν ακουμπούν προφανώς και τη διατροφή μας, αν μη τι άλλο μέσω του οικογενειακού προϋπολογισμού και των καταναλωτικών επιλογών.

Η έκπληξή μας πηγάζει απ' τη συνήθεια. Απ' την ασυμβατότητα των όσων συμβαίνουν στον κόσμο, με την εικόνα που είχαμε γι' αυτόν. Τώρα χρειάζεται πρώτα απ' όλα να καταλάβουμε, ν' αντιληφθούμε τι πραγματικά γίνεται γύρω μας και που θα πάμε. Σ' αυτό βοηθάει οπωσδήποτε η ιστορία. Μα ίσως βοηθήσει και η φύση.

Αυτά που συμβαίνουν στην οικονομία –και όχι μόνο την Ελληνική– μοιάζουν πολύ με όσα συμβαίνουν φυσιολογικά στα οικοσυστήματα. Τέτοιου είδους παραλληλισμοί και μεταφορές μπορεί να φαίνονται αυθαίρετοι. Όμως διερευνώνται εδώ και δεκαετίες σε οικονομικά επιστημονικά περιοδικά. Γιατί η οικονομία είναι –σε τελική ανάλυση– ο τρόπος που το ζώο άνθρωπος χειρίζεται τους πόρους του. Και δεν μπορούν να μπουν ταμπού ή στεγανά στην αγωνία για κατανόηση του κόσμου μας. Ο ίδιος ο Αϊνστάϊν είχε πει πως «αυτό που πρέπει να κάνει [ο θεωρητικός προκειμένου να θέσει τις βασικές "αρχές" κάθε θεωρίας] προσιδιάζει στο να ανακαλύψει στη φύση κάποιες ξεκάθαρα διατυπωμένες γενικές αρχές, που αντανακλούν σαφή γενικά χαρακτηριστικά των πειραματικά προσδιορισμένων γεγονότων». Ας δούμε λοιπόν τι λένε κάποιοι επιστήμονες για το πώς δουλεύει η φύση.

Σε αντίθεση με τις ιδέες πολλών από εμάς, τα οικοσυστήματα (τα δάση, οι θάλασσες, οι κήποι και οι αγροί μας, οι εκτροφές των ζώων) δεν είναι σταθερά και ελεγχόμενα συστήματα. Αυτό που κάποιες φορές φαίνεται σαν σταθερότητα της φύσης, έχει σχέση με το ότι ο κύκλος της

ανθρώπινης ζωής είναι χρονικά μικρότερος από ορισμένους φυσικούς κύκλους. Αντίθετα, στα οικοσυστήματα που διαχειριζόμαστε ενεργά, προσπαθούμε να ελέγξουμε κάποιους κύκλους που είναι χρονικά πολύ μικρότεροι από την ανθρώπινη ζωή. Η σταθερότητα που επιτυγχάνουμε είναι προσωρινή. Κι επιτυγχάνεται μόνο αν βάλουμε ενέργεια κάθε μορφής (π.χ. χρόνου, εργασίας, γνώσης) στην προσπάθειά μας να κρατήσουμε κάποια βασικά στοιχεία σταθερά. Όμως η φύση είναι ζωή, είναι «γιγνεσθαι». Ενέχει ταυτόχρονα διάφορους κύκλους μικρότερης ή μεγαλύτερης διάρκειας. Κι εκεί που εμείς προσέχουμε όσα επιθυμούμε να μείνουν σταθερά, κάποιοι φυσικοί κύκλοι φτάνουν αργά-αργά στα όριά τους. Η κατάρρευση τότε είναι κοντά, είναι απότομη και προκαλεί έκπληξη. Και όσο πιο πολύπλοκο το οικοσύστημα, τόσο μεγαλύτερη η έκπληξη.

Υπάρχουν πολλά τέτοια παραδείγματα στα οικοσυστήματα που προσπαθούμε να ελέγξουμε. Ένα παράδειγμα είναι αυτό που γίνεται σε κάποια βοσκοτόπια στις ημίξηρες σαβάνες. Στα οποία, μία αρχική προσθήκη νερού και κοπριάς προκαλεί μια υπερανάπτυξη των ετήσιων αγριόχορτων. Η βόσκηση σε αυτά τα οικοσυστήματα συνιστά μία πίεση επιλογής μεταξύ των ειδών που προϋπήρχαν. Πίεση που μειώνει την ετήσια τρυφερή «πρασινάδα» επειδή προτιμά να την καταναλώνει, αφήνοντας πιο ανέπαφους τους λιγότερο παραγωγικούς σε χλόη ξυλώδεις θάμνους. Αν αυτή η πίεση συνεχιστεί για αρκετά χρόνια, τελικά επικρατούν οι θάμνοι. Το οικοσύστημα δεν προσφέρει πια επαρκή τροφή για τα ζώα, παρά μόνο εφόσον υπάρχουν αρκετές βροχές. Και τότε μια χρονιά ξηρασίας αρκεί για να υπάρξει καταστροφή.

Οι αναλογίες με την οικονομία μας είναι προφανείς. Όμως, το παράδειγμα αυτό δε μας δίνει μια συνολική εικόνα για τον τρόπο με τον οποίο ζουν, πεθαίνουν κι αναδιοργανώνονται τα οικοσυστήματα, δηλαδή τη γενική κυκλική λειτουργία τους σε βάθος χρόνου. Σύμφωνα με μία επικρατούσα θεωρία, τα οικοσυστήματα λειτουργούν βάσει ενός παλμικού σχήματος που περιλαμβάνει τέσσερα

Σύμφωνα με μία επικρατούσα θεωρία, τα οικοσυστήματα λειτουργούν βάσει ενός παλμικού σχήματος που περιλαμβάνει τέσσερα στάδια

στάδια. Το καθένα από αυτά αντικατοπτρίζεται και εξαρτάται από διαφορετικές οργανωτικές αλλαγές που γίνονται μέσα στο οικοσύστημα, δηλαδή αλλαγές στα είδη και στις σχέσεις μεταξύ των ειδών:

- 1) Αύξηση (ή Εκμετάλλευση ή Δικτυακή αύξηση).** Είναι μία αργή, προβλέψιμη διαδικασία. Οργανωτικά αφορά κυρίως τον τρόπο με τον οποίο το οικοσύστημα αξιοποιεί τους πόρους που διαθέτει (ενέργεια, θρεπτικά στοιχεία, κλπ). Ξεκινάει από μικρή συνεκτικότητα (μικρός αριθμός σχέσεων, συναλλαγών και πολυπλοκότητας των ειδών) και οδεύει προς μία αύξησή της (πολλαπλασιασμός δικτύων, αύξηση του μεγέθους των δομών, διατήρηση των πόρων εντός των ορίων του συστήματος για μεγαλύτερο χρόνο). Στη διαδικασία αυτή, κυριαρχούν τα είδη που πρωτοπορούν και που εκμεταλλεύονται τις ευκαιρίες.
- 2) Συντήρηση (ή Πληροφοριακή αύξηση).** Αυτό είναι το «άριστο» στάδιο για τις δεδομένες συνθήκες. Σε αυτό αυξάνεται η γενετική πολυπλοκότητα και κυριαρχούν ογκωδέστερα φυτά και ζώα με μεγαλύτερη διάρκεια ζωής (δηλαδή αυξάνεται η ποσότητα γενετικής πληροφορίας). Η οργάνωση, η συνεκτικότητα και οι αποθηκευμένοι πόροι (βιομάζα) είναι στο μέγιστο δυνατό σημείο. Πάνω από το 50% των ειδών είναι παράσιτα που συμμετέχουν στην ανακύκλωση των θρεπτικών στοιχείων. Όμως σχεδόν όλα τα θρεπτικά στοιχεία περιλαμβάνονται σε οργανική ουσία και το σύστημα είναι «κλειδωμένο» στη συγκεκριμένη διαμόρφωση. Οι «καινοτομίες» δε βρίσκουν χώρο να αναπτυχθούν. Σε αυτό το στάδιο το οικοσύστημα είναι ενεργειακά αποτελεσματικό, αφού σπαταλάει («προσφέρει») τη μικρότερη δυνατή ποσότητα πόρων και ενέργειας προς το ευρύτερο περιβάλλον του. Δεν μπορεί όμως να αυξηθεί περισσότερο, παρά μόνο εάν γίνουν διαθέσιμα από έξω περισσότερα υλικά και ενέργεια.

Δηλαδή, φαίνεται ότι τα οικοσυστήματα «στοχεύουν» βασικά στην ελαχιστοποίηση των απωλειών διαθέσιμης ενέργειας και πόρων. «Επιδιώκουν» μια κατάσταση όπου η βιομάζα τους αυξάνεται με μεγαλύτερη ταχύτητα από αυτήν με την οποία αυξάνονται οι απώλειες πόρων προς το περιβάλλον (π.χ. με την αναπνοή).

Το «άριστο» στάδιο μπορεί να διατηρηθεί για αρκετό χρόνο. Αλλά είναι εύθραυστο, εξαρτάται απόλυτα από τις συνθήκες του περιβάλλοντος. Αργά ή γρήγορα θα προκύψει μία ισχυρή διαταραχή (όπως π.χ. μία έντονη ξηρασία ή μια φωτιά) που οδηγεί στο επόμενο στάδιο:

- 3) Απελευθέρωση (ή «Δημιουργική Καταστροφή»).** Αυτή η διαδικασία είναι γρήγορη και, αν είναι ανεξέλεγκτη, είναι απρόβλεπτη. Οι διαθέσιμοι πόροι απελευθερώνονται (ενέργεια, θρεπτικά στοιχεία, κλπ), οι υφιστάμενες δομές καταστρέφονται, η συνεκτικότητα και η οργάνωση μειώνεται. Η φάση αυτή μπορεί να είναι «δημιουργική» αν είναι ελεγχόμενη και περιορισμένη (όπως είναι για παράδειγμα στα φυλλοβόλα δάση λόγω της έλευσης του χειμώνα), με την έννοια ότι προσφέρονται νέες ευκαιρίες –αλλά όχι βεβαιότητα– για περαιτέρω αύξηση του οικοσυστήματος. Παρά τις έντονες μεταβολές, η προσαρμοστικότητα (“resilience”) του συστήματος είναι τώρα πιο υψηλή σε σχέση με πριν.
- 4) Αναδιοργάνωση (ή Κινητοποίηση ή Ανανέωση ή Διαρθρωτική αύξηση).** Κατά το επίσης γρήγορο στάδιο αυτό, αυξάνεται η βιομάζα σαν αποτέλεσμα αύξησης της ποσότητας, του αριθμού και του μεγέθους των ειδών του οικοσυστήματος. Όμως η συνεκτικότητα και η οργάνωση συνεχίζουν να είναι μειωμένες. Η αναπτυσσόμενη βιομάζα κάνει δυνατή τη σύλληψη και αξιοποίηση όλο και περισσότερων πόρων (ενέργειας, θρεπτικών στοιχείων). Όμως ταυτόχρονα χρειάζεται να καταναλώνει όλο και περισσότερους πόρους προκειμένου να συντηρηθεί. Ενεργειακά, είναι ένα «σπάταλο» στάδιο για το οικοσύστημα. Κι είναι ένα στάδιο αβέβαιο στη φύση, γιατί κανείς δεν εγγυάται ότι το νέο οικοσύστημα (π.χ. μετά από φωτιά) θα είναι το ίδιο με το παλιό, ότι δεν θα εισβάλλουν για παράδειγμα ξένα είδη, πιο ανθεκτικά και επεκτατικά απ’ τα ατόχθονα.

Είναι σαφές πως αυτά που είναι «ωφέλιμα» για τα οικοσυστήματα, δεν είναι πάντα αυτά που επιθυμεί ο άνθρωπος. Αυτό που για ένα οικοσύστημα είναι «σπατάλη», είναι συχνά αυτό που ο άνθρωπος θέλει να συγκομίσει. Για ένα δέντρο ελιάς, η φυσιολογική τάση είναι να φτιάχνει αναλογικά περισσότερο ξύλο και ρίζες απ’ ότι φύλλα και καρ-



πούς, γιατί αυτό είναι «αποδοτικότερο» στη δική του διαχείριση των πόρων. Για μας ισχύει το αντίθετο.

Αυτή είναι και η ουσία της γεωργίας – κτηνοτροφίας, ως μέθοδοι διαχείρισης της φύσης. Τα αγρο-οικοσυστήματα βρίσκονται τεχνητά πάντα στα δύο τελευταία (που χρονικά είναι τα πρώτα) στάδια ανάπτυξης. Κι όσο επιθυμούμε να συγκομίζουμε ή να εκτρέφουμε ζωντανά στη νιότη της ανάπτυξής τους κι αδιάφοροι για τον ρόλο τους στα οικοσυστήματα, η γεωργία θα είναι πιο σπάταλη από τη φύση και σε συνολική ενέργεια και σε φυσικούς πόρους. Κι όσο επιθυμούμε να αλλάζουμε την αναλογία προϊόντων προς όφελός μας, τόσο πιο σπάταλη θα είναι η γεωργία. Αυτό εξηγεί γιατί η παραδοσιακή καλλιέργεια καλαμποκιού στο Μεξικό καταφέρει να παράγει μόνο 95 κιλά καρπό ανά στρέμμα (καταναλώνοντας 0,18 MJ ενέργειας ανά κιλό προϊόντος), ενώ η σύγχρονη καλλιέργεια στις ΗΠΑ παράγει 508 κιλά/στρέμμα αλλά χρειάζεται 33 φορές περισσότερη ενέργεια για να το καταφέρει (5,91 MJ/κιλό προϊόντος).

Για να επιστρέψουμε στα της κοινωνίας κι οικονομίας μας, ίσως να είδατε απ' όλα τα παραπάνω τις προφανείς αναλογίες. Βέβαια η χώρα μας –καμία χώρα– δεν είναι ένα σύστημα απομονωμένο. Μοιάζουν –ακόμα– οι χώρες πιο πολύ με χωράφια παρά με δάση. Και η δική μας δεχόταν πάντα έξωθεν πιέσεις όπως αυτές των βοσκοτόπων στις σαβάνες. Έχει αυτό τ' αρνητικά του αποτελέσματα, γιατί χαθήκαν γνώσεις, είδη ανθρώπων, νοοτροπίες και δομές που τώρα είναι απαραίτητες. Αλλά τα παραπάνω σκιαγραφούν και μια ελπίδα. Γιατί τώρα ξεκινάει μια περίοδος όπου κυριαρχεί η προσαρμογή.

Για τη γεωργία – κτηνοτροφία και για τα τρόφιμα, ήδη διαφαίνεται παντού μια τάση για βελτίωση. Με τη δικτύωση καλών παραγωγών, το συνεταιρισμό τους, σε άλλες βάσεις τώρα πια. Με το μεράκι και την αγάπη γι' αυτό που κάνουν. Με έμφαση στην αύξηση της ποικιλίας των προϊόντων και τη μείωση των αποστάσεων με τον «καταναλωτή», την ανάπτυξη τοπικών εφοδιαστικών αλυσίδων για να μειωθεί και το κόστος των μεσαζόντων. Μα, κυρίως, με την επένδυση, αντί χρημάτων, στη δουλειά και στη γνώση. Γιατί στις ανθρώπινες κοινωνίες, αν υπάρχει ένας πόρος που δύσκολα καταστρέφεται, είναι ο άνθρωπος.

Στις ανθρώπινες κοινωνίες, αν υπάρχει ένας πόρος που δύσκολα καταστρέφεται, είναι ο άνθρωπος

- Αυτά που συμβαίνουν στην οικονομία –και όχι μόνο την Ελληνική– μοιάζουν πολύ με όσα συμβαίνουν φυσιολογικά στα οικοσυστήματα. Τέτοιου είδους παραλληλισμοί και μεταφορές μπορεί να φαίνονται αυθαίρετοι. Όμως η οικονομία είναι –σε τελική ανάλυση– ο τρόπος που το ζώο άνθρωπος χειρίζεται τους πόρους του.
- Η φύση είναι ζωή, είναι «γίγνεσθαι». Ενέχει ταυτόχρονα διάφορους κύκλους μικρότερης ή μεγαλύτερης διάρκειας. Η σταθερότητά τους είναι προσωρινή.
- Φαίνεται ότι τα οικοσυστήματα «στοχεύουν» βασικά στην ελαχιστοποίηση των απωλειών διαθέσιμης ενέργειας και πόρων. Το «άριστο» στάδιό τους μπορεί να διατηρηθεί για αρκετό χρόνο. Αλλά είναι εύθραυστο, εξαρτάται απόλυτα από τις συνθήκες του περιβάλλοντος.
- Η χώρα μας –καμία χώρα– δεν είναι ένα σύστημα απομονωμένο. Μοιάζουν –ακόμα– οι χώρες πιο πολύ με χωράφια παρά με δάση.



Καλοκαίρι & Άσκηση

Γιατί το καλοκαίρι
ενδείκνυται για την
έναρξη της άσκησης;

Αρχίζοντας από το στενό μας περιβάλλον και προχωρώντας στο ευρύτερο κοινό, μπορούμε να διαπιστώσουμε μια αναμφισβήτητη αλήθεια: οι περισσότεροι σύγχρονοι πολίτες δεν αφιερώνουν καθόλου χρόνο για άσκηση.

Μερικά από τα βασικότερα αθλήματα που συνηθίζονται τους καλοκαιρινούς μήνες είναι το κολύμπι, το beach volley, οι ρακέτες, το θαλάσσιο σκι κ.ά.

Ακόμα και στις καθημερινές τους δραστηριότητες δεν καταβάλλουν καμία προσπάθεια για περαιτέρω εξάσκηση. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι άνθρωποι χρησιμοποιούν το ασανσέρ, αντί για τα σκαλοπάτια και το αυτοκίνητό τους για κοντινές αποστάσεις, που θα μπορούσαν να διανύσουν με τα πόδια. Οι πόνοι στη μέση και στις αρθρώσεις όμως, σύμπτωμα του σύγχρονου τρόπου ζωής, είναι αποτέλεσμα που απορρέει από την έλλειψη άσκησης.

Για να είναι υγιής ένας ανθρώπινος οργανισμός, πρέπει να ταυτίσει τη ζωή του με την κίνηση. Ουσιαστικός ρόλος της εκγύμνασης, είναι η ενδυνάμωση του οργανισμού και η βελτίωση του ανοσοποιητικού συστήματος.

Τους καλοκαιρινούς μήνες οι άνθρωποι κάνουν διάφορα σπορ προκειμένου να βελτιώσουν τη φυσική τους κατάσταση. Το καλοκαίρι ενδείκνυται για έναρξη της άσκησης. Μερικά από τα βασικότερα αθλήματα που συνηθίζονται τους καλοκαιρινούς μήνες είναι το κολύμπι, το beach volley, οι ρακέτες, το θαλάσσιο σκι κ.ά.

Κολύμπι:

Είναι ένα από τα καλύτερα είδη άσκησης. Η άσκηση στο νερό προσφέρει θεαματικές αλλαγές, διότι γυμνάζει όλο το σώμα, μειώνει την πιθανότητα τραυματισμού, βοηθά στο αδυνάτισμα και μειώνει την κυτταρίτιδα. Διευκολύνει την κίνηση και ελαχιστοποιεί τις επιβαρύνσεις στα οστά και τις αρθρώσεις. Το κολύμπι ανεβάζει τα επίπεδα ενέργειας του οργανισμού, ενισχύει την αντοχή και απομακρύνει την ένταση και το στρες. Ακόμη, βελτιώνει την λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος και τονώνει το κυκλοφορικό, μειώνοντας την φλεβίτιδα.

Το κολύμπι απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτως ηλικίας, σε εγκύους, παχύσαρκα ή υπέρβαρα

άτομα, σε άτομα με καρδιακές παθήσεις, υπέρτασικά, άτομα με ειδικές ικανότητες, αρθρικό, προβλήματα στη μέση, στα κάτω άκρα, σε άτομα που παρουσιάζουν έντονη εφίδρωση, άτομα που βρίσκονται σε φάση αποκατάστασης ύστερα από τραυματισμό ή επέμβαση. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στα άτομα με άσθμα ή προβλήματα καρδιάς, για τα οποία κρίνεται απαραίτητη η ιατρική συμβουλή. Η άσκηση στο νερό ενδείκνυται για την πρόληψη της οστεοπόρωσης, αλλά όχι για την αντιμετώπισή της.

Βασική προϋπόθεση καθ' όλη τη διάρκεια της άσκησης στο νερό είναι να ελέγχουμε την αναπνοή μας. Μην ξεχνάμε όταν αθλούμαστε να εισπνέουμε από το στόμα και να εκπνέουμε από τη μύτη.

Beach volley:

Αποτελεί ίσως την πιο ευχάριστη, αλλά και πιο επίπονη άσκηση από πλευράς αθλοπαιδιών της παραλίας. Οι κανονισμοί είναι σχεδόν κοινοί με το βόλλεϋ στη σάλα, το γεγονός όμως ότι παίζετε με λιγότερους παίκτες κάτω από αντίξοες συνθήκες (ήλιο, άμμο, αέρα) το καθιστούν ιδιαίτερος κοπιαστικό, γεγονός που μεταφράζεται φυσικά στην απώλεια πολλών θερμίδων.

Τζόκινγκ:

Για τους μοναχικούς, και όχι μόνο, τύπους δεν υπάρχει καλύτερη άσκηση από το ελαφρύ τρέξιμο στην άκρη της θάλασσας. Το τρέξιμο πρέπει να γίνεται σε επίπεδη άμμο και αν είναι δυνατό να μην υπάρχουν πολλές πέτρες, προς αποφυγή τραυματισμών. Το τέμπο που πρέπει να κρατάμε είναι τέτοιο ώστε να μην ξεπερνάμε τους 130 με 140 σφυγμούς ανά λεπτό, άλλωστε σε αυτές τις τιμές έχουμε καύση του λίπους. Καλό είναι και το τρέξιμο με αυξομείωση ταχύτητας.

Ρακέτες:

Το δημοφιλές άθλημα της παραλίας. Τα τελευταία χρόνια άλλωστε γίνονται και ανταγωνιστικά τουρνουά, που αποδεικνύουν την αγάπη του Έλληνα για το άθλημα αυτό. Οι ρακέτες αποτελούν μία άσκηση low-impact, με την οποία μπορούμε να ασχοληθούμε για πάρα πολλή ώρα, δίχως ιδιαίτερη κούραση. Τα μόνα αρνητικά τους είναι η μονόπλευρη άσκηση των άνω άκρων και ο αυξημένος κίνδυνος τραυματισμού σε αρθρώσεις (ώμος, αγκώνας, καρπός), εάν δείξουμε υπερβάλλοντα ζήλο.



Σερφ/θαλάσσιο σκι:

Δυναμικά σπορ, που απαιτούν ειδικές τεχνικές γνώσεις και μία σχετικά καλή φυσική κατάσταση. Γυμνάζουν αποτελεσματικά τα κάτω και άνω άκρα και θεωρούνται πολύ καλή αερόβια άσκηση.

Γενικοί κανόνες

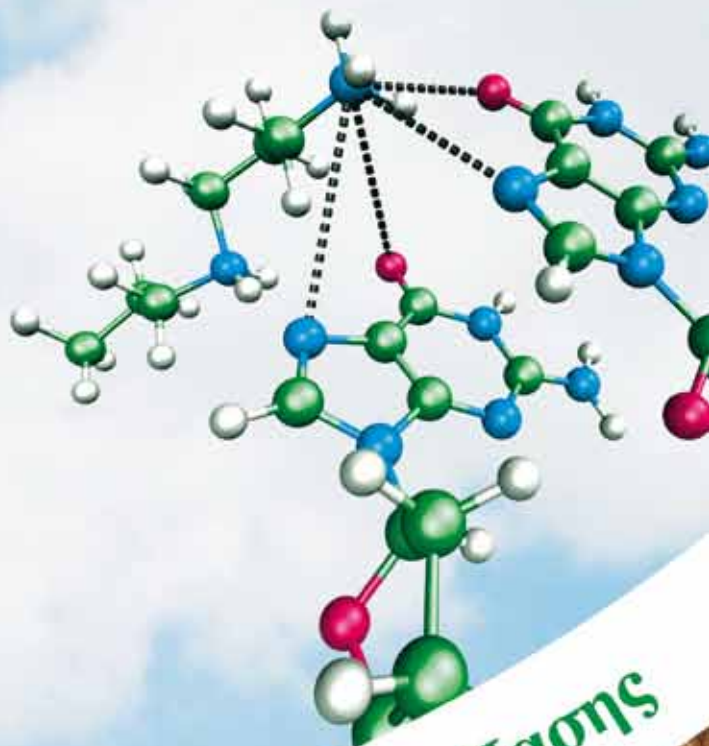
1. Ξεκινήστε με προθέρμανση. Αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει διατάσεις στις μεγάλες μυϊκές ομάδες και περιφορές χεριών να ζεσταθούν οι αρθρώσεις. Η προθέρμανση είναι πολύ σημαντική, γιατί μειώνει τις πιθανότητες τραυματισμών.
2. Χρησιμοποιείτε καπέλο, γυαλιά και αντιηλιακό, το οποίο και θα πρέπει να ανανεώνετε τακτικά (λόγω του ιδρώτα).
3. Κάνετε τακτικά διαλλείματα, ώστε να αναπληρώνετε τα υγρά που χάνετε, πίνοντας νερό ή ισοτονικά ποτά. Προσέξτε όμως μη φουσκώσετε.
4. Μην αθλείστε με άδειο στομάχι. Αν πέσουν τα επίπεδα γλυκόζης στον οργανισμό σας, θα νιώσετε δυσφορία και δεν θα μπορέσετε να ολοκληρώσετε την άσκηση.
5. Προπαντός όμως θα πρέπει να γνωρίζετε τα όριά σας και να μην τα ξεπερνάτε. Το να υπερβάλλετε εαυτόν, θα οδηγήσει σε αρνητικές επιπτώσεις για τον οργανισμό ή το σώμα σας και θα σας αναγκάσει να κόψετε εντελώς την άσκηση.

Για να είναι υγιής ένας ανθρώπινος οργανισμός, πρέπει να ταυτίσει τη ζωή του με την κίνηση





Galenica



Αδιάκοπη Αναζήτηση της Ύψης



 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>



Παιδικές κατασκηνώσεις

μια ολοκληρωμένη θεραπευτική παρέμβαση στο πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας

Η Ελλάδα κατέχει δυστυχώς μια από τις υψηλότερες θέσεις τόσο στον Ευρωπαϊκό όσο και στον παγκόσμιο χάρτη στα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας. Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει μέριμνα για την πρόληψη αλλά και τη θεραπεία της παιδικής παχυσαρκίας, ούτε σε σχολικό ούτε σε κοινωνικό επίπεδο.

Τα Ελληνόπουλα λόγω των αυξημένων σχολικών υποχρεώσεων αλλά και λόγω ανυπαρξίας ασφαλών χώρων για παιχνίδι, έλλειψη πάρκων κ.λπ., περνούν πολλές ώρες της ημέρας καθισμένα. Στην Ελλάδα αναφέρεται ότι ο μέσος όρος των παιδιών παρακολουθεί τηλεόραση και παίζει βιντεοπαιχνίδια για 3-4 ώρες την ημέρα, το οποίο αυξάνει δραματικά στο διάστημα των διακοπών από το σχολείο. Οι συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τηλεθέαση είναι μέχρι 2 ώρες την ημέρα τηλεόραση και βιντεοπαιχνίδια μαζί.

Στη χώρα μας, δεν τηρείται η νομοθεσία για διαφημίσεις ανθυγιεινών τροφίμων σε παιδιά, όπως δεν τηρείται η νομοθεσία για τα επιτρεπόμενα είδη στο κυλικείο του σχολείου. Παράλληλα, έχει μειωθεί ο χρόνος παρασκευής φαγητού, ενώ έχουν αυξηθεί οι επιλογές για παραγγελία φαγητού στο σπίτι, που στις περισσότερες περιπτώσεις είναι φαγητό αρκετά πλούσιο σε θερμίδες. Αυτά τα φαινόμενα οδηγούν από τη μία σε μειωμένες καύσεις και από την άλλη σε αυξημένη κατανάλωση φαγητού. Ο συνδυασμός των παραπάνω αποκαλείται «παχυσαρκόγONO περιβάλλον» και οδηγεί σε αυξημένα φαινόμενα παχυσαρκίας.

Τι επιπτώσεις έχει η παιδική παχυσαρκία;

1. **Σωματικές.** Ένας παιδί με περισσότερα κιλά, κατ'αρχήν φθείρει και ταλαιπωρεί τις αρθρώσεις του σε σημείο που μπορεί να μην μπορεί να αναστραφεί. Το υπέρβαρο παιδί μπορεί να έχει υπερλιπιδαιμία, η οποία δρα προσθετικά και προσβάλλει τα αγγεία του παιδιού από νωρίς. Τα τελευταία χρόνια εμφανίζεται σε παιδιά ο σακχαρώδης δια-



Τα υπέρβαρα παιδιά είναι συχνότερα θύμα κοροϊδίας από άλλα παιδιά, ενώ συχνά αντιδρούν σε αυτό με βίαιη συμπεριφορά

βήτης τύπου 2, που παλαιότερα θεωρούνταν ασθένεια των ενηλίκων και των ηλικιωμένων. Επιπλέον, ένα υπέρβαρο παιδί μπορεί να αποθηκεύσει λίπος στο συκώτι, να προσβληθεί από ουρική αρθρίτιδα και να έχει αυξημένη αρτηριακή πίεση. Επίσης, πολλές και σημαντικές ορμονικές αλλαγές μπορεί να προκληθούν από την παιδική παχυσαρκία που είτε καθυστερούν είτε επιταχύνουν το ρυθμό της ενήλικσης. Η καταπόνηση που δέχεται το σώμα ενός υπέρβαρου παιδιού είναι πολλαπλάσια από αυτή που δέχεται το σώμα ενός παχύσαρκου ενήλικα και συμβαίνει για περισσότερα χρόνια

- 2. Ψυχολογικές.** Τα υπέρβαρα παιδιά είναι συχνότερα θύμα κοροϊδίας από άλλα παιδιά, ενώ συχνά αντιδρούν σε αυτό με βίαιη συμπεριφορά. Τα υπέρβαρα παιδιά στιγματίζονται περισσότερο και δυστυχώς πέφτουν θύματα περισσότερων διακρίσεων από καθηγητές, προπονητές, ακόμα και ιατρούς. Πολλά υπέρβαρα παιδιά έχουν σημάδια κατάθλιψης, εσωστρέφειας αλλά και διαταραχών πρόσληψης τροφής, ενώ συνήθως έχουν άσχημη εικόνα σώματος

Οι πιθανότητες να γίνει ένα υπέρβαρο παιδί υπέρβαρος ενήλικας αυξάνονται δραματικά μετά την εφηβεία. Δυστυχώς, η παχυσαρκία είναι μια ασθένεια που δεν κρύβεται και έτσι τα υπέρβαρα άτομα πέφτουν συχνά θύματα στιγματισμού. Οι στατιστικές δείχνουν ότι οι υπέρβαροι ενήλικες έχουν χαμηλότερες πιθανότητες να πάρουν κάποιο πτυχίο, να βρουν δουλειά, να παντρευτούν και να κάνουν οικογένεια, ενώ οι περισσότεροι ταλαιπωρούνται χρόνια με το πρόβλημα της παχυσαρκίας.

Θεραπευτικές οδοί

Οι περισσότερες έρευνες πάνω στο θέμα της παχυσαρκίας και της παιδικής παχυσαρκίας, δείχνουν ότι το πιο πετυχημένο θεραπευτικό μοντέλο που έχει και τη μεγαλύ-

τερη διάρκεια, είναι η εκπαίδευση στη διατροφή. Η διατροφή που συστήνεται για τη σωστότερη απώλεια βάρους είναι η Μεσογειακή Διατροφή και η σταδιακή μείωση του βάρους, ώστε να εξομαλυνθεί το ύψος σε σχέση με το βάρος του παιδιού. Για την επιτυχημένη διαχείριση του βάρους είναι επίσης απαραίτητα η βελτίωση της διατροφικής συμπεριφοράς. Οι μελέτες που συνδύασαν την απώλεια βάρους με βάση τη Μεσογειακή Διατροφή και τη βελτίωση της διατροφικής συμπεριφοράς μέσω της Γνωστικής- Συμπεριφορικής Θεραπείας, είχαν τα καλύτερα και τα πιο μακροχρόνια αποτελέσματα. Τέλος, σημαντικό ρόλο παίζει η άθληση, η οποία όταν ξεκινάει από τη μικρή ηλικία του παιδιού, έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να συνεχιστεί και στην ενήλικη ζωή του. Η ενθάρρυνση και η σωστή εκπαίδευση στην άθληση επίσης έχουν θετικότερα αποτελέσματα από την απλή προπόνηση που γίνεται στο σχολείο, όπου μπορεί να υπάρχει και άσχημη συμπεριφορά προς το παχύσαρκο παιδί και να συμβάλλει στο να μη θέλει το παιδί να αθληθεί γενικότερα.

Οι έρευνες που έχουν γίνει σε κατασκηνώσεις του εξωτερικού, αλλά και σε κατασκήνωση στη Βόρειο Ελλάδα, δείχνουν ότι έχουν αποτελέσματα τόσο στη βραχυχρόνια θεραπεία της παχυσαρκίας όσο το παιδί βρίσκεται στην κατασκήνωση, όσο και αργότερα. Σε κατασκηνώσεις όπου ακολουθείται πρόγραμμα παρακολούθησης και εμπύχωσης των κατασκηνωτών μετά το τέλος της κατασκήνωσης, τα καλά αποτελέσματα συνεχίζουν για πολύ μετά την κατασκήνωση. Τα αποτελέσματα δεν περιορίζονται μόνο στους τομείς του βάρους και της σύστασης σώματος, αλλά και στην ψυχολογία του παιδιού. Η θεραπευτική μέθοδος της κατασκήνωσης χαρακτηρίζεται ως ευχάριστη από τα παιδιά και η τροποποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς θεωρείται ως ο πιο ολοκληρωμένος και επιτυχημένος τρόπος απώλειας βάρους. Φέτος ανοίγει στη Βόρειο Ελλάδα το πρώτο camp για υπέρβαρα παιδιά και περιμένουμε να δούμε τα αποτελέσματά του.

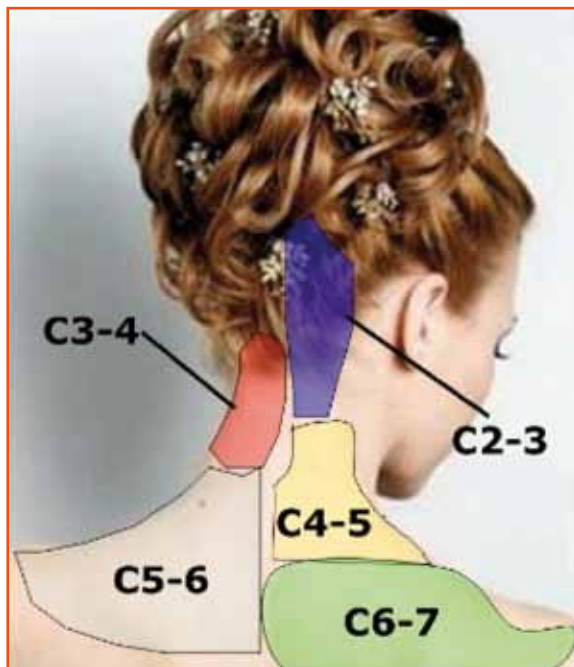


Αυχενικό σύνδρομο

Ο όρος αυχενικό σύνδρομο χρησιμοποιείται για να περιγράψει δυσλειτουργίες στην περιοχή του ινίου, του αυχένα και της ωμικής ζώνης.

Η αιτία ή οι αιτίες μπορεί να προέρχονται από την ίδια την περιοχή της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης αλλά και από οποιοδήποτε άλλο μέρος του σώματος. Εκδηλώνεται με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα: πόνο, μυϊκό σπασμό, μυοπεριτοναϊκό πόνο (trigger points), πονοκέφαλο, οπτικές ή ακουστικές διαταραχές, αιμωδίες στα άκρα ή και περιφερικά άλγη, περιορισμό κινητικότητας του αυχένα, διαταραχές ψυχοσύνθεσης (άγχος, κατάθλιψη κ.α.), ζάλη, ίλιγγο, ναυτία και έμετο, πόνο στον τράχηλο, δυσκαταποσία.

ΧΑΡΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΩΝ ΠΟΝΟΥ ΑΝΑ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ



ΑΙΤΙΕΣ

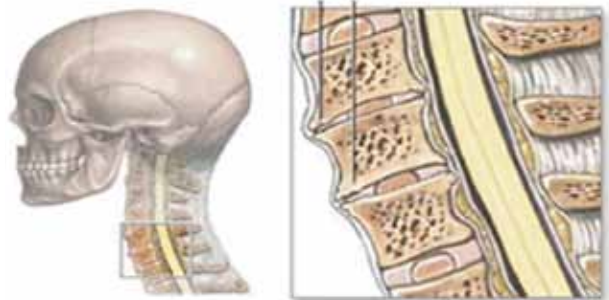
Οι αιτίες πρόκλησης πόνου στον αυχένα και στην ευρύτερη περιοχή ορισμένες φορές είναι πολλές και όχι πάντα ευδιάκριτες. Συχνά δεν υπάρχει αντιστοιχία μεταξύ ακτινολογικών ευρημάτων και συμπτωμάτων. Έντονες εκφυλιστικές αλλοιώσεις μπορεί να προκαλούν ελάχιστο ή και καθόλου πόνο ενώ αντίθετα να υπάρχουν πόνοι ή και νευρολογικά συμπτώματα με ελάχιστα ή και καθόλου ακτινολογικά ευρήματα.

Κυριότερες αιτίες του αυχενικού συνδρόμου θα μπορούσαμε να αναφέρουμε: οστεόφυτα, κήλη μεσοσπονδύλιου

Κυριότερες αιτίες του αυχενικού συνδρόμου θα μπορούσαμε να αναφέρουμε: οστεόφυτα, κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, οστικές κακώσεις, συγγενείς ανωμαλίες

δίσκου, οστικές κακώσεις, συγγενείς ανωμαλίες (π.χ. υπεράρθρη πλευρά), πίεση από αγγεία, μετατραυματικές συμφύσεις, ακραίες κινήσεις (π.χ. Whiplash), υπερβολική διάταση νεύρου, εκφυλιστικές αλλοιώσεις, οστεοπορωτικά κατάγματα, νόσοι του κολλαγόνου, χωροκατακτητικές εξεργασίες, μυϊκή δυσλειτουργία.

ΑΥΧΕΝΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΩΣΗ



Αναλύοντας το μηχανισμό της μυϊκής δυσλειτουργίας, ο οποίος είναι συνυπεύθυνος μαζί με τη δυσλειτουργία των τριών άνω αυχενικών σπονδύλων για τον αυχενόγενή πονοκέφαλο (tension type headache), διαπιστώνουμε ότι η μυϊκή δυσλειτουργία (tension neck) έχει σαν αποτέλεσμα την αλλαγή στη στάση της κεφαλής, του αυχένα και τη δυσλειτουργία των αρθρώσεων. Συνέπεια των τελευταίων είναι η καταπόνηση των μεσοσπονδύλιων δίσκων, των μεσοσπονδύλιων αρθρώσεων (facet's), των συνδέσμων και οι πιέσεις νεύρων που εάν παραμείνουν, δευτερογενώς θα προκαλέσουν τον εκφυλισμό τους. Η

μυϊκή δυσλειτουργία οφείλεται στους ακόλουθους σφιχτούς μύες: τον άνω τραπεζοειδή, ανεκκτήρα της ωμοπλάτης, στερνοκλειδομαστοειδή, σκαληνούς, μεγάλο και μικρό θωρακικό, υπινιακούς μύες καθώς επίσης και στην αδυναμία των εν τω βάθει καμπτήρων της κεφαλής και του αυχένα, μέσου και κάτω τραπεζοειδή. Ο πόνος εντοπίζεται στην αυχενική και ινιακή περιοχή με επέκταση στους κροτάφους, το μέτωπο, πίσω από τις κόγχες των ματιών, στη κορυφή του κρανίου, το αυτί, τις ωμοπλάτες και το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και επιδεινώνεται μετά από έντονες κινήσεις του αυχένα ή από παρατεταμένη κακή στάση. Συνυπάρχουν επίσης άγχος, εύκολη κόπωση, οφθαλμοκινητικές διαταραχές, φωνοφοβία και φωτοφοβία και μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης στο πλάσμα.

ηλικία του, το επάγγελμα, τα ενδιαφέροντά του, πόσο καιρό πονάει, πότε πονάει, πώς ξεκίνησε ο πόνος, αν οι καιρικές συνθήκες επηρεάζουν τα συμπτώματα του, πως είναι ο πόνος κατά τη διάρκεια του ύπνου, τι αισθάνεται και σε ποιο μέρος του σώματος, τι κάνει για να ανακουφιστεί, τι φάρμακα παίρνει, τι άλλα προβλήματα υγείας έχει, πόσο τον επηρεάζει στις καθημερινές του δραστηριότητες, για τυχόν προβλήματα υγείας συγγενικών προσώπων και οτιδήποτε άλλο κρίνει ο εξεταστής σημαντικό για να έχει μια όσο το δυνατό πλήρη εικόνα του προβλήματος. Η εξέταση συνεχίζεται με το νευρολογικό έλεγχο. Αυτός περιλαμβάνει τον έλεγχο της μυϊκής ισχύος, της αισθητικότητας, των αντανακλαστικών, της στάσης και βάδισης, της ισορροπίας και, τέλος, τον ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο.

Επόμενο στάδιο είναι ο ακτινολογικός έλεγχος, που περιλαμβάνει τα ακόλουθα: α) κλασική ακτινογραφία, β) αξονική ή μαγνητική, γ) μυελογραφία, δ) θερμογραφία, ε) σπινθηρογράφημα οστών, στ) αγγειογραφία. Το τελικό στάδιο της εξέτασης περιλαμβάνει την κλινική αξιολόγηση. Επιβάλλεται η παρατήρηση του ασθενούς σε όλο το σώμα, από όλες τις πλευρές, διότι η αιτία του πόνου πολλές φορές είναι μακριά από τη περιοχή των συμπτωμάτων. Παρατηρείται το πώς κινείται, αν έχει ασυμμετρίες, ατροφίες ή υπερτροφίες, προβλήματα στο δέρμα. Ψηλαφάται το δέρμα για επώδυνα σημεία, θερμοκρασία, μυϊκούς σπασμούς κ.α. Τέλος, αξιολογούνται η ελαστικότητα των μυών, οι ενεργητικές και παθητικές κινήσεις, όπως και οι επικουρικές παθητικές κινήσεις.

Υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή στη διαγνωστική προσέγγιση. Για παράδειγμα, το σύμπτωμα του ξαφνικού έντονου πονοκεφάλου μπορεί να σημαίνει:

- μηνιγγίτιδα
- ανεύρυσμα
- υπαραχνοειδή αιμορραγία

Επιπλέον, η προοδευτικά αυξανόμενη ένταση πόνου με αλλαγές στη συνείδηση, νευρολογικά συμπτώματα ή αυχενική ακαμψία μπορεί να σημαίνει:

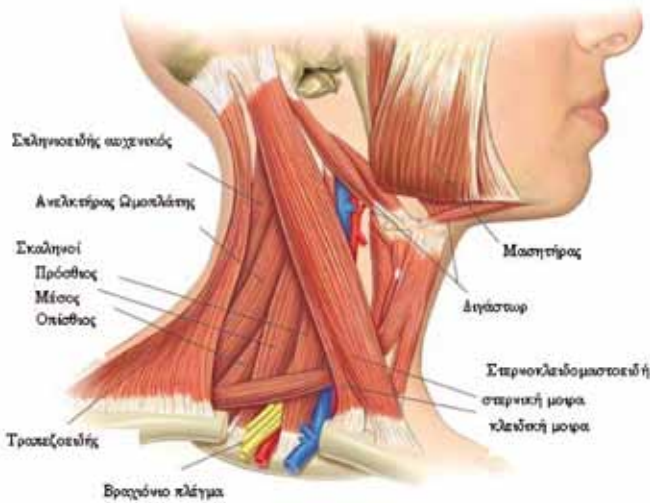
- εξωμηνιγγικό/ενδομηνιγγικό καρκίνο

Ο πονοκέφαλος που επηρεάζεται από τη θέση του σώματος μπορεί να σημαίνει:

- χαμηλή ενδοκρανιακή πίεση

Ο πονοκέφαλος πρώτη φορά σε ηλικία > 55 ετών μπορεί να σημαίνει:

- κροταφική αρτηρίτιδα



ΜΥΕΣ ΤΟΥ ΑΥΧΕΝΑ

Εξωαυχενικοί παράγοντες ενοχοποιούνται επίσης, όπως παθήσεις των οφθαλμών (βλάβες του κερατοειδή, γλαύκωμα, οπτική νευρίτιδα κ.α.) και οι διάφορες κρανιακές νευραλγίες. Ο ψυχοσυναισθηματικός παράγοντας, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, επιδεινώνουν επίσης την αίσθηση του πόνου (θεωρία του πόνου). Σημαντικοί επίσης μύες στη πρόκληση πονοκεφάλου θεωρούνται και οι μαστήριοι, κυρίως σε δυσλειτουργίες της κροταφογναθικής άρθρωσης.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαγνωστική προσέγγιση ξεκινά με τη λήψη του ατομικού και στη συνέχεια του οικογενειακού ιστορικού. Ο εξεταστής προσπαθεί με ειδικές ερωτήσεις να προσεγγίσει το πρόβλημα. Ο ασθενής απαντά σε ερωτήσεις για την

Η θεραπεία στο οξύ στάδιο περιλαμβάνει ξεκούραση και τη χρήση κολάρου

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία στο οξύ στάδιο περιλαμβάνει ξεκούραση και τη χρήση κολάρου. Το κολάρο περιορίζει τις κινήσεις που προκαλούν ερεθισμό στις διάφορες κατασκευές του αυχένα, αποφορτίζει τις ενεργητικές και παθητικές δομές και δίνει ένα αίσθημα ασφάλειας. Πρέπει όμως να χρησιμοποιείται για σύντομο χρονικό διάστημα προς αποφυγή μυϊκών ατροφιών και να συνδυάζεται με ήπιες ασκήσεις για διατήρηση της αντοχής και τροφικότητας των κατασκευών της περιοχής. Στο στάδιο αυτό, αν κρίνει ο γιατρός, χορηγείται φαρμακευτική αγωγή. Η φυσικοθεραπεία μπορεί να ξεκινήσει άμεσα με θερμοθεραπεία, ηλεκτροθεραπεία και μάλαξη με σκοπό τη μείωση του πόνου, ελάττωση του σπασμού, αύξηση της αιμάτωσης και προώθηση της φλεγμονής. Ακόμη στο στάδιο αυτό ο ασθενής ενημερώνεται για το πώς θα χρησιμοποιεί εργονομικά το σώμα του ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος υποτροπής.

ΛΑΘΟΣ ΘΕΣΗ



ΣΩΣΤΗ ΘΕΣΗ



Όταν μειωθούν τα συμπτώματα ξεκινά το σημαντικότερο τμήμα της αποκατάστασης, η κινησιοθεραπεία. Περιλαμβάνει τη διάταση των βραχυμένων κατασκευών και την ενδυνάμωση των εν τω βάθει καμπτήρων μυών του αυχένα και των σταθεροποιών της ωμοπλάτης. Σημαντικό στο στάδιο αυτό είναι η εκγύμναση των αυτόχθονων μυών της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Το λάθος γίνεται στην πρόωρη εκγύμναση του τραπεζοειδούς, σκαληνών, στερνοκλειδομαστοειδή και ανελκτήρα της ωμοπλάτης. Οι μύες αυτοί δημιουργούν μεγάλα φορτία (ροπή στρέψης) στον αυχένα αν δεν προηγηθεί η ενεργοποίηση των αυτόχθονων μυών του αυχένα. Οι τελευταίοι, λόγω της άμεσης πρόσφυσης σε κάθε ένα σπονδυλικό επίπεδο αυξάνουν τη σταθερότητα (ακαμψία) των σπονδυλικών επιπέδων. Ο ασθενής εκπαιδεύεται στην ενεργοποίηση των μυών με τη σωστή σειρά και στο σωστό χρόνο. Γίνεται εκμάθηση της σωστής στάσης και διορθώνονται τα λανθασμένα κινητικά πρότυπα, ώστε να αποφεύγεται η υπερβολική καταπόνηση των μυών και των αρθρώσεων.

Σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση κατέχει η χειροπρακτική παρέμβαση (manual therapy). Ο εξειδικευμένος φυσικοθεραπευτής στη χειροπρακτική μπορεί να εντοπίσει το υποκινητικό ή υπερκινητικό επίπεδο, το ακριβές επίπεδο του πόνου και να αποκαταστήσει τη φυσιολογική σπονδυλική λειτουργία. Η αποκατάσταση περιλαμβάνει τεχνικές αρθρικής κινητοποίησης, κινητοποίηση νευρικού ιστού, τεχνικές μαλακών μορίων και εξειδικευμένη άσκηση.

Σε περίπτωση αποτυχίας της συντηρητικής αγωγής το επόμενο στάδιο είναι η χειρουργική θεραπεία. Η συντηρητική θεραπεία πρέπει να διατηρείται 6-12 εβδομάδες πριν αποφασιστεί η χειρουργική θεραπεία. Απόλυτες ενδείξεις άμεσης χειρουργικής αποσυμπίεσης είναι τα σοβαρά νευρολογικά ελλείμματα λόγω πίεσης νωτιαίου μυελού ή ρίζας.



Ασπιρίνη & Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα:

*πρόληψη των επιπλοκών τους
από το γαστρεντερικό*



Η ασπιρίνη σε διάφορες μορφές χρησιμοποιείται στη
θεραπευτική από την εποχή του Ιπποκράτη και
η χρήση της συνεχώς διευρύνεται

Η συνηθέστερη παρενέργεια των φαρμάκων αυτών είναι η πρόκληση πεπτικών διαβρώσεων και ελκών και οι σοβαρότερες επιπλοκές τους είναι η αιμορραγία από τις βλάβες αυτές



Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ) είναι επίσης ευρύτατα χρησιμοποιούμενα φάρμακα. Η ασπιρίνη σε υψηλές δόσεις και κυρίως τα ΜΣΑΦ σε συνήθεις δόσεις χρησιμοποιούνται για την αντιφλεγμονώδη δράση τους, ενώ η ασπιρίνη συνήθως σε χαμηλές δόσεις χρησιμοποιείται για την αντιαιμοπεταλιακή της δράση.

Στις ΗΠΑ, υπολογίζεται ότι περισσότερο από 50% του πληθυσμού άνω των 65 ετών χρησιμοποιεί ασπιρίνη ή ΜΣΑΦ, ενώ σχετικά πρόσφατη έρευνα (2005) από το Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας & Διατροφής το ποσοστό χρήσης ασπιρίνης και/ή ΜΣΑΦ βρέθηκε να είναι περίπου 30% στους Έλληνες ενήλικες ανεξαρτήτως ηλικίας.

Η συνηθέστερη παρενέργεια των φαρμάκων αυτών είναι η πρόκληση πεπτικών διαβρώσεων και ελκών και οι σοβαρότερες επιπλοκές τους είναι η αιμορραγία από τις βλάβες αυτές. Υπολογίζεται ότι ενδοσκοπικά πεπτικό έλκος αναπτύσσεται σε 20%-25% και σοβαρή επιπλοκή του έλκους, συνήθως αιμορραγία, που απαιτεί εισαγωγή σε νοσοκομείο σε 2%-5% των χρόνιων χρηστών ΜΣΑΦ. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η λήψη ΜΣΑΦ αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο αιμορραγίας και από το κατώτερο πεπτικό. Η γαστροτοξική δράση της ασπιρίνης είναι μάλλον ηπιότερη σε σχέση με αυτή των ΜΣΑΦ. Υπολογίζεται ότι η χρόνια λήψη ασπιρίνης αυξάνει περίπου κατά 0.04% κατ' έτος τον κίνδυνο για οξεία αιμορραγία πεπτικού (απόλυτος κίνδυνος σε χρήστες και μη χρήστες ασπιρίνης: 0.09% και 0.05% κατ' έτος αντίστοιχα) και τον κίνδυνο για εγκεφαλική αιμορραγία κατά 12 επεισόδια ανά 30000 ανθρώπους-έτη. Παρά το σχετικά χαμηλό απόλυτο κίνδυνο για οξεία αιμορραγία πεπτικού στους χρήστες ασπιρίνης (0.09% κατ' έτος), το πολύ μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού που χρησιμοποιεί το φάρμακο επί μακρόν έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση μεγάλου αριθμού περιπτώσεων οξείας αιμορραγίας πεπτικού από ασπιρίνη.

Ενδείξεις γαστροπροστασίας σε χρήστες ασπιρίνης ή ΜΣΑΦ

Ένδειξη γαστροπροστασίας έχουν μόνον οι χρήστες ασπιρίνης ή ΜΣΑΦ που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, αφού ο κίνδυνος επιπλοκών από το πεπτικό δεν είναι ιδιαίτερα υψηλός σε όλους τους χρήστες ασπιρίνης/ΜΣΑΦ. Σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για γαστροτοξικότητα σε χρήστες ασπιρίνης/ΜΣΑΦ είναι το ιστορικό πεπτικού έλκους και/ή επιπλοκής του, η μεγάλη ηλικία (>60-65 ετών), η λήψη αντιπηκτικών, η χρόνια χρήση νεότερων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης) και η μεγάλη δόση ή η ταυτόχρονη λήψη ασπιρίνης και ΜΣΑΦ. Άλλοι παράγοντες κινδύνου θεωρούνται η διάρκεια της λήψης ασπιρίνης/ΜΣΑΦ, η παρουσία συνοδών νοσημάτων (σοβαρή καρδιακή νόσος, νεφρική ανεπάρκεια, αιμορροφιλία, θρομβοπενία, θρομβασθένεια, σοβαρή ρευματοειδής αρθρίτιδα, ίσως σακχαρώδης διαβήτης), η χρόνια χρήση στεροειδών η παρουσία πρόσφατης δυσπεψίας και η λοίμωξη με ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (ΕΠ) (Πίνακας 1).

Όλες οι δόσεις ασπιρίνης/ΜΣΑΦ, ανεξαρτήτως οδού χορήγησης, αυξάνουν τον κίνδυνο επιπλοκών από το πεπτικό, αλλά φαίνεται ότι το μέγεθος της αύξησης του κινδύνου είναι δοσοεξαρτώμενο. Ο κίνδυνος επιπλοκών από το γαστρεντερικό σε χρήστες ασπιρίνης/ΜΣΑΦ φαίνεται ότι επηρεάζεται και από τη διάρκεια λήψης των φαρμάκων και ότι είναι υψηλότερος σε νέα ή πρόσφατης έναρξης (<1-3 μήνες) απ' ότι σε χρόνια (>3 μήνες) χρήση των φαρμάκων αυτών (19-21). Ειδικότερα, σε μία μετα-ανάλυση για τον κίνδυνο επιπλοκών πεπτικού σε χρήστες ασπιρίνης/ΜΣΑΦ, ο σχετικός κίνδυνος βρέθηκε να είναι κατά 8 φορές αυξημένος σε διάρκεια χρήσης μικρότερη από 1 μήνα, κατά 3.3 φορές αυξημένος σε διάρκεια χρήσης μεταξύ 1 έως 3 μηνών και κατά 1.9 φορές αυξημένος σε διάρκεια χρήσης μεγαλύτερη από 3 μήνες.

Πρόσφατα δεδομένα υποστηρίζουν ότι ίσως και γενετικοί παράγοντες να επηρεάζουν τον κίνδυνο αιμορραγίας πεπτικού σε χρήστες ΜΣΑΦ. Ειδικότερα, ο κίνδυνος οξεί-

Η καλύτερη στρατηγική σε χρήστες αντιαιμοπεταλιακών με υψηλό κίνδυνο για επιπλοκές πεπτικού φαίνεται ότι είναι η χορήγηση ασπιρίνης υπό συνεχή προστασία με ΑΑΠ

ας αιμορραγίας πεπτικού βρέθηκε να είναι 13 και 4 φορές αυξημένος σε χρήστες ΜΣΑΦ που είχαν έναν από δύο διαφορετικούς πολυμορφισμούς στο γονίδιο του κυτοχρώματος P450 2C9 σε σχέση με τους χρήστες ΜΣΑΦ χωρίς πολυμορφισμούς στο γονίδιο αυτό.

Στρατηγικές πρόληψης των επιπλοκών

Οι στρατηγικές πρόληψης των επιπλοκών του ανώτερου πεπτικού σε χρήστες ασπιρίνης/ΜΣΑΦ περιλαμβάνουν α) την εξουδετέρωση παραγόντων κινδύνου, δηλαδή πρακτικά του ΕΠ, β) τη χορήγηση παραγόντων/φαρμάκων προστατευτικών για το γαστρικό βλεννογόνο, γ) τη χορήγηση ασφαλέστερων φαρμάκων με δράση ασπιρίνης/ΜΣΑΦ, δηλαδή εκλεκτικών αντιαιμοπεταλιακών ή εκλεκτικών ΜΣΑΦ (ΜΣΑΦ που αναστέλλουν εκλεκτικά την κυκλο-οξυγενάση τύπου 2) και δ) το συνδυασμό κάποιων από τις παραπάνω μεθόδους. Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στον περιορισμό των παρενεργειών από το πεπτικό έχει βέβαια και η προσοχή στη χρήση αυτών των φαρμάκων και ο αυστηρός έλεγχος των ενδείξεων χορήγησής τους, καθώς και η χρήση μικρότερων δόσεων και λιγότερο γαστροτοξικών φαρμάκων.

Εξουδετέρωση παραγόντων κινδύνου – Εκρίζωση ελικοβακτηριδίου πυλωρού

Ο μόνος από τους παράγοντες κινδύνου για αιμορραγία πεπτικού σε χρήστες ασπιρίνης/ΜΣΑΦ που μπορεί να εξουδετερωθεί είναι η τυχόν παρουσία ΕΠ. Ισχυρά δεδομένα για την ωφέλεια από την εκρίζωση του ΕΠ υπάρχουν μόνο σε νέους χρήστες ΜΣΑΦ, καθώς και χρήστες ασπιρίνης ή ΜΣΑΦ με πρόσφατη επιπλοκή από το πεπτικό. Εντούτοις, δεδομένου ότι οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η παρουσία ΕΠ λοίμωξης αυξάνει τον κίνδυνο πεπτικού έλκους και επιπλοκή τους σε όλες τις ομάδες χρηστών ασπιρίνης/ΜΣΑΦ, υπάρχει σήμερα γενική σύσταση για εκρίζωση του ΕΠ σε όλους τους χρήστες ασπιρίνης/ΜΣΑΦ. Έτσι, όλοι οι μακροχρόνιοι χρήστες ασπιρίνης/ΜΣΑΦ και κυρίως εκείνοι με υψηλό κίνδυνο για πα-

ρενέργειες από το πεπτικό θα πρέπει να ελέγχονται για παρουσία ΕΠ λοίμωξης και να λαμβάνουν θεραπεία εκρίζωσης επί θετικού αποτελέσματος.

Χορήγηση προστατευτικών φαρμάκων

Η καταστολή της γαστρικής οξύτητας αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την πρόληψη των πεπτικών ελκών και των επιπλοκών τους σε χρήστες ασπιρίνης/ΜΣΑΦ. Αν και οι ανταγωνιστές υποδοχέων ισταμίνης τύπου 2 έχουν δείξει ότι ελαττώνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης κυρίως των δωδεκαδακτυλικών ελκών, οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων (ΑΑΠ) ελαττώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον κίνδυνο ανάπτυξης τόσο δωδεκαδακτυλικών όσο και τον κίνδυνο γαστρικών ελκών και αποτελούν τα αντιεκκριτικά φάρμακα εκλογής για την πρόληψη της γαστροτοξικότητας από τη χρήση ασπιρίνης/ΜΣΑΦ (4). Ισχυρά δεδομένα για την ωφέλεια και σύσταση για μακροχρόνια χρήση ΑΑΠ υπάρχουν σήμερα για τους μακροχρόνιους χρήστες ασπιρίνης/ΜΣΑΦ που ανήκουν σε ομάδα πολύ υψηλού κινδύνου για επιπλοκή από το ανώτερο πεπτικό.

Εκλεκτικά αντιαιμοπεταλιακά ή εκλεκτικά ΜΣΑΦ

Η κλοπιδογρέλη είναι ένα αμιγώς αντιαιμοπεταλιακό φάρμακο, που συστήνεται σε ασθενείς που έχουν ανάγκη μακροχρόνιας αντιαιμοπεταλιακής αγωγής και υψηλό κίνδυνο επιπλοκών πεπτικού από τη λήψη ασπιρίνης. Η χρήση κλοπιδογρέλης φαίνεται ότι ελαττώνει σημαντικά σε σχέση με την ασπιρίνη, αλλά δεν εξαφανίζει τον κίνδυνο ανάπτυξης επιπλοκών πεπτικού. Εντούτοις, σε ασθενείς με οξεία αιμορραγία πεπτικού έλκους υπό χαμηλή δόση ασπιρίνης, μετά από εκρίζωση τυχόν ΕΠ λοίμωξης και επούλωση του έλκους, η χρήση κλοπιδογρέλης σχετίζεται με σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο υποτροπής της αιμορραγίας στους 12 μήνες έναντι της συνέχισης χαμηλής δόσης ασπιρίνης με ταυτόχρονη λήψη εσομεπραζόλης (8.6% έναντι 0.7%). Επομένως, η καλύτερη στρατηγική σε χρήστες αντιαιμοπεταλιακών με υψηλό κίνδυνο για επιπλοκές πεπτικού φαίνεται ότι είναι η χορήγηση ασπιρίνης υπό συνεχή προστασία με ΑΑΠ.

Το μέγεθος του κινδύνου καρδιαγγειακών επεισοδίων κυμαίνεται από φάρμακο σε φάρμακο της κατηγορίας αυτής, ενώ αυξημένος κίνδυνος μπορεί να υπάρχει και με χρήση μη εκλεκτικών ΜΣΑΦ



Η χρησιμοποίηση εκλεκτικών ΜΣΑΦ φαίνεται ότι ελαττώνει σημαντικά αλλά δεν εξαφανίζει τον κίνδυνο επιπλοκών από το πεπτικό, ενώ το όφελος στη γαστροπροστασία ελαττώνεται σημαντικά σε περίπτωση συγχορήγησης χαμηλής δόσης ασπιρίνης. Ένα ιδιαίτερο πρόβλημα με τη χρήση των εκλεκτικών ΜΣΑΦ είναι η αύ-

ξηση του κινδύνου εμφραγμάτων και γενικά θρομβωτικών καρδιαγγειακών επεισοδίων με συχνά θανατηφόρο κατάληξη, που προκαλείται από τη χρήση όλων των φαρμάκων αυτής της κατηγορίας. Το μέγεθος του κινδύνου καρδιαγγειακών επεισοδίων κυμαίνεται από φάρμακο σε φάρμακο της κατηγορίας αυτής, ενώ αυξημένος κίνδυνος μπορεί να υπάρχει και με χρήση μη εκλεκτικών ΜΣΑΦ. Με βάση τα παραπάνω, η καλύτερη στρατηγική για ασθενείς με ένδειξη μακροχρόνιας χρήσης ΜΣΑΦ και υψηλό κίνδυνο για επιπλοκές πεπτικού φαίνεται ότι είναι η χορήγηση μη εκλεκτικών ΜΣΑΦ υπό προστασία με ΑΑΠ.

Συνδυασμένη γαστροπροστασία

Συνδυασμένη γαστροπροστασία μπορεί να είναι χρήσιμη σε ομάδες πολύ υψηλού κινδύνου για επιπλοκές πεπτικού από τη χρήση ασπιρίνης/ΜΣΑΦ, όπως ασθενείς με πρόσφατη οξεία αιμορραγία πεπτικού και ανάγκη για συνέχιση χρήσης ασπιρίνης/ΜΣΑΦ ή ηλικιωμένους χρήστες ασπιρίνης/ΜΣΑΦ και αντιπηκτικών. Η συνδυασμένη γαστροπροστασία μπορεί να περιλαμβάνει α) συνδυασμό εκρίζωσης υπάρχουσας ΕΠ λοίμωξης και στη συνέχεια μακροχρόνια χορήγηση ΑΑΠ, που σαφώς συστήνεται στις ομάδες αυτές ή β) χρήση ασφαλέστερων αντιαιμοπεταλιακών ή εκλεκτικών ΜΣΑΦ με ταυτόχρονη μακροχρόνια λήψη ΑΑΠ.

Η ωφέλεια από τη λήψη συνδυασμού ασφαλέστερων αντιαιμοπεταλιακών ή εκλεκτικών ΜΣΑΦ και ΑΑΠ δεν έχει επαρκώς διευκρινισθεί. Ειδικότερα για την κλοπιδογρέλη, η συγχορήγησης της με ΑΑΠ δεν βρέθηκε να υπερέχει της

συγχορήγησης ασπιρίνης και ΑΑΠ ως προς την επούλωση ενεργού πεπτικού έλκους. Επειδή όμως κάποιοι ασθενείς που χρειάζεται να λαμβάνουν κλοπιδογρέλη μπορεί να έχουν υψηλό κίνδυνο για αιμορραγία πεπτικού και να χρειασθούν γαστροπροστασία με κλοπιδογρέλη, θα πρέπει να τονισθεί ότι οι συσχετίσεις των ΑΑΠ με εξασθένηση της καρδιοπροστατευτικής δράσης της κλοπιδογρέλης που ανακοινώθηκαν κυρίως εντός του 2009 δεν φαίνεται τελικά να είναι αληθείς. Συνεπώς, οι ΑΑΠ μπορεί να συγχορηγούνται με κλοπιδογρέλη. Για μεγαλύτερη ασφάλεια και δεδομένου του βραχείου χρόνου υποδιπλασιασμού των δύο φαρμάκων μπορεί η λήψη ΑΑΠ να γίνεται πριν το πρωινό και η λήψη της κλοπιδογρέλης το βράδυ.

Ως προς τα εκλεκτικά ΜΣΑΦ, δεδομένα κλινικών δοκιμών υποστηρίζουν ότι η συγχορήγηση εσομεπραζόλης ελαττώνει σημαντικά τον κίνδυνο πεπτικών ελκών αλλά και την παρουσία συμπτωμάτων δυσπεψίας ή γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης τόσο σε χρήστες μη εκλεκτικών όσο και σε χρήστες εκλεκτικών ΜΣΑΦ. Επιπρόσθετα, σε πρόσφατη μελέτη δείχθηκε ότι η χρήση εκλεκτικού ΜΣΑΦ και εσομεπραζόλης υπερέχει σημαντικά της χρήσης εκλεκτικού ΜΣΑΦ χωρίς γαστροπροστασία ως προς τη μείωση της πιθανότητας υποτροπής της αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού σε χρόνιους χρήστες ΜΣΑΦ με πρόσφατο επεισόδιο οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού. Έτσι, σε χρήστες ΜΣΑΦ που έχουν πολύ υψηλό κίνδυνο επιπλοκών ανώτερου πεπτικού και δεν έχουν υψηλό κίνδυνο καρδιαγγειακών επιπλοκών συστήνεται σήμερα η χρήση εκλεκτικών ΜΣΑΦ και ΑΑΠ.

Συμπεράσματα

Γαστροπροστασία επιβάλλεται σε όλους τους χρήστες ασπιρίνης ή ΜΣΑΦ που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου για επιπλοκές ανώτερου πεπτικού. Εφόσον υπάρχει ένδειξη γαστροπροστασίας, πρέπει αρχικά να γίνεται έλεγχος παρουσίας ΕΠ λοίμωξης και να χορηγείται θεραπεία εκρίζωσης του ΕΠ επί θετικού αποτελέσματος. Σε χρήστες ασπιρίνης με πολύ υψηλό κίνδυνο επιπλοκών ανώτερου πεπτικού θα πρέπει, πέραν της θεραπείας εκρίζωσης του ΕΠ, να συγχορηγείται ΑΑΠ. Η συγχορήγηση-

ση ασπιρίνης και ΑΑΠ είναι ασφαλέστερη για το πεπτικό από την αντικατάσταση της ασπιρίνης από κλοπιδογρέλη. Σε χρήστες ΜΣΑΦ με υψηλό κίνδυνο επιπλοκών ανώτερου πεπτικού η γαστροπροστασία βασίζεται, μετά την εκρίζωση του ΕΠ, σε συγχορήγηση κλασικού ΜΣΑΦ και ΑΑΠ ή σε αντικατάσταση του κλασικού ΜΣΑΦ από εκλεκτικό ΜΣΑΦ. Οι δύο τελευταίες προσεγγίσεις έχουν παρό-

μοια χαμηλό κίνδυνο επιπλοκών πεπτικού και η επιλογή τους βασίζεται στην παρουσία κινδύνου για καρδιαγγειακές επιπλοκές. Σε χρήστες ΜΣΑΦ με πολύ υψηλό κίνδυνο για επιπλοκές πεπτικού μπορεί να συσταθεί και συγχορήγηση εκλεκτικού ΜΣΑΦ με ΑΑΠ, προσέγγιση που ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο γαστροτοξικότητας.

Πίνακας 1. Παράγοντες κινδύνου για επιπλοκή πεπτικού σε χρήστες ασπιρίνης ή μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών (ΜΣΑΦ) και συνήθεις ενδείξεις γαστροπροστασίας.

Παράγοντας κινδύνου	Ένδειξη γαστροπροστασίας
Ιστορικό πεπτικού έλκους	Ιστορικό πεπτικού έλκους
Ιστορικό επιπλοκής πεπτικού έλκους	Ιστορικό επιπλοκής πεπτικού έλκους
Μεγάλη ηλικία	Ηλικία άνω των 60-65 ετών
Λήψη αντιπηκτικών (ή άλλες καταστάσεις με διαταραχές αιμόστασης, όπως θρομβοπενία, αιμορροφιλία κλπ)	Λήψη αντιπηκτικών (διαταραχή αιμόστασης)
Λήψη νεότερου αντικαταθλιπτικού (SSRI)	Λήψη SSRI
Μεγάλη δόση ή ταυτόχρονη λήψη ασπιρίνης και ΜΣΑΦ	Ταυτόχρονη λήψη ασπιρίνης και ΜΣΑΦ
Λοίμωξη με ελικοβακτηρίδιο πυλωρού	-
Πρόσφατη δυσπεψία	?
Διάρκεια λήψης ασπιρίνης/ΜΣΑΦ <3 μήνες	-
Συνοδά νοσήματα (καρδιοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια, σοβαρή ρευματοειδής αρθρίτιδα)	?
Άρρεν φύλο	-
Λήψη στεροειδών	-
Κατάχρηση αλκοόλ	-
Κάπνισμα	-

Παρουσία περισσότερων του ενός παράγοντα κινδύνου αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο γαστροτοξικότητας.

SSRI: εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόληψης σεροτονίνης.



ΑΜΕΣΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΩΝ &
ΝΕΟΠΛΑΣΤΙΚΩΝ ΙΣΤΩΝ IN VIVO ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΧΡΟΝΟ.

WavSTAT[®]

Optical Biopsy System

Όταν η αλήθεια έρχεται στο Φώς...



 **SpectraScience**
INNOVATIONS IN CANCER DETECTION



Μ.Σ. Ιακωβίδης Ελλάς Α.Ε.

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

**MSJ**
M.S. JACOVIDES GROUP



● **Αναγνώστρια, 42 ετών, ρωτά σχετικά με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει. Πάσχει από σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου εδώ και πολλά χρόνια και έχει επισκεφθεί αρκετούς γαστρεντερολόγους. Αν και έχει δοκιμάσει διάφορες θεραπείες με σπασμολυτικά δεν υπάρχει ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Παρουσιάζει συχνές εξάρσεις με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η καθημερινότητά της και η απόδοσή της στην εργασία. Τελευταία άκουσε ότι υπάρχει δυνατότητα θεραπείας του ευερέθιστου εντέρου με τη χορήγηση αντιβίωσης. Μας ρωτά εάν αυτό ευσταθεί και εάν θα μπορούσε να το δοκιμάσει.**

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου εντάσσεται στις λειτουργικές διαταραχές του πεπτικού και γενικά χαρακτηρίζεται από κοιλιακό άλγος, το οποίο κατά κανόνα βελτιώνεται με την αποβολή αερίων και κοπράνων και συνοδεύεται από αλλαγή στην συχνότητα των κενώσεων (διάρροια και δυσκοιλιότητα) ή από αλλαγή στη σύσταση των κοπράνων (είτε υδαρή/πολωτώδη είτε σκληρά κόπρανα). Η αιτιοπαθογένεια του συν-

δρόμου δεν είναι πλήρως γνωστή. Λόγω της μη σαφούς γνώσης της αιτίας ή των αιτιών που το προκαλούν η θεραπεία του συνδρόμου, αυτή είναι κατά βάση συμπτωματική και τα σπασμολυτικά παίζουν κυρίαρχο ρόλο.

Είναι γεγονός πως μια από τις θεωρίες οι οποίες διατυπώθηκαν τα τελευταία έτη σχετικά με την αιτιοπαθογένεια του συνδρόμου εστιάζει στην πιθανή υπερανάπτυξη βακτηρίων στο λεπτό έντερο. Οι μικροοργανισμοί αυτοί φυσιολογικά υπάρχουν στο παχύ έντερο και σε μικρότερους αριθμούς στο λεπτό έντερο. Η ανάπτυξή τους σε αριθμούς μεγαλύτερους του φυσιολογικού στο λεπτό έντερο μπορεί να προκαλέσει αρκετά από τα συμπτώματα του ευερέθιστου εντέρου σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, όπως μετεωρισμό, διάρροιες και αποβολή άφθονων αερίων. Η χορήγηση κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής (ριφαξιμίνη) σε επαναλαμβανόμενα σχήματα θα μπορούσε να βοηθήσει στην περίπτωση αυτή. Η διάγνωση βέβαια της υπερανάπτυξης βακτηρίων στο λεπτό έντερο απαιτεί τη διενέργεια εξειδικευμένης διαγνωστικών δοκιμασιών, οι οποίες δυστυχώς εφαρμόζονται σε ελάχιστα εξειδικευμένα κέντρα. Δεν αναφέρετε αναλυτικά τα συμπτώματά σας και γι' αυτό είναι αναγκαίο να σας εκτιμήσει ξανά κάποιος γαστρεντερολόγος, ο οποίος θα κρίνει με βάση ένα αναλυτικό ιστορικό εάν υπάρχει πιθανότητα να ωφεληθείτε από τέτοιου είδους θεραπεία.

● **Αναγνώστης, 45 ετών, πρόσφατα παρουσίασε έντονο πόνο στην περιπρωκτική χώρα και επισκέφθηκε ιατρό γαστρεντερολόγο ο οποίος διέγνωσε θρόμβωση εσωτερικών αιμορροϊδων. Παρέμεινε μερικές ημέρες στο κρεβάτι εφαρμόζοντας τοπική θεραπεία με αλοιφές και λαμβάνοντας από του στόματος αγωγή. Φοβάται μήπως στο μέλλον συμβεί παρόμοιο επεισόδιο και ρωτά τι μπορεί να κάνει για να το αποφύγει.**

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Η θρόμβωση των εσωτερικών αιμορροϊδων αποτελεί επιπλοκή της αιμορροϊδικής νόσου και συνήθως συμβαίνει όταν γίνει περίσφιξη των προπιπτούσων αιμορροϊδων σε σημείο όπου είναι δυσχερής ή αδύνατη η ανάταξή τους και εμποδίζεται η φλεβική επαναφορά. Οι περισφιγμένες αιμορροϊδες αυξάνουν σε μέγεθος και υφίστανται θρόμβωση. Ο έντονος πόνος

είναι χαρακτηριστικό της επιπλοκής αυτής. Αιμορραγία μπορεί επίσης να παρατηρηθεί σε ορισμένες περιπτώσεις,

Η θεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση αντιφλεγμονωδών από το στόμα και την τοπική εφαρμογή αναισθητικών αλοιφών καθώς και άλλων οι οποίες μειώνουν τον τόνο του έσω σφιγκτήρα και ευνοούν την απορροή αίματος από την πάσχουσα περιοχή. Έπειτα από λίγες ημέρες, τα συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν.

Δυστυχώς, δεν υπάρχει τρόπος για να εξασφαλιστεί ότι δε θα συμβεί κάτι παρόμοιο στο μέλλον. Μπορούμε να προτείνουμε μια γενικότερη αλλαγή στον τρόπο ζωής, η οποία να περιλαμβάνει δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες που συμβάλλει στην αλλαγή της υφής των κοπράνων αυξάνοντας τον όγκο τους. Έτσι, έχουμε βελτίωση της δυσκοιλιότητας και μείωση της ενδοκοιλιακής πίεσης κατά την αφόδευση. Βέβαια οφείλουμε να επισημάνουμε ότι μια τέτοια δίαιτα αν και μειώνει τα επεισόδια αιμορραγίας δεν περιορίζει το βαθμό πρόπτωσης. Επίσης, σκόπιμη είναι η αποφυγή της καθιστικής ζωής και ευεργετική η σωματική άσκηση. Αν παρ' όλα αυτά συμβούν επανειλημμένα επεισόδια θρόμβωσης ή και απλά επεισόδια αιμορροϊδικής κρίσης (δηλαδή πόνος και αιμορραγία χωρίς θρόμβωση) μπορείτε να συζητήσετε με το γαστρεντερολόγο σας το ενδεχόμενο επεμβατικής ενδοσκοπικής ή χειρουργικής αντιμετώπισης.

• **Αναγνώστης, 60 ετών, πριν από 30 έτη υπεβλήθη σε γαστρεκτομή λόγω έλκους στομάχου. Οδηγήθηκε στο χειρουργείο επειδή παρά τη φαρμακευτική αγωγή πονούσε πολύ συχνά και παρουσίαζε αρκετά επεισόδια γαστρορραγίας. Από τότε δεν έχει παρουσιάσει κάποιο πρόβλημα, αλλά πρόσφατα διάβασε για το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και για το ρόλο του στο σχηματισμό έλκους. Μας ρωτά αν έχει νόημα να**

ελεγχθεί για το βακτηρίδιο αυτό, αφού το έλκος του αντιμετωπίστηκε χειρουργικά πριν από πολλά έτη.

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Είναι γεγονός ότι χρόνια λοίμωξη από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού είναι πλέον μια αναγνωρισμένη και καλά τεκμηριωμένη αιτία σχηματισμού πεπτικού έλκους. Άλλη σημαντική αιτία είναι η κατάχρηση ασπιρίνης και άλλων αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Δεν μας αναφέρετε εάν τότε λαμβάνατε για κάποιο λόγο αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Ωστόσο, ακόμη και αν λαμβάνατε τέτοια φάρμακα, δεν αποκλείεται η λοίμωξη από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, καθώς οι δυο αυτοί παράγοντες δρουν συνεργικά. Άλλωστε, η πλειονότητα των ατόμων της δικής σας γενιάς στον ελληνικό πληθυσμό έχει χρόνια λοίμωξη από ελικοβακτηρίδιο. Παρ' ότι δεν αποκλείεται η εξάλειψη της λοίμωξης με την πάροδο των ετών είτε από το ανοσοποιητικό σύστημα είτε τυχαία λόγω της λήψης αντιμικροβιακής αγωγής για άλλο σκοπό, το πιθανότερο είναι η λοίμωξη να επιμένει για όλη τη ζωή του ατόμου. Συνεπώς, πρέπει να ελεγχθείτε διότι εάν υπάρχει χρόνια λοίμωξη με ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού μπορεί, έστω και μετά από τόσα χρόνια, να σας προκαλέσει ξανά έλκος.

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι με τους οποίους μπορεί να ελεγχθεί η παρουσία ελικοβακτηριδίου, αλλά στην περίπτωσή σας ο πιο κατάλληλος είναι η γαστροσκόπηση κατά την οποία θα ληφθούν και βιοψίες από το στόμαχο. Ο λόγος είναι ότι το γαστρικό κολόβωμα (το τμήμα του στομάχου που έχει απομείνει μετά από γαστρεκτομή) υπόκειται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης δυσπλασίας. Ο παθολογοανατόμος θα διαπιστώσει εάν υπάρχει ελικοβακτηρίδιο, καθώς και εάν έχει αναπτυχθεί δυσπλασία και σε ποιο βαθμό. Στην περίπτωση λοίμωξης θα πάρετε την κατάλληλη αντιμικροβιακή αγωγή, ενώ τα ιστολογικά ευρήματα θα καθορίσουν την ανάγκη και τα μεσοδιαστήματα της ενδοσκοπικής παρακολούθησης.

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

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

Χορηγοί και Δωρητές μέχρι 31/05/2010

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε :

Αλεξοπούλου Αλεξάνδρα, Ηλιούπολη	50 €	Κρίκης Ναπολέων, Λάρισα	50 €
Αργύρη – Λαιμού Μαίρη, Παπάγου	30 €	Κρυωνά Ελένη, Θεσσαλονίκη	20 €
Αρμένη Αθηνά, Ίσθμια	20 €	Κωτσιοπούλου Βασιλική, Χαλάνδρι	15 €
Βεζαλή Έλενα, Λυκόβρυση	50 €	Λεονταρίτης Διονύσιος, Ν. Κηφισιά	30 €
Βοϊκόγλου Ωραιοζήλη, Θεσσαλονίκη	30 €	Μάγου – Γουλιελμάκη Γιούλη, Θεσσαλονίκη	15 €
Βούλτσος Διονύσιος, Μέγαρα	50 €	Μασούρας Χαράλαμπος, Περιστέρι	50 €
Γαλάνης Χρήστος, Ιεράπετρα	50 €	Μερκουρόπουλος Μάρκος, Καβάλα	50 €
Γαμαλής Ιωάννης, Θεσσαλονίκη	50 €	Μπέγκα Νατάσσα, Ιωάννινα	25 €
Γρηγοράκη Νίκη, Ηράκλειο	15 €	Μπέλλου Αριστεά – Λία, Θεσσαλονίκη	65 €
Γρηγορίου Αθανάσιος, Θεσσαλονίκη	15 €	Μπουζάκης Ηλίας, Χανιά	40 €
Δανδουλάκης Εμμανουήλ, Σητεία	65 €	Παπαδάκης Κωνσταντίνος, Ηράκλειο	50 €
Δημάδη Σπυριδούλα, Βριλήσσια	50 €	Παπαθεοδωρίδης Γεώργιος, Βριλήσσια	50 €
Δημάδης Στυλιανός, Αμφιλοχία	50 €	Παπαθεοδωρίδης Θεόδωρος, Καλαμάτα	20 €
Δημητρίου Αθανασία, Πάτρα	25 €	Παπαλεξανδριδου Κυριακή, Ξάνθη	25 €
Δήμος Νικόλαος, Σέρρες	25 €	Παπαναστασίου Θεόφιλος, Βόλος	30 €
Δήμου Ευαγγελινή, Χαλάνδρι	50 €	Παπαζοΐνης Κωνσταντίνος, Αθήνα	50 €
Ευθυμιάδου Σοφία, Έδεσσα	15 €	Παππάς Σπύρος, Ιωάννινα	20 €
Ζαρκανιώτης Ιωάννης, Αγρίνιο	20 €	Παράσχου Σοφία, Ραφήνα	15 €
Ζώτος Βασίλειος, Λάρισα	20 €	Πασβαντίδης Νικόλαος, Σέρρες	30 €
Θεοδώρου Παναγιώτης, Τεμένη Αιγίου	20 €	Πρεβένιος Βασίλειος, Αμοργός	50 €
Ιωαννίδου Χριστίνα, Καβάλα	30 €	Προυκάκης Δημήτριος, Ν. Φιλαδέλφεια	20 €
Ιωάννου Βενετία, Ίλιον	30 €	Ροζακέα Βασιλική, Καλαμάτα	15 €
Ιωσηφίδου Θένα, Αγρίνιο	15 €	Σαπρίκης Ευστάθιος, Γλυφάδα	50 €
Καλαντζής Νικόλαος, Αθήνα	50 €	Σουβατζόγλου Απόστολος, Παπάγου	100 €
Καλαντζής Χρυσόστομος, Αθήνα	50 €	Στρατάκη Ελένη, Ηράκλειο	15 €
Καλτσιή Λαμπρινή, Στουρνάρεικα Τρικάλων	15 €	Τζανέτος Γεώργιος, Κιάτο	50 €
Καραμανώλης Εμμ. Δημήτριος, Λάρισα	20 €	Τσερώνη Άννα, Λουτράκι	15 €
Καραμαργιός Δημήτριος, Σταμάτα Αττικής	25 €	Ψώνη Ευαγγελία, Θεσσαλονίκη	50 €
Καρατζόγλου Παρθένα, Θεσσαλονίκη	50 €		
Κατολέων Γεώργιος, Α. Γλυφάδα	15 €	In Memoriam :	
Καφαντάρη Αγγελική, Θεσσαλονίκη	15 €	Διαμάντω Παπαπαναγιώτου, Αθήνα	50 €
Κεφαλλωνίτου Λάουρα, Σούνιο	20 €	Μνήμη Μαρίας Μερτζάνη	
Κοντοδήμου Κυριακή, Θεσσαλονίκη	50 €	Γεώργιος Κοκοζίδης, Θεσσαλονίκη	100 €
Κουλαλόγλου Παναγιώτης, Ιωάννινα	15 €	Εις μνήμη των γονέων του Ηρακλή & Ευτυχίας Κοκοζίδη	
Κουμπάρου Γεωργία, Ψυχικό	50 €		
Κουτσικάκη – Σοφianού Βασιλική, Χανιά	100 €		

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.



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



ΕΛΛΗΝΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ
ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ
ΕΝΩΣΗ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΩΝ
ΕΛΛΑΔΑΣ

Για να νιώθουν
οι άνθρωποι
καλύτερα
και να ζουν
περισσότερο

gsk

gsk GLOBAL ACTIVITIES KEY



 GlaxoSmithKline

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