



ΕΥΞΙΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ 6889

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Μέλι

Ελπίδες
για ηπατίτιδα C

Άσκηση σε
τρίτη ηλικία



Η Μεσογειακή Διατροφή ...στο Διαδίκτυο

medNutrition



για να ξέρουμε τι τρώμε!

Άρθρο σύνταξης



Βρισκόμαστε στη καρδιά του καλοκαιριού και όσο και αν η οικονομική κρίση μάς έχει επηρεάσει η καλοκαιρινή αύρα προδιαθέτει για χαλάρωση και ανανέωση. Το καλοκαίρι και οι διακοπές όμως κρύβουν μερικούς κινδύνους, ένας από τους οποίους είναι και οι τροφικές δηλητηριάσεις, αποτέλεσμα της αυξημένης ζήτησης και της κακής συντήρησης των τροφίμων. Ποια τα συμπτώματα, ποιες τροφές είναι αυξημένου κινδύνου και ποιες οι συνέπειες των δηλητηριάσεων αναλύονται στο άρθρο της κ Ελευθερίου. Σχετικό με προβλήματα από τις τροφές είναι το άρθρο της κ Ζαφειροπούλου που καπιάνεται με το πρόβλημα της ανεπάρκειας της λακτάσης, ενός ενζύμου που βοηθά στην αποδόμηση εντός του εντερικού αυλού των υδατανθράκων του γάλακτος. Παρόλο που πρόκειται για καλοήγη πάθηση η ενοχλητική συμπτωματολογία με προεξάρχοντα το μετεωρισμό και τη δυσφορία στη κοιλιακή χώρα καθιστούν την πάθηση συχνή αιτία επίσκεψης σε γαστρεντερολογικό ιατρείο. Τα καλογραμμένα ιατρικά θέματα είναι πάντα όχι μόνο ενδιαφέροντα αλλά και χρήσιμα. Στο παρόν τεύχος φιλοξενούνται δύο τέτοια άρθρα με θεματολογία αυστηρά ιατρική. Το πρώτο αφορά την ηπατίτιδα C, η οποία αποτελεί παγκόσμιο θέμα δημόσιας υγείας με το 3% του πληθυσμού να νοσεί και να κινδυνεύει να αναπτύξει στο μέλλον κίρρωση και καρκίνο στο ήπαρ. Η ηπατολογία διαθέτει σήμερα ισχυρά φάρμακα που καταφέρνουν να επιφέρουν ίαση στους μισούς περίπου ασθενείς. Τι μας υπόσχεται το μέλλον για τους άτυχους που δεν θα ανταποκριθούν μας το αναφέρει η κ Στρίκη στο άρθρο της Ηπατίτιδα C και ελπίδες για το μέλλον. Ο κ Βλάχογιαννάκος αναφέρεται στο θέμα των εστιακών βλαβών του ήπατος, εύρημα όχι τόσο σπάνιο σε ασυμπτωματικούς ασθενείς που όμως απαιτεί σχεδόν πάντα περαιτέρω εξετάσεις. Ποια η σημασία τους, πως φτάνουμε στην τελική διάγνωση και ποια θεραπευτικά όπλα έχουμε στη διάθεση μας εξηγούνται με κατανοητό τρόπο λύνοντας έτσι το μύθο ότι προκειται πάντα για κακοήθεια. Παρεμφερές είναι το άρθρο της κ Μαρί Κατσιουγιάννη-Στρίντιμποργκ που δίνει χρήσιμες συμβουλές για την υγιεινή του στόματος και εκείνο του κ Στουραίτη που τονίζει τη σημασία της άσκησης στην τρίτη ηλικία, αφού έτσι επιβραδύνονται οι αρνητικές συνέπειες της γήρανσης και βελτιώνεται η υγεία, η ποιότητα ζωής και η φυσική ανεξαρτησία των ηλικιωμένων.

Οι αυξημένες απαιτήσεις και ο ανταγωνισμός που επικρατεί στις μέρες μας στο χώρο του επαγγελματικού αθλητισμού, και γενικότερα το αυξημένο ενδιαφέρον σε σχέση με τη σωματική άσκηση, οδηγούν συνεχώς σε νέες μεθόδους βελτίωσης της αθλητικής απόδοσης. Η χρήση ενεργειακών κι αθλητικών ποτών είναι μια επικουρική μέθοδος βελτίωσης της απόδοσης, που χρησιμοποιείται σήμερα στο χώρο του αθλητισμού. Ποιες είναι όμως οι διαφορές στη σύσταση και στη χρήση μεταξύ ενεργειακών και αθλητικών ποτών διευκρινίζονται στο άρθρο του κ. Βλασερού. Αναμφισβήτητη είναι η σχέση της διατροφής με την υγεία και τα χρόνια νοσήματα. Η αληθινή πρόοδος της τεχνολογίας επέφερε βαθύτερη γνώση στη γενετικό υλικό και στις πιθανές συσχετίσεις της διατροφής με το ανθρώπινο γονιδίωμα. Επομένως λογικό είναι να βρεθεί τυχόν προδιάθεση για ασθένειες που με την κατάλληλη διατροφή να αποφύγουμε την εκδήλωσή τους. Με τις νέες αυτές έννοιες, τις τεχνικές ανίχνευσης προδιάθεσης της νόσου με τη βοήθεια της γενετικής και της βιοχημείας ασχολείται το ενδιαφέρον άρθρο της κ. Καραγκιόζογλου-Λαμπούδη. Σχετικό με τη διατροφή είναι και το βραχύ άρθρο του κ Παπαμίκου που αφορά την αξία του μελιού. Η σχέση ανθρώπου και μελισσών-μελιού χρονολογείται 2000 χρόνια π Χ και είναι πάντα στενή. Το άρθρο τονίζει ότι το μέλι έχει χρησιμοποιηθεί όχι μόνο ως φαγητό αλλά και ως φάρμακο ή αλοιφή και εξηγεί γιατί είναι ένα πραγματικό «διατροφικό χρυσάφι», ένας πραγματικός σύμμαχος στη μάχη για υγιεινή διατροφή.

Ένα από τα πιο ενδιαφέροντα άρθρα του τεύχους είναι εκείνο του κ Αναστασιάδη που αφορά την βιοποικιλότητα και πιο συγκεκριμένα την αγροβιοποικιλότητα. Η αγροτική βιοποικιλότητα είναι αχανής έννοια, αφού αφορά την ποικιλία και την παραλλακτικότητα όλων των ζωντανών οργανισμών που συνεισφέρουν ή σχετίζονται με τη διατροφή και τη γεωργία. Ποιες οι ιδιαιτερότητές της και πόσο κινδυνεύει από τη σύγχρονη τεχνολογία και τις κλιματικές αλλαγές είναι θέματα που όλοι πρέπει να μάθουμε για να μπορέσουμε ο καθένας από το μικρόσκοπο του να διαμορφώσει πολιτικές και συμπεριφορές που θα την προστατεύσουν.

Καλή ανάγνωση και καλή ξεκούραση

Σπήλιος Μανωλακόπουλος

Π Ε Ρ Τ Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α



<i>Άρθρο Σύνταξης</i>	3
<i>Περί διαίτης: "Μέλι"</i>	6
<i>Ελπίδες για ηπατίτιδα C</i>	10
<i>Ευεξία: "Ενεργειακά ποτά"</i>	14
<i>Εστιακή βλάβη ήπατος</i>	16
<i>Δυσανεξία σε λακτόζη</i>	20
<i>Μικρά & Νόστιμα</i>	24
<i>Περιβάλλον: "Τροφή & βιοποικιλότητα"</i>	26
<i>Διατροφή: "Τροφικές δηλητηριάσεις"</i>	32
<i>Παιδί & Έφηβος: "Nutrigenomics"</i>	36
<i>Άσκηση σε τρίτη ηλικία</i>	40
<i>Στοματική υγιεινή</i>	42
<i>Επικοινωνούμε</i>	44
<i>Τα Νέα του Ιδρύματος</i>	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

Τ Ε Υ Χ Ο Σ 4 4

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

Μέλι:

«ο χρυσός» του
θησαυρού της
διατροφής



Ο Βασιλιάς Σολομώντας
στην Παλαιά Διαθήκη είχε πει:

**«Φάε μέλι παιδί μου
επειδή είναι καλό»**



Η άποψη πως το μέλι μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως τρόφιμο, φάρμακο και αλοιφή επικρατεί μέχρι σήμερα

Ο Βασιλιάς Σολομώντας στην Παλαιά Διαθήκη είχε πει: «Φάε μέλι παιδί μου επειδή είναι καλό». Από τα αρχαία χρόνια το μέλι είχε διττή χρήση: διατροφική και θεραπευτική. Το μέλι περιέχει μια πλειάδα θρεπτικών συστατικών με θετικά οφέλη για την υγεία. Αποτελεί το προϊόν των μελισσών (*Apis mellifera*), αλλά παράγεται και από το νέκταρ ανθών ή από τις εκκρίσεις δέντρων και φυτών τα οποία τελικά παράγουν νέκταρ μελιού. Δεν πρέπει να λησμονείται πως για το *Homo Sapiens* το μέλι ήταν το μόνο φυσικό γλυκαντικό, γεγονός που του έδινε ιδιαίτερη αξία από τα πρώτα χρόνια εμφάνισης του ανθρώπινου είδους. Από την Παλαιολιθική εποχή λοιπόν δημιουργήθηκε μια θαυμαστή σχέση μεταξύ ανθρώπων και μελισσών. Η πρώτη γραπτή αναφορά για το μέλι συναντάται σε μια Σουμεριακή επιγραφή που χρονολογείται μακριά πίσω στο 2100 – 1000 π.Χ. Σε αυτή την επιγραφή αναγνωρίζει κανείς τις πρώτες επιπρόσθετες χρήσεις του μελιού ως φάρμακου και ως θεραπευτικής αλοιφής.

Η άποψη πως το μέλι μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως τρόφιμο, φάρμακο και αλοιφή επικρατεί μέχρι σήμερα. Μέχρι που οι εταιρείες τροφίμων το 1800 δημιούργησαν για πρώτη φορά τη βιομηχανική ζάχαρη, το μέλι αποτελούσε το μόνο ευρύτατα διαδεδομένο γλυκαντικό. Αλλά και η χρήση του ως φάρμακο ήταν πολύ γνωστή σε διάφορες κουλτούρες. Πιο συγκεκριμένα, η θεραπευτική του δράση βρήκε εφαρμογή στην επούλωση των εγκαυμάτων, των τραυμάτων και των πληγών, του καταρράκτη και των ελκών. Φυσικά οι χρήσεις αυτές δεν ήταν τυχαίες. Λόγω των φυσικών του ιδιοτήτων το μέλι μπορεί να δράσει ως ένα φυσικό μονωτικό και

εξαιτίας της οσμωτικότητάς του μπορεί να δημιουργήσει ένα υγρό περιβάλλον επούλωσης πληγών το οποίο μάλιστα δεν κολλάει στους κατεστραμμένους ιστούς της πληγής. Το υγρό αυτό περιβάλλον επούλωσης θεωρείται πως εμποδίζει την ανάπτυξη των βακτηρίων. Το μέλι επίσης μειώνει τη φλεγμονή και περιορίζει την παραγωγή εκκρίσεων. Η χρήση του σε πολλές παθήσεις έχει αποκτήσει τέτοια έκταση, ώστε πρόσφατα δημιουργήθηκε ένας κλάδος εναλλακτικής ιατρικής με την ονομασία «μελισσοθεραπεία». Οι κύριοι εξαγωγείς μελιού είναι η Κίνα και η Αργεντινή ενώ στη χώρα μας η κατανάλωση μελιού είναι αυξημένη σε σχέση με άλλες χώρες.

Με περισσότερες από 181 θρεπτικές ουσίες, το μέλι αποτελεί πραγματικό «διατροφικό χρυσάφι» που μπορεί να ανεβάσει κατακόρυφα την αξία ενός μεσογειακού διατροφικού πλάνου. Περιέχει σάκχαρα, μικρά ποσά πρωτεΐνης, ένζυμα (καταλάση, ασκορβικό οξύ, καροτενοειδείς ουσίες, οξειδάση της γλυκόζης), αμινοξέα, μέταλλα, ιχνοστοιχεία βιταμίνες και μια ποικιλία αντιοξειδωτικών ουσιών, όπως φαινολικά οξέα και φλαβονοειδή. Η σύστασή του επηρεάζεται από την πηγή παραγωγής. Τα κύρια σάκχαρα που περιέχει είναι η φρουκτόζη και η γλυκόζη. Επειδή όμως οι διάφορες χημικές αναλύσεις έχουν αναγνωρίσει 30 διαφορετικά είδη μελιού η ποικιλία σε άλλα σάκχαρα αυξάνεται κατακόρυφα. Πολλά από αυτά δημιουργούνται κατά τη διαδικασία της ωρίμανσης και αποθήκευσης του μελιού. Μια ημερήσια δόση μελιού της τάξης των 20 γρ. μπορεί να καλύψει περίπου το 3% των ενεργειακών αναγκών ενός μέσου ενήλικα. Από την πλευρά των 26 αμινοξέων



που έχουν αναγνωρισθεί στα διάφορα είδη, το μέλι χαρακτηρίζεται κυρίως από την παρουσία του αμινοξέος προλίνη. Τα αντιοξειδωτικά συστατικά παρουσιάζουν διαφοροποίηση ανάλογα με την προέλευση του μελιού. Στα είδη μελιού από συγκεκριμένο άνθος λουλουδιού απαντώνται κυρίως φλαβονοειδείς ενώσεις (κουερσιτίνη, λουτεολίνη, απιγενίνη, χρυσίνη, καμφερόλη, γαλανγίνη), ενώ στα είδη μελιού που παρασκευάζονται από ποικιλίες ανθέων απαντώνται κυρίως φαινολικά συστατικά.

Οι επιδράσεις του μελιού στην υγεία κινούσαν ανέκαθεν το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας. Η μεγάλη του ωσμητικότητα και οξύτητα θεωρούνται υπεύθυνες για την αντιμικροβιακή του δράση. Οι ισχυροί αντιμικροβιακοί του παράγοντες περιλαμβάνουν τη λυσοζύμη καθώς και τις αντιοξειδωτικές ουσίες των φλαβονοειδών και των φαινολικών οξέων. Για τη μεγιστοποίηση της αντιμικροβιακής του δράσης συστήνεται η αποθήκευση σε μέρος σκιερό, δροσερό αλλά και η κατανάλωσή του όσο είναι ακόμη φρέσκο. Η μεγαλύτερη αντιμικροβιακή δράση έχει παρατηρηθεί από το μέλι Μανούκα που έχει την προέλευσή του από τη Νέα Ζηλανδία (ιδιαίτερα από τις ανατολικές περιοχές του βόρειου τμήματός της). Το μέλι επίσης με προέλευση την Αυστραλία έχει επιδείξει ισχυρή αντιμικροβιακή δράση.

Μεγαλύτερο ενδιαφέρον όμως παρουσιάζουν οι αντιοξειδωτικές ιδιότητες του μελιού. Οι δράσεις αυτές αφορούν τον περιορισμό των αντιδράσεων οξειδωσης μέσα στα τρόφιμα και τον ανθρώπινο οργανισμό. Οι αντιδράσεις αυτές είναι επιζήμιες και μπορούν να προκαλέσουν δηλητηρίαση απέναντι σε τρόφιμα αλλά και ανεπιθύμητες δράσεις στην ανθρώπινη υγεία όπως χρόνιες παθήσεις και μερικές μορφές καρκίνου. Φάνηκε πως οι ουσίες του μελιού προστατεύουν τα κύτταρα

Για τη μεγιστοποίηση της αντιμικροβιακής του δράσης συστήνεται η αποθήκευση σε μέρος σκιερό, δροσερό αλλά και η κατανάλωσή του όσο είναι ακόμη φρέσκο

και ιδιαίτερα τις μεμβράνες τους από τις διαδικασίες της οξειδωσης. Περιορίζουν επίσης την ενδοκυτταρική παραγωγή των επιζήμιων ελευθέρων ριζών. Οι φυτοχημικές ουσίες που περιέχονται στο μέλι ενισχύουν την άμυνα του οργανισμού έναντι του οξειδωτικού στρες αποδεικνύοντας έτσι πως η κατανάλωση του μελιού αντί παραδοσιακών γλυκαντικών παρέχει το πρόσθετο αυτό όφελος.

Οι διάφορες ερευνητικές προσπάθειες έχουν καταδείξει πως το μέλι διαθέτει επιπρόσθετα αντιφλεγμονώδεις, αντικαρκινικές και αντιμεταλλαξιογόνες ιδιότητες. Μπορεί να περιορίσει τη φλεγμονή στο δέρμα, το οίδημα και να προάγει την επούλωση των πληγών με ταυτόχρονη



Τα αντιοξειδωτικά συστατικά παρουσιάζουν διαφοροποίηση ανάλογα με την προέλευση του μελιού

μείωση του μεγέθους των ουλών και ενεργοποίηση της αναγέννησης των ιστών. Ενδείξεις υπάρχουν πως το μέλι μπορεί να περιορίσει την εξάπλωση των μεταστατικών καρκινικών κυττάρων. Ενδείξεις μείωσης φλεγμονής έχουν φανεί σε πειραματικά μοντέλα ευερέθιστου εντέρου σε ποντίκια. Οι ευεργετικές του δράσεις όμως δεν σταματούν εδώ. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν πως μπορεί να δράσει κατασταλτικά έναντι του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, την αιτία δηλαδή των πεπτικών ελκών και των γαστρίτιδων. Ακόμα και η διάρκεια της διάρροιας σε ασθενείς με βακτηριακή γαστρεντερίτιδα φαίνεται να μειώνεται με τη χορήγηση μελιού. Οι ολιγοσακχαρίτες επίσης που περιέχει το μέλι (με πιο αντιπροσωπευτικό την πανόζη) επιδεικνύουν αξιόλογη πρεβιοτική δράση, ευνοώντας έτσι την ανάπτυξη εκείνων των μικροοργανισμών (μπιφιντοβακτηρίων και λακτοβάκιλλων) στο έντερο που προάγουν την καλή του λειτουργία. Τέλος, το μέλι μπορεί να δράσει ευεργετικά έναντι καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου σε υγιείς αλλά και σε άτομα με αυξημένους παράγοντες κινδύνου. Σε σχετικές μελέτες φάνηκε πως σε υπέρβαρα ή παχύσαρκα άτομα, η μέτρια κατανάλωση μελιού αντί ζάχαρης μείωσε ήπια το σωματικό βάρος και λίπος τους, την ολική και την «κακή» χοληστερόλη τους, τα τριγλυκερίδια.

Προσοχή όμως. Η πλούσια περιεκτικότητα του μελιού σε απλά και άμεσα απορροφήσιμα σάκχαρα καθιστά τη χρήση του πολύ φειδωλή από άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Ενταγμένο στα πλαίσια ενός ισορροπημένου διαιτολογίου και με την κατάλληλη καθοδήγηση από τον ειδικό μπορεί κάλλιστα να συνεισφέρει τα πολύτιμα θρεπτικά του συστατικά. Ιδιαίτερη προτίμηση πρέπει να δίνεται στο φυσικό μέλι και όχι στο τεχνητό, καθότι οι θετικές δράσεις στα λιπίδια

του αίματος προκαλούνται από το φυσικό μέλι και όχι από το τεχνητό. Αποτελώντας λοιπόν μια θαυμάσια πηγή ενέργειας και υδατανθράκων για παιδιά και αθλητές το μέλι οφείλει να είναι ενταγμένο στο καθημερινό διαιτολόγιο. Οι επιπρόσθετες θετικές δράσεις που προαναφέρθηκαν το κάνουν έναν πολύτιμο σύμμαχο στην καθημερινή μάχη για μια πιο υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή.

*Διάφορες ερευνητικές
προσπάθειες έχουν
καταδείξει πως το μέλι
διαθέτει επιπρόσθετα
αντιφλεγμονώδεις,
αντικαρκινικές και
αντιμεταλλαξιογόνες
ιδιότητες*



Χρόνια Ηπατίτιδα C Παρόν και μέλλον



Υπολογίζεται ότι περίπου 170 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο έχουν μολυνθεί από τον ιό και κινδυνεύουν να αναπτύξουν κίρρωση του ήπατος, ηπατοκυτταρική ανεπάρκεια και ηπατοκυτταρικό καρκίνο

Η λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C συνιστά ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Υπολογίζεται ότι περίπου 170 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο έχουν μολυνθεί από τον ιό και κινδυνεύουν να αναπτύξουν κίρρωση του ήπατος, ηπατοκυτταρική ανεπάρκεια και ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Με βάση τα δεδομένα από την επιδημιολογία αλλά και τη φυσική πορεία της νόσου εκτιμάται ότι η νοσηρότητα, η θνητότητα αλλά και το κόστος της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας θα αυξηθεί σημαντικά τις επόμενες δεκαετίες. Ο εντοπισμός των χρόνιων πασχόντων και η τροποποίηση της φυσικής πορείας της λοίμωξης αποτελούν τους βασικούς άξονες που θα αναστείλουν ή θα καθυστερήσουν τα ανωτέρω δυσώϊνα δεδομένα.

Θεραπεία χρόνιας ηπατίτιδας C

Μέχρι σήμερα η θεραπευτική στρατηγική που διαθέτουμε περιλαμβάνει το συνδυασμό πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης και ριμπαβιρίνης, ο οποίος επιτυγχάνει ποσοστά παρατεινόμενης ιολογικής απάντησης (SVR) που κυμαίνονται από 40 έως και 80% ανάλογα με τον γονότυπο του ιού. Ως SVR ορίζουμε το μη ανιχνεύσιμο HCV RNA στον ορό 6 μήνες μετά το πέρας της θεραπείας.

Πως γίνεται η διάγνωση;

Ο ιός της ηπατίτιδας C μεταδίδεται με το μολυσμένο αίμα και τα παράγωγά του. Σήμερα η χρήση τοξικών ουσιών είναι η συνηθέστερη αιτία για τη διασπορά του. Επομένως, το ιστορικό και η παθολογική ηπατική βιοχημεία θέτουν την πρώτη υποψία για τη διάγνωση. Η διάγνωση συνήθως ξεκινά με την ανίχνευση στον ορό ειδικού θετικού αντισώματος (anti-HCV). Η επιβεβαίωση της λοίμωξης τελικά γίνεται μέσω της αλυσιδωτής αντίδρασης της πολυμεράσης (PCR), μια ευαίσθητη μέθοδο μοριακής βιολογίας που ανιχνεύει το γενετικό υλικό του ιού και δύναται να το ποσοτικοποιήσει και να το ταυτοποιήσει.

Ποιοι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία;

Μέχρι πρόσφατα οι ενδείξεις θεραπείας της χρόνιας HCV λοίμωξης περιελάμβαναν ασθενείς με αντιρροπούμενη ηπατική νόσο και υψηλές τιμές τρανσαμινασών, ανιχνεύσιμο HCV RNA ορού, σοβαρού βαθμού ίνωση και νεκροφλεγμονώδη δραστηριότητα σε βιοψία ήπατος. Σήμερα, όμως, εξαιτίας των υψηλών ποσοστών ίασης με βάση το τρέχον θεραπευτικό σχήμα, η πιθανότητα θεραπευτικής παρέμβασης πρέπει να διερευνάται σε όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από τα επίπεδα των τρανσαμινασών και την ιστολογική κατάσταση. Έτσι η απόφαση για έναρξη θεραπείας πλέον εξατομικεύεται και όλοι οι πάσχοντες θεωρούνται υποψήφιοι για θεραπεία εκτός από εκείνους που βρίσκονται ήδη στο στάδιο της μη αντιρροπούμενης κίρρωσης ή πάσχουν από βαριά καρδιακή νόσο. Η κύηση είναι, επίσης, απόλυτη αντένδειξη για έναρξη θεραπείας.

Ποια είναι η τρέχουσα θεραπεία; Τι κάνουμε όταν αποτυγχάνει η θεραπεία;

Όπως προαναφέρθηκε σε όλους τους ασθενείς χορηγείται συνδυασμός πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης και ριμπαβιρίνης, εφόσον δεν υπάρχουν απόλυτες αντενδείξεις. Οι ασθενείς με γονότυπο 1 και 4 λαμβάνουν 48 εβδομάδες συνδυασμό πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης-α και ριμπαβιρίνης σε δόση ανάλογα με το σωματικό βάρος (1000 mg/ημέρα για βάρος <75kg και 1200 mg/ημέρα για βάρος >75 kg). Αντίθετα, οι ασθενείς με γονότυπο 2 και 3 λαμβάνουν βραχύτερα θεραπευτικά σχήματα (24 εβδομάδες) με συνδυασμό πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης-α και ριμπαβιρίνης σε χαμηλότερη σταθερή δόση (800 mg/ημέρα). Οι ασθενείς με γονότυπο 1 και 4 έχουν μειωμένη πιθανότητα μακροχρόνιας ανταπόκρισης που παρατηρείται σε 40-45% των ασθενών, σε αντίθεση με το γονότυπο 2 και 3 στους οποίους τα ποσοστά μακροχρόνιας ανταπόκρισης ξεπερνούν το 80%.

Κομβικά σημεία της αγωγής αποτελούν η τέταρτη και η δωδέκατη εβδομάδα θεραπείας. Ασθενείς με γονότυπο 1, χαμηλά επίπεδα HCV RNA προ της έναρξης θεραπείας, που επιτυγχάνουν μη ανιχνεύσιμο HCV RNA την τέταρτη εβδομάδα έχουν 90% πιθανότητα για επίτευξη μακροχρόνιας ιολογικής απάντησης ακόμη και μετά από 24 εβδομάδων θεραπευτικό σχήμα. Αντίστοιχα, στους ασθενείς με γονότυπο 2 και 3, χαμηλό ιικό φορτίο προ θεραπείας και μη ανιχνεύσιμο HCV RNA την τέταρτη εβδομάδα είναι δυνατόν να βραχυνοθούν τα θεραπευτικά σχήματα από 24 σε 12-16 εβδομάδες διατηρώντας την ίδια πιθανότητα ανταπόκρισης.

Οι ασθενείς που δεν πέτυχαν πρώιμη ιολογική ανταπόκριση, δηλαδή μείωση των αρχικών επιπέδων HCV RNA κατά 2 δεκαδικούς λογαρίθμους ή μη ανίχνευση του HCV RNA στις 12 εβδομάδες από την έναρξη του θεραπευτικού σχήματος συστήνεται να διακόψουν την θεραπεία, μειώνοντας τη νοσηρότητα της θεραπείας αλλά και το κόστος.

Θεραπεία σε μη ανταποκριθέντες σε προηγούμενα σχήματα

Οι ασθενείς που δεν επέτυχαν μακροχρόνια ανταπόκριση στην αρχική θεραπεία μπορούν ίσως ωφεληθούν από την επανένταξή τους σε νέο θεραπευτικό σχήμα συνδυασμού πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης-άλφα και ριμπαβιρίνης. Τα ποσοστά ανταπόκρισης σε αυτόν τον πληθυσμό, όμως, δεν είναι ιδιαίτερα υψηλά και συνήθως κυμαίνονται στο 20% περίπου. Καθοριστικής σημασίας για τους ασθενείς αυτούς είναι η επίτευξη μη ανιχνεύσιμου HCV RNA στις 12 εβδομάδες θεραπείας. Εφόσον επιτευχθεί ο ανωτέρω στόχος, τα ποσοστά μακροχρόνιας ανταπόκρισης αγγίζουν το 50%. Στην αντίθετη περίπτωση συστήνεται διακοπή της επαναθεραπείας, αφού τα ποσοστά μακροχρόνιας ανταπόκρισης είναι κάτω από 5%.

Το μέλλον - Φάρμακα υπό δοκιμή

Οι νέες θεραπείες που αναμένονται ανήκουν στην ευρύτερη κατηγορία των στοχευμένων αντιικών έναντι του ιού της ηπατίτιδας C (Specifically Targeted Antiviral Therapy). Αντιπροσωπευτικά φάρμακα της κατηγορίας αυτής που βρίσκονται ήδη σε κλινικές μελέτες φάσης III είναι η τελαπρεβίρη και η μποσεπρεβίρη. Τα φάρμακα αυτά σε συνδυασμό με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη-άλφα και ριμπαβιρίνη φάνηκε από τις μελέτες ότι είναι αποτελεσματικά και αυξάνουν τα ποσοστά μακροχρόνιας ανταπόκρισης σε πάνω από 70% για ασθενείς με γονότυπο 1 ακόμη και με μειωμένης (24 εβδομάδων) διάρκειας θεραπείας.

Βασικό πρόβλημα των νέων φαρμάκων ίσως αποτελέσουν οι ανεπιθύμητες ενέργειες, που οδηγούν σημαντικό ποσοστό ασθενών σε διακοπή της θεραπείας (17% των ασθενών υπό τελαπρεβίρη και 26% των ασθενών υπό

Θα λέγαμε σήμερα ότι είμαστε μπροστά σε νέα δεδομένα που δίνουν πολλές ελπίδες στους ασθενείς αλλά και τους ιατρούς τους

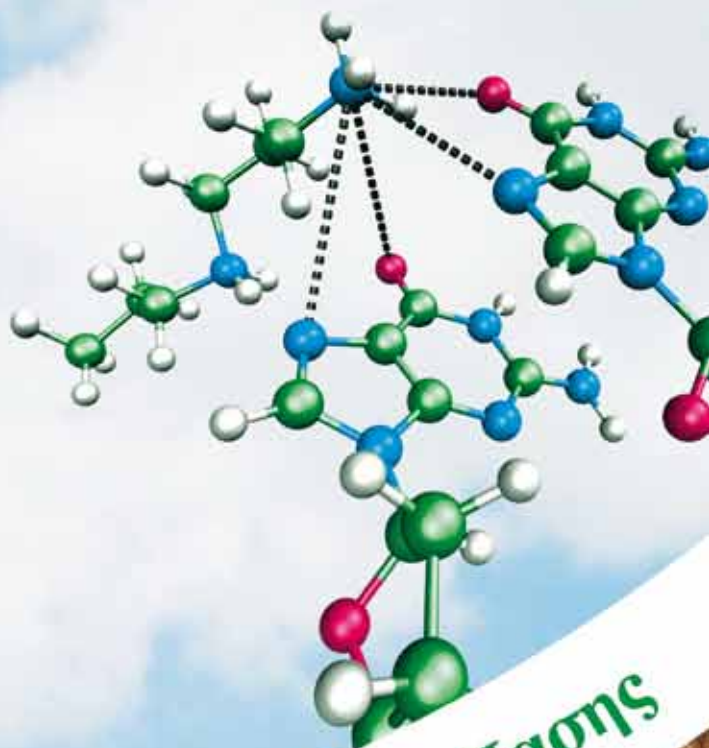
μποσεπρεβίρη). Το εξάνθημα και η αναιμία είναι οι συχνότερες και σοβαρότερες από τις παρενέργειες.

Ετσι, θα λέγαμε σήμερα ότι είμαστε μπροστά σε νέα δεδομένα που δίνουν πολλές ελπίδες στους ασθενείς αλλά και τους ιατρούς τους. Από την άλλη, η ανάγκη για τριπλό φαρμακευτικό σχήμα και το μεγάλο ποσοστό παρενεργειών δημιουργεί προβληματισμό και οδηγεί στην ανάγκη οι νέες θεραπείες να γίνουν με προσοχή και από εξειδικευμένους ιατρούς. Είναι βέβαιο όμως πως κάθε φάρμακο που προστίθεται στη φαρμακευτική μας φαρέτρα είναι ένας σύμμαχος, εφόσον η χρήση του συνοδεύεται με τη δέουσα προσοχή και επιφύλαξη που αρμόζει σε κάθε νέα θεραπεία.





Galenica



Αδιάκοπη Αναζήτηση της Ύψους



 Galenica a.e.

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



Ενεργειακά & αθλητικά ποτά

Βοηθούν στην αθλητική απόδοση;

Οι αυξημένες απαιτήσεις και ο ανταγωνισμός που επικρατεί στις μέρες μας στο χώρο του επαγγελματικού αθλητισμού, και γενικότερα το αυξημένο ενδιαφέρον σε σχέση με τη σωματική άσκηση, οδηγούν συνεχώς σε νέες μεθόδους βελτίωσης της αθλητικής απόδοσης. Η χρήση ενεργειακών κι αθλητικών ποτών είναι μια επικουρική μέθοδος βελτίωσης της απόδοσης, που χρησιμοποιείται σήμερα στο χώρο του αθλητισμού. Ποιες είναι όμως οι διαφορές στη σύσταση και στη χρήση μεταξύ ενεργειακών και αθλητικών ποτών;

Η προσθήκη υδατανθράκων στα ροφήματα παρέχει επιπρόσθετη ενέργεια, που είναι απαραίτητη, λόγω της μείωσης των αποθεμάτων του μυϊκού και ηπατικού γλυκογόνου, εξαιτίας της άσκησης. Τα ενεργειακά ποτά κυκλοφορούν στην αγορά έχουν αυξημένη περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες (>από 10-12%) περιέχοντας επιπλέον συστατικά όπως αμινοξέα (ταυρίνη, χολίνη) και καφεΐνη (η οποία θεωρείται τοξική σε δόσεις μεγαλύτερες των 2 γραμμαρίων).

Επιστημονικές μελέτες έχουν αναδείξει τον ευεργετικό ρόλο των ενεργειακών ποτών στην αθλητική απόδοση, αλλά υπό προϋποθέσεις. Υπάρχουν πολύ σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν την αναγκαιότητά τους, όπως το είδος, η διάρκεια και η ένταση της άσκησης, η περιεκτικότητα των υδατανθράκων, αλλά και το είδος αυτών, η ποσότητα της κατανάλωσης κ.ά.

Η αερόβια άσκηση υψηλής έντασης για περισσότερη από μία ώρα οδηγεί σε μείωση των αποθεμάτων του μυϊκού και ηπατικού γλυκογόνου, ενώ όταν άσκηση τέτοιου είδους ξεπερνά τις 2 ώρες, προκαλείται εξάντληση του ηπατικού γλυκογόνου αλλά και του γλυκογόνου των εργαζομένων μυών. Οι παραπάνω παράγοντες σχετίζονται άμεσα και με τη χρήση των ενεργειακών ποτών, η χορήγηση των οποίων έχει ευεργετικά αποτελέσματα σε αγωνίσματα που ξεπερνούν τα 90 -120 λεπτά έντονης αερό-



Η χρήση ενεργειακών κι αθλητικών ποτών είναι μια επικουρική μέθοδος βελτίωσης της απόδοσης, που χρησιμοποιείται σήμερα στο χώρο του αθλητισμού

βιας άσκησης, όπως η ποδηλασία, ο μαραθώνιος, το τρί-αθλο, ο υπερμαραθώνιος. Σε τέτοιου είδους προσπάθειες, οι εξωγενείς υδατάνθρακες, εξοικονομούν το μυϊκό γλυκογόνο των εργαζομένων μυών, αφού ένα μέρος της ενέργειας που χρειάζεται για την προσπάθεια προέρχεται από αυτούς.

Εκτός από τα ενεργειακά ποτά υπάρχουν και τα λεγόμενα αθλητικά ποτά, που δεν περιέχουν αμινοξέα. Η περιεκτικότητά τους σε υδατάνθρακες είναι μεταξύ 4-8% και περιέχουν επιπλέον ηλεκτρολύτες (Na, K, Cl, Mg) και ιχνοστοιχεία (Fe, Zn, Mn, Se, Cu, I κ.ά).

Η ανάγκη της πρόσληψης υγρών πριν, κατά τη διάρκεια αλλά και μετά την άσκηση, μπορεί να καλυφθεί μόνο με τη χρήση αθλητικών ποτών και του νερού, χωρίς να είναι απαραίτητη η χορήγηση ενεργειακών ποτών.

Συχνά, οι αθλητές περιμένουν να διψάσουν για να καταναλώσουν υγρά, με αποτέλεσμα να αφυδατώνονται και να μειώνεται η απόδοσή τους. Κι αυτό γιατί χρειάζεται ένα διάστημα τουλάχιστον 15 λεπτών, ώστε να χρησιμοποιηθούν τα υγρά από τον οργανισμό.

Όσον αφορά στα ενεργειακά ποτά, υπάρχει κίνδυνος η υψηλή περιεκτικότητά τους σε υδατάνθρακες να διαταράξει την ισορροπία των υγρών. Ωστόσο, τα ενεργειακά ποτά, μέσω της υψηλής περιεκτικότητας των υδατανθράκων αλλά και της καφεΐνης, βελτιώνουν την αερόβια και αναερόβια ικανότητα, το χρόνο αντίδρασης και τη συγκέντρωση. Η περιεκτικότητα των ενεργειακών ποτών σε αμινοξέα δε φαίνεται να επιδρά ευεργετικά στην αθλητική απόδοση.

Τα αθλητικά ποτά, που περιέχουν υδατάνθρακες σε ποσοστό 4-8%, θεωρούνται κατάλληλα για τη βελτίωση της αθλητικής απόδοσης, σε αγώνισματα που διαρκούν πάνω από 60 λεπτά, αλλά και για μέγιστες επαναλαμβανόμενες περιόδους άσκησης διάρκειας από 1-5 λεπτά, οι οποίες διακόπτονται από σύντομα διαστήματα ξεκούρασης (ποδόσφαιρο, καλαθοσφαίριση, χειροσφαίριση, αντισφαίριση κ.ά). Η κατανάλωση 125-250 ml αθλητικών ποτών κάθε 15 λεπτά κατά τη διάρκεια της άσκησης,

θεωρείται ιδανική, ώστε να επιτευχθεί το ισοζύγιο των υγρών, ηλεκτρολυτών και ιχνοστοιχείων, που χάνονται λόγω εφίδρωσης. Σημαντική είναι επίσης η συμβολή των αθλητικών ποτών στη θερμορρύθμιση και στη συντήρηση των αποθεμάτων της γλυκόζης στο αίμα και των αποθέματα γλυκογόνου στο ήπαρ και τους μύς.


Η κατανάλωση, συνεπώς, των ενεργειακών ποτών δεν μπορεί να είναι τόσο τακτική όσο αυτή των αθλητικών ποτών, λόγω του κινδύνου αφυδάτωσης. Σε ψυχρά όμως περιβάλλοντα, όπου ο κίνδυνος αφυδάτωσης είναι μικρότερος, η χρήση των ενεργειακών ποτών πιθανόν να αποφέρει εξοικονόμηση ενέργειας.

Τι θα πρέπει όμως να προτιμήσουμε για τη βελτίωση της αθλητικής απόδοσης, τα αθλητικά ή τα ενεργειακά ποτά; Η απάντηση δεν είναι απλή, αφού παράμετροι όπως το είδος, η διάρκεια της άσκησης, η θερμοκρασία του περιβάλλοντος κ.ά. σχετίζονται με την παραπάνω επιλογή.

Γενικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι για αερόβια άσκηση πάνω από 60 λεπτά, αλλά και για μέγιστες επαναλαμβανόμενες περιόδους άσκησης διάρκειας από 1-5 λεπτά, οι οποίες διακόπτονται από σύντομα διαστήματα ξεκούρασης (ποδόσφαιρο, καλαθοσφαίριση, χειροσφαίριση, αντισφαίριση κ.ά), τα αθλητικά ποτά είναι κατάλληλα, αφού αυξάνουν τη συγκέντρωση της γλυκόζης στο αίμα, διατηρούν σε υψηλότερα επίπεδα τα αποθέματα του μυϊκού και ηπατικού γλυκογόνου και συμβάλλουν στη διατήρηση της ισορροπίας των υγρών του σώματος. Όλοι αυτοί οι παράγοντες, καθυστερούν την κόπωση και συνεπώς αυξάνουν και την απόδοση.

Όσον αφορά στα ενεργειακά ποτά, η χρήση τους σε αγώνισματα που ξεπερνούν τα 90-120 λεπτά έντονης αερόβιας άσκησης, όπως η ποδηλασία, ο μαραθώνιος, το τρί-αθλο, ο υπερμαραθώνιος, έχουν ευεργετικά αποτελέσματα, πάντα όμως με τον κίνδυνο να διαταράξουν τη γαστρική κένωση και την ισορροπία των υγρών. Θα πρέπει επίσης να αποφεύγεται η χρήση τους σε αθλήματα που χρειάζονται ηρεμία και σταθερότητα μελών του σώματος, όπως η τοξοβολία, η σκοποβολή κ.ά., λόγω της περιεκτικότητάς τους σε καφεΐνη.





Διαγνωστική προσέγγιση ασθενούς με εστιακή βλάβη ήπατος

Η πρόοδος της τεχνολογίας και η ευρεία εφαρμογή απεικονιστικών τεχνικών έχει οδηγήσει σε αυξημένη ανίχνευση εστιακών βλαβών στο ήπαρ. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι βλάβες αυτές αποτελούν τυχαίο εύρημα σε ασθενείς που υπεβλήθησαν στην εξέταση για άσχετο λόγο. Οι περισσότερες των εστιακών αυτών βλαβών είναι καλοήθεις και δεν χρειάζονται ιατρική παρέμβαση. Παρά ταύτα, επιβάλλεται ενδελεχής έλεγχος ώστε να τεκμηριωθεί η διάγνωση και να απαλλαγεί ο ασθενής από την αίσθηση ότι κινδυνεύει η ζωή του. Το ενθαρρυντικό είναι ότι οι εξελιγμένες απεικονιστικές τεχνικές και η αυξανόμενη εμπειρία των ακτινολόγων στην χρήση και αξιολόγησή τους επιτρέπει την αποφυγή της βιοψίας στην πλειονότητα των περιπτώσεων και, ακόμα περισσότερο, τη χειρουργική εξαίρεση των βλαβών αυτών. Οι εστιακές βλάβες του ήπατος μπορούν αδρά να διαχωρισθούν σε καλοήθεις όγκους και σε κακοήθεις όγκους.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η προσεκτική λήψη του ιστορικού και η ανάδειξη παραγόντων κινδύνου μπορεί να κατευθύνει προς τη διάγνωση και να περιορίσει τις άσκοπες εξετάσεις. Η ηλικία και το φύλο του ασθενούς, η καταγωγή του και τα συμπαρομαρτούντα νοσήματα πρέπει πάντα να αναζητούνται. Προηγούμενες απεικονιστικές εξετάσεις πρέπει να μελετώνται για να φανεί εάν η μάζα προϋπήρχε και, αν ναι, αν έχει αλλάξει χαρακτηριστικά. Ο πόνος αποτελεί σημαντικό σύμπτωμα. Μια ταχέως αυξανόμενη ηπατική μάζα προκαλεί διάταση της κάψας του ήπατος και πόνο ενώ μια βραδέως εξελισσόμενη μάζα μπορεί να παραμένει ασυμπτωματική ακόμα και αν καταλαμβάνει σχεδόν όλο το ήπαρ. Οι υποκάψιες βλάβες προκαλούν σύνδρομο πλευριτικού πόνου ή κοιλιακό άλγος που συνοδεύεται από πόνο στο δεξιό ώμο που επιδεινώνεται με την αναπνοή. Η αιμορραγία εντός του όγκου συνοδεύεται από αιφνίδιο, οξύ κοιλιακό άλγος και είναι τυπικό του αδενώματος και του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος. Εάν η ρήξη περιλαμβάνει την κάψα του ήπατος τότε ακολουθεί αιμοπεριτόναιο, shock και υπάρχει σοβαρός κίνδυνος θανάτου.

Ασθενείς με κίρρωση του ήπατος έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος (ΗΚΚ). Αυτοί οι ασθενείς εμφανίζουν συνήθως και άλλες επιπλοκές της κίρρωσης, όπως ασκίτη, κίρσορραγία ή ηπατική εγκεφαλοπάθεια. Οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β που χρονολογείται από μακρόν μπορεί να αναπτύξουν ΗΚΚ χωρίς υποκείμενη κίρρωση και γι' αυτό πρέπει να παρακολουθούνται στενά. Οι ασθενείς με σκληρυντική χολαγγειίτιδα έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης χολαγγειοκαρκινώματος.

Γενικά συμπτώματα, όπως ανορεξία, κόπωση, απώλεια βάρους, χαμηλή πυρετική κίνηση και νυχτερινοί ιδρώτες, πρέπει να εμβάλλουν την υπόνοια κακοήθειας. Διάφορες παρανεοπλασματικές εκδηλώσεις μπορούν επίσης να κατευθύνουν προς τη διάγνωση. Διάρροια, υπόταση και εξάψεις είναι χαρακτηριστικά μεταστατικού νευροενδοκρινικού όγκου, όπως το καρκινοειδές.

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η φυσική εξέταση μπορεί να αναδείξει ηπατομεγαλία, ενώ μεγάλες υποκάψιες μάζες μπορεί να είναι ψηλαφητές. Ασθενείς με κίρρωση εμφανίζουν τα χαρακτηριστικά της χρόνιας ηπατοπάθειας με αγγειωματώδεις σπίλους,

Προηγούμενες απεικονιστικές εξετάσεις πρέπει να μελετώνται για να φανεί εάν η μάζα προϋπήρχε και, αν ναι, αν έχει αλλάξει χαρακτηριστικά

ερύθημα παλαμών, ασκίτη και σπληνομεγαλία. Η ωχρότητα είναι χαρακτηριστική της αναιμίας ενώ οίκτερος μπορεί να είναι αποτέλεσμα χρόνιας ηπατικής νόσου ή απόφραξης των χοληφόρων από χολαγγειοκαρκίνωμα.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ο εργαστηριακός έλεγχος μπορεί να μην αναδείξει παθολογικά ευρήματα. Άλλοτε, οι εξετάσεις είναι ισχυρά συνηγορητικές χρόνιας ηπατικής νόσου. Ίκτερος και αύξηση των χολοστατικών ενζύμων κατευθύνουν τη διάγνωση προς κακοήθεια των χοληφόρων. Επίσης, μπορεί να αναδειχθούν παράγοντες κινδύνου, όπως παρουσία ιού ηπατίτιδας Β ή C, υψηλά επίπεδα σιδήρου και φερριτίνης κ.λπ. Οι νεοπλασματικοί δείκτες, όπως το CEA, το CA 19-9 και η αFP, μπορεί να είναι αυξημένοι αλλά έχουν χαμηλή ευαισθησία.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ο απεικονιστικός έλεγχος διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διάγνωση των εστιακών βλαβών του ήπατος και περιλαμβάνει το υπερηχογράφημα, την αξονική τομογραφία, τη μαγνητική τομογραφία, το PET scan και το σπινθηρογράφημα. Η χρήση ειδικών σκιαγραφικών μέσων, ιδίως στη μαγνητική τομογραφία, έχει βοηθήσει σημαντικά στην καλύτερη απεικόνιση των βλαβών και στη διαφορική τους διάγνωση.

Σε περιπτώσεις αβεβαιότητας διενεργείται βιοψία. Η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική εξαίρεση λόγω του κινδύνου ρήξης και πιθανώς νεοπλασματικής εξαλλαγής

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΗΠΑΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

ΣΗΡΑΓΓΩΔΕΣ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ

Είναι ο συχνότερος καλοήθης όγκος του ήπατος και ανευρίσκεται στο 7% των νεκροτομών. Είναι συχνότερος στις γυναίκες και διαγιγνώσκεται συνήθως την 3η -5η δεκαετία της ζωής. Μπορεί να είναι μονήρες ή πολλαπλό. Το μέγεθός του κυμαίνεται από λίγα mm μέχρι πάνω από 20 cm. Χαρακτηρίζεται από εκτεταμένο δίκτυο αγγειακών χώρων που πληρούνται με αίμα, καλύπτονται από ενδοθήλιο και διαχωρίζονται από λεπτό στρώμα ινώδους συνδετικού ιστού. Τα μεγάλα αιμαγγείωματα μπορεί να έχουν περιοχές με θρόμβωση, ουλή ή ασβέστωση.

Συνήθως είναι ασυμπτωματικά. Τα μεγάλα, υποκάψια αιμαγγείωματα μπορεί να προκαλούν πόνο ή δυσφορία. Τα αιμαγγείωματα δεν εξαλλάσσονται ενώ η ρήξη τους είναι εξαιρετικά σπάνια.

Στο υπερηχογράφημα εμφανίζονται ως καλά περιγεγραμμένες, ομοιογενείς, υπερηχογενείς μάζες με ομαλά όρια. Στην αξονική τομογραφία ο όγκος ενισχύεται περιφερικά στην αρτηριακή φάση και πληρούται με το σκιαγραφικό στη φλεβική φάση. Στη μαγνητική τομογραφία το αιμαγγείωμα έχει χαρακτηριστικά χαμηλό σήμα στην ακολουθία T1 και υψηλό σήμα στην ακολουθία T2. Δεν απαιτείται θεραπεία παρά μόνο σε περιπτώσεις γιγάντιων αιμαγγειωμάτων που προκαλούν έντονα συμπτώματα.

ΑΠΛΕΣ ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΚΥΣΤΕΙΣ

Αποτελούν συχνό απεικονιστικό εύρημα, είναι μονήρες ή πολλαπλές και συνήθως ασυμπτωματικές. Η αναλογία γυναικών/ανδρών είναι 4/1. Ανευρίσκονται στο 3.6% του γενικού πληθυσμού και η συχνότητά τους αυξάνει με την ηλικία. Οι μεγάλες κύστες μπορεί να ασκούν πίεση σε γειτονικά όργανα ή να προκαλούν πίεση των χοληφόρων. Το υπερηχογράφημα είναι η καλύτερη απεικονιστική μέθοδος για τις κύστες. Δεν χρειάζεται βιοψία ενώ στις μεγάλες κύστες που προκαλούν συμπτώματα γίνεται αναρρόφηση του περιεχομένου και έγχυση αλκοόλης για να επιτευχθεί συρρίκνωση.

ΗΠΑΤΙΚΟ ΑΔΕΝΩΜΑ

Εμφανίζεται συνήθως σε νέες γυναίκες που βρίσκονται στην 3η-4η δεκαετία της ζωής τους. Η χρήση αντισυλληπτικών προδιαθέτει ισχυρά στην ανάπτυξη του. Ο κίνδυνος αυξάνει 2.5 φορές μετά από 3-5 χρόνια λήψης και εκτοξεύεται στις 25 φορές μετά από 9 ή περισσότερα χρόνια λήψης. Τα αδενώματα είναι συνήθως μονήρη, σπάνια πολλαπλά ενώ το μέγεθός τους μπορεί να μειωθεί μετά από τη διακοπή των αντισυλληπτικών. Συνήθως είναι ασυμπτωματικά. Μπορεί όμως να προκαλούν ήπιο άλγος ή δυσφορία στην άνω κοιλία. Ενίοτε ρήγνυνται και προκαλούν ενδοηπατική αιμορραγία ή αιμοπεριτόναιο που εκδηλώνεται με έντονο άλγος ή με εικόνα shock αντίστοιχα.

Απεικονιστικά εμφανίζονται ομοιογενή όταν έχουν μικρό μέγεθος και ετερογενή όταν έχουν νεκρώσεις ή αιμορραγικές περιοχές. Τα αδενώματα προσλαμβάνουν γρήγορα το σκιαγραφικό στην αρτηριακή φάση της αξονικής ή της μαγνητικής τομογραφία και ταχύτατα γίνονται ισόπυκνα με τον περιβάλλοντα ηπατικό ιστό στη φλεβική φάση. Σε περιπτώσεις αβεβαιότητας διενεργείται βιοψία. Η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική εξαίρεση λόγω του κινδύνου ρήξης και πιθανώς νεοπλασματικής εξαλλαγής.

ΕΣΤΙΑΚΗ ΟΖΩΔΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ

Εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Δεν φαίνεται να σχετίζεται με τη λήψη αντισυλληπτικών. Ο όγκος έχει μια χαρακτηριστική κεντρική ουλή αστεροειδούς σχήματος. Δεν προκαλεί συμπτώματα ή υπάρχει κοιλιακή δυσφορία στις περιπτώσεις όγκων μεγάλου μεγέθους.

Στο υπερηχογράφημα είναι συνήθως υποηχογενές. Στην αξονική τομογραφία η βλάβη προσλαμβάνει ταχέως το σκιαγραφικό στην αρτηριακή φάση και γίνεται ισόπυκνη στη φλεβική φάση ενώ απεικονίζεται η χαρακτηριστική ουλή. Στη μαγνητική τομογραφία η εστιακή οζώδης υπερπλασία εμφανίζεται ισόπυκνη στην T1 ακολουθία και ελαφρά υπέρπυκνη στην T2 ακολουθία. Η βιοψία δεν μπορεί να ξεχωρίσει το αδένωμα από την εστιακή οζώδη υπερπλασία. Συνήθως δεν απαιτείται καμία θεραπεία.

ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΗΠΑΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (ΗΚΚ)

Ασθενείς με κίρρωση ήπατος λόγω χρόνιας ιογενούς ηπατίτιδας (HBV, HCV), κατάχρησης αλκοόλ, αιμοχρωμάτωσης, έλλειψης α1-αντιθρομβίνης ή χολοστατικών και αυτοανόσων νοσημάτων έχουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος. Επίσης, οι αφλατοξίνες αυξάνουν τον κίνδυνο ΗΚΚ σε περιοχές της υποσαχάριας Αφρικής και της Ασίας. Στο 80% των περιπτώσεων ΗΚΚ συνυπάρχει κίρρωση. Στο 10% πρόκειται για ασθενείς με χρόνια ηπατοπάθεια εξ'ιού Β χωρίς κίρρωση και το υπόλοιπο 10% αφορά σποραδικές περιπτώσεις σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας. Όλοι οι ασθενείς με κίρρωση θα πρέπει να ελέγχονται κάθε 6 μήνες με υπερηχογράφημα για την πρώιμη διάγνωση του ΗΚΚ. Η α-φετοπρωτεΐνη έχει χαμηλή ευαισθησία σε πρώιμο ΗΚΚ και δεν συνιστάται σαν προληπτικό test.

Εφόσον το υπερηχογράφημα αναδείξει βλάβη, αυτή θα πρέπει να επιβεβαιωθεί με αξονική ή/και μαγνητική τομογραφία. Το ΗΚΚ χαρακτηρίζεται από ταχεία αρτηριακή ενίσχυση και ταχύτατη έκπλυση (washout) στη φλεβική φάση. Σε όγκους 1-2cm η ανάδειξη χαρακτηριστικών απεικονιστικών ευρημάτων σε 2 εξετάσεις θέτει τη διάγνωση, ενώ σε όγκους πάνω από 2 cm αρκεί μια εξέταση. Έτσι, παρακάμπτεται η βιοψία ήπατος η οποία μπορεί να οδηγήσει σε διασπορά του νεοπλασματος.

ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (ΧΚΚ)

Η σκληρυντική χολαγγειίτιδα αποτελεί το συχνότερο προδιαθεσικό παράγοντα ανάπτυξης χολαγγειοκαρκινώματος στο Δυτικό κόσμο ενώ στην Άπω Ανατολή σχετίζεται με ελμινθιάσεις των χοληφόρων. Στο 60-70% των περιπτώσεων αναπτύσσεται στις πύλες του ήπατος, στο 20-30% είναι εξωηπατικό και στο 5-15% ενδοηπατικό. Συνήθως εκδηλώνεται με ανώδυνο ίκτερο. Μπορεί να συνυπάρχουν κνησμός, απώλεια βάρους, κοιλιακό άλγος και πυρετός. Οι τιμές του CA 19-9 είναι υψηλές στο 65-75% των περιπτώσεων.

Το ΧΚΚ εμφανίζεται χαρακτηριστικά υπόηχο στο υπερηχογράφημα και υπόπυκνο στην αξονική τομογραφία. Αντίστοιχα είναι υπόπυκνο στην T1 ακολουθία στη μαγνητική τομογραφία και υπέρπυκνο στην T2 ενώ ενισχύεται αργά από την περιφέρεια μετά την έγχυση σκιαγραφικού. Η μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP) είναι πολύ χρήσιμη στον καθορισμό της έκτασης και της εξαιρεσιμότητας της βλάβης. Η κατευθυνόμενη βιοψία τεκμηριώνει τη διάγνωση. Η πρόγνωση είναι δυσμενής.

Η χρήση ειδικών σκιαγραφικών μέσων, ιδίως στη μαγνητική τομογραφία, έχει βοηθήσει σημαντικά στην καλύτερη απεικόνιση των βλαβών και στη διαφορική τους διάγνωση

ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Πολλοί όγκοι μεθίστανται στο ήπαρ. Οι μεταστάσεις συνήθως είναι πολλαπλές και κατανέμονται και στους 2 λοβούς του ήπατος. Ενίοτε υπάρχει μια μεγάλη βλάβη και πολλές δορυφορικές. Η απεικονιστική εικόνα ποικίλλει ανάλογα με την αγγειοβρίθεια των μεταστάσεων. Τα συμπτώματα από την πρωτοπαθή εστία, ο απεικονιστικός έλεγχος και συχνά η βιοψία θέτουν τη διάγνωση.



Δυσανεξία στη λακτόζη

Τι είναι;

Αδυναμία πλήρους ή μερικής πέψης τροφών που περιέχουν λακτόζη, δηλαδή κυρίως γαλακτοκομικών προϊόντων. Η λακτόζη είναι μία δισακχαρίδη, μοναδική για το γάλα των θηλαστικών.

Που οφείλεται;

Η δυσανεξία στη λακτόζη οφείλεται στα μειωμένα επίπεδα του ενζύμου λακτάση, το οποίο υπάρχει στο επιθήλιο του λεπτού εντέρου. Το ένζυμο λακτάση (β-δέλτα γαλακτοσιδάση) υδρολύει τις μονοσακχαρίδες, γλυκόζη και γαλακτόζη, στο επιφανειακό επιθήλιο των κυττάρων του εντέρου. Η ανεπάρκεια της λακτάσης είναι ο πιο γνωστός τύπος ανεπάρκειας δισακχαριδασών και είναι η μόνη διαταραχή απορρόφησης υδατανθράκων που έχει κλινική σημασία.

Η **λακτάση** είναι παρούσα σε όλα τα είδη των θηλαστικών μετά τη γέννηση, αλλά εξαφανίζεται με την ενηλικίωση από όλα τα είδη των θηλαστικών, εκτός από τον άνθρωπο.

Το γονίδιο της λακτάσης ευρίσκεται στο χρωμόσωμα 2. Μελέτες σε ανθρώπους και ζώα έχουν δείξει πως η υδροκορτιζόνη και η θυροξίνη στις διάφορες ηλικίες, λειτουργώντας σαν ρυθμιστές, αυξάνουν ή μειώνουν την έκφραση της λακτάσης, αντίστοιχα.

Τα πρόωρα βρέφη έχουν μερική έλλειψη λακτάσης λόγω ανωριμότητας του εντέρου. Τα επίπεδα του ενζύμου μπορεί να αυξηθούν με προσθήκη λακτόζης στη διατροφή τους. Ωστόσο, η βελτίωση στην πέψη της λακτόζης στα βρέφη οφείλεται μάλλον στην ανάπτυξη βακτηριδίων που την πέπτουν, επειδή η λακτάση δεν είναι ένζυμο που υπόκειται σε ρυθμιστικές αυξομειώσεις.

Τα συμπτώματα σε άτομα με ανεπάρκεια λακτάσης οφείλονται στη μη διάσπαση της λακτόζης στις μονοσακχαρίδες που την αποτελούν, ώστε να μπορούν να απορροφηθούν από τον εντερικό βλεννογόνο. Έτσι, η μη διασπασμένη λακτόζη δημιουργεί ωσμωτικό φορτίο στο έντερο, που προκαλεί αυξημένη έκκριση ύδατος και ηλεκτρολυτών ώστε να επιτευχθεί ωσμωτική ισορροπία. Αυτό προκαλεί διάταση του εντέρου, αύξηση της κινητικότητας του και δυσαπορρόφηση. Το 75% της λακτόζης που δεν απορροφάται στο λεπτό περνάει ταχέως στο παχύ έντερο. Εκεί μετατρέπεται σε λιπαρά οξέα με βραχείες αλυσείς και υδρογόνο από τα βακτηρίδια της χλωρίδας. Τα λιπαρά οξέα απορροφώνται από το βλεννογόνο του παχέος και έτσι η μη απορροφηθείσα λακτόζη διασώζεται και χρησιμοποιείται σαν ενέργεια.

Η παραγωγή υδρογόνου από τα βακτήρια του εντέρου είναι η βάση στην οποία στηρίζεται η δοκιμασία αναπνοής για τη διάγνωση της ανεπάρκειας της λακτόζης.

Πόσο συχνή είναι η ανεπάρκεια λακτάσης;

Αν και το 20%-25% των λευκών θεωρείται πως παρουσιάζει ανεπάρκεια λακτάσης, η πραγματική συχνότη-

Η δυσανεξία στη λακτόζη δεν αποτελεί επικίνδυνη πάθηση αλλά τα συμπτώματά της προκαλούν έντονη δυσφορία στους πάσχοντες

τα δεν είναι γνωστή. Στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ η συχνότητα στους λευκούς είναι 7-20% με τα χαμηλότερα ποσοστά να αφορούν στους κατοίκους της Βόρειας Ευρώπης. Στους αυτόχθονες Αμερικανούς και μερικούς πληθυσμούς της Ανατολικής Ασίας φθάνει το 85-95%, στους Αφρικανούς και Αφροαμερικανούς το 60-65% και στους Λατίνους το 50%.

Οι συμπτωματικοί ασθενείς αντιπροσωπεύουν το 50% όλων των περιπτώσεων με ανεπάρκεια λακτάσης

Υπάρχει νοσηρότητα ή θνησιμότητα;

Η δυσανεξία στη λακτόζη δεν αποτελεί επικίνδυνη πάθηση αλλά τα συμπτώματά της προκαλούν έντονη δυσφορία στους πάσχοντες. Δεν αποτελεί θανατηφόρο νόσο και δεν επηρεάζει καθόλου το προσδόκιμο επιβίωσης. Γενικώς, δεν χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερη νοσηρότητα. Αφορά κυρίως παιδιά μετά από βαριά γαστρεντερίτιδα. Τα συμπτώματα διαρκούν 5-7 ημέρες.

Ίσως θα μπορούσε να θεωρηθεί υπεύθυνη για οστεοπενία.

Προσβάλει εξ ίσου τα δύο φύλλα.

Ηλικία

Η δραστηριότητα της λακτάσης συσχετίζεται σημαντικά με την ηλικία ανεξαρτήτως συμπτωμάτων. Τα επίπεδα της αυξάνουν προοδευτικά στο εμβρυϊκό έντερο κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου φθάνοντας τα υψηλότερα επίπεδα στη γέννηση.

Σε νεογνά που εμφανίζουν συμπτώματα δυσανεξίας σε γάλα ή σκευάσματα που βασίζονται σε γάλα, επειδή η συγγενής έλλειψη της λακτάσης είναι εξαιρετικά σπάνια, θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η πιθανότητα δυσαπορρόφησης γλυκόζης ή γαλακτόζης, διότι αυτές οι πρωτεΐνες του γάλακτος είναι οι συχνότερα ευθυνόμενες για αλλεργία.

Η μείωση της δραστηριότητας της λακτάσης είναι γενετικά προκαθορισμένη να αρχίζει μετά το δεύτερο έτος της ηλικίας. Η συχνότητα εμφάνισης δυσανεξίας στη λακτόζη αυξάνει με την ηλικία και συσχετίζεται με τη φυλετική προδιάθεση. Η συμπτωματολογία εμφανίζεται μετά την ηλικία των 6-7 ετών και είναι αρκετά συχνά μετά την ηλικία των 20.

Η διαπίστωση μεγαλύτερης συχνότητας σε ηλικιακές ομάδες άνω των 74 ετών σε σχέση με ομάδες κάτω των 65 ετών ανεξαρτήτως εθνικότητας, θέτει σοβαρά ερωτήματα ως προς την ύπαρξη κινητικών προβλημάτων του εντέρου και υπερανάπτυξη βακτηριδίων σε αυτές τις ηλικίες.

Η δευτεροπαθής ανεπάρκεια λακτάσης από βλάβη του βλεννογόνου του εντέρου συμβαίνει σε οποιαδήποτε ηλικία.

Τι συμβαίνει με την πρόσληψη της λακτόζης στην διάρκεια της ζωής μας

Στις διάφορες ηλικίες η πρόσληψη της λακτόζης διαφέρει ποσοτικά.

Αποτελεί το 35-55% των προσλαμβανομένων θερμίδων στη βρεφική ηλικία και μειώνεται καθώς άλλες τροφές συμπληρώνουν το διαιτολόγιο των παιδιών και τελικά τα επίπεδα φθάνουν αυτά των ενηλίκων (περίπου 5%).

Τα αίτια της δυσανεξίας στην λακτόζη είναι

Συγγενή: κληρονομούμενα με αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα. Είναι πολύ σπάνια.

Πρωτοπαθή: οφείλονται σε ανεπάρκεια της λακτάσης που αναπτύσσεται μετά την παιδική ηλικία.

Τα πρωτοπαθή αίτια είναι φυλετικά ή εθνικά, εξελικτικά (ανωριμότητα εντερικού βλεννογόνου προώρων νεογνών), ή συγγενή.

Δευτεροπαθή ή επίκτητα: Η ανεπάρκεια της λακτάσης αναπτύσσεται μετά από επεισόδια οξείας λοίμωξης ή νόσου, σε ένα κατά τα άλλα φυσιολογικό εντερικό βλεννογόνο, ή λόγω βλάβης του από φάρμακα. Τέτοιες λοιμώξεις είναι: οξεία γαστρεντερίτιδα, λαμβλίαση, ασκαριδί-

αση, υπερανάπτυξη μικροβίων. Άλλες καταστάσεις είναι: κοιλιοκάκη, φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, φαρμακευτική ή ακτινική εντερίτις, διαβητική γαστροπάθεια, καρκινοειδές, χημειοθεραπεία, νόσος Whipple, HIV εντεροπάθεια κλπ.

Ένα ποσοστό (44%) γυναικών που παρουσιάζουν ανεπάρκεια λακτάσης ανακτούν την ικανότητα πέψης της λακτόζης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, λόγω μειωμένης κινητικότητας του εντέρου και προσαρμοστικότητας της χλωρίδας.

Ποια είναι τα συμπτώματα;

Οι κλινικές εκδηλώσεις της είναι: διάρροια, κοιλιακό άλγος, ναυτία μετεωρισμός, τεινσμός και βορβορυγμοί (γουργουρητά). Αρχίζουν μία ως πολλές ώρες μετά από τη λήψη γάλακτος ή γαλακτοκομικών προϊόντων.

Παρόμοια συμπτώματα προκαλούν και άλλες διαταραχές, όπως η αλλεργία σε πρωτεΐνες του γάλακτος ή η δυσανεξία σε άλλα σάκχαρα καθώς και το ευερέθιστο έντερο με το οποίο και συχνά συγχέεται. Επίσης, φλεγμονή του εντερικού βλεννογόνου που οφείλεται σε εντερίτιδα από ευαισθησία σε πρωτεΐνες ή σε φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου προκαλεί δευτεροπαθή δυσανεξία στη λακτόζη, που βελτιώνεται με τον περιορισμό της πρόσληψης γαλακτοκομικών προϊόντων.

Υπολογίζεται ότι 50 γραμμάρια λακτόζης, αν ληφθούν εφάπαξ και εκτός γεύματος, συνήθως προκαλούν συμπτώματα στους πάσχοντες. Όμως, έφηβοι και ενήλικες με δυσανεξία στη λακτόζη μπορούν να ανεχθούν 12 γραμμάρια λακτόζης (περίπου ένα φλιτζάνι γάλα) σε μία δόση ή και περισσότερα γραμμάρια αν ληφθούν σε μοιρασμένες δόσεις μέσα στην ημέρα και εντός των γευμάτων.

Ο ρυθμός κένωσης του στομάχου παίζει σημαντικό ρόλο στη δημιουργία συμπτωμάτων. Τροφές που περιέχουν υδατάνθρακες οι οποίοι αυξάνουν την ταχύτητα κένωσης του στομάχου, αν ληφθούν με λακτόζη προκαλούν πολύ συχνότερα συμπτώματα δεδομένου ότι αναγκάζουν τη λακτόζη να κινηθεί ταχύτατα σε ένα έντερο που έχει μειωμένη λακτάση.

Έχει βρεθεί ότι προϊόντα γάλακτος πλούσια σε ασβέστιο είναι καλύτερα ανεκτά και ελαχιστοποιούν τη συμπτωματολογία. Μερικοί πάσχοντες πιστεύουν ότι μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα ακόμη και μετά από λήψη φαρμάκων που περιέχουν λακτόζη, γεγονός που δεν έχει αποδειχθεί σε μελέτες.

Τα συμπτώματα οδηγούν τους πάσχοντες στην αποφυγή τέτοιων τροφών, ή στην κατανάλωση ειδικά επεξεργασμένων προϊόντων, που δεν περιέχουν λακτόζη, αλλά αυξάνουν το κόστος της υγείας.



Έχει βρεθεί ότι προϊόντα γάλακτος πλούσια σε ασβέστιο είναι καλύτερα ανεκτά και ελαχιστοποιούν τη συμπτωματολογία

Κλινική εξέταση

Η κλινική εξέταση είναι συνήθως χωρίς αντικειμενικά ευρήματα, εκτός ίσως από την παρουσία βορβορυγμών και ελαφρού πόνου στην ψηλάφηση.

Διαφορική διάγνωση

Γίνεται από: διαρροϊκά σύνδρομα, σύνδρομα δυσαπορρόφησης και δυσανεξία σε πρωτεΐνες.

Διάγνωση

Επί δευτεροπαθούς ανεπάρκειας λακτάσης πρέπει να διερευνάται το υποκείμενο νόσημα. Η διάγνωση της πρωτοπαθούς ανεπάρκειας της λακτάσης των ενηλίκων μπορεί να γίνει με τια παρακάτω δοκιμασίες.

α. Δοκιμασία ανοχής λακτόζης.

Χορηγούνται 50 γρ. λακτόζης, ή 2 γρ/χιλιόγραμμο βάρους σε παιδιά, από το στόμα σε νησικό ασθενή, και μετράται η γλυκόζη αίματος στο 0, 60 και 120 λεπτά. Αύξηση γλυκόζης αίματος κάτω από 20 mg/dL μαζί με την παρουσία συμπτωμάτων είναι διαγνωστική. Προϋπόθεση είναι η απουσία σακχαρώδη διαβήτη ή κινητικών διαταραχών του εντέρου.

Η δοκιμασία έχει 75% ευαισθησία και 96% ειδικότητα στους ενήλικες, αλλά είναι χρονοβόρα.

β. Δοκιμασία υδρογόνου αναπνοής.

Στηρίζεται στην αποβολή υδρογόνου από τον πνεύμονα, το οποίο παράγεται από την διάσπαση των μη απορροφούμενων υδατανθράκων. Χορηγούνται 2 γρ/χιλιόγραμμο βάρους λακτόζης, όχι περισσότερο από 25 γραμ., από το στόμα σε νησικό ασθενή. Το υδρογόνο της αναπνοής συλλέγεται σε χρόνο 0 και ανά 30 λεπτά για 3 ώρες. Συγκρίνεται το υδρογόνο πριν και μετά τη χορήγηση λακτόζης. Τιμές άνω των 20 ppm θεωρούνται διαγνωστικές. Τιμές μεταξύ 10 και 20 ppm, παρότι ενδιάμεσες, αν συνοδεύονται με συμπτώματα μπορεί να είναι συνηγορητικές. Η δοκιμασία είναι απλή, μη επεμβατική και έχει μεγαλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα από τη δοκιμασία της ανο-

χής της λακτόζης. Ψευδώς θετικά αποτελέσματα διαπιστώνονται επί ανεπαρκούς νηστείας και πρόσφατου καπνίσματος, ενώ ψευδώς αρνητικά προκύπτουν μετά από πρόσφατη λήψη αντιβιοτικών και σε ασθενείς με αναπνευστικά προβλήματα.

Χρειάζεται λεπτομερές διαιτητικό ιστορικό για τη διαφοροποίηση συμπτωμάτων από άλλες διαταραχές απορρόφησης υδατανθράκων σε εκείνους τους ασθενείς, που ενώ έχουν παρόμοια κλινική εικόνα έχουν αρνητική δοκιμασία αναπνοής. Ακόμη πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών.

γ. Βιοψία λεπτού εντέρου

Δεν είναι πάντοτε διαγνωστική και τα ευρήματα πρέπει να συσχετίζονται με τα κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα.

δ. Γενετική μελέτη

Έχει παρόμοια ειδικότητα και ευαισθησία με τη δοκιμασία αναπνοής και σπάνια διενεργείται.

ε. Εξέταση κοπράνων

Είναι μάλλον αναξιόπιστη και δίδει έμμεσα αποτελέσματα.

Θεραπεία

Η θεραπεία βασίζεται σε τέσσερις κύριους άξονες.

1ον. Αποφυγή ή μείωση τροφών που περιέχουν λακτόζη. Υπάρχουν προϊόντα στο εμπόριο.

2ον. Χρήση εναλλακτικών θρεπτικών πηγών, ώστε να διατηρείται η πρόσληψη πρωτεϊνών και ενέργειας. Γιαούρτια που περιέχουν ενδογενή βήτα γαλακτοσιδάση (ζωντανά). Η χρήση προβιοτικών έχει αμφίβολα αποτελέσματα.

3ον. Χορήγηση του ενζύμου που παρασκευάζεται στο εμπόριο, με μέτρια αποτελέσματα.

4ον. Πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D (απαραίτητα για κάθε ασθενή που περιορίζει την πρόσληψη γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων).



Ο κίνδυνος αδενοκαρκινώματος οισοφάγου μετά από χειρουργική επέμβαση για γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ταλαιπωρεί ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού των δυτικών κοινοτήτων και αποτελεί το σημαντικότερο προδιαθεσικό παράγοντα για την ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου. Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται συνήθως επί αποτυχίας της φαρμακευτικής αγωγής και έντονης συμπτωματολογίας και από πολλούς θεωρείται προστατευτική για τη μελλοντική ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος χωρίς ωστόσο αυτό να έχει επαληθευτεί σε μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες. Σε μια πληθυσμιακή σουηδική μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Gastroenterology* (2010;138:1297-1301), ερευνήθηκε η υπόθεση αυτή στο χρονικό διάστημα από το 1965 ως το 2006 και έγινε σύγκριση της επίπτωσης του αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου μεταξύ όσων υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και στο γενικό πληθυσμό. Μελετήθηκαν 14.102 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση και οι οποίοι αντιστοιχούν σε 120.514 ανθρώπους-έτη σε κίνδυνο για ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος. Ο κίνδυνος ανάπτυξης οισοφαγικού αδενοκαρκινώματος ήταν 12 φορές αυξημένος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και δεν βρέθηκε ελάττωση του κινδύνου μετά το χειρουργείο. Μετά από 15 τουλάχιστον έτη από το χειρουργείο, ο κίνδυνος παρέμενε 14.6 φορές αυξημένος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Ο αντίστοιχος κίνδυνος αδενοκαρκινώματος στην καρδιακή μοίρα του στομάχου ήταν επίσης μεγαλύτερος στην ομάδα που χειρουργήθηκε κατά 4.4 φορές, χωρίς να ελαττώνεται με την πάροδο του χρόνου μετά το χειρουργείο, αφού παρέμενε αυξημένος κατά 3.3 φορές 15 έτη μετά την επέμβαση. Συμπερασματικά, η χειρουργική αντιμετώπιση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης δεν προλαμβάνει την ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου ή της καρδιακής μοίρας του στομάχου.

Εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση για την προσυμπτωματική διάγνωση καρκίνου του παχέος εντέρου: μια πολυκεντρική τυχαίοποιημένη μελέτη

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί την 3η συχνότερη νεοπλασία παγκοσμίως και έχει υψηλή θνησιμότητα. Οι στρατηγικές προσυμπτωματικού ελέγχου διαφέρουν από χώρα σε χώρα και περιλαμβάνουν την ανίχνευση λανθάνοντος αίματος σε τέστ κοπράνων, την ολική κολονοσκόπηση και την εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση. Σε μια βρετανική πολυκεντρική τυχαίοποιημένη μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Lancet* (2010;375:1624-33), ερευνήθηκε η υπόθεση ότι μια μόνο εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση σε ασθενείς ηλικίας 55-64 θα ελαττώσει σημαντικά την επίπτωση και τη θνησιμότητα από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Τυχαίοποιήθηκαν 170.432 ασθενείς σε 14 κέντρα είτε να υποβληθούν σε εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση (57.237) είτε σε καμία μέθοδο προσυμπτωματικού ελέγχου (112.939). Από τους ασθενείς που τυχαίοποιήθηκαν στην εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση, την εξέταση πραγματοποίησε το 71%. Μετά από διάμεση διάρκεια παρακολούθησης 11.2 ετών, 2.524 ασθενείς διαγνώστηκαν με καρκίνο του παχέος εντέρου (1818 στην ομάδα ελέγχου έναντι 706 στην ομάδα παρέμβασης) και 20.543 απεβίωσαν (727 από καρκίνο του παχέος εντέρου, 538 στην ομάδα ελέγχου έναντι 189 στην ομάδα παρέμβασης). Στην ανάλυση με πρόθεση θεραπείας (intention to treat), η επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου ελαττώθηκε κατά 23% στην ομάδα παρέμβασης (HR 0.77, 95%CI 0.70-0.84) και η αντίστοιχη θνησιμότητα κατά 31% (HR 0.67, 95%CI 0.60-0.76). Η επίπτωση των εγγύς καρκίνων του παχέος εντέρου (ορθό και σιγμοειδές) ελαττώθηκε κατά 50%. Ο αριθμός των ασθενών που πρέπει να υποβληθούν σε εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση για την πρόληψη μιας περίπτωσης καρκίνου του παχέος εντέρου και ενός θανάτου από αυτόν είναι 191 (95%CI 145-277) και 489 (95%CI 343-852) αντίστοιχα. Συμπερασματικά, μια μόνο εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση σε ασθενείς 55-64 ετών είναι αποτελεσματική στην προσυμπτωματική διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου σε ασθενείς με φλεγμονώδεις νόσους του παχέος εντέρου εξαρτάται από το φύλο

Μελέτες σε ζώα έχουν δείξει ότι τα οιστρογόνα τροποποιούν τη φλεγμονώδη απάντηση με αποτέλεσμα μικρότερο κίνδυνο καρκίνου σχετιζόμενο με χρόνια φλεγμονή σε θήλα σε σύγκριση με άρρενα, ενώ δεδομένα στους ανθρώπους δεν υπάρχουν. Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (νόσος Crohn και ελκώδης κολίτιδα) είναι χρόνιες φλεγμονώδεις οντότητες με εξάρσεις και υφέσεις, οι οποίες αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. Σε μια σουηδική πληθυσμιακή μελέτη που δημοσιεύθηκε στο *Gastroenterology* (2010;138:1697-1703), ερευνήθηκαν οι διαφορές στην επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου ανάλογα με το φύλο σε ασθενείς με φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ). Συμπεριλήφθηκαν 7607 ασθενείς οι οποίοι διαγνώστηκαν με ΙΦΝΕ μεταξύ 1954-1989 και καταγράφηκαν τα περιστατικά καρκίνου του παχέος εντέρου από το 1960-2004. Στην ανάλυση 171.000 ανθρώπων-ετών, εμφανίστηκαν 196 νέες περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου (123 άνδρες, 73 γυναίκες). Άνδρες με ΙΦΝΕ είχαν 60 μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου σε σύγκριση με αντίστοιχες γυναίκες (σχετικός κίνδυνος 1.6, 95%CI 1.2-2.2, συνολική επίπτωση 40 έτη μετά τη διάγνωση ΙΦΝΕ 8.3% έναντι 3.5%). Σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου ήταν 2.6 στους άνδρες (95%CI 2.2-3.1) και 1.9 στις γυναίκες (95%CI 1.5-2.4). Η επίδραση αυτή του φύλου στον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου περιοριζόταν σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των δέκα χρόνων από τη διάγνωση της ΙΦΝΕ και σε ηλικίες διάγνωσης μικρότερες των 45 ετών. Συμπερασματικά, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου σε ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι μικρότερος στις γυναίκες από τους άνδρες.

Η αποτελεσματικότητα της λινακλωτίδης (linaclotide) σε ασθενείς με χρόνια δυσκοιλιότητα

Συμπτώματα χρόνιας δυσκοιλιότητας απαντώνται στο 15% του γενικού πληθυσμού και είναι συχνότερα στις γυναίκες και τους ηλικιωμένους. Οι υπάρχουσες θεραπείες περιλαμβάνουν την αλλαγή του τρόπου ζωής, την κατανάλωση φυτικών ινών και τη χρήση υπακτικών, εντούτοις το 50% των ασθενών που τις ακολουθούν δεν είναι απόλυτα ικανοποιημένοι από αυτές. Η λινακλωτίδη είναι ένα αμινοπεπτιδίο με ελάχιστη συστηματική απορρόφηση, το οποίο αυξάνει την εντερική έκκριση υγρών και ελαττώνει το χρόνο διάβασης του εντέρου σε πειραματόζωα. Σε μια πολυκεντρική, τυχαίοποιημένη, διπλή-τυφλή μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Gastroenterology* (2010;138:886-895) ερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα της λινακλωτίδης έναντι εικονικού φαρμάκου σε 310 ασθενείς με χρόνια δυσκοιλιότητα. Οι ασθενείς τυχαίοποιήθηκαν σε 75, 150, 300, 600 mg λινακλωτίδης ή εικονικό φάρμακο ημερησίως για 4 εβδομάδες. Τα καταληκτικά σημεία ήταν ο έλεγχος της συμπτωματολογίας (αυτόματες κενώσεις, σύσταση κοπράνων, τεινεσμός, κοιλιακό άλγος, ποιότητα ζωής). Όλες οι δόσεις λινακλωτίδης αύξησαν τον εβδομαδιαίο αριθμό αυτόματων κενώσεων και βελτίωσαν τη σύσταση των κοπράνων, τον τεινεσμό, το κοιλιακό άλγος και την ποιότητα ζωής. Η συχνότερη και μοναδική συσχετιζόμενη με τη δόση ανεπιθύμητη ενέργεια ήταν η διάρροια, που οδήγησε 6 ασθενείς στη διακοπή του φαρμάκου. Συμπερασματικά, η θεραπεία με λινακλωτίδη συσχετίστηκε με ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες και είχε σαν αποτέλεσμα την ταχεία βελτίωση των συμπτωμάτων σε ασθενείς με χρόνια δυσκοιλιότητα.



Η φετινή χρονιά, το 2010, έχει οριστεί ως διεθνές έτος Βιοποικιλότητας. Το γεγονός αυτό σηματοδοτεί ένα αυξημένο ενδιαφέρον για το βιολογικό πλούτο του πλανήτη και της χώρας μας. Και την εστίασή μας σε αυτόν τον πλούτο, ως ένα από τα σημαντικότερα περιβαλλοντικά αγαθά και αναπόσπαστο κομμάτι της επιθυμητής μελλοντικής οικονομικής ανάπτυξης.



«διαφορετικές δομές με τις οποίες εκφράζεται η ζωή στα διαφορετικά επίπεδα οργάνωσής της, από το γενετικό, το επίπεδο των ειδών, το επίπεδο των οικοσυστημάτων, μέχρι το επίπεδο του τοπίου, όπου κι αν βρίσκονται αυτές οι δομές, δηλαδή στην ξηρά, στο νερό ή στον αέρα, καθώς και τον τρόπο έκφρασης αυτής της ποικιλίας σε χωρική και χρονική κλίμακα»

Η Βιοποικιλότητα (ή βιολογική ποικιλότητα) συχνά συγχέεται με μια καταγραφή των ειδών ή των ποικιλιών. Όμως είναι έννοια πολύ ευρύτερη και πολύ πλουσιότερη, αφού αφορά την ποικιλία της ζωής σε όλες τις μορφές και σε όλα τα επίπεδα οργάνωσης. Με μία φράση, η βιοποικιλότητα είναι οι «διαφορετικές δομές με τις οποίες εκφράζεται η ζωή στα διαφορετικά επίπεδα οργάνωσής της, από το γενετικό, το επίπεδο των ειδών, το επίπεδο των οικοσυστημάτων, μέχρι το επίπεδο του τοπίου, όπου κι αν βρίσκονται αυτές οι δομές, δηλαδή στην ξηρά, στο νερό ή στον αέρα, καθώς και τον τρόπο έκφρασης αυτής της ποικιλίας σε χωρική και χρονική κλίμακα».

Η Ελλάδα περιλαμβάνει από τις υψηλότερες στον πλανήτη πυκνότητες βιοποικιλότητας σε αναλογία προς την έκτασή της. Αυτό οφείλεται στην πολύπλοκη γεωγραφία και μορφολογία της, αλλά και στη γεωλογική της ιστορία. Την εποχή των παγετώνων, στη Νότια Ελλάδα διασώθηκαν πολλοί οργανισμοί που κατέβαιναν απ' το Βορά «κυνηγημένοι» από το κρύο. Γι' αυτό το λόγο, ο βιολογικός μας πλούτος έχει και μεγάλα ποσοστά φυτών, εντόμων, ψαριών, κλπ που υπάρχουν μόνο εδώ και πουθενά αλλού στον κόσμο (ενδημικά). Η Ελλάδα αποτελεί για την Ευρωπαϊκή χλωρίδα και πανίδα ένα από τα σημαντικότερα καταφύγια πολλών απειλούμενων, κινδυνευόντων και σπάνιων ειδών.

Έτσι, για την Ελλάδα η προστασία του βιολογικού πλούτου δεν είναι μόνο ζήτημα αλληλεγγύης προς τις επόμενες γενιές αλλά και αλληλεγγύης προς τον υπόλοιπο κόσμο.

Ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της βιοποικιλότητας είναι η αγροτική (αγροβιοποικιλότητα). Που αφορά την ποικιλία και την παραλλακτικότητα των ζωντανών οργανισμών που συνεισφέρουν ή σχετίζονται με τη διατροφή και τη γεωργία (με την ευρεία της έννοια). Για να καταλάβουμε καλύτερα το εύρος της, ίσως αξίζει να την ορίσουμε ως τη βιοποι-

Η Ελλάδα αποτελεί για την Ευρωπαϊκή χλωρίδα και πανίδα ένα από τα σημαντικότερα καταφύγια πολλών απειλούμενων, κινδυνευόντων και σπάνιων ειδών



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

κιλότητα που υπάρχει στα αγροτικά τοπία. Και να σκεφτούμε ότι από το σύνολο της στεριάς του πλανήτη, το 27% καλλιεργείται και το 40% βόσκειται. Δηλαδή, πάνω από το 65% της στεριάς είναι αγροτικά τοπία, που δέχονται κάποια διαχείριση σχετική με τη γεωργία.

Σε αυτά τα τοπία, η βιοποικιλότητα «σχεδιάζεται», τουλάχιστον εν μέρει. Οι αγρότες επιλέγουν τα καλλιεργούμενα φυτά και τα εκτρεφόμενα ζώα. Για διατροφή ανθρώπων και ζώων, για ίνες, για τις χημικές τους ιδιότητες (φαρμακευτικές, αρωματικές, φυτοπροστατευτικές, παραγωγής χρωμάτων, κ.ά.), για ξυλεία, για παραγωγή καυσίμων.

Οι επιλογές αυτές είναι πολύ σημαντικές, αφού ένα σημαντικό κομμάτι του βιολογικού πλούτου είναι όλες εκείνες οι ποικιλίες φυτών και οι φυλές ζώων που η χρήση τους έρχεται από το μακρινό παρελθόν. Οι παραδοσιακές ή ντόπιες ποικιλίες καλλιεργούμενων φυτών και οι αυτόχθονες φυλές αγροτικών ζώων. Που η διατήρησή τους, η επιβίωσή τους, μας είναι απαραίτητη για να κρατήσουμε τα πολύτιμα, προσαρμοσμένα στο κλίμα και τις συνθήκες μας, χαρακτηριστικά τους. Και είναι κρίμα που η σύγχρονη παραγωγή, με τις απαιτήσεις των αγορών (εμφάνιση, ομοιομορφία, ανθεκτικότητα στη συντήρηση) έχουν οδηγήσει ήδη πολλές από αυτές στην εξαφάνιση.

Όμως οι αγρότες διαχειρίζονται, επιπλέον, την ανάπτυξη ειδών που αποτελούν δείκτες (π.χ. τριανταφυλλίες στους αμπελώνες), ή παγίδες παθογόνων (π.χ. κατιφέδες στις τομάτες), ή μέσα μηχανικής προστασίας (π.χ. ανεμοφράκτες), ή ενδιαιτήματα ωφέλιμων ειδών (π.χ. φυτοφράκτες), ή επικονιαστές (π.χ. μέλισσες), ή μέσα βελτίωσης της γονιμότητας του εδάφους (π.χ. χλωρές λιπάνσεις), κ.ά. Εξάλλου, με τη βόσκηση, με τη συλλογή αυτοφυών φυτών και άγριων μανιταριών, καθώς και με το κυνήγι ή τη συλλογή άγριων ζώων, ασκείται επιλεκτική εξελικτική πίεση σε συγκεκριμένα άγρια είδη. Μια διαχείριση που είναι εν πολλοίς συνειδητή, δηλαδή «σχεδιασμένη».

Η αγροβιοποικιλότητα περιλαμβάνει λοιπόν τη «σχεδιασμένη» βιοποικιλότητα του αγροτικού τοπίου, εντός ή εκτός των στενών ορίων των αγροτικών εκμεταλλεύσεων. Αλλά περιλαμβάνει και όλη τη «συσχετιζόμενη» με αυτήν βιοποικιλότητα, όλα τα είδη που εξαρτώνται ή αλληλεπιδρούν με τις αγροτικές εκμεταλλεύσεις. Είδη που είναι αυτόχθονα

Η αγροβιοποικιλότητα περιλαμβάνει λοιπόν τη «σχεδιασμένη» βιοποικιλότητα του αγροτικού τοπίου, εντός ή εκτός των στενών ορίων των αγροτικών εκμεταλλεύσεων



Η αγροβιοποικιλότητα είναι ό,τι είναι όμορφο, παλλόμενο, ζωντανό και μυστήριο, στη σχέση που αναπτύξαμε με τη γη για να τραφούμε, να ντυθούμε και να ζήσουμε

ή εποικίζουν τις αγροτικές εκμεταλλεύσεις, είδη της άγριας χλωρίδας και πανίδας σε παρακείμενες φυσικές περιοχές, είδη στα δάση και τους βοσκοτόπους. Θηλαστικά, πουλιά, ερπετά, έντομα, μύκητες και βακτήρια, εδαφική χλωρίδα και πανίδα, κ.ά. Και –αξίζει να σημειωθεί– η αγροβιοποικιλότητα περιλαμβάνει κι ό,τι έχει σχέση με την αλιεία, τις υδατοκαλλιέργειες και τους υγροτόπους, αν και σε τούτο το σημείωμα σκόπιμα αφήνουμε στην άκρη αυτή την «υδάτινη» διάσταση.

Πώς να μιλήσει λοιπόν κανείς για μία τόσο αχανή έννοια; Πολύ θα θέλαμε, ίσως, να είναι πιο απλά τα πράγματα, να μπορούσαμε να ξεχωρίσουμε τα δάση από τους βοσκοτόπους, τα χωράφια απ' τις παρόχθιες ζώνες, τ' αγριογούρουνα από τις καλλιέργειες καλαμποκιού. Όμως η πραγματικότητα δεν είναι αυτή – ευτυχώς. Η αγροβιοποικιλότητα είναι ό,τι είναι όμορφο, παλλόμενο, ζωντανό και μυστήριο, στη σχέση που αναπτύξαμε με τη γη για να τραφούμε, να ντυθούμε και να ζήσουμε.

Και έχει εξαιρετική και απολύτως απαραίτητη για τον άνθρωπο «χρησιμότητα». Συντελεί σε όλες τις λειτουργίες της φύσης, μας παρέχει αυτό που η σύγχρονη ορολογία ονομάζει «οικοσυστημικές υπηρεσίες». Όπως η συλλογή και το φιλτράρισμα του νερού της βροχής. Ή η προστασία από πλημμύρες. Ή η παραγωγή οξυγόνου. Ή ακόμα η σταθερότητα της αγροτικής παραγωγής και των φυσικών οικοσυστημάτων.

Όμως η αγροβιοποικιλότητα έχει δύο ιδιαιτερότητές σε σχέση με την υπόλοιπη βιοποικιλότητα.

Αφενός, βρίσκεται σε όλη εκείνη τη «γκρίζα ζώνη» μεταξύ του «ανέγγιχτου» φυσικού και του εντελώς τεχνητού περιβάλλοντος. Δηλαδή είναι τόσο διάχυτη που δεν μπορεί γενικά να διατηρηθεί με μέτρα περιορισμού σε λίγες καθορισμένες περιοχές απόλυτης προστασίας όπως τα πάρκα και οι δρυμοί (αν και τέτοιες επιλογές είναι χρήσιμες σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως για τη διατήρηση παραδοσιακών ποικιλιών).

Αφετέρου, διαφοροποιείται καθημερινά και διαμορφώνεται από άπειρες ατομικές επιλογές και αποφάσεις αγροτών και κατοίκων της υπαίθρου. Η αγροβιοποικιλότητα όπως την ξέρουμε σήμερα έχει διαμορφωθεί από τις πρακτικές και γνώσεις των αγροτικών κοινωνιών του παρελθόντος.

Η αγροβιοποικιλότητα όπως την ξέρουμε σήμερα έχει διαμορφωθεί από τις πρακτικές και γνώσεις των αγροτικών κοινωνιών του παρελθόντος.



Βέβαια, οι γεωργικές πρακτικές πάντα είχαν στόχο την απλοποίηση της φύσης σε κάποιον καθορισμένο χώρο, ώστε να ωφεληθούν τα συγκεκριμένα είδη φυτών και ζώων που θέλει ο άνθρωπος, με την παροχή σε αυτά περισσότερων θρεπτικών στοιχείων, νερού και ηλιακής ενέργειας. Όμως τα παραδοσιακά αγροτικά συστήματα περιορίζονταν από τη διαθεσιμότητα ενέργειας και μέσων λίπανσης και φυτοπροστασίας. Έτσι αναπτύχθηκαν σε μικρή αναλογικά έκταση, σεβόμενα και αξιοποιώντας τους κύκλους της φύσης, δίνοντας τόπο στην αγροβιοποικιλότητα.

Η σύγχρονη γεωργία, με επάρκεια τεχνολογικών βοηθημάτων και φτηνής ενέργειας, προσανατολισμένη στην αγορά και το παγκόσμιο εμπόριο, δεν έχει τέτοιους περιορισμούς. Και γι' αυτό φαίνεται πως κατευθύνεται στην πλήρη απλοποίηση των αγροτικών οικοσυστημάτων (π.χ. εκτεταμένες μονοκαλλιέργειες, αποκλειστικά σταυλισμένες εκτροφές, κ.ά.). Όμως η απώλεια αγροβιοποικιλότητας στην παγκόσμια έκταση που συμβαίνει σήμερα, είναι πολύ επικίνδυνη, ιδιαίτερα λόγω της ρευστής κατάστασης που δημιουργεί η κλιματική αλλαγή.

Λύσεις στην κατεύθυνση προστασίας της αγροβιοποικιλότητας υπάρχουν. Όπως η λεγόμενη «λειτουργική» βιοποικιλότητα (π.χ. η εισαγωγή ωφέλιμων εντόμων ή η πιο γοητευτική αξιοποίηση των σχέσεων – συνεργασίας ή αλληλοπάθειας – μεταξύ διαφόρων ειδών φυτών). Ή όπως ο επαναπροσανατολισμός της πολιτικής επιδοτήσεων προς τη χρηματοδότηση των πρακτικών που προστατεύουν τη βιοποικιλότητα (δηλαδή στην ακριβώς αντίθετη απ' την κατεύθυνση που έχει έως σήμερα).

Ίσως όμως το σημαντικότερο μέτρο που χρειάζεται, να είναι η ενσωμάτωση του κόστους απώλειας αγροβιοποικιλότητας στην τιμή των αγροτικών προϊόντων. Γιατί όσο η τιμή του σταριού είναι η ίδια, είτε παράγεται στην αποψιλωμένη Θεσσαλία είτε σε χωράφια με βελανιδιές στην Κοζάνη, θα υπάρχει κίνητρο για τους αγρότες της δεύτερης να κόβουν τα δέντρα, για να μειώσουν τα κόστη παραγωγής. Κι όσο η τιμή των συμβατικών προϊόντων είναι στα ράφια χαμηλότερη από αυτή των προϊόντων βιολογικής γεωργίας (που σέβεται περισσότερο την αγροβιοποικιλότητα) θα υπάρχει πάντα κίνητρο για την προτίμηση των πρώτων και για την περαιτέρω απλοποίηση των αγρο-οικοσυστημάτων.

Αν υπάρχει κάτι που αξίζει πάντα να θυμόμαστε, είναι αυτό: η μείωση της αγροβιοποικιλότητας ξεκινάει από τα ράφια των καταστημάτων. Και τελικά, η αγροβιοποικιλότητα διαμορφώνεται καθημερινά από άπειρες ατομικές επιλογές και αποφάσεις καταναλωτών και κατοίκων της πόλης. Αν θέλουμε μια καλλιεργούμενη φύση ζωντανή και πολύπλοκη, χρειάζονται βοηθητικές αγροτικές πολιτικές. Αλλά χρειάζεται και να ψηφίζουμε γι' αυτό με τα πιρούνια μας...



Αν υπάρχει κάτι που αξίζει πάντα να θυμόμαστε, είναι αυτό: η μείωση της αγροβιοποικιλότητας ξεκινάει από τα ράφια των καταστημάτων

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΑΤΤΙΚΗΣ



Κιν.: 6944.025.788

E-mail: info@crohnhellas.gr

Ιστοσελίδα Συλλόγου:

<http://www.crohnhellas.gr>



Τροφικές Δηλητηριάσεις

Το καλοκαίρι, εξαιτίας της αυξημένης θερμοκρασίας, αυξάνεται και ο κίνδυνος των τροφικών δηλητηριάσεων. Με ποιο τρόπο, όμως, εκδηλώνονται οι τροφικές δηλητηριάσεις, ποια τα κυρίαρχα συμπτώματα, ποια τα πιο επικίνδυνα τρόφιμα και τι πρέπει να κάνουμε σε περίπτωση που πάθουμε μια τροφική δηλητηρίαση;



Οι μικροοργανισμοί που ευθύνονται για το μεγαλύτερο μέρος των τροφικών δηλητηριάσεων είναι ο σταφυλόκοκκος, η σαλμονέλα, το εντεροβακτήριο, το κλοστρίδιο, η λιστέρια κά

Πως εκδηλώνονται οι τροφικές δηλητηριάσεις;

Οι τροφικές δηλητηριάσεις εκδηλώνονται όταν τοξικές ουσίες μπουν στον ανθρώπινο οργανισμό δια μέσου της τροφής. Οι ουσίες αυτές μπορεί να βρίσκονται είτε εκ' φύσεως στο τρόφιμο (πχ. ορισμένα ήδη μανιταριών) ή να έχουν παραχθεί από μικροοργανισμούς οι οποίοι προϋπήρχαν στο τρόφιμο και λόγω, συνήθως, της κακής συντήρησής του, αναπτύχθηκαν σε μεγάλο βαθμό. Τέλος, τροφική δηλητηρίαση μπορεί να προκληθεί και από την ίδια την τοξική δράση μικροοργανισμών ή ιικών σωματιδίων στον οργανισμό μας, τα οποία βρίσκονται σε τρόφιμα που καταναλώσαμε. Οι μικροοργανισμοί που ευθύνονται για το μεγαλύτερο μέρος των τροφικών δηλητηριάσεων είναι ο σταφυλόκοκκος, η σαλμονέλα, το εντεροβακτήριο, το κλοστρίδιο, η λιστέρια κά

Ποια τα συμπτώματα των τροφικών δηλητηριάσεων;

Τα συμπτώματα της τροφικής δηλητηρίασης ποικίλουν και εξαρτώνται από το είδος του μικροοργανισμού ή της τοξικής ουσίας που προσβάλλει τον οργανισμό. Συνήθως εκδηλώνονται 2 με 6 ώρες μετά την κατανάλωση της «ύποπτης» τροφής ενώ πιο σπάνια μπορεί να εκδηλωθούν μόλις μισή ώρα μετά ή ακόμη μπορεί να μεσολαβήσουν και εβδομάδες μέχρι την εκδήλωση των συ-

μπτωμάτων. Στα συνήθη συμπτώματα περιλαμβάνονται: πυρετός, κεφαλαλγία, μυαλγίες, έντονη εφίδρωση, κοιλιακός πόνος, ναυτία, εμετοί, ανορεξία και διάρροιες. Η ένταση των συμπτωμάτων εξαρτάται τόσο από το είδος της τοξίνης ή του μικροοργανισμού όσο και από την ποσότητα που καταναλώσαμε. Τις περισσότερες φορές τα συμπτώματα διαρκούν ένα με δύο 24ωρα και ο οργανισμός αναρρώνει χωρίς να υπάρξει ανάγκη ιατρικής περίθαλψης. Ωστόσο, σε περιπτώσεις που εμφανίζεται σοβαρή διάρροια, επανειλημμένοι εμετοί, πολύ υψηλός πυρετός και επίμονος κοιλιακός πόνος σε συνδυασμό με αίμα στα κόπρανα απαιτείται άμεση ιατρική επέμβαση.

Ποια τα πιο επικίνδυνα τρόφιμα;

Στα τρόφιμα που προκαλούν συχνότερα τροφικές δηλητηριάσεις συγκαταλέγονται τα μη παστεριωμένα γαλακτοκομικά, το κρέας, το μολυσμένο νερό, τα πουλερικά, τα αυγά, τα ωμά λαχανικά, τα θαλασσινά, τα κονσερβοποιημένα τρόφιμα και το ξαναζεσταμένο φαγητό.

Σε ποιους παράγοντες οφείλεται συνήθως η εκδήλωση της τροφικής δηλητηρίασης;

Η κακή συντήρηση των τροφίμων, μολυσμένες πρώτες ύλες, μη επαρκές μαγείρεμα με αποτέλεσμα να μην σκοτώνονται πιθανοί ανεπιθύμητοι μικροοργανισμοί που

Κατά τη συντήρηση των τροφίμων, διατηρήστε το ωμό κρέας, ψάρι και τα πουλερικά στην ψύξη για 1 έως το πολύ 2 με 3 μέρες, εναλλακτικά τοποθετήστε τα στην κατάψυξη

υπάρχουν στο τρόφιμο και ανεπαρκείς συνθήκες υγιεινής είναι οι κυριότεροι παράγοντες που οδηγούν στην πρόκληση τροφικών δηλητηριάσεων. Ιδιαίτερα τώρα το καλοκαίρι και την άνοιξη, όπου η αυξημένη θερμοκρασία συνδράμει στην ταχεία ανάπτυξη μικροοργανισμών, η κακή συντήρηση των τροφίμων (πχ. μη τοποθέτηση μαγειρεμένου φαγητού στο ψυγείο και παραμονή του σε θερμοκρασία δωματίου) είναι ένας από τους σημαντικότερους λόγους πρόκλησης δηλητηριάσεων. Επίσης, τα ταξίδια που κάνουμε κατά τις καλοκαιρινές μας διακοπές συχνά καταλήγουν σε δηλητηριάσεις, δεδομένου ότι είτε εμείς οι ίδιοι δεν τηρούμε τους κανόνες υγιεινής (συχνό πλύσιμο των χεριών) είτε οι συχνές μετακινήσεις δεν μας επιτρέπουν να γνωρίζουμε την ποιότητα των υπηρεσιών που μας παρέχονται από τα σημεία πώλησης τροφίμων, ιδιαίτερα σε ξένα κράτη.



Συμβουλές για προφύλαξη από τροφικές δηλητηριάσεις.

Φυσικά, όπως ισχύει και σε όλες τις ασθένειες, η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη. Η αποφυγή κατανάλωσης μολυσμένου νερού, μη παστεριωμένων γαλακτοκομικών προϊόντων, μη καλά συντηρημένων και μαγειρεμένων τροφίμων, καθώς και η εφαρμογή των κανόνων υγιεινής κατά το χειρισμό των τροφίμων καθίστανται πρωταρχικής σημασίας για την πρόληψη των τροφικών δηλητηριάσεων. Παρακάτω δίδονται κάποιες βασικές οδηγίες όσον αφορά την συντήρηση, αποθήκευση, προετοιμασία του φαγητού αλλά και αγορά τροφίμων.

Κατά τη συντήρηση των τροφίμων, διατηρήστε το ωμό κρέας, ψάρι και τα πουλερικά στην ψύξη για 1 έως το πολύ 2 με 3 μέρες, εναλλακτικά τοποθετήστε τα στην κατάψυξη. Κρατήστε τις ωμές τροφές μακριά από τις μαγειρεμένες στην ψύξη. Τηρείτε τις συνθήκες υγιεινής στο ψυγείο σας κάνοντας συχνό καθαρισμό.

Κατά την προετοιμασία του φαγητού, φροντίστε να πλένετε καλά τα χέρια σας με ζεστό νερό και σαπούνι, τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας, ιδιαίτερα σε περίπτωση που πιάσετε ωμό κρέας, πουλερικά, ψάρια και αυγά. Πλένετε επιμελώς τα φρούτα και τα λαχανικά που πρόκειται να καταναλώσετε και πετάξτε αλλοιωμένα κομμάτια. Μαγειρέψτε σε υψηλή θερμοκρασία και για αρκετό χρόνο τρόφιμα όπως το κρέας, το κοτόπουλο και τα αυγά. Επιπλέον, τα μαγειρεμένα τρόφιμα θα πρέπει να μπαίνουν κατευθείαν στο ψυγείο σε περίπτωση που δεν πρόκειται να καταναλωθούν άμεσα. Τέλος, δεν θα πρέπει να αναμειγνύετε σε καμία περίπτωση νωπό κρέας, πουλερικά και ψάρια μαζί με μαγειρεμένα τρόφιμα και νωπά λαχανικά και φρούτα, ενώ οι επιφάνειες κοπής και τα διάφορα άλλα σκεύη θα πρέπει να πλένονται επιμελώς μετά από κάθε χρήση και ιδιαίτερα όταν έχουν χρησιμοποιηθεί για νωπό κρέας, ψάρια και πουλερικά.



Μαγειρέψτε σε υψηλή θερμοκρασία και για αρκετό χρόνο τρόφιμα όπως το κρέας, το κοτόπουλο και τα αυγά

Κατά την αγορά έτοιμων τροφίμων, δώστε σημασία στους κανόνες υγιεινής που τηρούνται στο κατάστημα από το οποίο προμηθεύεστε τα γεύματά σας. Προτιμήστε καταστήματα που οι πωλητές φοράνε γάντια μιας χρήσεως, ενώ φυσικά δίδουν ιδιαίτερη προσοχή όταν πιάνουν χρήματα να μην ακουμπάνε με το ίδιο χέρι τα τρόφιμα. Επίσης, θα πρέπει τα τρόφιμα να είναι τοποθετημένα έτσι ώστε να μην τα πιάνουν οι πελάτες αλλά και να μην εκτίθενται στη σκόνη και στα έντομα. Στα συσκευασμένα τρόφιμα θα πρέπει να ελέγχεται η ημερομηνία λήξης του προϊόντος. Τέλος, αποφύγετε να προμηθεύεστε τρόφιμα τα οποία δεν συντηρούνται στο ψυγείο και περιέχουν ωμά αυγά (πχ μαγιονέζα), αλλαντικά, κρέας, ψάρι και πουλερικά.

Για την περίπτωση που βρίσκεστε σε ταξίδι ή διακοπές φροντίστε να μην καταναλώνετε ωμά, μισοψημένα τρόφιμα ή μαγειρεμένα τρόφιμα από πλανόδιους πωλητές, αλλά και μη παστεριωμένα γαλακτοκομικά προϊόντα, πλένετε συχνά τα χέρια σας, ξεφλουδίζετε πάντα τα φρούτα εάν δεν γνωρίζετε ότι είναι σωστά πλυμένα, καταναλώστε εμφιαλωμένα ποτά και νερά και αποφύγετε τα παγάκια που παρασκευάζονται από κοινό νερό ή είναι αμφιβόλου προελεύσεως.

Τι δεν πρέπει να φάμε ή να πιούμε αν αρρωστήσουμε;

Για τις πρώτες ημέρες εκδήλωσης μιας τροφικής δηλητηρίασης συστήνεται μια πολύ προσεγμένη διατροφή, με μικρά συχνά γεύματα τα οποία να περιέχουν τρόφιμα τα οποία δεν ερεθίζουν τον γαστρεντερικό βλεννογόνο και δεν επιδεινώνουν τα συμπτώματα. Γι' αυτό θα πρέπει να

προτιμώνται τροφές εύπεπτες, χωρίς φυτικές ίνες. Τέτοιες τροφές είναι ο λαπάς, η πατάτα, το φιδέ, η φρυγανιά με λίγο τυρί άπαχο, οι σούπες με ρύζι, πουρές πατάτας (χωρίς λιπαρά & γάλα) κλπ, ενώ αντίθετα θα πρέπει να αποφεύγονται για τις πρώτες ημέρες αλλά και μέχρι την πλήρη ανάρρωση του ασθενούς το γάλα, το γιαούρτι, τα δημητριακά ολικής άλεσης, τα ωμά λαχανικά και τα φρέσκα φρούτα. **Αφού ο ασθενής ξεπεράσει τα πρώτα ένα με δύο 24ώρα** μπορεί να καταναλώσει μπιφτέκι χωρίς καρυκεύματα, κοτόπουλο, ψάρι άπαχο και κρέας αλλά και τις σούπες τους χωρίς πολλά λαχανικά και μπαχαρικά μέχρι την πλήρη ανάρρωση. Όταν ο ασθενής νιώσει καλύτερα συστήνεται να προσθέσει στη διατροφή του τα βραστά λαχανικά (κολοκύθια, κλπ), κομπόστες φρούτων, και κάποια επεξεργασμένα δημητριακά μέχρις ότου θα είναι πια σε θέση να επανέλθει στην φυσιολογική, προ της δηλητηρίασης, διατροφή του.



Γενετική & εξατομικευμένη διατροφή:

Άλλη μια υπόσχεση
της τεχνολογικής προόδου;

«το φάρμακό σου
είναι η τροφή σου
και η τροφή σου
το φάρμακό σου»

Ιπποκράτης



Η έκφραση γονιδίων που σχετίζονται με τις διαδικασίες της φλεγμονής, της γήρανσης, της κατάθλιψης, φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά και σε περισσότερα του ενός επίπεδα από τα θρεπτικά συστατικά

Για πολλούς αιώνες η διατροφή του ανθρώπου ρυθμιζόταν από τους νόμους της διαθεσιμότητας, το ανθρώπινο είδος είχε προσαρμοστεί και η επιβίωσή του αποτελεί την καλύτερη επιβεβαίωση της προσαρμογής.

Για πρώτη φορά στη στις αρχές του 20ου αιώνα η βιομηχανική εποχή βρήκε τους τρόπους και τα μέσα να εξασφαλίσει διατροφική επάρκεια στη δυτική κοινωνία γεγονός που, χρονικά τουλάχιστον, συμπίπτει με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Παρόλα αυτά ήδη από το 1935 φάνηκε ότι οι τρόποι αυτοί αμφισβητούνται όταν ο Jean Bogert μιλούσε για ένα τεράστιο διατροφικό πείραμα στο οποίο σύρονται οι βιομηχανικές κοινωνίες.

Δεν άργησαν να διατυπωθούν συσχετίσεις της διατροφής με την υγεία και τα χρόνια νοσήματα. Μάλιστα οι συσχετίσεις σταθερά προκύπτουν από τις μελέτες σύγκρισης της δυτικής διατροφής με τη διατροφή πληθυσμών προσηλωμένων στα παραδοσιακά τους πρότυπα, όπως αυτά είχαν διαμορφωθεί από τις εποχές που οι επιλογές ρυθμιζόταν με βάση τη διαθεσιμότητα.

Το επόμενο βήμα ήταν να διατυπωθούν Διατροφικές Συστάσεις που έχουν κυρίως το νόημα να συστήνουν περιορισμένες προσλήψεις σε διατροφικά συστατικά που προσφέρονται σε αφθονία μέσω της δυτικής διατροφής.

Οι Συστάσεις αυτές είναι βασισμένες σε επιδημιολογικά δεδομένα που συσχετίζουν θρεπτικά συστατικά με χρόνια νοσήματα και απευθύνονται σε όλους γενικά γιατί η κλασική έρευνα στη βιοχημεία, τη μοριακή βιολογία και την επιστήμη της διατροφής ξεκινά με την αποδοχή ότι ως μέλη του ανθρώπινου είδους είμαστε γενετικά όμοιοι. Και πράγματι τα αποτελέσματα της μελέτης του ανθρώπινου γονιδιώματος έδειξαν ότι το γενετικό υλικό των ανθρώπων κατά 99,9% είναι όμοιο στον καθένα. Η ποικιλία όσον αφορά τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά προκύπτει από το 0,1% του γενετικού υλικού μας. Τα χαρακτηριστικά που δημιουργούν προδιαθέσεις για διάφορες ασθένειες προκύπτουν από αυτό το ποσοστό. Η γενετική ποικιλία μεταξύ των ατόμων είναι πιθανόν να έχει καθοριστική σημασία στις διαφορές που καταγράφονται όσον αφορά τις διατροφικές απαιτήσεις. Τα θρεπτικά συστατικά είναι δυνατόν να έχουν διαφορετική επίδραση στα άτομα ανάλογα με την ποικιλομορφία συγκεκριμένων γονιδίων. Συνεπώς, γίνεται φανερό ότι διατροφικές συστάσεις θα ήταν πιο αποτελεσματικές αν λάμβαναν υπόψιν τις γονιδιακές ποικιλομορφίες και τις διαφορές στο φαινότυπο που προκύπτουν από αυτές.

Παρόλο που η γενετική συχνά παραγνώριζε την επίδραση του περιβάλλοντος στην έκφραση των γονιδίων, κατά τη διερεύνηση της έκφρασης αυτών των γονιδίων σε σχέση

ο βαθμός στον οποίο η διατροφή επηρεάζει την ισορροπία μεταξύ υγείας και ασθένειας εξαρτάται από το γενετικό προφίλ του ατόμου

με περιβαλλοντικούς παράγοντες αποδείχτηκε ότι τα συστατικά της τροφής είναι δυνατόν να επιδρούν άμεσα ή έμμεσα με το γενετικό υλικό, αναδεικνύοντας με τον τρόπο αυτό τη διατροφή ως έναν από τους κυριότερους περιβαλλοντικούς παράγοντες που επιδρούν στο γονιδίωμα.

Τα συστατικά της τροφής είναι δυνατόν να μεταβάλλουν τη γονιδιακή έκφραση μέσω ποικίλων μηχανισμών:

- Μπορεί να δρουν ως μόρια σύνδεσης με τους παράγοντες μεταγραφής των νουκλεϊνικών οξέων,
- Μπορεί να λειτουργούν ως μόρια ανίχνευσης και μεταβίβασης σημάτων που τροποποιούν την συμπεριφορά γονιδίων που σχετίζονται με τον μεταβολισμό
- Ή μπορεί να μεταβολίζονται από πρωτεΐνες ή δευτερεύοντα μεταβολικά μονοπάτια μεταβάλλοντας τις συγκεντρώσεις των υποστρωμάτων ή των ενδιάμεσων μεταβολιτών.

Η έκφραση γονιδίων που σχετίζονται με τις διαδικασίες της φλεγμονής, της γήρανσης, της κατάθλιψης, φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά και σε περισσότερα του ενός επίπεδα από τα θρεπτικά συστατικά.

Η μελέτη των μεταβολών που προκύπτουν στο φαινότυπο μέσω της αλληλεπίδρασης των γονιδίων και των προϊόντων τους με τα θρεπτικά συστατικά ονομάζεται 'nutrigenomics' (=διατροφή με βάση το γονιδίωμα).

Η βασική της αντίληψη συνοψίζεται στα εξής: ο βαθμός στον οποίο η διατροφή επηρεάζει την ισορροπία μεταξύ υγείας και ασθένειας εξαρτάται από το γενετικό προφίλ του ατόμου. Η μελέτη της αλληλεπίδρασης γονότυπου και θρεπτικών συστατικών απαιτεί τη χρησιμοποίηση τεχνολογίας που αφορά μοριακές τεχνικές και ερμηνείες σύνθετων δεδομένων ώστε να αναδειχτεί η προδιάθεση για συγκεκριμένο νόσημα σε ένα άτομο. Το άτομο αυτό

χαρακτηρίζεται ως άτομο υψηλού κινδύνου και ως τέτοιο θεωρείται ότι θα επωφεληθεί από συγκεκριμένες διατροφικές συστάσεις που σχετίζονται με το πρόβλημά του.

- **Κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις και σε ορισμένα άτομα η διατροφή μπορεί να συνιστά ένα σοβαρό παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση σημαντικού αριθμού ασθενειών.**
- **Τα θρεπτικά συστατικά μπορεί να επιδρούν στο ανθρώπινο γονιδίωμα είτε άμεσα είτε έμμεσα με αποτέλεσμα την τροποποίηση της έκφρασης ή της δομής των γονιδίων.**
- **Ο βαθμός στον οποίο η διατροφή επηρεάζει την ισορροπία μεταξύ υγείας και νόσου μπορεί να εξαρτάται από το γενετικό προφίλ ενός ατόμου.**
- **Μερικά γονίδια σχετιζόμενα με τη διατροφή (καθώς και οι φυσιολογικοί, κοινοί πολυμορφισμοί τους) φαίνεται να παίζουν ρόλο στην στην επίπτωση, την εκδήλωση, την εξέλιξη και την βαρύτητα χρόνιων ασθενειών.**
- **Διατροφική παρέμβαση βασισμένη στη γνώση των διατροφικών απαιτήσεων, της διατροφικής κατάστασης και του γονότυπου είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί για την πρόληψη την ανακούφιση και την θεραπεία της χρόνιας νόσου.**

Η τελική προσδοκία από την προσπάθεια αυτή είναι να δοθεί η δυνατότητα για εξατομικευμένες διατροφικές συστάσεις βασισμένες σε πληροφορίες που προκύπτουν από τη μελέτη του γονότυπου κάθε ατόμου (γενετικό προφίλ) με στόχο την πρόληψη συγκεκριμένων προβλημάτων υγείας στα οποία έχει εντοπισθεί προδιάθεση με τον τρόπο αυτό. Πιο απλά μπορεί **να εντοπισθεί η προδιάθεση για το νόσημα και με την κατάλληλη διατροφή να αποφύγουμε την εκδήλωσή του.**

Επί του παρόντος, οι προσπάθειες έχουν εστιαστεί στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων, του διαβήτη, της παχυσαρκίας, κάποιων μορφών καρκίνου, και της οστεοπόρωσης, επιλογές δικαιολογημένες από την επίπτωση των συγκεκριμένων προβλημάτων. Προσπάθειες γίνονται επίσης προς την κατεύθυνση νευρολογικών διαταραχών και φλεγμονωδών νοσημάτων.

Βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική εφαρμογή μιας εξατομικευμένης διατροφής βάσει αυτών των δεδομένων είναι **η πρώιμη γενετική διερεύνηση και η εφαρμογή της από τη βρεφική ηλικία**, αφού έχει γίνει αποδεκτό ότι εκεί βρίσκεται το κλειδί της υγείας κατά την ενήλικη ζωή.

Για την επίτευξη του στόχου αυτού υπάρχουν και συνεχώς τελειοποιούνται τεχνικές ανίχνευσης προδιάθεσης της νόσου με τη βοήθεια της γενετικής (SNPs, microarray techniques), της βιοχημείας (εντοπισμός πρώιμων δεικτών νόσου, μελέτη του ατομικού μεταβολικού προφίλ, metabolomics), και της πληροφορικής που αναλύει και αξιοποιεί πληροφορίες από πολλαπλές βάσεις δεδομένων.

Παράλληλα με την έντονη προσπάθεια που γίνεται για τη συλλογή στοιχείων και την τελειοποίηση των τεχνικών -και παρά την επισήμανση σημαντικών επιστημονικών αλλά και ηθικών και δεοντολογικών κενών- καταγράφεται και εκτεταμένη κλινική εφαρμογή τους.

Ήδη οργανωμένα -αλλά και λιγότερο οργανωμένα-, επιστημονικά -αλλά και όχι τόσο επιστημονικά- κέντρα αναλαμβάνουν γενετικό έλεγχο ατόμων με σκοπό να αποκαλύψουν κληρονομική προδιάθεση και να ρυθμίσουν με βάση τ' αποτελέσματα του ελέγχου το διαιτολόγιό τους. Παράλληλα, η βιομηχανία δείχνει ενδιαφέρον για επένδυση στον τομέα των νέων τροφίμων που η σύνθεσή τους θα καλύπτει τις ανάγκες του «προσωπικού διαιτολογίου»

Όλα δείχνουν ότι η υπόσχεση για υγεία και μακροβιότητα μέσω της διατροφής έχει βάσιμες προοπτικές να υλοποιηθεί. Παρόλα αυτά, θέματα σοβαρά, όπως **ο χειρισμός των γενετικών πληροφοριών, το κόστος της περίθαλψης, ο κίνδυνος της εμπλοκής σε καινούργιες διατροφικές περιπέτειες**, δεν έχουν λυθεί. Ο χειρισμός τους απαιτεί σύνεση και υπομονή ώστε να μην υποβαθμιστεί η όλη προσπάθεια σε άλλη μία εμπορική-καταναλωτική επιτυχία στο χώρο της υγείας σε βάρος της Υγείας.

Παράλληλα, η βιομηχανία δείχνει ενδιαφέρον για επένδυση στον τομέα των νέων τροφίμων που η σύνθεσή τους θα καλύπτει τις ανάγκες του «προσωπικού διαιτολογίου»



Τα σχήματα μάλλον θα πρέπει να δημιουργηθούν εξαρχής, αλλά είναι πολύ απλά!!!



Ο ρόλος των ασκήσεων δύναμης σε άτομα της τρίτης ηλικίας

Το ποσοστό του πληθυσμού των ηλικιωμένων ατόμων αυξάνεται συνεχώς. Το 2000, τα άτομα άνω των 65 ήταν περισσότερα από 400 εκατομμύρια σε όλο τον κόσμο, ενώ υπολογίζεται ότι θα αυξηθούν σε 1,5 δισεκατομμύριο το 2050. Από αυτούς, ένα ποσοστό 25% υπολογίζεται ότι θα είναι άνω των 80 χρονών. Η γήρανση επιδρά στην ελάττωση πολλών φυσικών ικανοτήτων (π.χ. ισορροπία, αντοχή, δύναμη κ.α.) που σχετίζονται με τον έλεγχο της στάσης του σώματος. Συγχρόνως, γνωρίζουμε πως η δύναμη, που είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τις λειτουργικές ικανότητες, μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας και μπορεί να φτάσει σε τέτοιο βαθμό, ώστε ένας ηλικιωμένος να μη μπορεί να ανταπεξέλθει σε απλές καθημερινές δραστηριότητες, όπως δουλειές στο σπίτι, να σηκώσει μια καρέκλα, ακόμα και να βγάλει τα σκουπίδια έξω. Η μειωμένη λειτουργική ικανότητα μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε ανάγκη για νοσηλεία στο σπίτι. Είναι σημαντικό καθώς ένα άτομο γεράνει, να διατηρεί τη δύναμή του σε ένα επίπεδο, διότι αποκτά ζωτική σημασία για την υγεία, τις λειτουργικές ικανότητες και την ικανότητα να ζει χωρίς βοήθεια. Αποτελεί λοιπόν κοινή παραδοχή πως απαιτείται μέριμνα και εύρεση μεθόδων για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτής της πληθυσμιακής ομάδας.

Η γήρανση ευθύνεται για ένα ένα αριθμό φυσιολογικών αλλαγών στο ανθρώπινο σώμα που περιλαμβάνει μείωση της αερόβιας ικανότητας και έχει μια χαρακτηριστική επίδραση στους σκελετικούς μύς με μείωση της μυϊκής μάζας, της δύναμης και της ταχύτητας συστολής. Παρατηρείται μείωση του ποσοστού σύνθεσης μικτών πρωτεϊνών των μυών σε ποσοστό 4-5% ανά δεκαετία με μείωση 3% της μυϊκής μάζας μετά τη τέταρτη δεκαετία της ζωής.

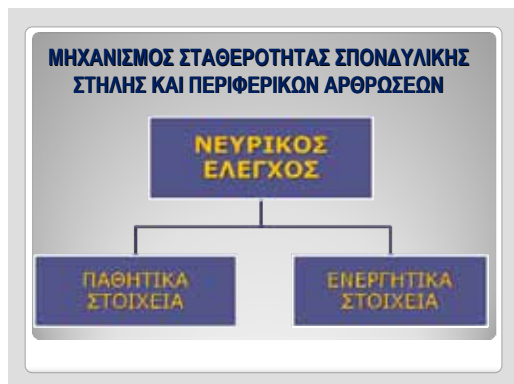
Στο νευρικό ιστό παρατηρείται απώλεια κινητικών νευρώνων στο νωτιαίο μυελό και εγκέφαλο, μείωση της ταχύτητας αγωγής του ερεθίσματος, αλλαγές στις νευρομυϊκές συνάψεις, τμηματική απομυελίνωση των κινητικών νευρώνων και μείωση του αριθμού των κινητικών μονάδων με αύξηση στο μέγεθός τους. Εξαρτάται από τους πρωτογενείς παράγοντες (γενετικοί), οι οποίοι δεν είναι δυνατό να επηρεαστούν, αλλά ούτε καν να κατανοηθούν πλήρως και από δευτερογενείς παράγοντες (περιβάλλον, άσκηση, διατροφή κ.α.). Στους δευτερογενείς αυτούς παράγοντες είναι που επεμβαίνουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας, και ανάμεσά τους οι φυσικοθεραπευτές.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ



Οι συνέπειες της γήρανσης που περισσότερο ενδιαφέρουν τους φυσικοθεραπευτές, είναι αυτές που λαμβάνουν χώρα στο μυϊκό ιστό κυρίως, αλλά και στο νευρικό ιστό, στον οστίτη και στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Το κατά πόσο ένας ηλικιωμένος μπορεί να ανταποκριθεί στις καθημερινές δραστηριότητες εξαρτάται από τρεις παράγοντες. Ο πρώτος είναι τα ενεργητικά στοιχεία (μυς), ο δεύτερος τα παθητικά (σύνδεσμοι, τένοντες, αρθρικοί θύλακοι) και τρίτος ο νευρικός έλεγχος.



Το καθένα λοιπόν στοιχείο πρέπει να λειτουργεί όσο το δυνατό καλύτερα π.χ οι μυς να έχουν ικανοποιητική δύναμη, αλλά και να μπορούν να συνεργάζονται μεταξύ τους. Παράδειγμα οι μυς δεν μπορούν να συσπαστούν σωστά αν δεν πάρουν σωστή εντολή από το Κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), αλλά ούτε το ΚΝΣ μπορεί να δώσει σωστές εντολές αν προηγουμένως δεν ενημερώνεται γρήγορα και με ακρίβεια από τους μυς, τους συνδέσμους και τους αρθρικούς θύλακους για τη θέση των αρθρώσεων (κιναισθησία και ιδιοδεκτικότητα). Οι τελευταίοι έχουν ειδικούς υποδοχείς που ενεργοποιούνται με την αλλαγή της θέσης των αρθρώσεων και στέλνουν το ερέθισμα στο ΚΝΣ. Η σωστή λοιπόν λειτουργία τους είναι βασικός παράγοντας σωστού ελέγχου του σώματος.

Οι ασκήσεις δύναμης, λοιπόν, είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας επιβράδυνσης των αρνητικών συνεπειών της γήρανσης. Με αυτές μειώνεται ο ρυθμός απώλειας της οστικής μάζας ώστε ο ηλικιωμένος να κινδυνεύει λιγότερο από οστεοπωρωτικά κατάγματα. Διατηρείται η μυϊκή μάζα, δύναμη και αντοχή με βελτίωση των κυτταρικών λειτουργιών του μυός. Βελτιώνουν την ιδιοδεκτικότητα και την κιναισθησία. Τα δυο αυτά στοιχεία είναι πολύ σημαντικά στην πρόληψη των πτώσεων και στη μείωση των τραυματισμών. Βελτιώνουν την ποιότητα του αρθρικού χόνδρου, μεσοσπονδυλίου δίσκου, των τενόντων και των συνδέσμων. Τα στοιχεία αυτά λόγω της κακής αγγείωσής τους τρέφονται από το αρθρικό υγρό με τη βοήθεια της κίνησης. Η πίεση και αποσυμπίεση που προκαλείται με την άσκηση ωθεί αρθρικό υγρό με θρεπτικά στοιχεία που περιέχει μέσα και έξω σε αυτούς τους

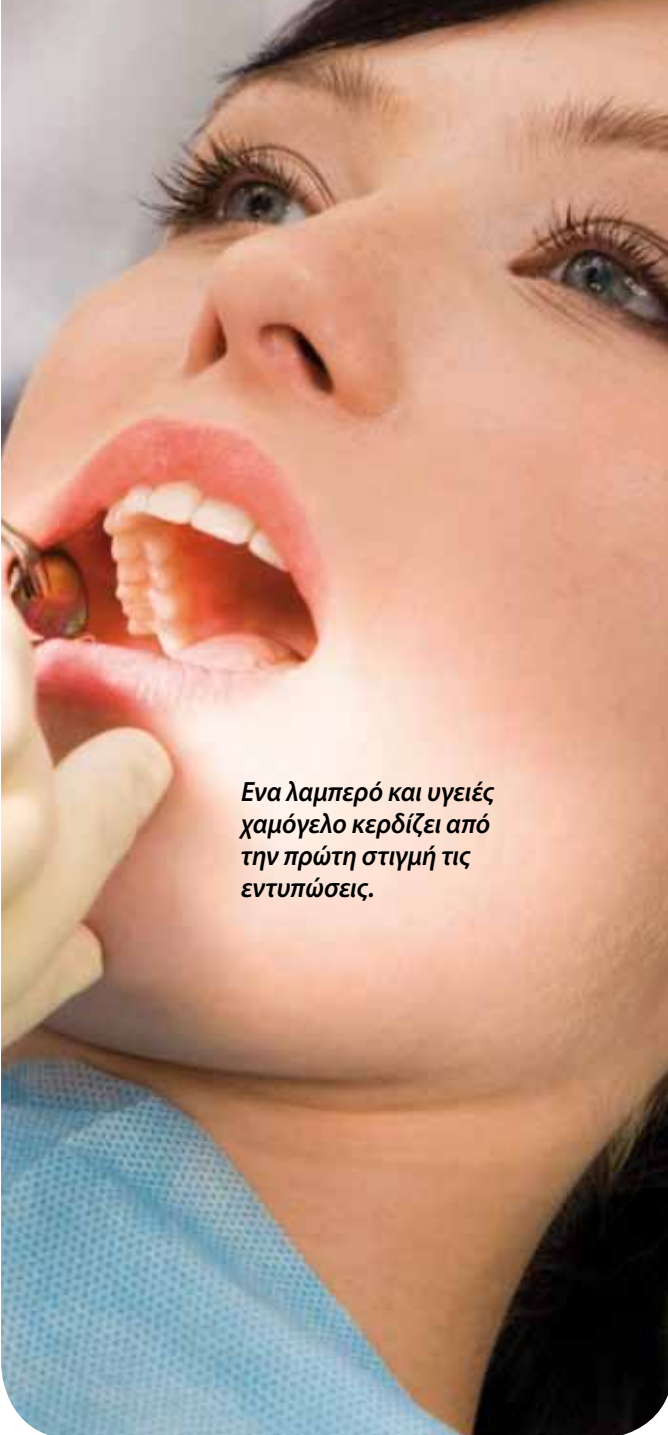
ιστούς, οι οποίοι συγκρατούν με αυτό τον τρόπο τις θρεπτικές ουσίες. Τα αποτελέσματα των ασκήσεων με αντιστάσεις είναι εντυπωσιακά στη βελτίωση της λειτουργικότητας. Παρατηρήθηκε αύξηση μέχρι και 48% της ταχύτητας βάδισης σε υπερήλικα άτομα 86-96 ετών, 28% στην ικανότητα ανάβασης σκάλας και 22% στην ικανότητα άρσης ενός αντικειμένου από το έδαφος μετά από πρόγραμμα 10 μηνών.

Η άσκηση δεν έχει όρια ηλικίας, αφού τα οφέλη είναι τεράστια σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Συνιστάται σε όλα τα ηλικιωμένα άτομα η άσκηση, με μόνη προϋπόθεση αυτή του ιατρικού ελέγχου, για τον απαραίτητο προσδιορισμό και την εκτέλεση του κατάλληλου τύπου άσκησης. Οι παρακάτω κατευθυντήριες οδηγίες δίδονται για το σχεδιασμό και την εκτέλεση ενός αποτελεσματικού και ασφαλούς προγράμματος άσκησης μυϊκής ενδυνάμωσης σε ηλικιωμένα άτομα. Οι οδηγίες αυτές προτείνονται από τους εγκυρότερους οργανισμούς στο χώρο των επιστημών της υγείας και της άσκησης, καθώς και από αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών.

- Το επίπεδο άσκησης πρέπει να είναι προσαρμοσμένο στο επίπεδο του ασκουμένου, λαμβάνοντας υπόψη τη φυσική κατάσταση και λειτουργικότητα του ηλικιωμένου.
- Πολύ καλή εκμάθηση της τεχνικής και αναπνοής (εκπνοή στη διάρκεια της προσπάθειας και εισπνοή στην επαναφορά) σε κάθε άσκηση.
- Η συχνότητα να είναι 2-3 φορές την εβδομάδα (όχι συνεχόμενες)
- Η ένταση της άσκησης να κυμαίνεται στο 70-80% της μέγιστης δυνατής έντασης και να εκτελούνται 2-3 σετ των 8-12 επαναλήψεων.
- Η εκτέλεση των ασκήσεων να περιλαμβάνει όλο το εύρος κίνησης των αρθρώσεων και η ταχύτητα να είναι αργή (διάρκειας 6 δευτερολέπτων).
- Πάντα να προηγείται προθέρμανση και στο τέλος αποθεραπεία.
- Οι ασκήσεις πρέπει να γίνονται πάντα με την παρουσία ειδικού (γυμναστή ή φυσικοθεραπευτή) με συνεχή παρακολούθηση της καρδιακής συχνότητας, αρτηριακής πίεσης και των αντιδράσεων των ασκουμένων.

Οι αλλαγές που επέρχονται στο μυϊκό ιστό με την πάροδο των χρόνων είναι ως ένα σημαντικό ποσοστό αναπόφευκτες. Η φυσικοθεραπεία επιχειρεί να προλάβει κατά το δυνατό ή να αναστρέψει τις επιπτώσεις του γήρατος στο νευρομυϊκό σύνολο κυρίως μέσω των προγραμμάτων άσκησης. Η συμμετοχή των ηλικιωμένων σε προγράμματα άσκησης συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της υγείας, στην ποιότητα ζωής και στη φυσική ανεξαρτησία τους.

Νέες προσεγγίσεις στον τομέα της στοματικής υγιεινής



Ένα λαμπερό και υγιές χαμόγελο κερδίζει από την πρώτη στιγμή τις εντυπώσεις.

Σε μια εποχή όπου ο άνεμος της ενημέρωσης και της πληροφόρησης πνέει σε όλα τα επίπεδα της καθημερινής μας ζωής και της επιστήμης, στον οδοντιατρικό τομέα οι πληροφορίες και οι γνώσεις που μας βομβαρδίζουν είναι πολλές. **Εμείς όμως οφείλουμε να γνωρίζουμε τις βασικές αρχές της στοματικής υγιεινής.**

Πρίν όμως επικεντρωθούμε στα μέσα και στις τεχνικές που χρησιμοποιούνται για να έχουμε καλή στοματική υγιεινή πρέπει να εξηγήσουμε την αναγκαιότητα της καθημερινής φροντίδας των δοντιών.

Από τη δεκαετία του '60, κλινικές έρευνες απέδειξαν ότι η συσσώρευση οδοντικής μικροβιακής πλάκας σε υγιή ούλα είχε ως αποτέλεσμα την πρόκληση ουλίτιδας και ότι μετά την αποκατάσταση της στοματικής υγιεινής, τα φλεγμονώδη ούλα επανέρχονταν στη φυσιολογική τους κατάσταση.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι το επόμενο στάδιο της ουλίτιδας, εάν αυτή δεν αντιμετωπιστεί, είναι η περιοδοντική νόσος, μία παθολογική κατάσταση στον παρακείμενο οδοντικό ιστό, η οποία μπορεί να μας οδηγήσει σε απώλεια δοντιών.

Τόσο η περιοδοντική νόσος όσο και η τερηδόνα οφείλονται στη παρουσία βακτηρίων, τα οποία παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη αυτών των δύο παθολογικών καταστάσεων.

Για το λόγο αυτό, η θεραπεία που έχει ως στόχο τη μικροβιακή απομάκρυνση της μικροβιακής οδοντικής πλάκας με τη χρήση διαφόρων τεχνικών στοματικής υγιεινής, έχει τεράστια σημασία για την πρόληψη και των δύο.

Όλες οι μέθοδοι, που αποσκοπούν στην αφαίρεση της οδοντικής πλάκας, έχουν ως αναγκαία προϋπόθεση το σωστό και συχνό βούρτσισμα και τον καθαρισμό ανάμεσα στα δόντια (τον μεσοδόντιο καθαρισμό).

- Το βούρτσισμα με απλή χειροκίνητη οδοντόβουρτσα είναι η συχνότερη δοκιμασμένη διαδικασία στοματικής υγιεινής σε όλο τον κόσμο, με θετικά αποτελέσματα στην απομάκρυνση οδοντικής πλάκας και στην πρόληψη και θεραπεία της ουλίτιδας.

Στην αγορά οι βιομηχανίες μάς βομβαρδίζουν συνεχώς και μας μπερδεύουν με νέα σχήματα οδοντόβουρτσας, που αποσκοπούν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας τους. Οι διαφορές, όμως, ανάμεσα τους είναι μηδαμινές έως ελάχιστες. **Αυτό που πρέπει να φροντίζουμε είναι η συχνή αλλαγή της οδοντόβουρτσάς μας** και αυτό συνίσταται να γίνεται κάθε έναν ή δύο μήνες, κάτι που εξαρτάται από τον τρόπο και τη συχνότητα χρήσης αυτής.

Αυτό που πρέπει κάποιος να προσέχει είναι η τεχνική που χρησιμοποιεί. Ακόμη κι εκεί υπάρχουν διάφορες παραλλαγές, οι οποίες έχουν όλες το ίδιο αποτέλεσμα. **Η συχνότητα βουρτσίσματος, που έχει καθιερωθεί, είναι δύο φορές την ημέρα, πρωί –βράδυ.**

- **Οι ηλεκτρικές οδοντόβουρτσες** αρχίζουν να γίνονται γνωστές σε όλο τον πληθυσμό. Στο παρελθόν επικρατούσε η άποψη ότι έχουν παραχθεί για συγκεκριμένη ομάδα ατόμων, όπως οι ηλικιωμένοι, άτομα με φυσική ή διανοητική υστέρηση και οι ορθοδοντικοί ασθενείς. Λόγω των νέων μοντέλων και της έρευνας που έχει γίνει σχετικά με την αποτελεσματικότητά αυτών, αποδεικνύονται ιδιαίτερα αποτελεσματικές για το σύνολο του πληθυσμού, ειδικά αυτές του δονούμενου-περιστρεφόμενου και του περιστρεφόμενου με επαναφορά τύπου, καθώς έχει αποδειχθεί η ικανότητά τους να μειώνουν την αιμορραγία ή τη φλεγμονή των ούλων με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα από τις κλασικές χειροκίνητες οδοντόβουρτσες.

Συμπληρωματικά με το βούρτσισμα θα πρέπει να καθαρίζονται οι περιοχές ανάμεσα στα δόντια (μεσοδόντιες περιοχές), οι οποίες δεν καθαρίζονται ικανοποιητικά με την οδοντόβουρτσα είτε την κλασική ή την ηλεκτρική, και για αυτό το σκοπό **υπάρχουν βοηθητικά μέσα όπως το νήμα και τα μεσοδόντια βουρτσάκια.** Το οδοντικό νήμα είναι κατάλληλο για τα στενά διαστήματα, ενώ τα μεσοδόντια βουρτσάκια χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με περιοδοντίτιδα, σε άτομα με ευρύτερα μεσοδόντια διαστήματα ή εκεί που υπάρχουν γέφυρες.

Κλείνοντας θα πρέπει να επισημάνουμε ότι το βασικότερο στη στοματική υγιεινή είναι η μηχανική απομάκρυνση της οδοντικής πλάκας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με το σωστό καθημερινό βούρτσισμα και ανεξάρτητα από την μάρκα οδοντόπαστας που θα χρησιμοποιηθεί - όλες έτσι και αλλιώς έχουν την ίδια χρήση εφόσον όλες περιέχουν το βασικό και ωφέλιμο συστατικό για την τερηδόνα, το φθόριο.

Η σωστή λοιπόν στοματική υγιεινή, η καθημερινή φροντίδα των δοντιών και η συχνή επίσκεψη στον οδοντίατρο αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την πρόληψη δυσάρεστων παθολογικών καταστάσεων και τη διατήρηση καλής στοματικής υγείας που είναι απαραίτητος παράγοντας για την ποιότητα της ζωής μας.

Συμπληρωματικά με το βούρτσισμα θα πρέπει να καθαρίζονται οι περιοχές ανάμεσα στα δόντια





- **Αναγνώστριά μας, 42 ετών, γράφει για το πρόβλημα δυσκοιλιότητας που αντιμετωπίζει. Από νεαρή ηλικία (20 ετών) αναφέρει κένωση περίπου κάθε 5 ημέρες με αποτέλεσμα ενδιάμεσα να αισθάνεται συχνά φούσκωμα και δυσφορία. Προσπαθεί να έχει μια διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες χωρίς όμως ιδιαίτερο αποτέλεσμα. Μας ρωτά εάν μπορεί να κάνει κάτι περισσότερο.**

Η χρόνια δυσκοιλιότητα απασχολεί ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού ιδίως των γυναικών. Τα αίτια της είναι πάρα πολλά, αν και στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι ιδιοπαθής. Αδρά διακρίνεται σε δυσκοιλιότητα οφειλόμενη σε καθυστέρηση διέλευσης του εντερικού περιεχομένου κατά μήκος του παχέος εντέρου και σε δυσκοιλιότητα οφειλόμενη σε δυσκολία αφόδευσης από τη στιγμή που το εντερικό περιεχόμενο είναι στο ορθό.

Στην πρώτη περίπτωση ο ασθενής καθυστερεί να έχει έπειξη προς αφόδευση ενώ στην δεύτερη περίπτωση έχει τακτικά έπειξη προς αφόδευση, αλλά δυσκολεύεται να την πραγματοποιήσει και ενίοτε ακολουθεί αίσθημα ατελούς κένωσης.

Η λήψη τροφής πλούσιας σε φυτικές ίνες συστήνεται (φρούτα, χόρτα, λαχανικά, όσπρια) αλλά δε βοηθά πάντα. Για το σκοπό αυτό κυκλοφορούν και διάφορα συμπληρώματα διατροφής εμπλουτισμένα με φυσικές ίνες. Στην περίπτωση που η λήψη φυτικών ινών δεν βοηθήσει προτείνεται λήψη φαρμακευτικής αγωγής (υπακτικών). Καλό είναι βέβαια να διενεργηθεί ο απαιτούμενος κλινικός και παρακλινικός έλεγχος προκειμένου να αποκλεισθούν συστηματικά αίτια τα οποία προκαλούν δυσκοιλιότητα. Τέτοια αίτια αφορούν ορισμένες ενδοκρινολογικές παθήσεις (π.χ. υποθυροειδισμός) και ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υποκαλιαιμία, υπερασβεστιαμία) κ.α. Πρέπει επίσης να αποκλεισθεί η ύπαρξη οργανικών ανατομικών αιτιών δυσκοιλιότητας (π.χ. μεγάλοι πολύποδες, όγκοι, στενώσεις) με τη διενέργεια κολonosκόπησης. Θα ήταν συνεπώς χρήσιμο να επισκεφθείτε κάποιο γαστρεντερολόγο, ο οποίος, αφού σας εξετάσει και μελετήσει λεπτομερώς το ιστορικό σας, θα σας κατευθύνει τόσο ως προς τον αρχικό διαγνωστικό έλεγχο όσο και ως προς τη διενέργεια πιο εξειδικευμένων εξετάσεων.

● **Αναγνώστριά μας, 50 ετών, γράφει για το πρόβλημα που την απασχολεί. Πρόσφατα χειρουργήθηκε για χολολιθίαση και έκτοτε δεν έχει ανάλογα συμπτώματα. Στον υπερηχογραφικό έλεγχο που υπεβλήθη πριν χειρουργηθεί διαπιστώθηκε στο ήπαρ ένα μόρφωμα διαμέτρου περίπου 3 εκατοστών. Σύμφωνα με τον ακτινολόγο, ο οποίος διενήργησε το υπερηχογράφημα, μάλλον πρόκειται για αιμαγγείωμα. Ο χειρουργός την καθησύχασε λέγοντας ότι πρόκειται για εύρημα άνευ σημασίας, αλλά η ίδια ανησυχεί και αναρωτιέται αν πρέπει να κάνει κάτι περισσότερο.**

Τα ηπατικά αιμαγγείωματα είναι καλοήθεις ηπατικοί όγκοι αποτελούμενοι από πλέγμα καναλιών που μοιάζουν με αγγεία και περιέχουν αίμα. Πρόκειται για τους συχνότερους καλοήθεις όγκους του ήπατος και παρατηρούνται στο 7% του πληθυσμού. Ποικίλουν σε μέγεθος από λιγότερο από 1 εκατοστό έως και πολλά εκατοστά σε διάμετρο. Τα αιμαγγείωματα που έχουν διάμετρο μεγαλύτερη από 4 εκατοστά καλούνται γιγάντια. Σπανίως τα μεγάλα αιμαγγείωματα μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα, όπως πόνο ή αίσθημα βάρους στην άνω κοιλία. Μόνο στην περίπτωση πρόκλησης συμπτωμάτων από γιγαντιαία αιμαγγείωματα προτείνεται θεραπευτική παρέμβαση, η οποία συνήθως περιλαμβάνει τη χειρουργική αφαίρεση τους ή, εάν είναι εφικτό, τον καυτηριασμό τους και τον εμβολισμό τους. Στην περίπτωσή σας δεδομένου ότι δεν έχετε συμπτώματα και το αιμαγγείωμα δεν είναι μεγάλο δε χρειάζεται θεραπεία παρά μόνο απλή παρακολούθηση. Ωστόσο, επειδή συχνά ο υπερηχογραφικός έλεγχος δεν είναι απολύτως επαρκής για να τεκμηριώσει τη διάγνωση του αιμαγγειώματος θα μπορούσατε να συζητήσετε το ενδεχόμενο Μαγνητικής Τομογραφίας, η οποία θα οριστικοποιούσε τη διάγνωση.

e-mail : chtriantos@hotmail.com / gcr@otenet.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.

ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ ΥΠΟΤΡΟΦΙΩΝ

Το Δ.Σ. αποφάσισε να προκηρύξει για το έτος 2010 - 2011 τις κάτωθι υποτροφίες:

1) Υποτροφία «Αθανάσιος Αρχιμανδρίτης», χορηγία του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.

Αφορά Γαστρεντερολόγο ο οποίος επιθυμεί να μετεκπαιδευτεί σε κέντρο του εξωτερικού για χρονικό διάστημα μέχρι 12 μηνών.

2) Υποτροφία, χορηγία του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.

Αφορά Γαστρεντερολόγο ή Ιατρό συναφούς προς τη Γαστρεντερολογία ειδικότητας προκειμένου να μετεκπαιδευτεί σε κέντρο του εξωτερικού για χρονικό διάστημα μέχρι 12 μηνών.

3) Υποτροφία, χορηγία του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.

Αφορά Γαστρεντερολόγο ή Ιατρό συναφούς προς τη Γαστρεντερολογία ειδικότητας ή Διαιτολόγο ή Επιστήμονα Διατροφής που επιθυμεί να μετεκπαιδευτεί σε κέντρο του εξωτερικού για χρονικό διάστημα μέχρι 12 μηνών.

4) Υποτροφία, χορηγία του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.

Αφορά ειδικεύμενο Γαστρεντερολόγος, ο οποίος επιθυμεί να μετεκπαιδευτεί για διάστημα έξι μηνών κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου της ειδικότητός του, ως ο νόμος ορίζει, σε κέντρο του εξωτερικού.

5) Το ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. δέχεται αιτήσεις Ιατρών Γαστρεντερολόγων ή ασχολούμενων με το πεπτικό ή Διαιτολόγων για χορηγίες μετεκπαίδευσης ή συμμετοχής σε Ερευνητικά ή Εκπαιδευτικά Προγράμματα Κέντρων του Εξωτερικού για περιορισμένη χρονική διάρκεια (μέχρι 6 μήνες).

Για όλες τις υποτροφίες που θα δοθούν το μηνιαίο ποσό επιχορήγησης θα ανέρχεται στα 1200€. Αιτήσεις συμμετοχής γίνονται δεκτές μέχρι 05/11/2010.

Πληροφορίες δίδονται από τα γραφεία του Ιδρύματος Γαστρεντερολογίας και Διατροφής, Πατριάρχου Ιωακείμ 30, 106 75 Αθήνα, Τηλ. 210 72 31 332 και από το δικτυακό τόπο www.eligast.gr.

Προϋποθέσεις Υποψηφιότητας

- Υποψηφιότητα δύνανται να υποβάλλουν Ειδικεύμενοι Ιατροί στη Γαστρεντερολογία μετά τη συμπλήρωση του τρίτου έτους ειδικότητας ή Ειδικεύμενοι Ιατροί ανεξάρτητα από το χρόνο λήψης ειδικότητας. Επίσης ειδικεύμενοι Διαιτολόγοι ή Επιστήμονες σχετικοί με τη διατροφή.
- Ηλικία : Μέχρι 40 ετών.
- Κανονιστική γνώση της αντίστοιχης ξένης γλώσσας.

Δικαιολογητικά

- Αίτηση του Υποψηφίου.
- Λεπτομερές Βιογραφικό Σημείωμα στο οποίο να εμφανίζεται η σταδιοδρομία, η εμπειρία, το επιστημονικό και ερευνητικό έργο του υποψηφίου.
- Επιστολή αποδοχής του υποψηφίου από το Κέντρο του Εξωτερικού που θα γίνει η μετεκπαίδευση, όπου θα αναφέρεται και το αντικείμενο αυτής.
- Οικονομική κατάσταση του ίδιου ή της οικογενείας του όπως προκύπτει από την τελευταία φορολογική δήλωση.
- Υπεύθυνη δήλωση ότι ο υποψήφιος δεν λαμβάνει υποτροφία ή επιχορήγηση από άλλο φορέα, ούτε πρόκειται να λάβει κατά τη διάρκεια της μετεκπαίδευσής του.
- Συστατική επιστολή από δύο ιατρούς ενεργά μέλη του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. προκειμένου για ιατρούς, και δύο επιστημόνων σχετικών με τη διατροφή, προκειμένου για διαιτολόγους.
- Συνέντευξη με τα μέλη της Επιτροπής Υποτροφιών του Ιδρύματος.

Προϋπόθεση για τη χορήγηση της υποτροφίας είναι η δέσμευση του υποψηφίου για τη συμμετοχή του σε ερευνητικό πρόγραμμα του Κέντρου Μετεκπαίδευσης. Σε κάθε δημοσίευση ή ανακοίνωση του ερευνητικού έργου θα αναφέρεται ότι ήταν υπότροφος του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. ή χορηγού του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.

Χορηγοί και Δωρητές μέχρι 15/07/2010

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε :

Αγγελίδου Ελένη, Ν. Σμύρνη	40 €	Μπούγας Νικόλαος, Αιγάλεω	50 €
Αντωνόπουλος Βασίλειος, Μαρούσι	15 €	Μπουζάκης Ηλίας, Χανιά	40 €
Αραπογιάννης Ιωάννης, Αγρίνιο	10 €	Παπαγεωργίου Μαγδαληνή, Ρόδος	50 €
Βασιλόπουλος Αποστόλης, Αγρίνιο	50 €	Παπαδοπούλου - Ο' Farrell Νταϊζή, Θεσσαλονίκη	20 €
Γαλάτης Γεώργιος, Κ. Χαλάνδρι	15 €	Παπαντωνίου Νίκος, Αθήνα	15 €
Γεωργούλης Μιχάλης, Ν. Σμύρνη	25 €	Παππά Μαρία, Αθήνα	15 €
Δραγόζη Μαρία, Ιωάννινα	30 €	Πλημμυρίδης Ιάκωβος, Ν. Σμύρνη	25 €
Καλαϊτζάκη Αρτεμής, Χανιά	20 €	Τόμπρας Κωνσταντίνος, Ν. Σμύρνη	15 €
Κάμπατζη Γεωργία, Χρυσούπολη	25 €	Τσάγκας Κωνσταντίνος, Αθήνα	40 €
Καρράς Ευάγγελος, Πειραιάς	15 €	Χριστοδούλου Έλλη, Φάρσαλα	20 €
Κεχριμπάρη Ιωάννα, Ν. Ηράκλειο	25 €	Χρόνης Γεώργιος, Αθήνα	20 €
Λαζαρίδης Ευάγγελος, Αιγάλεω	50 €		
Μάνου Παναγιώτα, Αθήνα	15 €		
Μαρκέλλου Θεοδώρα, Λουτράκι	25 €		
Μήτσου - Δημουλά Βασιλική, Αθήνα	15 €		
Μπλέκου Βασιλική, Περιστέρι	15 €		
Μποζίκης Σπύρος, Ιωάννινα	15 €		
		In Memoriam :	
		Δημήτρης & Μαρία Καραμανώλη, Παπάγου	100 €
		<i>Μνήμη Γιάννη Παπασπύρου</i>	

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 αλλά 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