



# ΕΥΕΞΙΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ 6899

## ΔΙΑΤΡΟΦΗ



Υγιή μάτια

Διατροφή &  
αρθρώσεις/  
κράμπες

Προληπτικός  
έλεγχος για  
καρκίνο παχέος  
εντέρου



9 771109 741002

Η Μεσογειακή Διατροφή ...στο Διαδίκτυο

**medNutrition**



*για να ξέρουμε τι τρώμε!*

# Άρθρο Σύνταξης



Το καλοκαίρι μάς άφησε οριστικά και το φθινόπωρο κατέφθασε με γοργά βήματα. Μια νέα περίοδος ξεκινά με όνειρα, προσδοκίες, στόχους, αηθή και ανησυχίες. Η δύσκολη οικονομική κατάσταση δημιουργεί ανασφάλεια και επιβάηηηι σύνεση, φειδώ και αυτοσυγκράτηση. Τίποτα πηέον δεν είναι δεδομένο. Ο τρόπος ζωής μας αηήζει απότομα, αναπάντεχα, σχεδόν βίαια. Μέσα όμως σ' αυτή την αρνητική συγκυρία μάς δίνεται ίσως η ευκαιρία να επανεξετάσουμε τρόπους και συμπεριφορές που πηηγώνουν, όχι τόσο την τσέπη μας αηήη την υγεία μας. Ο κος Αναστασιάδης μάς προτρέπει να εγκαταλείψουμε το «διατροφικά τοξικό» τρόπο ζωής, που οδηγεί αναπόφευκτα στην παχυσαρκία, και να υιοθετήσουμε την υγιεινή διατροφή, την άσκηση, το περπάτημα ή την ποδηλασία, ανταπαλεύοντας τη δομή και τις συνθήκες των σύγχρονων πόηων που μας ενθαρρύνουν συνεχώς να οδηγούμε.

Από το Σεπτέμβριο, κάτι άηηαξε επιτέλους στη ζωή μας. Η πολιτεία αποφάσισε να απαγορεύσει οριστικά το κάπνισμα στους κλειστούς δημόσιους χώρους, προστατεύοντας τους μη καπνίζοντες και ενθαρρύνοντας τους καπνιστές να διακόψουν τη βλαβερή αυτή συνήθεια. Φαίνεται μάλιστα ότι το κάπνισμα δρα επιβαρυντικά και στους ασθενείς με χρόνια νοσήματα του ήπατος αφού ενισχύει την τοξική δράση παραγόντων, όπως το αηκοόη ή ο ίός της ηπατίτιδας C, και αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Ο καφές και το τσιγάρο αποτελούν όμως την αγαπημένη συνήθεια αρκετών Εηήνων. Θα πρέπει λοιπόν να σταματήσουμε να πίνουμε το καφεδάκι μας μαζί με τη διακοπή του καπνίσματος; Όχι, μας ληει κατηγορηματικά στο άρθρο της η κα Μαργαρίτη. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι ουσίες του καφέ, με την αντιοξειδωτική τους δράση, ωφελούν παρά βηάπτουν το συκώτι και δεν υπάρχει λόγος να στερηθούμε το υπέροχο άρωμά του. Η κα Εηευθερίου, επίσης, μας προτρέπει να διακόψουμε το κάπνισμα, διότι προκαηί αυξημένη οξειδωτική καταστροφή στα κύτταρα του οργανισμού μας και επηρεάζει την υγεία των ματιών μας. Επιπηέον, μας προτείνει να καταναλώνουμε άφθονα ηλανικά, φρούτα και ψάρια και να εξασφαλίζουμε καθημερινή φυσική δραστηριότητα για να έχουμε υγιή μάτια μέχρι τα γηρατειά μας.

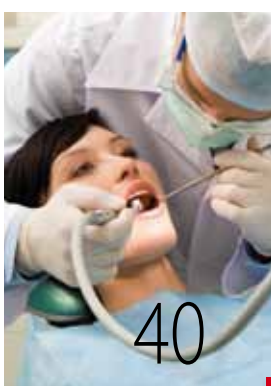
Τη σημασία της διατροφής στην ενίσχυση των αρθρώσεων και την πρόηηψη των κραμπιών επισημαίνει στο άρθρο της η κα Αποστολοπούηου. Τροφές πηούσιες σε βιταμίνη C και E, σεηήνιο και καροτίνη, καθώς και μειωμένη πρόηηψη ηίπους επιδρούν ευεργετικά αναστέηηοντας την καταστροφή των αρθρώσεων και μειώνοντας τον πόνο και τη δυσκαμψία. Η αηήη χρησιμοποιείται από την αρχαιότητα για μια ποικιλία καταστάσεων, που εκτείνονται από την επούηωση των πηηγών μέχρι τη δράση της ως καθαρτικό. Σύμφωνα όμως με τον κο Παπαμικό, τα δεδομένα πρόσφατων μεηητών δεν υποστηρίζουν οποιαδήποτε από αυτές τις ενδείξεις, ενώ φαίνεται ότι η χρήση της μπορεί να συνοδεύεται από δυνητικά σοβαρές παρενέργειες. Η κα Κατσιουγιάννη τονίζει στο άρθρο της τη σημασία της καηής και αποτελεσματικής στοματικής υγιεινής στην πρόηηψη των νόσων του περιοδοντίου, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των πασχόντων και απαιτούν μακρόχρονη επίπονη θεραπεία με αμφίβοηα αποτεηέσματα. Ο καρκίνος του παχέου εντέρου είναι η τρίτη συχνότερη μορφή καρκίνου παγκοσμίως και αποτελεί τη δεύτερη κοινή αιτία θανάτου από καρκίνο και για τα δύο φύηα μετά από τον καρκίνο του πνεύμονα. Όπως επισημαίνουν εύστοχα οι κοι Τριμπόνιας και Πασπάτης, ο καρκίνος μπορεί να διαηάθει στα αρχικά στάδια λόγω της απουσίας ενοηημάτων. Γι' αυτό η διενέργεια εηέγχου στο γενικό ηηηθυσμό με ενδοσκοπήση του παχέου εντέρου αποτελεί αποτεηεματικό προηηηηικό μέτρο και θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως βασική ιατρική παροχή. Δύο ενδιαφέροντα άρθρα του τεύχους αυτού ασχολούνται με τη ηοίμωξη από το εηικοβακτηριδίο του πυηωρού. Ο κος Χρυσάνθος προσδιορίζει τις ομάδες εκείνες του ηηηθυσμού που πρέπει να εηέγχονται και εφόσον έχουν προσβηηθεί από το εηικοβακτηριδίο να υποβάηηονται σε θεραπεία εκρίζωσης ενώ η κα Καφρίτσα μας δίνει ηολύτιμες ηηηροφορίες για τον τρόπο χειρισμού της ηοίμωξης στο παιδί και την οικογένεια. Ο κος Μαργιόηης, στο άρθρο του, περιγράφει τις εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό της HIV ηοίμωξης και επισημαίνει ότι, αν και σπάνιες σήμερα, πρέπει να απασχολούν τους θεράποντες ιατρούς ώστε να επιτευχθεί η έγκαιρη διάγνωση και η αποτεηεματική θεραπεία.

Τέηος, σας καηώ να ενημερωηείτε για μια σημαντική πρωτοβουηία του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. που διοργανώνει μια πρωτότυπη έρευνα μέσω ερωτηματοηοηίου, με στόχο την καταγραφή των απόψεων και των εμπειριών των ασθενών με ΙΦ.Ν.Ε. ώστε να υπάρξει ηηηρέστερη κατανόηση των αναγκών τους, αρτιότερη υποστήριξη και συνολικά καηύτερη αντιμετώπιση της νόσου.

Καηή ανάγνωση και καηή ξεκούραση

Ιωάννης Βλαχογιαννάκος

## Π Ε Ρ Τ Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α



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

<b>Άρθρο Σύνταξης</b>	3
Προληπτικός έλεγχος για καρκίνο παχέος εντέρου	6
<b>Ευεξία:</b> "Διατροφή & αρθρώσεις/κράμπες"	10
<b>Περί διαίτης:</b> "Αλόη"	14
Καφές, τσιγάρο & ήπαρ	16
HIV & πεπτικό	20
<b>Μικρά &amp; Νόστιμα</b>	24
<b>Περιβάλλον:</b> "Το διατροφικά τοξικό περιβάλλον"	26
<b>Διατροφή:</b> "Υγιή μάτια"	32
Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού	34
<b>Παιδί &amp; Έφηβος:</b> "Λοίμωξη από Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού στο παιδί και την οικογένεια"	38
Περιοδοντίτιδα	40
<b>Επικοινωνούμε</b>	42
<b>Δελτίο τύπου ΙΦΝΕ</b>	44
<b>Τα Νέα του Ιδρύματος</b>	46

**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<sup>+</sup> 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

# Προληπτικός έλεγχος για καρκίνο παχέος εντέρου: σε ποιούς, πότε και πόσο συχνά;

**Ο καρκίνος του παχέος εντέρου (ΚΠΕ) είναι η τρίτη συχνότερη μορφή καρκίνου παγκοσμίως και αποτελεί τη δεύτερη κοινή αιτία θανάτου από καρκίνο και για τα δύο φύλα μετά από τον καρκίνο του πνεύμονα.**



Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι περίπου 3000 άτομα προσβάλλονται ετησίως από ΚΠΕ και η συχνότητα τής νόσου αυξάνει με γοργό ρυθμό. Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ΚΠΕ είναι: η μεγάλη ηλικία, το θετικό οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο και πολύποδες παχέος εντέρου, η διατροφή πτωχή σε φυτικές ίνες και πλούσια σε λίπη και τροφές υψηλής θερμιδικής αξίας, η καθιστική ζωή και η έλλειψη άσκησης από την καθημερινότητα. Επιπρόσθετα, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ σε μεγάλες ποσότητες, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι φλεγμονώδεις καταστάσεις του εντέρου, όπως η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn, αλλά και ορισμένες κληρονομικές διαταραχές που επηρεάζουν το παχύ έντερο αποτελούν παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση ΚΠΕ.

Κατά τα πρώιμα στάδια της νόσου είναι δυνατή η απουσία ενοχλήσεων ή συμπτωμάτων. Αυτό καθιστά επιτακτική την ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης στον πληθυσμό για την ανίχνευση και αφαίρεση βλαβών σε προκαρκινικό στάδιο. Αξίζει μάλιστα να σημειωθεί ότι στις περισσότερες κακοήθειες ο προληπτικός έλεγχος θεωρείται δευτερογενής γιατί ανιχνεύει καρκίνους σε πρώιμα στάδια χωρίς όμως να προλαμβάνει τη νόσο. Αντίθετα, στον ΚΠΕ ο προληπτικός έλεγχος μπορεί να θεωρηθεί πρωτογενής, καθώς δύναται να ανιχνεύσει προκαρκινικούς πολύποδες και με την αφαίρεσή τους να σταματήσει την εξέλιξη της νόσου. Ο ΚΠΕ είναι μία ιδανική περίπτωση νόσου για την εφαρμογή μαζικού προληπτικού ελέγχου στο γενικό πληθυσμό (screening), δεδομένου ότι ακολουθεί μία συγκεκριμένη διαδικασία εξέλιξης που διαρκεί 7-12 χρόνια που οδηγεί σε μετάπτωση του φυσιολογικού επιθηλίου σε αδένωμα και τελικά σε καρκίνωμα.

Στις ανεπτυγμένες χώρες ο κίνδυνος ενός ενήλικα να αναπτύξει ΚΠΕ είναι 6% ή 1 στους 18. Η πιθανότητα εμφάνισης ΚΠΕ αυξάνει με την ηλικία, παρότι σπάνια εμφανίζεται και σε νέα άτομα. Από τους πάσχοντες 9 στους 10 είναι άνω των 50 ετών. Τα ποσοστά επιβίωσης εξαρτώνται κατά πολύ από το στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωση. Σχεδόν 94% των ασθενών με περιορισμένη νόσο επιβιώνουν πάνω από 5 χρόνια, 70% των ασθενών με τοπικά προχωρημένη νόσο ξεπερνούν τα 5 χρόνια, ενώ μόλις 9% αυτών με μεταστάσεις ζουν πάνω από 5 έτη.

Άτομα με παράγοντες κινδύνου για ΚΠΕ, όπως και εκείνοι που στερούνται παραγόντων κινδύνου αλλά πλησιάζουν την ηλικία των 50 ετών, θα πρέπει να συμβουλευθούν ειδικό γιατρό για το πότε θα ξεκινήσουν προληπτικούς ελέγχους. Παρά τη γνώση ότι η πρώιμη διάγνωση βελτιώνει πολύ την επιβίωση, μόλις 35% των καρκίνων διαγιγνώσκονται πρώιμα, 38% με τοπικά προχωρημένη νόσο και 22% με μεταστάσεις. Τα παραπάνω ποσοστά τονίζουν την αξία της γενικευμένης εφαρμογής προληπτικών προγραμμάτων ελέγχου για την πρόληψη ή/και ανίχνευση του ΚΠΕ σε πρώιμο στάδιο στο γενικό πληθυσμό. Τα προγράμματα αυτά στοχεύουν στην αναζήτηση νεοπλασίας σε πληθυσμό ο οποίος είναι ασυμπτωματικός, διότι συμπτωματικοί ασθενείς ή ασθενείς με θετικές δοκιμασίες ανίχνευσης υφίστανται υποχρεωτικά διαγνωστική εκτίμηση.

## ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ

Υπάρχουν πολλαπλές διαθέσιμες επιλογές ανίχνευσης ΚΠΕ που περιλαμβάνουν την ανίχνευση λανθάνοντος αίματος σε τεστ κοπράνων (ή μικροσκοπική εξέταση της αιμοσφαιρίνης των κοπράνων), το βαριούχο υποκλυσμό, την εύκαμπτη ορθοσιγμοειδοσκόπηση και την κολονοσκόπηση. Παρόλο που οι στρατηγικές προσυμπτωματικού ελέγχου διαφέρουν από χώρα σε χώρα, οι κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines) των μεγάλων οργανισμών από την Αμερική και τη Βρετανία λίγο πολύ συμφωνούν ως προς το ποιός θα πρέπει υποβληθεί σε προληπτικό έλεγχο, τότε και πόσο συχνά.

### **Ανίχνευση λανθάνοντος αίματος σε τεστ κοπράνων**

Η εξέταση περιλαμβάνει τη δοκιμασία των κοπράνων για ίχνη αίματος που δεν φαίνονται με γυμνό μάτι. Η μικροσκοπική αυτή εξέταση (συνηθέστερη μέθοδος η Mayer κοπράνων) για την ανίχνευση αιμοσφαιρίνης προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα καθώς έχει αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα της σε τυχαίοποιημένες μελέτες, δεν είναι επεμβατική μέθοδος και έχει χαμηλό κόστος με αποδεκτή σχέση κόστους/αποτελέσματος. Παρόλα αυτά η μείωση της θνησιμότητας που προσφέρει είναι μικρή (15-35%) και η σωστή εκτίμηση μιας θετικής απάντησης είναι συχνά ανεπαρκής.

### **Βαριούχος υποκλυσμός**

Είναι μία εξέταση που περιλαμβάνει σειρά ακτινογραφιών της κοιλίας του ασθενούς μετά την πλήρωση του παχέος εντέρου με σκιαγραφικό βάριο. Παρέχει τα πλεονεκτήματα της θετικής σχέσης κόστους/αποτελέσματος και εξετάζει ολόκληρο το παχύ έντερο. Βεβαίως δεν χαρακτηρίζεται από μεγάλη ευαισθησία στην ανίχνευση πολυπόδων (ανιχνεύει μόλις το 50% των πολυπόδων < 1 εκ) και ποτέ δεν έχει μελετηθεί ως μία εξέταση screening του πληθυσμού.

### **Εύκαμπτη ορθοσιγμοειδοσκόπηση**

Κατά την εξέταση αυτή γίνεται εισαγωγή εύκαμπτου ενδοσκοπίου διαμέσου του ορθού στο παχύ έντερο και έλεγχος συνήθως έως το κατιόν κόλον, απώτερα της σπληνικής καμπής. Η μέθοδος αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο ανίχνευσης στον πληθυσμό, δεδομένου ότι μειώνει την θνησιμότητα σε ποσοστά 60-70% και η προετοιμασία είναι πολύ πιο εύκολη για τους ασθενείς σε σύγκριση με την κολονοσκόπηση. Παρόλα αυτά, ανακαλύπτει μόνο τα μισά αδενώματα, ενώ χάνεται το 40% των καρκίνων οι οποίοι βρίσκονται κεντρικότερα της σπληνικής καμπής.

### **Κολονοσκόπηση**

Είναι η διαδικασία κατά την οποία ο γιατρός εισάγει ένα εύκαμπτο ενδοσκόπιο διαμέσου του ορθού στο παχύ

*Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι περίπου 3000 άτομα προσβάλλονται ετησίως από ΚΠΕ και η συχνότητα τής νόσου αυξάνει με γοργό ρυθμό*

έντερο και ελέγχει μέσω μιας κάμερας το εσωτερικό ολόκληρου του παχέος εντέρου. Η κολονοσκόπηση αποτελεί την καλύτερη μέθοδο διάγνωσης των πολυπόδων και του ΚΠΕ, καθώς επίσης προλαμβάνει τον ΚΠΕ με τον εντοπισμό των αδενωματωδών πολυπόδων και την πολυλεκτομή. Επιτρέπει την εξέταση ολόκληρου του αυλού του παχέος εντέρου με αποτέλεσμα τόσο απώτερες βλάβες όσο και εγγύτερες να είναι δυνατό να ανακαλυφθούν. Έχει τη μεγαλύτερη ευαισθησία από όλες τις μεθόδους στην ανίχνευση του ΚΠΕ. Τα μειονεκτήματα της μεθόδου είναι το κόστος, οι κίνδυνοι διάτρησης και αιμορραγίας του εντέρου (ιδίως μετά από πολυλεκτομή), η δυσκολία στην προετοιμασία των ασθενών με χρήση καθαρτικών υγρών και η ανάγκη για νάρκωση κατά την εξέταση. Σε σύγκριση με τις προηγούμενες μεθόδους η κολονοσκόπηση είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος παρακολούθησης του πληθυσμού. Αξίζει να σημειωθεί ότι παρά την πιθανότητα των επιπλοκών, το ποσοστό εμφάνισής τους είναι ιδιαίτερος μικρό έως αμελητέο. Εάν μάλιστα αναλογιστούμε το όφελος από την κολονοσκόπηση στην πρόληψη του ΚΠΕ, η εξέταση θα πρέπει να προτείνεται για τον έλεγχο όλου του πληθυσμού, ειδικότερα στις μέρες μας που η εξέταση πραγματοποιείται με τη χρήση καταστολής και είναι ιδιαίτερος ανώδυνη.

### **Νεότερες μέθοδοι πρόληψης**

Σήμερα αναπτύσσονται δυο νέες μέθοδοι ελέγχου του παχέος εντέρου: η εικονική κολονοσκόπηση (ακτινολογική μέθοδος) και η κολονοσκόπηση με βιντεοκάψουλα παχέος εντέρου (εκτελείται από γαστρεντερολόγους).

**Η εικονική κολονοσκόπηση** συνίσταται στην απεικόνιση του παχέος εντέρου με αξονική ή μαγνητική τομογραφία και στη συνέχεια ανασύνθεση και ανάλυση των εικόνων με ειδικά προγράμματα λογισμικού. Η ανάλυση των δημοσιευμένων μελετών σε σύγκριση με την κολονοσκόπηση ως μέθοδο αναφοράς, έχει δείξει ότι ανιχνεύονται 75% των πολυπόδων, με καλύτερη ευαισθησία για

## Κατά τα πρώιμα στάδια της νόσου είναι δυνατή η απουσία ενοχλήσεων ή συμπτωμάτων



πολύποδες μεγαλύτερους από ένα εκατοστό. Η εξέταση αυτή χρησιμοποιείται σήμερα σε αρκετά ακτινολογικά εργαστήρια στην Ελλάδα. Μειονεκτήματα της μεθόδου είναι η χαμηλότερη ευαισθησία στην ανίχνευση πολυπόδων από την κολonosκόπηση και η ανάγκη υποβολής του ασθενούς σε κολonosκόπηση με νέα λήψη καθαρτικών διαλυμάτων στην περίπτωση ανεύρεσης πολυπόδων προκειμένου να αφαιρεθούν.

**Στην κολonosκόπηση με βιντεοκάψουλα παχέος εντέρου** ο ασθενής καταπίνει τη βιντεοκάψουλα η οποία εκπέμπει συνεχώς εικόνες σε δέκτη-καταγραφέα που ο ασθενής φορά στη ζώνη του. Οι εικόνες αναλύονται με ειδικό πρόγραμμα λογισμικού. Η εξέταση αυτή βρίσκεται σε φάση κλινικών μελετών, οι οποίες θα καθορίσουν και την αποτελεσματικότητά της ως εργαλείο ανίχνευσης.

Στο μέλλον η εξέταση του DNA των κοπράνων, η μεγεθυντική χρωμοενδοσκόπηση και η NBI κολonosκόπηση είναι νέες υποσχόμενες μέθοδοι ανίχνευσης των πολυπόδων και του καρκίνου του παχέος εντέρου. Αυτές οι μέθοδοι δεν έχουν ακόμη αναπτυχθεί επαρκώς έτσι ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν εξετάσεις ρουτίνας.

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, η συμμόρφωση του πληθυσμού στα προγράμματα προληπτικού ελέγχου ανίχνευσης ΚΠΕ παραμένει χαμηλή. Οι περισσότεροι αρνούνται να υποβληθούν σε κολonosκόπηση καθώς έχουν την πεποίθηση ότι πρόκειται για μία επίπονη διαδικασία. Επίσης υποεκτιμούν την αναγκαιότητα για τη διενέργειά της χωρίς την ύπαρξη ανάλογων συμπτωμάτων. Η κατάλληλη επιμόρφωση απαιτείται για να ξεπεραστούν όλες αυτές οι αντιλήψεις.

**α) Έλεγχος στα 50 έτη:** Σύμφωνα με τις Αμερικανικές (GASTROENTEROLOGY 2008;134:1570-1595) και τις Βρετανικές (GUT 2010;59:666-689) κατευθυντήριες οδηγίες η έναρξη του προληπτικού ελέγχου σε άτομα με μέσο όρο επικινδυνότητας του γενικού πληθυσμού θα πρέπει να γίνεται στην ηλικία των 50 ετών με ολική κολonosκόπηση. Επί αρνητικών ευρημάτων θα πρέπει να επαναληφθεί σε 10 έτη. Ο προληπτικός έλεγχος για ΚΠΕ συνιστάται σε άτομα 50-75 ετών, χωρίς να είναι απαραίτητος για ασθενείς 76-85 ετών. Σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα η ένδειξη για προληπτικό έλεγχο εξατομικεύεται ανάλογα με το ιστορικό του ασθενούς. Σε ασθενείς άνω των 85 ετών προληπτικός έλεγχος σε απουσία συμπτωμάτων ή άλλων ενδείξεων δεν συνιστάται. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας, όλα τα άτομα συνήθους κινδύνου και > 50 ετών θα πρέπει να κάνουν ετήσιο έλεγχο κοπράνων για λανθάνουσα απώλεια αίματος (Mayer κοπράνων), καθώς και ορθοσιγμοειδοσκόπηση κάθε 5 χρόνια ή ακόμη καλύτερα κολonosκόπηση κάθε 10 χρόνια μέχρι την ηλικία των 75 ετών.

## ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΠΕ ΜΕ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ



### ΕΝΑΡΞΗ ΣΤΑ 50 ΕΤΗ

Άτομα συνήθους κινδύνου χωρίς ιστορικό ΚΠΕ ή αδενωμάτων πολυπόδων στην οικογένεια

### ΕΝΑΡΞΗ ΣΤΑ 40 ΕΤΗ

Άτομα με 1 συγγενή 1ου βαθμού με ιστορικό ΚΠΕ ή αδενωμάτων μετά την ηλικία των 60 ή με 2 συγγενείς 2ου βαθμού με ΚΠΕ

### ΕΝΑΡΞΗ ΣΤΑ 40 ΕΤΗ ή 10 ΕΤΗ ΝΩΡΙΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΟ ΝΕΟΤΕΡΟ ΣΥΓΓΕΝΗ

Άτομα με 1 συγγενή 1ου βαθμού με ιστορικό ΚΠΕ ή αδενωμάτων πριν την ηλικία των 60 ή 2 συγγενείς 1ου βαθμού ανεξάρτητα από την ηλικία διάγνωσης

**β) Έλεγχος στα 40 έτη ή νωρίτερα:** Άτομα με συγγενή πρώτου βαθμού με ΚΠΕ ή αδενωμάτωδες πολύποδες στο ιστορικό του συγγενούς πριν από την ηλικία των 60 ετών θα πρέπει να υποβάλλονται σε κολonosκόπηση στα 40 έτη ή 10 έτη νωρίτερα από τη διάγνωση της νόσου στον συγγενή και ο επανέλεγχος να γίνεται ανά 5ετία. Στην ίδια κατηγορία ελέγχου υπόκεινται και τα άτομα με 2 συγγενείς πρώτου βαθμού ανεξαρτήτου ηλικίας διάγνωσης της νόσου.

**γ) Έλεγχος στα 40 έτη:** Άτομα με ένα συγγενή πρώτου βαθμού με ΚΠΕ ή αδενωμάτωδες πολύποδες στο ιστορικό του συγγενούς μετά την ηλικία των 60 ετών ή με 2 συγγενείς 2ου βαθμού με ΚΠΕ θα πρέπει να ξεκινούν τον προληπτικό έλεγχο στα 40 έτη.

**δ) Έλεγχος επιτήρησης:** Εάν στην κολonosκόπηση αναφοράς (1η κολonosκόπηση) ανιχνευθούν 1-2 μικροί αδενωμάτωδες πολύποδες < 1 εκ (ασθενής χαμηλού κινδύνου), η επαναληπτική κολonosκόπηση θα πρέπει να γίνει σε 5-10 έτη ανάλογα με την ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, την συνοσηρότητα του ασθενούς και την επιτυχία της πρώτης κολonosκόπησης ως προς την ολοκλήρωση και την ακρίβεια της εξέτασης. Στην περίπτωση ανεύρεσης 3-4 μικρών αδενωμάτων πολυπόδων < 1 εκ ή ενός μεγαλύτερου του 1 εκ (ασθενής μέσου κινδύνου), η επαναληπτική κολonosκόπηση πραγματοποιείται στα 3 έτη. Εάν όμως ανιχνευθούν περισσότερα από 4 μικρά αδενώματα ή εναλλακτικά 3 αδενωμάτωδες πολύποδες με τουλάχιστον τον έναν πολύποδα να ξεπερνά το 1 εκ (ασθενής υψηλού κινδύνου), η εξέταση επαναλαμβάνεται σε ένα έτος. Σε μεγάλες πολυπεκτομές (piecemeal polypectomy) ο επανέλεγχος θα πρέπει να γίνεται σε 3-6 μήνες. Ο χρόνος της δεύτερης επανεξέτασης μετά από ιστορικό πολυπεκτομής καθορίζεται με βάση τον αριθμό και τα χαρακτηριστικά των πολυπόδων, καθώς και το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό του ασθενούς.

**ε) Έλεγχος σε ειδικές κατηγορίες ατόμων:** Σε ασθενείς που έχουν χειρουργηθεί για ΚΠΕ, πρώτος επανέλεγχος πρέπει να γίνεται μετά από 1 και 3 χρόνια από τη θεραπευτική αφαίρεση. Επί αρνητικών εξετάσεων, επανέλεγχος ανά 5ετία. Οι φορείς του μεταλλαγμένου γονιδίου της οικογενούς αδενωμάτωδους πολυποδίας (FAP) θα πρέπει να υποβάλλονται σε ορθοσιγμοειδοσκόπηση ανά έτος από την ηλικία των 12 ετών. Για ασθενείς με σύνδρομο κληρονομικού μη πολυποδιασικού ΚΠΕ (HNPCC) ή σύνδρομο Lynch προτείνεται αρχική κολonosκόπηση στην ηλικία των 25 ετών ή 10 χρόνια νωρίτερα από το έτος διάγνωσης της νόσου στο νεότερο συγγενή. Επανελέγχος απαραίτητος κάθε 2 χρόνια με παράλληλο συχνό έλεγχο για καρκίνο ενδομητρίου, ωοθηκών, παγκρέατος, λεπτού εντέρου, στομάχου και ουροποιητικού. Για ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα πέραν του ορθού, η έναρξη του ελέγχου θα πρέπει να γίνεται μετά από 8 έτη για εκτεταμένη νόσο και 12-15 έτη για αριστερή κολίτιδα. Επανεξέταση κάθε 1-2 έτη επί απουσίας δυσπλασίας και κάθε 6 μήνες επί παρουσίας ήπιας δυσπλασίας. Για ασθενείς με Crohn κολίτιδα, προτείνεται έλεγχος με ολική κολonosκόπηση και λήψη βιοψιών ανά 10 εκ σε εκτεταμένη Crohn κολίτιδα. Η έναρξη του ελέγχου πρέπει να γίνεται μετά από 8 έτη για εκτεταμένη νόσο και 12-15 έτη για αριστερή κολίτιδα. Η επανεξέταση είναι απαραίτητη και εδώ, ανά 2ετία σε απουσία δυσπλασίας και κάθε 1 έτος επί παρουσίας ήπιας δυσπλασίας.

Η διενέργεια ελέγχου στο γενικό πληθυσμό για την πρόληψη του ΚΠΕ είναι αποτελεσματική και θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως βασική ιατρική παροχή. Στις μέρες μας ο ΚΠΕ μπορεί να προληφθεί χρησιμοποιώντας τις υπάρχουσες επιλογές ανίχνευσης με ναυαρχίδα την κολonosκόπηση.



Οι πόνοι των αρθρώσεων είναι μια από τις πιο κοινές αλλά και πιο επίπονες παθήσεις που αφορούν ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού ανεξαρτήτως ηλικίας

## **Διατροφή** **ΠΟΥ ΕΝΙΣΧΥΕΙ** **τις αρθρώσεις** *& προλαμβάνει τις κράμπες*



## Τροφές πλούσιες σε βιταμίνη C είναι τα εσπεριδοειδή, το ακτινίδιο, η τομάτα, η πιπεριά, η πατάτα, το μπρόκολο, το σπανάκι και οι φράουλες

Υπάρχουν πάνω από 100 παθήσεις που προσβάλλουν τις αρθρώσεις. Πολλές θεωρίες προσπαθούν να δώσουν μια εξήγηση, γιατί καταστρέφονται οι αρθρώσεις μας. Μια από τις πιο ευρύτερα αποδεκτές θεωρίες υποστηρίζει ότι οι ελεύθερες ρίζες επιτίθενται και καταστρέφουν τους υγιείς ιστούς, συμπεριλαμβανομένου του ιστού των αρθρώσεων. Η φλεγμονή της άρθρωσης μπορεί να προκαλέσει αύξηση στο ρυθμό ανάπτυξης των ελεύθερων ριζών.

Ο ρόλος της διατροφής εδώ μπορεί να είναι σημαντικός. Κι αυτό, γιατί υπάρχουν, τόσο τροφές που βοηθούν στην αναστολή της καταστροφής των αρθρώσεων, όσο και τροφές που βοηθούν στη μείωση του πόνου και την πρόληψη του προβλήματος. Οι αντιοξειδωτικές ουσίες επιβραδύνουν ή παρεμποδίζουν την οξειδωση (δηλαδή την καταστροφή κυττάρων λόγω της αντίδρασής τους με το οξυγόνο και την παραγωγή των ελευθέρων ριζών), με αποτέλεσμα να προλαβαίνουν ή να επανορθώνουν την καταστροφή των κυττάρων. Οι κυριότερες αντιοξειδωτικές ουσίες είναι η βιταμίνη C, E, β-καροτίνη (προβιταμίνη A), σελήνιο.

Τροφές πλούσιες σε βιταμίνη C είναι τα εσπεριδοειδή, το ακτινίδιο, η τομάτα, η πιπεριά, η πατάτα, το μπρόκολο, το σπανάκι και οι φράουλες.

Κύριες πηγές της βιταμίνης E είναι το ελαιόλαδο, το φυτικόβούτυρο, τα αμύγδαλα, το σπανάκι, τα καρύδια, το σπαράγγι και τα ξερά δαμάσκηνα.

Οι ερευνητές έχουν ανακαλύψει ότι τα καροτινοειδή είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην καταπολέμηση των ελευθέρων ριζών. Υπάρχουν κυρίως στα κίτρινοπορτοκαλόχρωμα φρούτα και λαχανικά, καθώς και στα λαχανικά με σκουροπράσινα φύλλα.

Το σελήνιο, εκτός του ότι προστατεύει τα κύτταρα από τις τοξικές συνέπειες των ελευθέρων ριζών, φροντίζει και για τη σωστή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Σελήνιο βρίσκουμε στον ξιφία, στο σολομό, στον τόνο, στο ψωμί από σπασμένους σπόρους σιταριού, στους ηλιόσπορους, στο αυγό και στα δημητριακά.

Ένα άλλο δυναμωτικό των αρθρώσεων είναι τα βιοφλαβονοειδή, τα οποία βρίσκονται σχεδόν σε όλες τις φυτικές τροφές. Υπάρχουν περισσότεροι από 4.000 τύποι βιοφλαβονοειδών. Μεταξύ των τροφών με τις μεγαλύτερες συγκεντρώσεις βιοφλαβονοειδών βρίσκει κανείς το πράσινο τσάι, τα μούρα, τα κρεμμύδια, τα εσπεριδοειδή και τα φρούτα με κουκούτσι.

Για την προστασία των αρθρώσεων, πρέπει επίσης να περιοριστεί η πρόσληψη του λίπους, καθώς κάποια λιπαρά οξέα επιδεινώνουν το οίδημα και την φλεγμονή. Αντίθετα, συνιστάται η κατανάλωση ψαριών που περιέχουν ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, τα οποία μειώνουν τις φλεγμονώδεις αντιδράσεις.

### Κράμπες

Η κράμπα είναι μια παρατεταμένη και επώδυνη σύσπαση ενός ή περισσότερων μυών της ίδιας ομάδας του σώματος μας, που συμβαίνει ως απάντηση σε ελάχιστο νευρικό ερέθισμα. Εκτός από τον έντονο πόνο που προκαλούν, δεν επιτρέπουν στους μύες που έχουν προσβληθεί να λειτουργήσουν κανονικά. Κράμπες μπορούν να συμβούν είτε όταν κάποιος είναι ακίνητος, είτε και κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων στο σπίτι, στην κολύμβηση και στο τρέξιμο (jogging).

Οι συχνότερες αιτίες που προκαλούν κράμπες στους αθλητές είναι η μεγάλη επιβάρυνση ορισμένων μυϊκών

ομάδων, η ελλιπής προθέρμανση, η αφυδάτωση, η έλλειψη αποθεραπείας και η κακή κυκλοφορία του αίματος και η στένωση των αρτηριών (όπως αυτή που συμβαίνει κατά την αρτηριοσκλήρυνση). Όταν οι κράμπες φεύγουν λίγα λεπτά μετά το σταμάτημα της άσκησης, συστήνεται σωστή προθέρμανση, μυϊκές διατάσεις και προοδευτική επιβάρυνση κατά τη διάρκεια της προπόνησης. Επίσης, οι κράμπες είναι συχνότερες, όταν ο καιρός είναι θερμός.

Στις μεγαλύτερες ηλικίες όμως, οι κράμπες μπορεί να οφείλονται σε σημαντικά προβλήματα υγείας. Υπάρχουν και μυϊκές κράμπες, που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του ύπνου και επηρεάζουν συχνότερα τους μύς του πίσω μέρους της κνήμης και των δακτύλων των ποδιών.

Για την προφύλαξη από τις κράμπες, μεγάλο ρόλο παίζει και η διατροφή. Η έντονη εφίδρωση και η αφυδάτωση μπορούν να διαταράξουν την ισορροπία νατρίου και καλίου (το κάλιο είναι απαραίτητο για την νευρική και μυϊκή λειτουργία), η οποία με τη σειρά της μπορεί να προκαλέσει κράμπα.

Απώλεια καλίου παρατηρείται συνήθως σε όσους λαμβάνουν διουρητικά φάρμακα, για την αντιμετώπιση της υψηλής πίεσης, με συνέπεια την πρόκληση συχνών μυϊκών κραμπών. Κάλιο περιέχεται σε ικανοποιητικές ποσότητες στα αποξηραμένα φρούτα, στα λαχανικά, στους ηλιόσπορους.

Όσον αφορά το νάτριο, είναι δύσκολο να παρουσιαστεί ένδεια του στον μέσο, με εξαίρεση τις περιπτώσεις των αυστηρώς χορτοφάγων. Το νάτριο βρίσκεται σε κονσερβοποιημένα φαγητά, ψάρια, κρέας και γαλακτοκομικά προϊόντα.

Άλλοι παράγοντες που ενοχοποιούνται με την αιτιολογία των μυϊκών κραμπών, είναι η ανεπάρκεια ασβεστίου και μαγνησίου, που βοηθούν το μυ να συσπαστεί και να χαλαρώσει. Η ισορροπία μεταξύ ασβεστίου και μαγνησίου στο σώμα είναι ζωτικής σημασίας. Το ασβέστιο παίζει σημαντικό ρόλο στη σωστή λειτουργία των μυών. Τροφές που καλύπτουν τις ανάγκες μας σε ασβέστιο είναι τα γαλακτοκομικά προϊόντα, τα μικρά ψάρια που τρώγονται με τα κόκαλα, τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, οι ξηροί καρποί, το σουσάμι.

Η επάρκεια μαγνησίου μεριμνά για την ύπαρξη ενέργειας για τη χαλάρωση του μυός. Το μαγνήσιο περιέχεται στη χλωροφύλλη των φυτών, στους ξηρούς καρπούς, στα δημητριακά, στα φρούτα, στα ψάρια, στα θαλασσινά, στο κρέας και στο μεταλλικό νερό.

Γενικά, οι κράμπες δεν συνιστούν ανησυχητικό φαινόμενο και για να επαναφέρουμε το μυ που έχει συσπαστεί, πρέπει να τον τεντώσουμε. Επίσης καλό κάνει ένα ζεστό ντους και η ξεκούραση. Αν, ωστόσο, τα συμπτώματα δεν υποχωρούν, καλό να γίνει επίσκεψη σε έναν γιατρό.

*Απώλεια καλίου παρατηρείται συνήθως σε όσους λαμβάνουν διουρητικά φάρμακα, για την αντιμετώπιση της υψηλής πίεσης, με συνέπεια την πρόκληση συχνών μυϊκών κραμπών*





# 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

The background of the page features a stack of four smooth, rounded, brown stones on the left side. To the right and in the foreground, there are several thick, sliced pieces of aloe vera leaves, showing their characteristic serrated edges and light green, gelatinous interior. The overall aesthetic is clean, natural, and health-oriented.

## **Αλόη:** **Προσοχή** **στις παρενέργειες**

Η χρήση της Αλόης βρίσκει τις  
απαρχές της πολύ πίσω στα χρόνια  
της Αρχαίας Αιγύπτου

Η χρήση της Αλόης βρίσκει τις απαρχές της πολύ πίσω στα χρόνια της Αρχαίας Αιγύπτου. Γνωστή και ως «φυτό της αθανασίας» χρησιμοποιούνταν ως δώρο ταφής στους αποθανόντες Φαραώ. Παραδοσιακά, η αλόη χρησιμοποιούνταν για την επούλωση των πληγών, για τη βελτίωση δερματικών παθήσεων και από το στόμα ως καθαρτικό. Σήμερα, πέρα από τις παραδοσιακές χρήσεις έχουν προκύψει επιπρόσθετες όπως αυτή από το στόματος για μια ποικιλία καταστάσεων π.χ σακχαρώδης διαβήτης, άσθμα, επιληψία και οστεοαρθρίτιδα. Τοπική χρήση επίσης προτείνεται για εγκαύματα, καψίματα από τον ήλιο ακόμα και για περιπτώσεις ψωρίασης. Φυσικά το τζελ της αλόης μπορεί να βρεθεί σε μια ποικιλία προϊόντων για το δέρμα, όπως λοσιόν, αλοιφή ή αντιηλιακή κρέμα. Από την αλόη επίσης παράγεται ένας χυμός ο οποίος διαθέτει καθαρτικές ιδιότητες. Παλαιότερα, προϊόντα αλόης είχαν την έγκριση να κυκλοφορούν ως μη συνταγογραφούμενα καθαρτικά. Πρόσφατα όμως αποσύρθηκαν από την αμερικάνικη αγορά ακριβώς επειδή οι κατασκευάστριες εταιρείες δεν παρείχαν στους καταναλωτές αρκετά δεδομένα ασφάλειας αυτών των προϊόντων. Πρόσθετα επιστημονικά δεδομένα υποδεικνύουν πως το τζελ της αλόης μπορεί να δράσει ευεργετικά στα εγκαύματα. Υπάρχει παρ' όλη αυτά μια μελέτη η οποία δείχνει πως το εν λόγω τζελ αναστέλλει την επούλωση σοβαρών μετεγχειρητικών ουλών. Κάνοντας μια ανασκόπηση σε όλα τα δεδομένα των πρόσφατων μελετών για την αλόη προκύπτει το συμπέρασμα πως τα δεδομένα δεν είναι αρκετά πειστικά για να υποστηρίξουν οποιαδήποτε από τις παραπάνω χρήσεις.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι έχουν αναφερθεί διάφορες παρενέργειες από τη χρήση της. Για παράδειγμα, οι κοιλιακές κράμπες και η διάρροια αποτελούν φαινόμενα από τη χρήση της από το στόμα. Η διάρροια που προκαλείται μπορεί με τη σειρά της να επηρεάσει την απορρόφηση πολλών φαρμάκων. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη που λαμβάνουν ανάλογη φαρμακοθεραπεία θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί καθώς οι διάφορες μελέτες δείχνουν πως η χρήση της αλόης από το στόμα μειώνει τα επίπεδα του σακχάρου στο αίμα. Επιπρόσθετα, από τη χρήση της από το στόμα έχουν αναφερθεί ορισμένες περιπτώσεις οξείας ηπατίτιδας. Φυσικά η ασφάλεια από τη χρήση της αλόης ελέγχεται σε μελέτες που βρίσκονται υπό εξέλιξη. Στην απόπειρα όμως δοκιμής κάποιου βοτάνου ο καθένας δε θα πρέπει να παρασύρεται από διάφορες φήμες ή από εύπεπτα διαφημιστικά μηνύματα. Αντίθετα, θα πρέπει να συμβουλευτείται τον ειδικό ώστε να λαμβάνονται υπόψη όλες οι σχετικές παράμετροι.



*Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι έχουν αναφερθεί διάφορες παρενέργειες από τη χρήση της Αλόης*



# Οι «συνήθειες ύποπτοι» ο καφές & το τσιγάρο και η επίδρασή τους στο ήπαρ

Ο καφές και το τσιγάρο αποτελούν το αγαπημένο πρωινό «γεύμα» αρκετών Ελλήνων. Έτσι, λοιπόν, οι περισσότεροι γνωρίζουμε κάποιες από τις δράσεις αυτών των δύο παραγόντων στον οργανισμό μας. Το πώς επιδρά, όμως, η καθεμία από τις παραπάνω δημοφιλείς συνήθειες στην υγεία του ήπατος ειδικότερα είναι λιγότερο γνωστό.





*Η καφεΐνη, βασικό συστατικό του καφέ, είναι, ανά τον κόσμο, η πιο συχνά καταναλισκόμενη ουσία με φαρμακολογικές ιδιότητες*

## Καφές και ήπαρ

Η καφεΐνη, βασικό συστατικό του καφέ, είναι, ανά τον κόσμο, η πιο συχνά καταναλισκόμενη ουσία με φαρμακολογικές ιδιότητες. Εντούτοις, οι περισσότεροι από εμάς, αν και συμβάλλουμε στην παραπάνω «πρωτιά», καταναλώνοντας άλλοι μικρότερες και άλλοι μεγαλύτερες ποσότητες καφέ, γνωρίζουμε ελάχιστα για την επίδραση αυτού του ροφήματος στην υγεία του οργανισμού μας και πιο συγκεκριμένα στην υγεία του ήπατός μας.

Ο καφές αποτελεί ένα πολύπλοκο μίγμα χημικών ουσιών, με την καφεΐνη ν' αποτελεί μόνο μία από τις περίπου χίλιες άλλες ουσίες που περιέχει, τουλάχιστον μερικές από τις οποίες επιδρούν στην υγεία του οργανισμού μας. Γι' αυτό, σήμερα, όλο και περισσότεροι μελετητές προσπαθούν να αποκωδικοποιήσουν τις επιδράσεις αυτού του κοκτέιλ αντιοξειδωτικών και άλλων ουσιών που ονομάζουμε καφέ.

Έρευνες σε ποντίκια έχουν δείξει ότι η κατανάλωση καφέ μειώνει την υπεργλυκαιμία και βελτιώνει το λιπώδες ήπαρ. Επιπλέον, η κατανάλωση καφέ, σύμφωνα με ερευνητές, συσχετίστηκε με μειωμένα επίπεδα τόσο της γGT (γ- γλουταμυλοτρανσφεράση, ένα ένζυμο τα επίπεδα του οποίου ανεβαίνουν σε ηπατικές βλάβες) όσο και αλανινικής και ασπαρτικής αμινοτρανσφεράσης (άλλα δύο ένζυμα των οποίων τα επίπεδα στο αίμα αυξάνονται όταν κάποιο βλαπτικό αίτιο δρα στο ήπαρ).

Οι επιδράσεις του καφέ στο ήπαρ, όμως, δε σταματούν μόνο στην τροποποίηση εργαστηριακά μετρήσιμων πα-

ραμέτρων. Πειραματικά δεδομένα ενισχύουν την άποψη ότι η καφεΐνη αναστέλλει τη δράση ουσιών που προάγουν το σχηματισμό ινώδους ιστού στο ήπαρ. Ο ινώδης ιστός με τη σειρά του, καταστρέφει την αρχιτεκτονική του ήπατος. Όλη αυτή η διαδικασία της ίνωσης αποτελεί ένα από τα πρώτα βήματα προς την κίρρωση του ήπατος και την ηπατική ανεπάρκεια.

Ακόμη, αρκετοί ερευνητές ασχολήθηκαν με τη σχέση της κατανάλωσης καφέ και την εμφάνιση κίρρωσης ήπατος. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η κατανάλωση καφέ συσχετίστηκε με μειωμένη εμφάνιση κίρρωσης σε σχέση με την ομάδα ασθενών που δεν κατανάλωναν καφέ. Άλλη ερευνητική ομάδα κατέδειξε μάλιστα, ότι αυτή η προστατευτική δράση είναι δοσοεξαρτώμενη, δηλαδή ο κίνδυνος για εμφάνιση κίρρωσης μειώνεται όσο αυξάνεται η κατανάλωση καφέ ως τα τέσσερα φλιτζάνια ημερησίως. Επίσης, η κατανάλωση τριών ή περισσότερων φλιτζανιών καφέ την ημέρα συσχετίστηκε, σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, με μειωμένη πιθανότητα θανάτου από κίρρωση ήπατος σε σχέση με τους ασθενείς που κατανάλωναν δύο ή λιγότερα φλιτζάνια καφέ την ημέρα.

Όσον αφορά την προστατευτική δράση του καφέ στην ανάπτυξη του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος (ΗΚΚ) τα πράγματα γίνονται λίγο πιο περίπλοκα. Τα ερευνητικά δεδομένα είναι σαφή ως προς το ότι ο καφές παρέχει προστασία έναντι του ΗΚΚ, ωστόσο δεν είναι ακόμα τελείως ξεκάθαρο το αν αυτό είναι άμεσο αποτέλεσμα της κατανάλωσης καφέ ή έμμεσο επακόλουθο της προστατευτικής του δράσης έναντι της ηπατικής βλάβης, της ίνωσης

και της μείωσης της συχνότητας κίρρωσης. Εξάλλου, ο κίνδυνος για ανάπτυξη ΗΚΚ ήταν, σύμφωνα με ιαπωνική μελέτη, μειωμένος και στην υποομάδα των προσβεβλημένων από ηπατίτιδα Β ή/και C ατόμων που καταλάμβαναν καφέ.

Ερευνητές παρατήρησαν επίσης ότι σε ασθενείς με ηπατίτιδα C και προχωρημένες βλάβες στο ήπαρ η κατανάλωση καφέ συσχετίστηκε με μικρότερο κίνδυνο επιδείνωσης των ηπατικών βλαβών. Οι ίδιοι ερευνητές παρατήρησαν ότι η κατανάλωση καφέ συσχετίστηκε με καλύτερο προφίλ εργαστηριακών παραμέτρων, οι οποίες δηλώνουν καλύτερη ηπατική λειτουργία, σε σχέση με τους ασθενείς που δεν καταλάμβαναν καφέ.

Ομοίως, η κατανάλωση καφέ φαίνεται, σύμφωνα με μελέτες, να σχετίζεται με ηπιότερη πορεία ίνωσης σε ασθενείς με ηπατικές βλάβες αλκοολικής αιτιολογίας.

## Κάπνισμα και ήπαρ

Σε αντίθεση με τον καφέ, ο οποίος περιέχει αρκετές ευεργετικές για την υγεία ουσίες, το κάπνισμα του τσιγάρου «προσφέρει» στον καπνιστή γύρω στις 4000 διαφορετικές τοξικές ουσίες. Σύμφωνα, λοιπόν, με τη στρατηγική που λέει ότι ο εχθρός σου είναι αυτός που πρέπει να γνωρίζεις καλύτερα, οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος τόσο στους πνεύμονες όσο και στην καρδιά και τα αγγεία είναι ευρύτατα γνωστές. Τι γίνεται, όμως, με το ήπαρ; Πώς επιδρά σε αυτό το τσιγάρο;

Οι έρευνες αναφέρουν ότι το κάπνισμα ίσως μεγεθύνει τις αρνητικές επιπτώσεις που έχει το αλκοόλ στο συκώτι. Αυτό οδηγεί τους επιστήμονες να συμπεράνουν ότι το αλκοόλ και το τσιγάρο έχουν συνεργική δράση. Επιπλέον, το κάπνισμα φαίνεται να ευνοεί την εξέλιξη των βλαβών που προκαλεί το αλκοόλ προς κίρρωση του ήπατος.

Επιπρόσθετα, επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι το κάπνισμα όχι μόνο είναι παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης σε ανθρώπους με προδιάθεση για τη νόσο, αλλά επιταχύνει και τις διαδικασίες ίνωσης, οι οποίες αποτελούν προοίμιο της κίρρωσης. Η πρωτοπαθής χολική κίρρωση είναι μία άγνωστη αιτιολογίας νόσος που προσβάλλει τα αγγεία που μεταφέρουν τη χολή, με αποτέλεσμα στάση της χολής στο ήπαρ. Η στάση αυτή προκαλεί, καθώς προχωράει η νόσος, σοβαρές βλάβες στο ηπατικό παρέγχυμα και μπορεί να καταλήξει σε κίρρωση και ηπατική ανεπάρκεια.

Όσον αφορά τη σχέση της ηπατίτιδας C με το κάπνισμα, τα στοιχεία από μελέτες είναι περισσότερα. Έτσι, ομάδα ερευνητών κατέδειξε ότι το κάπνισμα επιταχύνει την πρόοδο των διαδικασιών ίνωσης στο ήπαρ ασθενών με ηπατίτιδα C. Ακόμη, το κάπνισμα φαίνεται να μειώνει την αποτελεσματικότητα της αντιικής θεραπείας. Άλλη ερευνητική

*Έρευνες σε ποντίκια έχουν δείξει ότι η κατανάλωση καφέ μειώνει την υπεργλυκαιμία και βελτιώνει το λιπώδες ήπαρ*



ομάδα παρατήρησε ότι το κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση ηπατοκυτταρικού καρκινώματος σε ασθενείς με κίρρωση από ηπατίτιδα C.

Τα δεδομένα είναι ασαφή για τη σχέση του καπνίσματος με την ηπατίτιδα B, αφού τα στοιχεία που υπάρχουν είναι ελάχιστα, και τη μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα. Είναι γνωστό ότι το κάπνισμα συσχετίζεται με μία κατάσταση φλεγμονής σε όλο το σώμα, με την ύπαρξη οξειδωτικού stress στον οργανισμό και με την αντίσταση των κυττάρων του σώματος στη δράση της ινσουλίνης (η αντίσταση αυτή αποτελεί ένα από τα αρχικά βήματα στην ανάπτυξη του σακχαρώδους διαβήτη). Όλα τα παραπάνω παρατηρούνται πολύ συχνά στους ασθενείς με μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα, αλλά δεν είναι ακόμα σαφές- αν και υποστηρίζεται από μερικές πειραματικές μελέτες- αν το κάπνισμα προδιαθέτει στην εμφάνισή της, σε ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο.

Εξάλλου, όλο και περισσότερες έρευνες καταδεικνύουν ότι το κάπνισμα επί μακρόν αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος (ΗΚΚ). Μερικές μάλιστα κατέληξαν στο ότι η αύξηση αυτή είναι δόσοεξαρτώμενη. Ως αποτέλεσμα, η Διεθνής Ένωση για την Έρευνα στον Καρκίνο δήλωσε ότι το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση του ΗΚΚ.

Για τα άτομα που συνεχίζουν να καπνίζουν ακόμα και μετά τη μεταμόσχευση ήπατος τα δεδομένα δεν είναι καθόλου ευχάριστα, καθώς φαίνεται να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο θανάτου από αιτίες που δε σχετίζονται απαραίτητα με το μόσχευμα. Έτσι, λοιπόν, η αύξηση της συχνότητας των θανάτων ανάμεσα στους καπνιστές λήπτες ηπατικών μοσχευμάτων οφείλεται στην αυξημένη συχνότητα καρκίνου και στην αυξημένη συχνότητα θανάτων από καρδιαγγειακά συμβάματα ή σηπτικές καταστάσεις.

## Συμπερασματικά,

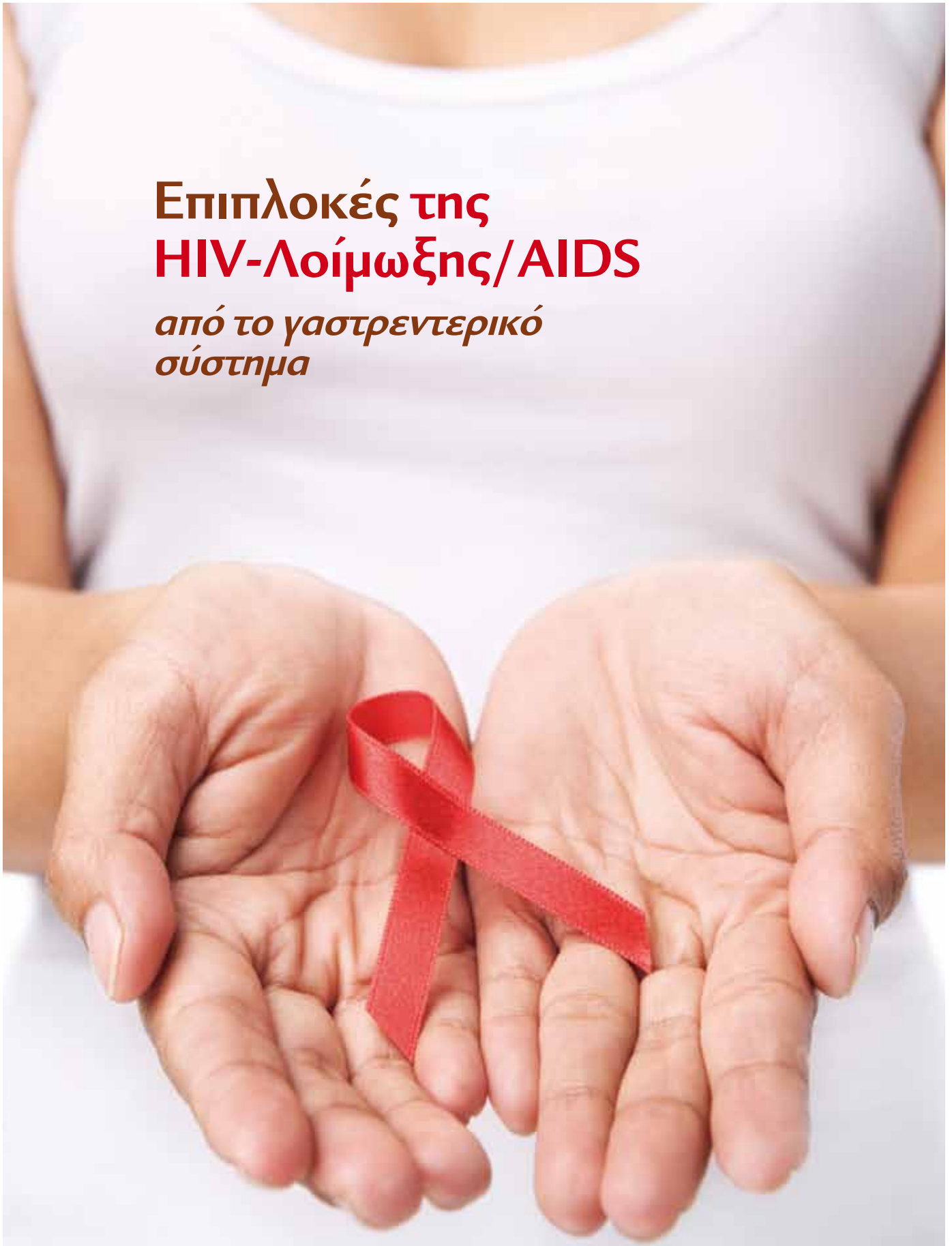
οι έρευνες δείχνουν ότι δε χρειάζεται να θυσιάσουμε το υπέροχο άρωμα του καφέ, αλλά και την ωραία συνήθεια που αυτός αποτελεί στο βωμό της υγείας του ήπατός μας, αφού αυτός μάλλον το ωφελεί παρά το βλάπτει. Το τσιγάρο, ωστόσο, είναι και για το ήπαρ «ο κακός της παρέας», από τον οποίο πρέπει ν' απαλλαγεί κανείς, σύμφωνα με τις μελέτες. Τα ερευνητικά δεδομένα μάλιστα υποδεικνύουν ότι η διακοπή αυτής της επιζήμιας για την υγεία συνήθειας είναι ακόμη επιτακτικότερη, αν όχι απαραίτητη, για ανθρώπους που πάσχουν από κάποια χρόνια ηπατική πάθηση - οποιαδήποτε και αν είναι αυτή.

*Σε αντίθεση με τον καφέ, ο οποίος περιέχει αρκετές ευεργετικές για την υγεία ουσίες, το κάπνισμα του τσιγάρου «προσφέρει» στον καπνιστή γύρω στις 4000 διαφορετικές τοξικές ουσίες*



# Επιπλοκές της HIV-Λοίμωξης/AIDS

*από το γαστρεντερικό  
σύστημα*



## Τι είναι το AIDS;

Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), προκαλείται από τον ιό HIV που μεταδίδεται μέσω της επαφής με αίμα, σπέρμα ή κολπικά υγρά μολυσμένων ατόμων. Ο ιός ανακαλύφθηκε πριν από 3 δεκαετίες περίπου και αποτέλεσε πεδίο έντονης ερευνητικής μελέτης. Το βασικό της χρόνιας λοίμωξης από τον ιό του HIV είναι ότι προκαλεί προοδευτική εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος που οδηγεί, αν δεν γίνουν θεραπευτικές παρεμβάσεις, στο θάνατο από ευκαιριακές λοιμώξεις. Μετά τη μόλυνση οι ασθενείς παραμένουν για χρονικό διάστημα ετών φορείς, χωρίς να νοσούν, ασυμπτωματικοί, με δυνατότητα όμως να το μεταδίδουν τον ιό και προοδευτικά αν δεν λάβουν την κατάλληλη αγωγή νοσούν (AIDS) με σταδιακή εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος και τελικά θάνατο από λοίμωξη ή νεόπλασμα. Από το 1996 έχει ανακαλυφθεί ο συνδυασμός αντιρετροϊκών φαρμάκων (HAART), που καταπολεμούν αποτελεσματικά τον ιό, χωρίς όμως να καταφέρνουν να τον απομακρύνουν ολοκληρωτικά από τον οργανισμό. Οι ασθενείς σήμερα λαμβάνοντας την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή εξασφαλίζουν αποτελεσματική προστασία με αποτέλεσμα επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής. Σήμερα η αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή έχει μετατρέψει την άλλοτε τρομακτική και θανατηφόρο ασθένεια σε ένα χρόνιο νόσημα.

## Ποια η συνέπεια της λοίμωξης στο γαστρεντερικό σύστημα;

Το γαστρεντερικό σύστημα αποτελεί συχνό στόχο του ιού τόσο στους φορείς αλλά πολύ περισσότερο στους ασθενείς με AIDS. Σχεδόν όλα τα όργανα του πεπτικού σωλήνα από το στόμα μέχρι τον πρωκτό μπορεί να προσβληθούν από νοσολογικές οντότητες που σχετίζονται με τον ιό.

## Στόμα

τας από το στόμα η μυκητίαση είναι συχνό και βασανιστικό πρόβλημα των ασθενών που οφείλεται στην ανοσοκαταστολή. Εμφανίζεται με τη μορφή λευκωπών πλακών που αποκολλώνται εύκολα με το γλωσσοπίεστο. Επιπλέον, στα πλάγια της γλώσσας μπορεί να παρατηρηθούν λευκωπές εστίες που οφείλονται σε ιό και είναι γνωστές ως τριχωτή λευκοπλακία. Οι παραπάνω οντότητες, καθώς είναι εύκολα ορατές, μπορεί να υποψιάσουν τον ιατρό ώστε να αναζητήσει τον ιό και αποτελούν ενδείξεις έναρξης αντιρετροϊκής αγωγής. Επιπρόσθετα, σε ασθενείς με HIV λοίμωξη παρατηρούνται συχνότερα αφώδη έλκη στη στοματική κοιλότητα, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί ειδικό σημείο της νόσου. Οι παραπάνω νοσο-

*Το βασικό της χρόνιας λοίμωξης από τον ιό του HIV είναι ότι προκαλεί προοδευτική εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος που οδηγεί, αν δεν γίνουν θεραπευτικές παρεμβάσεις, στο θάνατο από ευκαιριακές λοιμώξεις*

λογικές οντότητες μπορεί να αφορούν τόσο τους φορείς όσο και τους ασθενείς με AIDS. Στη στοματική κοιλότητα μπορούν επίσης να αναπτυχθούν και νεοπλάσματα όπως τα λεμφώματα και το σάρκωμα Kaposi, τα οποία εξ' ορισμού εμφανίζονται στο AIDS και χρειάζονται άμεση θεραπεία τόσο με φάρμακα εναντίον του ιού, όσο και με χημειοθεραπεία καθώς είναι επιθετικά.

## Οισοφάγος

Ο οισοφάγος προσβάλλεται σε προχωρημένα στάδια ανοσοκαταστολής από ιούς, όπως ο έρπητας και ο κυτταρομεγαλοϊός, και από μύκητες, όπως η κάντιντα. Συνηθέστερα προκαλούνται διαβρώσεις και έλκη και ο ασθενής αισθάνεται κάψιμο στο στήθος, έντονο πόνο κατά την κατάποση γεγονότα που οδηγούν σε αδυναμία και σε απώλεια σωματικού βάρους. Θεραπευτικά, εκτός από τη αντιρετροϊκή αγωγή, χορηγείται και εξειδικευμένη θεραπεία με αντιικά ή αντιμυκητιασικά φάρμακα.

## Στόμαχος

Στο στομάχι των ασθενών με HIV λοίμωξη ή AIDS μπορεί να εμφανιστούν έλκη, όπως και στο γενικό πληθυσμό. Σε πιο προχωρημένη ανοσοκαταστολή μπορεί να εμφανιστούν νεοπλάσματα, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω, και να εκδηλωθούν πόνο, ναυτία, εμετούς και αιμορραγία



*Οι ασθενείς σήμερα λαμβάνοντας την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή εξασφαλίζουν αποτελεσματική προστασία με αποτέλεσμα επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής*

(αιματέμεση, μέλαινες κενώσεις). Εξέταση εκλογής είναι η γαστροσκόπηση και η θεραπεία είναι αιτιολογική. Στο σημείο αυτό δε θα πρέπει να παραλείψουμε να αναφέρουμε και τις παρενέργειες των αντιρετροϊκών φαρμάκων, καθώς ορισμένα από αυτά ενδέχεται να προκαλέσουν κοιλιακό άλγος και ναυτία ειδικά κατά την έναρξή τους, οι οποίες συνήθως υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου.

## Έντερο

Όσον αφορά στην προσβολή του εντέρου η διάρροια αποτελεί την πιο συχνή επιπλοκή σε ασθενείς με HIV λοίμωξη και AIDS. Εμφανίζεται σε περισσότερο από το 80% των ασθενών με AIDS. Συχνότερα είναι λοιμώδους αιτιολογίας και οφείλεται σε βακτηρίδια (σαλμονέλα, σιγκέλλα, άτυπα μυκοβακτηρίδια), ιούς (HIV, κυτταρομεγαλοϊός, έρπητας), πρωτόζωα (μικρόσπορίδια, κρυπτοσπορίδια, ισοσπορίδια), μύκητες. Σπανιότερα οφείλεται σε νεοπλασμάτα, όπως το σάρκωμα Kaposi και τα λεμφώματα, και σε κινητικές διαταραχές του εντέρου. Στους ασθενείς που λαμβάνουν αντιρετροϊκή αγωγή, η πιο συχνή αιτία διάρροιας είναι τα φάρμακα με κύρια κατηγορία τους αναστολείς της πρωτεάσης. Τα συνودά συμπτώματα εξαρτώνται από το σημείο προσβολής του εντέρου, τη συχνότητα και την ποσότητα των διαρροϊκών κενώσεων και μπορούν να παρατηρηθούν κοιλιακό άλγος, αφυδάτωση με απώλεια ηλεκτρολυτών, αδυναμία καταβολή, απώλεια βάρους και αναιμία. Το σύνδρομο της απίσχνανσης, που ορίζεται ως

η απώλεια του 10% του σωματικού βάρους που συνοδεύεται από επίμονη διάρροια για περισσότερο από ένα μήνα αδυναμία καταβολή και πυρετική κίνηση, χωρίς εμφανή αιτιολογικό παράγοντα, παρουσιάζεται στα τελικά στάδια του AIDS. Χρήζει αντιμετώπισης με άμεση έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής προσπάθεια ελέγχου των διαρροϊκών με αντιδιαρροϊκά φάρμακα και χορήγηση θρεπτικών διαλυμάτων σε ορό. Διαγνωστικά, το ιστορικό και το στάδιο της νόσου παίζουν μεγάλο ρόλο στην αναζήτηση του υπεύθυνου αιτιολογικού παράγοντα. Η καλλιέργεια των κοπράνων είναι αποφασιστικής σημασίας και η κολονοσκόπηση ή η εντεροσκόπηση είναι οι μέθοδοι εκλογής για τον αποκλεισμό νεοπλασιών. Θεραπευτικά, η αποκατάσταση της άμυνας του οργανισμού με τα αντιρετροϊκά φάρμακα τις περισσότερες φορές αρκεί και λιγότερο συχνά απαιτούνται εξειδικευμένες θεραπείες με αντιμικροβιακά σκευάσματα. Τα νεοπλάσματα αντιμετωπίζονται με επιθετική χημειοθεραπεία. Η φαρμακευτική διάρροια, η οποία συνήθως παρέρχεται μετά τον πρώτο μήνα της έναρξης της αγωγής, θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψιν από τον ιατρό και να εξετάζεται το ενδεχόμενο τροποποίησης της αγωγής, καθώς αποτελεί αιτία κακής συμμόρφωσης στα φάρμακα με αποτέλεσμα την ανεπαρκή αντιμετώπιση του ιού.

## Πρωκτός

Αρκετά συχνά σε ασθενείς με HIV λοίμωξη και AIDS ανευρίσκονται νοσολογικές οντότητες από τον πρωκτό. Ο



*Το γαστρεντερικό σύστημα αποτελεί συχνό στόχο του ιού τόσο στους φορείς αλλά πολύ περισσότερο στους ασθενείς με AIDS*

καρκίνος του πρωκτού είναι συχνότερος σε ασθενείς με AIDS και οφείλεται στη συνύπαρξη με τον ιό που προκαλεί τα κονδυλώματα. Συνεπώς η προσεκτική κλινική εξέταση και η εξαίρεση των κονδυλωμάτων είναι απαραίτητα στους οροθετικούς ασθενείς.

## Ήπαρ

Οι επιπλοκές από το ήπαρ εμφανίζονται συχνά στους ασθενείς αυτούς. Πολλά από τα αντιρετροϊκά φάρμακα μεταβολίζονται στο ήπαρ επηρεάζοντας τη λειτουργία του και ως εκ τούτου χρειάζεται να αντικατασταθούν. Επιπλέον, ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό ασθενών πάσχουν από συλλοίμωξη με HIV και ιό ηπατίτιδας Β ή C. Οι ασθενείς αυτοί, εάν δεν αντιμετωπισθούν κατάλληλα, οδηγούνται ταχέως σε κίρρωση και σε καρκίνο του ήπατος. Άλλα νεοπλασμάτα, όπως το σάρκωμα Καρσί και τα λεμφώματα, αναπτύσσονται και στο ήπαρ. Σε πολύ προχωρημένα στάδια ανοσοκαταστολής, οι ασθενείς ενδέχεται να εμφανίσουν προσβολή της χοληδόχου κύστης από διάφορα μικρόβια (κρυπτοσπορίδια, μικροσπορίδια, κυκλόσπορα, κυτταρομεγαλοϊό) που εκδηλώνεται με πόνο στο δεξιό πλάγιο της κοιλίας πυρετό και ενδεχομένως ίκτερο. Η αντιμετώπιση γίνεται αιτιολογικά.

## Πάγκρεας

Πολλά από τα αντιρετροϊκά φάρμακα ενδέχεται να προκαλέσουν οξεία παγκρεατίτιδα, μια σοβαρή επιπλοκή

που εκδηλώνεται με έντονο κοιλιακό πόνο που συνήθως αντανακλά στη ράχη, ναυτία και εμετό. Η αντιμετώπιση γίνεται πάντα σε νοσοκομείο και συνίσταται σε υποστηρικτική αγωγή και άρση του πιθανού αιτίου.

## Συμπερασματικά,

η συμμετοχή του γαστρεντερικού στις νοσολογικές οντότητες που εμφανίζονται στην HIV λοίμωξη και το AIDS είναι ευρεία και εξαρτάται από το στάδιο της ανοσοκαταστολής που έχει επιφέρει ο ιός. Η εισαγωγή της συνδυασμένης αντιρετροϊκής αγωγής στην αντιμετώπιση του ιού έχει αλλάξει τη φυσική πορεία της νόσου. Οντότητες που περιγράφονται παραπάνω σπάνια ανευρίσκονται πλέον στο δυτικό κόσμο, όπου και υπάρχει πρόσβαση στη θεραπεία, και παρατηρούνται κυρίως σε ασθενείς που αναζητούν καθυστερημένα ιατρική βοήθεια ή αρνούνται να λάβουν σωστά την αγωγή τους. Επιπλέον, οι προκαλούμενες επιπλοκές από την αγωγή θα πρέπει να απασχολούν τους θεράποντες ιατρούς έτσι ώστε να διασφαλισθεί η αποτελεσματική συμμόρφωση και θεραπεία των ασθενών.



## Αποτελεσματικότητα του boceprevir σε θεραπεία συνδυασμού με ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C

Το boceprevir αποτελεί από του στόματος αναστολέα της πρωτεάσης NS3 του ιού της ηπατίτιδας C και ανήκει σε μια νέα κατηγορία φαρμάκων που δοκιμάζονται στη ΧΗC. Σε μια τυχαίοποιημένη πολυκεντρική μελέτη που δημοσιεύτηκε στο Lancet (2010;376:705-16), το boceprevir δοκιμάστηκε σε πρωτοθεραπευόμενους ασθενείς με ΧΗC και γονότυπο 1 σε συνδυασμό με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη. Στο πρώτο μέρος της μελέτης, 520 ασθενείς τυχαίοποιήθηκαν είτε στην κλασική θεραπεία με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη α-2b 1.5 μg/kg και ριμπαβιρίνη 800-1400 mg/ημέρα για 48 εβδομάδες (PR48, n=104) είτε σε διάφορους συνδυασμούς των δυο με boceprevir: πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη α-2b και ριμπαβιρίνη για 4 εβδομάδες και στη συνέχεια πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη α-2b, ριμπαβιρίνη και boceprevir 800 mg τρεις ημερησίως για 24 (PR4/PRB24, n=103) ή 44 εβδομάδες (PR4/PRB44, n=103) ή πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη α-2b, ριμπαβιρίνη και boceprevir 800 mg τρεις ημερησίως για 28 (PRB28, n=107) ή 48 (PRB48, n=103) εβδομάδες. Στο δεύτερο μέρος της μελέτης, 75 ασθενείς τυχαίοποιήθηκαν είτε στην κλασική θεραπεία συνδυασμού είτε σε χαμηλή δόση ριμπαβιρίνης με ιντερφερόνη και boceprevir. Πρωταρχικό καταληκτικό σημείο ήταν η μόνιμη ιολογική ανταπόκριση. Το ποσοστό μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης ήταν σημαντικά υψηλότερο σε όλες τις ομάδες που ελάμβαναν boceprevir σε σύγκριση με την κλασική θεραπεία συνδυασμού (54%, P=0.013 για PRB28; 56%, P=0.005 για PR4/PRB24; 67%, P<0.001 για PRB48; και τέλος 75%, P<0.001 για PR4/PRB44 έναντι 38% για την κλασική θεραπεία PR48). Η χαμηλής δόση ριμπαβιρίνη στη δεύτερη φάση συνοδεύτηκε από πολύ υψηλά ποσοστά ιολογικής υποτροπής και στις δύο ομάδες. Οι ασθενείς που έλαβαν boceprevir εμφάνισαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό αναιμία και δυσγευσία. Συμπερασματικά, η προσθήκη boceprevir στην κλασική θεραπεία με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη σε ασθενείς με ΧΗC και γονότυπο 1 έχει σαν αποτέλεσμα σημαντικά βελτιωμένα ποσοστά μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης.

## Ο συνδυασμός naltrexone και bupropion στην απώλεια βάρους σε υπέρβαρους και παχύσαρκους ενήλικες

Παρότι η παχυσαρκία συνοδεύεται από σοβαρούς κινδύνους για την υγεία, η αντιμετώπισή της δεν είναι ιδεατή. Οι διαφόρων ειδών δίαιτες συνήθως δεν έχουν μόνιμο αποτέλεσμα, ενώ οι υπάρχουσες φαρμακευτικές θεραπείες δεν είναι επαρκείς. Σε μια πολυκεντρική τυχαίοποιημένη μελέτη με χρήση εικονικού φαρμάκου που δημοσιεύτηκε στο Lancet (2010;376:595-605), δοκιμάστηκε ο συνδυασμός naltrexone και bupropion για την απώλεια βάρους σε υπέρβαρους ή παχύσαρκους ενήλικες (δείκτης μάζας σώματος 30-45 kg/m<sup>2</sup>). Οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε ήπια υποθερμιδική δίαιτα και παράλληλα τυχαίοποιήθηκαν να λάβουν από του στόματος είτε συνδυασμό naltrexone 32 mg/ημέρα και bupropion 360 mg/ημέρα (NB32), είτε naltrexone 16 mg/ημέρα και bupropion 360 mg/ημέρα (NB16) είτε εικονικό φάρμακο για 56 εβδομάδες. Πρωταρχικά καταληκτικά σημεία ήταν η ποσοστιαία μεταβολή στο σωματικό βάρος και το ποσοστό των ασθενών που έχασε τουλάχιστον 5% από το αρχικό του βάρος. Τυχαίοποιήθηκαν 1742 ασθενείς εκ των οποίων οι 870 ολοκλήρωσαν τις 56 εβδομάδες θεραπείας. Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν 1453 ασθενείς στους οποίους υπήρχαν τουλάχιστον δύο μετρήσεις του σωματικού βάρους. Η μέση μεταβολή στο σωματικό βάρος ήταν -1.3% στην ομάδα εικονικού φαρμάκου, -6.1% στην ομάδα NB32 και -5.0% στην ομάδα NB16 (P<0.0001 έναντι εικονικού φαρμάκου και για τις δύο ομάδες). 84 ασθενείς (16%) στην ομάδα εικονικού φαρμάκου απώλεσαν τουλάχιστον 5% από το αρχικό τους βάρος έναντι 226 (48%) στην ομάδα NB32 και 186 (39%) στην ομάδα NB16 (P<0.0001 έναντι εικονικού φαρμάκου και για τις δύο ομάδες). Η συχνότερη ανεπιθύμητη ενέργεια στην ομάδα συνδυασμού ήταν η ναυτία, ενώ παρατηρήθηκαν επίσης σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό πονοκέφαλος, ζάλη, ξηροστομία, έμετος και δυσκοιλιότητα. Συμπερασματικά, ο συνδυασμός naltrexone και bupropion φαίνεται ότι είναι αποτελεσματικός στη φαρμακευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.

## Σύγκριση αποτελεσματικότητας δίαιτας χαμηλής σε λιπαρά με δίαιτα χαμηλής σε υδατάνθρακες

Τυχαιοποιημένες μελέτες τα προηγούμενα χρόνια έδειξαν ότι ενώ δίαιτες χαμηλές σε υδατάνθρακες είχαν καλύτερη βραχυπρόθεσμη (εντός 6 μηνών) αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με δίαιτες χαμηλές σε λιπαρά, η διαφορά στη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα (μετά 1-2 χρόνια) είναι διφορούμενη. Σε μια τυχαιοποιημένη μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Annals of Internal Medicine* (2010;153:147-157), συγκρίθηκε η μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα δίαιτας χαμηλής σε υδατάνθρακες με δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά με διάρκεια διαιτητικής παρέμβασης δύο ετών. Συμμετείχαν 307 ασθενείς μέσης ηλικίας 46 χρόνων με μέσο δείκτη μάζας σώματος 36.1 kg/m<sup>2</sup>, οι οποίοι ανεξάρτητα από τη δίαιτα συμμετείχαν σε πρόγραμμα εκπαίδευσης στην αλλαγή του τρόπου ζωής. Οι ασθενείς στην διαίτα με χαμηλούς υδατάνθρακες ελάμβαναν μέχρι 20 γραμμάρια υδατανθράκων ημερησίως και είχαν απεριόριστη κατανάλωση σε πρωτεΐνες και λίπος ενώ αυτοί στη δίαιτα με χαμηλά λιπαρά κατανάλωναν 1200-1800 θερμίδες ημερησίως, εκ των οποίων το λίπος ήταν <30%. Το πρωταρχικό καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν το σωματικό βάρος μετά από δύο χρόνια ενώ δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν το σωματικό βάρος στους 3, 6 και 12 μήνες και τα επίπεδα λιπιδίων ορού, η αρτηριακή πίεση, η οστική πυκνότητα και η γενική συμπτωματολογία. Η μέση απώλεια βάρους ήταν 11 kg (11%) στον πρώτο χρόνο και 7 kg (7%) στο δεύτερο χρόνο. Δεν υπήρχε ουδεμία διαφορά στο σωματικό βάρος σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή ή την οστική πυκνότητα ανάμεσα στις δύο ομάδες. Στους πρώτους έξι μήνες, η ομάδα που ακολούθησε τη δίαιτα με χαμηλούς υδατάνθρακες εμφάνισε μεγαλύτερη ελάττωση στην αρτηριακή πίεση και στα επίπεδα τριγλυκεριδίων ορού αλλά και μικρότερη ελάττωση στα επίπεδα LDL χοληστερόλης και περισσότερα ανεπιθύμητα συμβάματα από την ομάδα που ακολούθησε τη δίαιτα με χαμηλά λιπαρά. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς που ακολούθησαν τη δίαιτα χαμηλή σε υδατάνθρακες, παρουσίασαν αύξηση 23% στα επίπεδα της HDL χοληστερόλης στο τέλος της παρακολούθησης. Συμπερασματικά, όταν συνδυάζονται με θεραπεία συμπεριφοράς, και οι δύο μορφές δίαιτας είναι αποτελεσματικές στην ελάττωση του σωματικού βάρους.

## Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα για υποτροπιάζουσα φλεβική θρόμβωση

Ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (ΙΦΝΕ) έχουν αυξημένο κίνδυνο πρώτου επεισοδίου φλεβικής θρόμβωσης, αλλά ο κίνδυνός τους για υποτροπιάζοντα επεισόδια είναι άγνωστος. Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Gastroenterology* (2010;139:779-787), εκτιμήθηκε ο κίνδυνος υποτροπιάζοντων επεισοδίων φλεβικής θρόμβωσης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ. Συμπεριλήφθηκαν 2811 ασθενείς με ΙΦΝΕ από τα τακτικά ιατρεία 14 κέντρων αναφοράς. Αρχικά αναζητήθηκαν ασθενείς με επεισόδια πρώτης φλεβικής θρόμβωσης χωρίς ξεκάθαρο αίτιο και βρέθηκαν 86 περιπτώσεις. Οι υποτροπές συγκρίθηκαν με αυτές που παρατηρήθηκαν προοπτικά σε 1255 ασθενείς χωρίς ΙΦΝΕ ή παράγοντες κινδύνου (τραύμα, χειρουργείο, εγκυμοσύνη) με ιστορικό ενός επεισοδίου φλεβικής θρόμβωσης. Το πρωταρχικό καταληκτικό σημείο ήταν εμφάνιση συμπτωματικής φλεβικής θρόμβωσης μετά από τη διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής για το πρώτο επεισόδιο. Η πιθανότητα υποτροπής 5 έτη μετά τη διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής ήταν υψηλότερη στους ασθενείς με ΙΦΝΕ από ότι στους ασθενείς χωρίς (33.4% έναντι 21.7%,  $P=0.01$ ). Κατά τη χρονική στιγμή της υποτροπής, το 50% των ασθενών είχαν ενεργή ΙΦΝΕ. Στη στατιστική ανάλυση, η παρουσία ΙΦΝΕ ήταν ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου υποτροπής (σχετικός κίνδυνος  $HR=2.5$ , 95%CI 1.4-4.2;  $P=0.001$ ). Συμπερασματικά, οι ασθενείς με ΙΦΝΕ έχουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής ενός αρχικού επεισοδίου φλεβικής θρόμβωσης.

## Το διατροφικά τοξικό περιβάλλον

Κάθε φορά που κατευθυνόμαστε προς την έξοδο κάποιου super market ή παντοπωλείου, την ώρα που περιμένουμε στο ταμείο για να πληρώσουμε, κατακλυζόμαστε από ανυπομονησία αλλά κι από συγκεκριμένες εικόνες προϊόντων γύρω μας. Συνήθως μας περιμένουν εκεί στην έξοδο γλυκά, τσίχλες και σνακς. Κι όσοι έχουν μικρά παιδιά συχνά βιώνουν τις στιγμές αυτές σαν μία φάση απαιτήσεων κι επίπονων διαπραγματεύσεων.

## Σήμερα, οι υπέρβαροι ενήλικες ξεπερνούν παγκόσμια το 1 δισεκατομμύριο, ενώ από αυτούς τα 300 εκατομμύρια είναι παχύσαρκοι

Θα έχετε σίγουρα παρατηρήσει ότι είναι πολύ πιο εύκολο και πιο φθινό να βρει κανείς ταχυφαγεία και επεξεργασμένο φαγητό στην πόλη, παρά μαγειρεμένο. Θα έχετε αντιληφθεί ότι υπάρχουν ελάχιστες διαφημίσεις φρούτων και λαχανικών στην τηλεόραση, ενώ δεν λείπουν διαφημίσεις για διάφορα σνακς και αναψυκτικά. Το ξέρουμε όλοι μας ότι είναι πια σχεδόν αδύνατο -με τους ρυθμούς που ζούμε- να τρώμε καθημερινά ένα κανονικό μαγειρεμένο, σπιτικό, μεσημεριανό. Και όποιος θέλει να περπατάει ή να κάνει ποδήλατο στις πόλεις μας, ξέρει πολύ καλά πόσο επικίνδυνη είναι η επιλογή του.

Αυτά είναι κάποια από τα συστατικά του σύγχρονου διατροφικού περιβάλλοντος στο οποίο ζούμε. Είναι ένα περιβάλλον και ένας τρόπος ζωής που ορισμένοι επιστήμονες έχουν ονομάσει «διατροφικά τοξικό» (toxic food environment) και άλλοι «γενεσιουργό παχυσαρκίας» (obesigenic).

Ίσως αυτοί οι προσδιορισμοί να φαίνονται λίγο υπερβολικοί. Δεν είναι όμως, αν κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο παράγεται, στους περισσότερους ανθρώπους, η παχυσαρκία. Κι αν καταλάβουμε πόσο μεγάλο πρόβλημα είναι αυτή παγκόσμια, έχοντας πια τα χαρακτηριστικά μιας πανδημίας σε εξέλιξη. Ας δούμε λίγα σκληρά νούμερα για να έχουμε σαφέστερη εικόνα.

Σήμερα, οι υπέρβαροι ενήλικες ξεπερνούν παγκόσμια το 1 δισεκατομμύριο, ενώ από αυτούς τα 300 εκατομμύρια είναι παχύσαρκοι. Όμως ο αριθμός των παχύσαρκων ανθρώπων δεν είναι σταθερός. Ο αριθμός αυξάνεται: στις ΗΠΑ διπλασιάστηκε μεταξύ του 1975 και του 2000, στην Αγγλία τριπλασιάστηκε τη δεκαετία του '90. Και δεν είναι μόνο πρόβλημα των πλούσιων χωρών, αφού για παράδειγμα το ίδιο διάστημα στην Αίγυπτο ο αριθμός τετραπλασιάστηκε.

Δυστυχώς η αύξηση αυτή αφορά και τα παιδιά. Το 2003 είχε υπολογιστεί ότι έως το 2010 τα υπέρβαρα παιδιά στην Ε.Ε. θα διπλασιάζονταν σε αριθμό, αφού αυξάνονταν κατά 1,3 εκατομμύρια κάθε χρόνο. Συνολικά, υπολογιζόταν ότι φέτος, το 2010, ο αριθμός των υπέρβαρων παιδιών στην Ε.Ε. θα έφτανε τα 26 εκατομμύρια (6,4 εκατομ. αυτών παχύσαρκα).

Ξέρουμε όλοι, τουλάχιστον θεωρητικά, ότι οι διαστάσεις του προβλήματος είναι τεράστιες, δεδομένης της αυξημένης νοσηρότητας και θνητότητας των παχύσαρκων ατόμων από παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, τα καρδιοαγγειακά

**Το ξέρουμε όλοι μας ότι είναι πια σχεδόν αδύνατο -με τους ρυθμούς που ζούμε- να τρώμε καθημερινά ένα κανονικό μαγειρεμένο, σπιτικό, μεσημεριανό**



νοσήματα αλλά και μερικές μορφές καρκίνου (βλ. Ιωαννίδης Ι., στο «Παχυσαρκία: Μύθος και Πραγματικότητα», ΕΛΙΓΑΣΤ). Ειδικά σε ότι αφορά το διαβήτη, η ασθένεια προβλέπεται να φτάσει σε επίπεδα πανδημίας ως το 2030, οπότε οι ασθενείς παγκόσμια υπολογίζονται να είναι 366 εκατομμύρια (από 171 εκατομ. το 2000). Μάλιστα η αύξηση θα προέλθει κυρίως από τις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου στο διάστημα αυτό προβλέπεται ότι οι ασθενείς θα αυξηθούν από 84 σε 228 εκατομμύρια ανθρώπους. Με τέτοιες προβλέψεις, αναμένεται το κόστος θεραπείας των ασθενειών που σχετίζονται με την παχυσαρκία να εκτοξευτεί σε δυσβάσταχτα για τις κοινωνίες και τις οικονομίες επίπεδα.

«Τις φτάνει» όμως για την παχυσαρκία; Που βρίσκεται η λύση; Η σύγχρονη άποψη είναι ότι, κατ' αρχήν, η παχυσαρκία παράγεται από την αλληλεπίδραση της γενετικής μας προδιάθεσης με το εξωτερικό περιβάλλον (φυσικό, κοινωνικό, κλπ). Ο «συνηθισμένος» άνθρωπος (δεν αναφέρομαι δηλαδή σε ειδικές περιπτώσεις) φαίνεται πως γεννιέται γενετικά προγραμματισμένος να έχει κάποια προδιάθεση προς ό,τι οδηγεί στην παχυσαρκία. Να το εξηγήσω.

Το ανθρώπινο «σύστημα όρεξης» θεωρείται ασύμμετρο. Γιατί από τη μία παρουσιάζει μεγάλη αντίσταση στο ενεργειακό έλλειμμα (δηλαδή στην πρόσληψη λιγότερων θερμίδων απ' όσες καίμε, μέσω διαίτας ή άσκησης). Ενώ από την άλλη, δεν παρουσιάζει αντίσταση στο ενεργειακό πλεόνασμα (μέσω υπερκατανάλωσης ή καθιστικής ζωής). Δηλαδή, το σύστημα είναι προκατεληγμένο υπέρ της υπερκατανάλωσης τροφής και της αύξησης βάρους.

Η άσκηση απαιτεί κόπο. Και είναι γνωστό πως «τ' αγαθά κόποις κτώνται». Αλλά εάν ο κόπος ήταν κάτι προς το οποίο αναμφισβήτητα ρέπουμε ως είδος, δεν θα υπήρχε ανάγκη υπενθύμισης αυτού μέσω σοφών παροιμιών. Εξάλλου, το σώμα μας κατ' αρχάς αντιστέκεται στη μείωση του βάρους του, αφού όταν μειωθεί η πρόσληψη τροφής ενεργοποιούνται προσαρμοστικοί νευρο-ενδοκρινικοί μηχανισμοί που αυξάνουν την όρεξη και μειώνουν τη μεταβολική δραστηριότητα (βλ. Μόρτογλου Α., στο «Παχυσαρκία: Μύθος και Πραγματικότητα», ΕΛΙΓΑΣΤ).

Από την άλλη, είμαστε προγραμματισμένοι να βρίσκουμε εξαιρετικά ελκυστικές τις τροφές που έχουν υψηλή ενεργειακή πυκνότητα. Τις βρίσκουμε νόστιμες και εύγευστες. Τις επιθυμούμε τόσο, που ορισμένες τροφές (ζάχαρη) έχουν θεωρηθεί ως και εξαρτησιογόνες.

Προφανώς, στην ανθρώπινη ιστορία -που στο συντριπτικά μεγαλύτερο διάστημά της χαρακτηριζόταν από τακτικές κρίσεις πείνας και έλλειψης επαρκούς φαγητού- αυτή η προδιάθεση ήταν ωφέλιμη, εφόσον ενθάρρυνε την αποταμίευση ενέργειας ενόψει χειρότερων ημερών. Όμως στις δύσκολες εκείνες μέρες του παρελθόντος, την αποταμίευση ενέργειας ακολουθούσε με απαρέγκλιτη τακτικότητα η χειρονακτική εργασία και η πείνα, συνθήκες υποχρεωτικές αφού υπαγορεύονταν από την πραγματικότητα που καθόριζε η φύση.

Σήμερα που δεν υπάρχει ο καταναγκασμός της φύσης στη διατροφική συμπεριφορά των πιο πλούσιων ανθρώπων, η υπερεπάρκεια τροφής και η μείωση των χειρονακτικών εργασιών ίσως έχει οδηγήσει τους ανθρώπινους οργανισμούς σε έναν φαύλο κύκλο. Όπου η

**Μάλιστα η αύξηση θα προέλθει κυρίως από τις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου στο διάστημα αυτό προβλέπεται ότι οι ασθενείς θα αυξηθούν από 84 σε 228 εκατομμύρια ανθρώπους**



τακτική πρόσληψη ενεργειακά πυκνών τροφών (με υψηλά λιπαρά, λίγες ίνες, υψηλό γλυκαιμικό δείκτη) μας οδηγεί εύκολα στην παχυσαρκία και την υπερβολική έκκριση ινσουλίνης, που ενθαρρύνει μια αυξημένη ηδονιστική ανταμοιβή από το φαγητό, κ.ο.κ. Όπου η παρεκτροπή οδηγεί στην παχυσαρκία και αυτή σε μηχανισμούς που την ανατροφοδοτούν.

Έχοντας αυτήν την προδιάθεση ως είδος, είναι εύκολο να καταλάβουμε ότι η υπερεπάρκεια τροφίμων και ο σύγχρονος αστικός τρόπος ζωής, στοιχεία αυτού που εξαπλώνεται ως «ανάπτυξη» στα πέριχα της υφής, τείνουν στο να διευκολύνουν την κακή διατροφική συμπεριφορά. Έχει δημιουργηθεί ένα τέτοιο πολυπλόκαμο «ρεύμα» που διαπερνάει το σύνολο των καθημερινών ανθρώπων και οικονομικών δραστηριοτήτων, τουλάχιστον στις αναπτυσσόμενες και αναπτυσσόμενες χώρες. Μπορούμε να δούμε ορισμένα χαρακτηριστικά παραδείγματα.

- Παγκόσμια, οι αγροτικές πολιτικές είναι προσανατολισμένες στην επιδότηση πρώτων υλών «αυτάρκειας σε ενέργεια και πρωτεΐνες» (η παραγωγή φρούτων, λαχανικών και οσπρίων πρακτικά δεν επιδοτείται, σε παγκόσμιο επίπεδο). Αυτές αξιοποιούνται κατά κόρον σε τρόφιμα υψηλής ενεργειακής πυκνότητας. Έτσι, η σχετική τιμή των ενεργειακά πυκνών τροφίμων έχει μειωθεί. Αυτό, μαζί με την πραγματική αποπληθωρισμένη μείωση των κατώτατων μισθών (που στις ΗΠΑ έφτασε το 50% από το 1968 ως το 2007) έχει ευνοήσει ιδιαίτερα τα fast-food επειδή έχουν αναλογικά υψηλότερο κόστος εργασίας, σε σχέση με τα άλλα εστιατόρια.
- Τα τρόφιμα, οι βιομηχανίες τροφίμων, έχουν μεγάλο οικονομικό βάρος και διαφημίζονται αναλόγως, απευθυνόμενες εν πολλοίς στα παιδιά. Στις ΗΠΑ, το 1997, τα τρόφιμα ήταν ο 2ος κλάδος σε μέγεθος διαφημιστικής δαπάνης. Οι τροφές υψηλής επεξεργασίας και ενεργειακής πυκνότητας απορρόφησαν 7 φορές περισσότερη διαφημιστική δαπάνη απ' ό,τι οι τροφές οι πλούσιες σε ίνες. Την ίδια χρονιά, η διαφημιστική δαπάνη για τρόφιμα ήταν 21 φορές περισσότερη από τη δαπάνη του Υπουργείου Γεωργίας για διατροφική εκπαίδευση στα σχολεία.
- Λόγω της διατροφικής αφθονίας που έχουμε κατακτήσει –οι πλούσιοι- τους τελευταίους αιώνες, μέχρι και το γεύμα του Χριστού και των Αποστόλων στο Μυστικό Δείπνο συνέχεια μεγαλώνει και εμπλουτίζεται, στις απεικονίσεις του σε διάφορες ζωγραφιές. Ακολουθεί δηλαδή τις τάσεις μεγέθυνσης των μερίδων που διαπιστώνεται στα fast-food, κάτι που από μόνο του αρκεί για να οδηγείται ο άνθρωπος σε υπερκατανάλωση, όπως έχουν διαπιστώσει οι ψυχολόγοι.
- Ορισμένοι ψυχολόγοι κάνουν κι άλλες διαπιστώσεις: ότι η παχυσαρκία έχει την τάση να επεκτείνεται μέσω των κοινωνικών δικτύων (οικογένειες, φίλιες, κλπ), ως κοινωνικά αποδεκτή και θεμιτή κατάσταση. Αντίθετα, άλλοι κοινωνικοί κανόνες όπως οι τοπικές διατροφικές συνήθειες που συνιστούν πολιτισμικά χαρακτηριστικά (π.χ. η Μεσογειακή διατροφή), αλλάζουν και μεταλλάσσονται υπό την πίεση, αν και προς το παρόν δε φαίνεται να αφομοιώνονται εντελώς. Για παράδειγμα, στην Ελλάδα

*Που βρίσκεται η λύση; Η σύγχρονη άποψη είναι ότι, κατ' αρχήν, η παχυσαρκία παράγεται από την αλληλεπίδραση της γενετικής μας προδιάθεσης με το εξωτερικό περιβάλλον*

μεταξύ 1961 και 2001 οι πρωτεΐνες που παίρνουμε από φυτικές τροφές δεν έχουν μεταβληθεί (μάλιστα στην Ε.Ε. έχουμε ακόμα τα πρωτεία), αλλά ταυτόχρονα έχουν διπλασιαστεί αυτές που παίρνουμε από ζωικές τροφές. Δηλαδή οι πλούσιες σε ίνες φυτικές τροφές ακόμα αποτελούν σημαντικό κομμάτι της διατροφής μας, αλλά βρίσκονται σε υποχώρηση. Η επέκταση αυτή της «δυτικής διατροφής» στην υφήλιο, έχει και κάποιες απροσδόκητες συνέπειες: η Νότια Κορέα προσπάθησε να ενοικιάσει σχεδόν τη μισή αγροτική γη της Μαδαγασκάρης (μία κιβωτό της παγκόσμιας βιοποικιλότητας), για να αποκτήσει αυτάρκεια σε καλαμπόκι για τροφή και ζωοτροφή (η προσπάθεια απέτυχε και οδήγησε σε πτώση της κυβέρνησης της Μαδαγασκάρης).

Παγκόσμια, ο σύγχρονος εντατικός τρόπος ζωής στις πόλεις –που τείνει να γίνει κανόνας– ενθαρρύνει, κάνει πιο εύκολο, λιγότερο χρονοβόρο, πιο προσβάσιμο και άμεσα διαθέσιμο το delivery από την προετοιμασία προκατεψυγμένων γευμάτων κι αυτή απ’ το μαγείρεμα. Το αναψυκτικό απ’ τον αγορασμένο χυμό κι αυτόν απ’ τον στυμμένο από φρούτα. Τα σνακς από τα φρούτα. Την καθιστική από τη χειρονακτική δουλειά. Την τηλεόραση απ’ το παιχνίδι έξω ή μία βόλτα στη φύση. Την οδήγηση απ’ το περπάτημα ή την ποδηλασία.

Όλα αυτά αποτελούν στοιχεία αυτού που ονομάζεται «γενεσιουργό παχυσαρκίας» ή «διατροφικά τοξικό» περιβάλλον (ή τρόπος ζωής). Και γύρω από αυτά περιστρέφονται σημαντικές πολιτικές μάχες που βρίσκονται σε εξέλιξη στις ΗΠΑ και την ΕΕ, όπως προσπάθειες που γίνονται για την επιβολή φόρου στα αναψυκτικά και για τη διασφάλιση της παροχής μόνο υγιεινών τροφών στα σχολεία.

Ένα από τα σχετικά ζητήματα που επίσης έχει αναδειχθεί, έχει σχέση με τους τρόπους με τους οποίους στις πόλεις αποθαρρύνεται ή αντίθετα ενθαρρύνεται η άσκηση, το περπάτημα και οι φυσικές δραστηριότητες. Με το ερώτημα, αν η πόλη όπου μένουμε μας ενθαρρύνει να περπατήσουμε ή να κάνουμε ποδήλατο ή αν αντίθετα μας υποχρεώνει να μετακινηθούμε με το αυτοκίνητο. Αν μας παρέχει ασφάλεια να κινηθούμε, αν μας παρέχει αντικίνητρα (όπως το να υπάρχουν super-market εκτός πόλης, όπου η πρόσβαση είναι εφικτή μόνο με αυτοκίνητο), αν μας παρέχει χώρους πρασίνου στους οποίους να μπορούμε να περπατήσουμε και τα παιδιά να παίξουν, κ.ά. Συνθήκες που με μία λέξη έχουν ονομαστεί «περιπατητικότητα» (walkability). Θα αναφερθούμε στο επόμενο άρθρο σε αυτήν.

Προς το παρόν αξίζει ν’ αναρωτηθούμε αν η πόλη μας, μας ενθαρρύνει να περπατάμε ή αν αντίθετα μας ενθαρρύνει συνεχώς να οδηγούμε. Και να σκεφτούμε ότι είναι πια σαφές για την επιστήμη πως αυτό έχει μεγάλη κι άμεση σχέση με την παχυσαρκία, με την υγεία μας και των παιδιών μας. Και με τα μακροπρόθεσμα οικονομικά μας, ως άτομα, οικογένειες και χώρες.

*Με το ερώτημα,  
αν η πόλη όπου  
μένουμε μας  
ενθαρρύνει να  
περπατήσουμε  
ή να κάνουμε  
ποδήλατο ή αν  
αντίθετα μας  
υποχρεώνει να  
μετακινηθούμε με  
το αυτοκίνητο*



# ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΑΤΤΙΚΗΣ



**Κιν.:** 6944.025.788

**E-mail:** [info@crohnhellas.gr](mailto:info@crohnhellas.gr)

Ιστοσελίδα Συλλόγου:

<http://www.crohnhellas.gr>



## Περί της υγείας των ματιών μας:

### 10 βήματα για να βλέπουμε μέχρι τα 100

Οι δύο σημαντικότερες αιτίες οπτικής βλάβης στις δυτικές χώρες είναι ο καταρράκτης και εκφύλιση της ωχράς κηλίδας που σχετίζεται με την ηλικία. Και οι δύο καταστάσεις συνδέονται με το διαβήτη, την παχυσαρκία και τη γήρανση. Και παρόλο που οι διαταραχές αυτές δεν αποτελούν άμεση απειλή για τη ζωή, μπορούν να προκαλέσουν σοβαρούς περιορισμούς στην ανεξαρτησία, την κινητικότητα και την ποιότητα της ζωής μας.

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που οδηγούν στις παραπάνω διαταραχές είναι η οξειδωτική καταστροφή. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητο να εξασφαλίσουμε ότι έχουμε επαρκή πρόσληψη αντιοξειδωτικών συστατικών από τη διατροφή μας, όπως οι βιταμίνες A, C και E, τα καροτενοειδή, η λουτεΐνη και η ζεαξανθίνη, τα οποία βρίσκονται σε μεγάλη ποσότητα στα φρούτα και τα λαχανικά, ώστε να καθυστερήσουμε την εμφάνιση των εκφυλιστικών αυτών ασθενειών. Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να μην θέτουμε τον οργανισμό μας σε κίνδυνο οξειδωτικής καταστροφής, κάτι που προκαλείται από το υπερβολικό στρες, τη ρύπανση του περιβάλλοντος, το υπερβολικό φαγητό, το κάπνισμα, τις διάφορες εκφυλιστικές ασθένειες και την ψυχική και σωματική καταπόνηση.

Ακολουθήστε, λοιπόν, τα παρακάτω βήματα για να διατηρήσετε τα μάτια σας υγιή μέχρι τα γηρατιά σας!

**Καταναλώστε καθημερινά 5 μερίδες φρούτων και λαχανικών ημερησίως και ιδιαίτερα αυτά με σκούρο πράσινο και κίτρινο χρώμα.** Μία μερίδα ισοδυναμεί με 1 φλιτζάνι ωμά λαχανικά όπως το σπανάκι, ½ φλιτζάνι βραστά λαχανικά όπως τα χόρτα, 1 μέτριο φρούτο όπως 1 πορτοκάλι, ½ ποτήρι 100% φυσικό χυμό ή 2 μικρά φρούτα όπως τα μανταρίνια κλπ. Υπάρχει πλήθος στοιχείων που δείχνουν ότι οι αντιοξειδωτικές ουσίες που βρίσκονται στα φρούτα και τα λαχανικά μπορούν να μας βοηθήσουν να καθυστερήσουμε τις εκφυλιστικές ασθένειες των ματιών αλλά φυσικά και των υπολοίπων συστημάτων του οργανισμού. Επιπλέον, έχει φανεί ότι μπορούν να βελτιώσουν την όραση και την αντίληψη των χρωμάτων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής μας και να μειώσουν τον κίνδυνο απώλειας της όρασης στα γηρατειά.

**Βάλτε στη διατροφή σας το καλαμπόκι, τις κίτρινες πιπεριές, το σπανάκι και τον κρόκο των αβγών** (εάν φυσικά

δεν έχετε πρόβλημα υψηλής χοληστερίνης). Η λουτεΐνη και η ζεαξανθίνη που βρίσκονται στα τρόφιμα αυτά μπορούν να προστατεύσουν τον αμφιβληστροειδή από τα βλαβερά μήκη κύματος του φωτός.

**Τρώτε 1-2 φορές την εβδομάδα ψάρια.** Τα συστατικά όλων των ψαριών και ιδιαίτερα των λιπαρών ψαριών όπως ο σκουμπρί, η σαρδέλα και ο σολομός, που περιέχουν ω3 λιπαρά οξέα, προστατεύουν τα μάτια από την πιθανότητα εκδήλωσης εκφύλισης της ωχράς κηλίδας.

**Βάλτε στη διατροφή σας τα κραμβοειδή λαχανικά όπως το λάχανο, το κουνουπίδι, το μπρόκολο και τα λαχανάκια Βρυξελλών.** Τα λαχανικά αυτά είναι πλούσια σε βιταμίνη C αλλά και αντιοξειδωτικά συστατικά που προστατεύουν τα μάτια από τη δράση των ελευθέρων ριζών. Έτσι, χαρείτε το χειμώνα σαλάτες όμως λάχανο - καρότο, μπρόκολο και κουνουπίδι στον ατμό και πειραματιστείτε με αυτά τα λαχανικά φτιάχνοντας πρωτότυπες δημιουργίες.

**Τρώτε συχνά καρότα.** Τα καρότα περιέχουν β-καροτίνη, η οποία μετατρέπεται από το σώμα σε βιταμίνη A. Η βιταμίνη A είναι απαραίτητη για τον αμφιβληστροειδή του ματιού. Χρησιμοποιήστε τα καρότα σε σαλάτες είτε ωμά είτε βρασμένα αλλά και κατά το μαγείρεμα προσδίδοντας στα πιάτα σας γεύση αλλά και θρεπτικά συστατικά.

**Αυξήστε τη φυσική σας δραστηριότητα.** Πηγαίνετε στο γυμναστήριο, περπατήστε, βγάλτε βόλτα το σκύλο σας, ανεβείτε τα σκαλιά αντί να πάρετε το ασανσέρ, κολυμπήστε, παίξτε, τρέξτε, χορέψτε και πάνω απ' όλα κάντε κάποια δραστηριότητα που να σας χαλαρώνει, να διώχνει το στρες της δουλειά σας και να σας γεμίζει, ώστε να επωφεληθείτε διπλά. Το τερπνόν μετά του ωφέλιμου!

**Αποφύγετε τη μακροπρόθεσμη έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία.** Προστατέψτε τα μάτια σας φορώντας γυαλιά ηλίου χειμώνα – καλοκαίρι, ενώ για τους καλοκαιρινούς μήνες προστατευτική για τα μάτια είναι και η χρήση ενός καπέλου.

**Ελέγχετε περιοδικά την κατάσταση της υγείας σας.** Μην αμελείτε το ετήσιο check-up, ελέγχοντας το ζάχαρο του αίματος, τα επίπεδα της χοληστερίνης, των τριγλυκεριδίων και ότι άλλο σας έχει συστήσει ο γιατρός σας, αλλά φυσικά και την υγεία των ματιών σας στον οφθαλμίατρο.

**Μετρήστε την πίεση του αίματος.** Η υψηλή αρτηριακή πίεση αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης εκφυλιστικής ασθένειας των ματιών και για το λόγο αυτό θα πρέπει να την ελέγχετε συχνά, ιδιαίτερα αν ανήκετε σε αυτούς που έχουν την τάση να έχουν υψηλή αρτηριακή πίεση.

**Κόψτε το κάπνισμα.** Το κάπνισμα αυξάνει τις ελεύθερες ρίζες στον οργανισμό μας, γεγονός που προκαλεί αυξημένη οξειδωτική καταστροφή στα κύτταρα του οργανισμού μας. Προστατέψτε τα μάτια σας αλλά και όλον τον οργανισμό σας διακόπτοντας ή έστω μειώνοντας τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζετε σε περίπτωση που είστε καπνιστής.



**Συμπερασματικά, για να διασφαλίσουμε ότι θα έχουμε υγιή μάτια μέχρι τα γηρατεία μας, είναι σημαντικό να έχουμε επαρκή κατανάλωση σκουροπράσινων & κραμβοειδών λαχανικών, φρούτων με έντονο κίτρινο χρώμα και καρότων, να καταναλώνουμε συχνά μέσα στην εβδομάδα ψάρια, να εξασφαλίζουμε καθημερινή φυσική δραστηριότητα, να αποφεύγουμε την υπεριώδη ακτινοβολία, να μην αμελούμε τα περιοδικά check-up και να αποφεύγουμε το κάπνισμα.**



# Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού:

*πότε  
ελέγχεται  
& πότε  
εκριζώνεται;*

*Το ελικοβακτηρίδιο  
του πυλωρού  
(*Helicobacter pylori*, Hp)  
καλλιεργήθηκε για πρώτη  
φορά το 1983 στην Αυστραλία.*

# Ο επιπολασμός του μικροβίου μειώνεται με ταχείς ρυθμούς παγκοσμίως, ιδίως στις ανεπτυγμένες χώρες αν και οι μετανάστες διατηρούν ακόμα υψηλό επιπολασμό

Ανήκει σε μια ομάδα μικροβίων που λέγονται καμπυλοβακτηρίδια, αλλά είναι μοναδικό διότι παρουσιάζει ιδιαίτερες ικανότητες, όπως ταχεία κίνηση στη βλέννη του στομάχου και ισχυρή παραγωγή ουρεάσης, ώστε να μπορεί να αναπαράγεται σε ένα όξινο περιβάλλον όπως είναι ο βλεννογόνος του στομάχου. Η αιτιολογική συσχέτιση του μικροβίου με αρκετές παθολογικές καταστάσεις ανώτερου πεπτικού συστήματος είναι πλέον καλά τεκμηριωμένη.

## Επιδημιολογία:

Η λοίμωξη με Hp είναι από τις πιο συχνές βακτηριακές λοιμώξεις με παγκόσμια κατανομή, αν και η πλειοψηφία των ασθενών είναι ασυμπτωματικοί. Υψηλός επιπολασμός παρατηρείται σε παιδιά από την Αφρική και ενήλικες από την Αίγυπτο, το Ιράν και τη Τουρκία, ενώ χαμηλό επιπολασμό έχει η Ιαπωνία και η Αυστραλία. Στην Ελλάδα, τα ποσοστά λοίμωξης για τα παιδιά έως 15 ετών είναι περίπου 10% και για τους ενήλικες >60% με τάση μείωσης τα τελευταία έτη. Ο επιπολασμός του μικροβίου μειώνεται με ταχείς ρυθμούς παγκοσμίως, ιδίως στις ανεπτυγμένες χώρες αν και οι μετανάστες διατηρούν ακόμα υψηλό επιπολασμό.

## Παράγοντες κινδύνου:

Ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η κοινωνική και οικονομική κατάσταση της οικογένειας κατά την παιδική ηλικία (αριθμός ατόμων της οικογένειας, αριθμός ατόμων που μοιράζονται το ίδιο κρεβάτι και παροχή ζεστού νερού). Άλλοι παράγοντες που φαίνεται να παίζουν ρόλο είναι η ηλικία, το ιστορικό έλκους των γονέων, η χώρα καταγωγής, οι μονοζυγώτες δίδυμοι και η επαγγελματική έκθεση (επαγγέλματα υγείας).

## Τρόπος μετάδοσης:

Φαίνεται ότι η ενδο-οικογενειακή μετάδοση από άτομο σε άτομο μέσω της στοματο-στοματικής, κοπρανο-στοματικής ή της γαστρο-στοματικής οδού είναι ο κύριος τρόπος μετάδοσης.

## Μέθοδοι ανίχνευσης:

Τα τελευταία χρόνια το ελικοβακτηρίδιο ενοχοποιείται ολοένα και σε περισσότερες γαστρο- δωδεκαδακτυλικές παθήσεις και ως εκ τούτου η ανίχνευσή του είναι απαραίτητη για τη θεραπεία και τη βελτίωση των ασθενών με τις παθήσεις αυτές. Οι διαγνωστικές μέθοδοι ταξινομούνται ως επεμβατικές (απαιτείται ενδοσκόπηση και λήψη βιοψιών) και ως μη επεμβατικές (Πίνακας 1).

## Επιλογή της κατάλληλης μεθόδου:

Η ευαισθησία των μεθόδων ανίχνευσης πλησιάζει το 95%, ενώ η χρήση δύο μεθόδων φαίνεται να αυξάνει τη διαγνωστική ακρίβεια. Σε έλκη βολβού δωδεκαδακτύλου η ορολογική διάγνωση υπερέχει. Σε αιμορραγία πεπτικού έλκους η δοκιμασία αναπνοής έχει την υψηλότερη διαγνωστική ακρίβεια. Ενδοσκόπηση προτείνεται σε ασθενείς >45 ετών με ανησυχητικά συμπτώματα (απώλεια βάρους, ανορεξία, αναιμία, οικογενειακό ιστορικό γαστρικού καρκίνου, αιμορραγία ή δυσφαγία). Στα παιδιά οι κύριες μέθοδοι ανίχνευσης και οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες είναι η δοκιμασία αναπνοής με σημασμένο άνθρακα (13C) και η ανίχνευση αντιγόνου στα κόπρανα, ενώ σε ηλικιωμένους προτείνεται η ενδοσκόπηση και η λήψη βιοψίας λόγω της αυξημένης συχνότητας ανεύρεσης σοβαρής παθολογίας (νεοεξεργασία στομάχου).

## Πότε ελέγχεται;

Η θεραπεία της Hp λοίμωξης παίζει σημαντικό και σε ορισμένες καταστάσεις κρίσιμο ρόλο για την εξέλιξη αρκετών νοσημάτων του ανώτερου πεπτικού συστήματος. Είναι επίσης γνωστή η παγκόσμια κατανομή του, αν και η πλειοψηφία των ασθενών δεν παρουσιάζουν κλινικό ισοδύναμο. Επομένως, είναι σημαντική η στοχευμένη ανίχνευση σε ομάδες πληθυσμού που θα ευνοηθούν από την εκρίζωση του. Με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ομάδας Μελέτης για το Hp (Maastricht III) οι κάτωθι ομάδες ενηλίκων ασθενών πρέπει να ελεγχθούν:

## **Κατηγορία Α**

- Ασθενείς με πεπτικό έλκος αλλά και ενεργό αιμορραγία από έλκος στομάχου ή βολβού δωδεκαδάκτυλου
- Ασθενείς με χαμηλής κακοήθειας γαστρικό λέμφωμα (MALT)
- Ασθενείς με ιδιοπαθή θρομβοπενική πορφύρα
- Ασθενείς με ανεξήγητη σιδηροπενική αναιμία
- Ασθενείς οι οποίοι θα λάβουν προγραμματισμένα θεραπεία με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ)
- Ασθενείς με σοβαρού βαθμού ατροφική γαστρίτιδα
- Ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό γαστρικού καρκίνου
- Ασθενείς με αφαίρεση γαστρικού καρκίνου
- Ασθενείς που δεν έχουν ένδειξη αλλά επιθυμούν να κάνουν εκρίζωση του Ηρ

## **Κατηγορία Β**

- Ασθενείς που υπεβλήθησαν σε εγχείρηση για πεπτικό έλκος
- Ασθενείς που λαμβάνουν ΜΣΑΦ
- Προγραμματισμένη ή εφαρμοζόμενη μακρά αγωγή με αναστολείς αντλίας πρωτονίων (ΑΑΠ) για γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο (ΓΟΠΝ)
- Ασθενείς με λειτουργική δυσπεψία

## **Κατηγορία Γ**

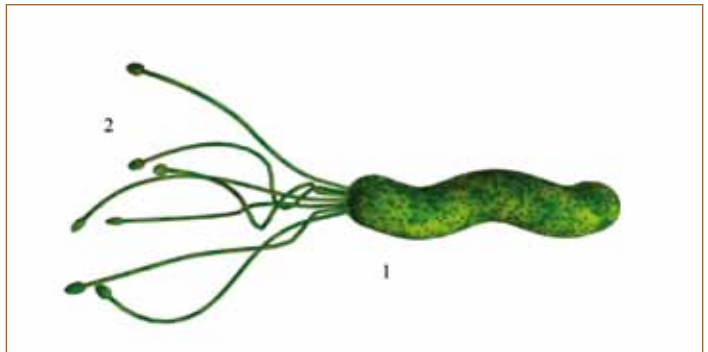
- Ασυμπτωματικά άτομα
- Νόσος εκτός του πεπτικού
- Πρόληψη γαστρικού καρκίνου σε απουσία παραγόντων κινδύνου

## **Παιδιατρικός πληθυσμός**

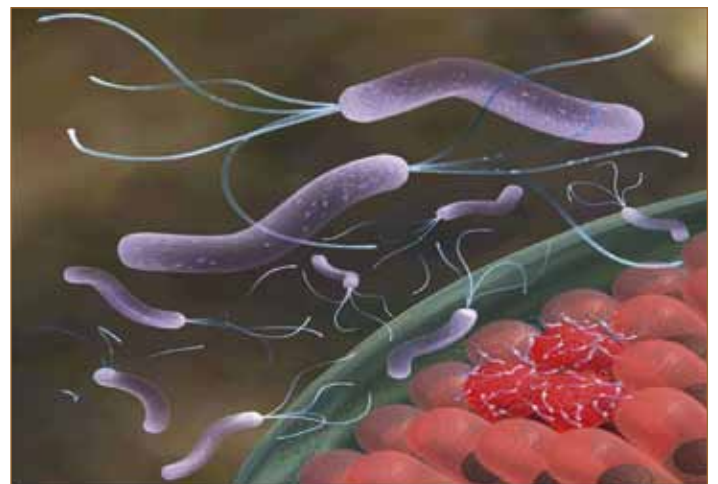
Χρειάζεται να ελεγχθούν για Ηρ λοίμωξη παιδιά με:

- Ενδοσκοπικά διαγνωσμένο έλκος
- MALT λέμφωμα
- Χρόνια λήψη ΑΑΠ
- Υποτροπιάζοντα κοιλιακά άλγη χωρίς έλκος
- Εξωεντερικές εκδηλώσεις
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου στομάχου ή έλκους
- ΓΟΠΝ
- Μετά από θεραπεία εκρίζωσης

*Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού σχετίζεται με αρκετές νόσους του πεπτικού συστήματος, αλλά και ίσως εκτός αυτού, και πρέπει να εκρίζώνεται*



**Καμπυλοειδές ή ελικοειδές G αρνητικό μικροαερόφιλο μικρόβιο (1) με 4-6 ελυτροφόρες βλεφαρίδες (2) και διογκωμένο τελικό άκρο**



**Ελικοβακτηρίδιο πυλωρού και «εισβολή» στο γαστρικό βλεννογόνο**

## Πότε εκρίζονται;

Ως προς τους ενήλικες ασθενείς, ισχυρή ένδειξη για εκρίζωση του Ηρ έχουν όσοι ανήκουν στην κατηγορία Α, ενώ οι ασθενείς των κατηγοριών Β και Γ έχουν μέτρια και ασθενή ένδειξη αντίστοιχα.

Ειδικότερα, για τους ασθενείς με πεπτικό έλκος, ενεργό ή μή, υπό θεραπεία ή επιπλεγμένο (αιμορραγία), η εκρίζωση οδηγεί σε πιο γρήγορη επούλωση και μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο υποτροπής. Παρομοίως, σε ασθενείς με εντοπισμένο γαστρικό λέμφωμα, η εκρίζωση του Ηρ θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική και συχνά οδηγεί σε οριστική θεραπεία του λεμφώματος.

Τέλος, πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι οι ασθενείς με αδιευκρίνιστη σιδηροπενική αναιμία, οι οποίοι έχουν ήδη υποβληθεί σε πλήρη ενδοσκοπικό έλεγχο του πεπτικού σωλήνα (γαστροσκόπηση-εντεροσκόπηση-κολonosκόπηση), έχουν ένδειξη για έλεγχο λοίμωξης με Ηρ και βελτιώνονται μετά από εκρίζωση του Ηρ.

Για ασθενείς με εκδηλώσεις εκτός του πεπτικού συστήματος φαίνεται ότι:

- Η πρωτοπαθής κεφαλαλγία (ημικρανία χωρίς αύρα) οφείλεται συχνά σε Ηρ λοίμωξη και βελτιώνεται μετά από εκρίζωση του Ηρ
- Ασθενείς με MALT λεμφώματα θυρεοειδούς ανταποκρίθηκαν καλά στην εκρίζωση και παρουσίασαν ύφεση
- Η εκρίζωση του Ηρ σε ασθενείς με πορφύρα Henoch-Schönlein βελτίωσε ικανοποιητικά την κλινική εικόνα
- Η εκρίζωση του Ηρ φαίνεται ότι βοηθάει τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και διαβητική νευροπάθεια με συνοδό δυσπεψία
- Η ροδόχρους ακμή είναι κοινή νόσος σχετίζεται αιτιολογικά και βελτιώνεται με την εκρίζωση του Ηρ

Παιδιά με ατροφική γαστρίτιδα, λέμφωμα, γαστρίτιδα χωρίς πεπτικό έλκος, υποτροπιάζοντα κοιλιακά άλγη, λήψη ΜΣΑΦ, ΓΟΠΝ, ιδιοπαθή θρομβοπενική πορφύρα, σιδηροπενία, κνίδωση, προ έναρξης θεραπεία με ΑΑΠ και οικογενειακό ιστορικό γαστρικού καρκίνου ή έλκους θα πρέπει να λάβουν θεραπεία εκρίζωσης.

## Εκρίζωση:

Αρκετά θεραπευτικά σχήματα έχουν χρησιμοποιηθεί για την εκρίζωση του Ηρ, τα οποία συνήθως περιλαμβάνουν δύο αντιβιοτικά και έναν ΑΑΠ και διαρκούν από 7 έως 14 ημέρες. Τα ποσοστά επιτυχούς εκρίζωσης είναι υψηλά (>80%) και τα κυριότερα αίτια αποτυχίας είναι η αντοχή στα αντιβιοτικά (Ελλάδα- αντοχή >10% στη κλαριθρομυκίνη, 50% στη μετρονιδαζόλη), πολυμορφισμοί του κυτοχρώματος P450, κακή συμμόρφωση, μικρή διάρκεια θεραπείας (14 ημέρες >10 ημέρες >7 ημέρες), κάπνισμα και όχι πεπτικό έλκος ως ένδειξη εκρίζωσης. Τα προβιοτικά έχουν δοκιμασθεί στα σχήματα εκρίζωσης σε μία προσπάθεια μείωσης του μικροβιακού φορτίου και των ανεπιθύμητων ενεργειών και αύξησης της συμμόρφωσης των ασθενών.

## Συνοψίζοντας...

Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού σχετίζεται με αρκετές νόσους του πεπτικού συστήματος, αλλά και ίσως εκτός αυτού, και πρέπει να εκρίζονται.

Τα κατάλληλα σχήματα εκρίζωσης έχουν καλή αποτελεσματικότητα η οποία περιορίζεται από την αντοχή στα αντιβιοτικά και την πτωχή συμμόρφωση.

Η πιθανή ανάπτυξη εμβολίου στο μέλλον υπόσχεται να βοηθήσει ακόμα και ασθενείς που έχουν ήδη μολυνθεί, αλλά αυτό μένει να βεβαιωθεί από τα αποτελέσματα κλινικών δοκιμών που βρίσκονται σε εξέλιξη.

ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ	ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ιστολογική εξέταση</li><li>• Ταχεία δοκιμασία ουρεάσης (CLO)</li><li>• Καλλιέργεια Ηρ</li><li>• Αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR)</li><li>• Φθορίζων in situ υβριδισμός (FISH)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Δοκιμασία αναπνοής με ουρία με σεσημασμένο άνθρακα (13C)</li><li>• Δοκιμασία ανίχνευσης αντιγόνου Ηρ στα κόπρανα</li><li>• Ορολογική μέθοδος ανίχνευσης αντισωμάτων Ηρ (Elisa)</li><li>• Ανίχνευση αντισωμάτων Ηρ σε ούρα ή σίελο</li></ul>

**Πίνακας 1.** Μέθοδοι ανίχνευσης ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (*Helicobacter pylori*, Ηρ)



## Λοίμωξη από Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού στο παιδί και την οικογένεια



**Υπολογίζεται ότι 50% του πληθυσμού σε παγκόσμια κλίμακα έχει λοίμωξη από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (*H. pylori*), το οποίο θεωρείται παράγοντας κινδύνου για διάφορα νοσήματα του πεπτικού όπως γαστρίτιδα, γαστρικό και δωδεκαδακτυλικό έλκος, MALT λέμφωμα και γαστρικό καρκίνο.**

Είναι γεγονός ότι η λοίμωξη αποκτάται νωρίς στην παιδική ηλικία και παραμένει στην ενήλικη ζωή. Αν και η παιδική ηλικία είναι κρίσιμη περίοδος για τη φυσική πορεία της λοίμωξης, η βασική οδός μετάδοσης παραμένει ακόμη υπό συζήτηση. Πιστεύεται ότι ο άνθρωπος είναι το κυριότερο "reservoir" του *H. pylori*, το οποίο μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο με την κοπρανο-στοματική, γαστρο-στοματική και στοματο-στοματική οδό. Σε αναπτυσσόμενες χώρες περίπου 70% των παιδιών μέχρι την ηλικία των 15 ετών έχουν μολυνθεί από το *H. pylori*, ενώ στοιχεία από μελέτες σε αναπτυγμένες χώρες, όπως Αμερική και Ιαπωνία, δείχνουν ότι το ποσοστό κυμαίνεται στο 10% στην ηλικία των 10 ετών. Από πρόσφατες μελέτες σε παιδιά και ενήλικες, φαίνεται ότι υπάρχει τάση μείωσης της συχνότητας του *H. pylori*, λιγότερο όμως εμφανής στην παιδική ηλικία.

Υπάρχουν παράγοντες κινδύνου για το αν ένα παιδί θα μολυνθεί από *H. pylori*. Ο μητρικός θηλασμός φαίνεται ότι προφυλάσσει, ενώ παράμετροι όπως η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η πυκνοκατοίκηση, ο μεγάλος αριθμός παιδιών στην οικογένεια αποτελούν παράγοντες κινδύνου. Πρόσφατες μελέτες χρησιμοποιώντας μοριακή τυποποίηση των στελεχών του *H. pylori* δείχνουν ενδοοικογενειακή μετάδοση της λοίμωξης κυρίως από τη μητέρα στο παιδί ή από παιδί σε παιδί. Έχει βρεθεί ότι υπάρχει μετάδοση της λοίμωξης από παιδί σε παιδί, κυρίως από μελέτες σε κλειστούς πυκνοκατοικημένους χώρους ή ιδρύματα. Παράλληλα λοίμωξη από μολυσμένο νερό έχει αναφερθεί.

Σε αντίθεση με τους ενήλικες όπου η μετάδοση από ενήλικα σε ενήλικα είναι σπάνια (ο ρυθμός ορομετατροπής είναι περίπου 0.3% ανά άτομο-έτος), στα παιδιά φαίνεται να είναι διαφορετικά, αφού υπάρχουν περιπτώσεις όπου όταν ένας γονιός έχει τη λοίμωξη, ο άλλος παραμένει αρνητικός ακόμη και όταν τα παιδιά έχουν μολυνθεί.

Η μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί φαίνεται να είναι η συχνότερη πορεία για το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, σύμφωνα με πρόσφατη ιαπωνική μελέτη. Για να μελετήσουν την πορεία μετάδοσης στην παιδική ηλικία, οι ερευνητές μελέτησαν στοιχεία για το DNA του *H. pylori* από 42 παιδιά με γαστρίτιδα και 66 μέλη των οικογενειών τους που επίσης είχαν μολυνθεί. Συνολικά, 32 παιδιά (76%) είχαν αποτύπωμα DNA του *H. pylori* όμοιο με αυτό ενός ακόμη τουλάχιστον μέλους της οικογένειάς τους. Στα 29 παιδιά, το στέλεχος ήταν όμοιο με αυτό της μητέρας τους.

Πρόσφατη ελληνική μελέτη έδειξε ότι σε όλα τα παιδιά που είχαν επιβεβαιωμένη *H. pylori* λοίμωξη με γαστροσκόπηση υπήρχε τουλάχιστον ένας γονέας θετικός για *H. pylori* λοίμωξη. Σημαντικότερος ήταν ο ρόλος της μητέρας και λιγότερο του πατέρα και άλλων μελών της οικογένειας.

Η αναγκαιότητα εκρίζωσης του *H. pylori* στην οικογένεια έχει απόλυτη σχέση και με το γεγονός της επαναλοίμωξης. Η αυξημένη προδιάθεση για λοίμωξη από *H. pylori* και η επανέκθεση στο μικρόβιο αποτελούν τις κύριες προϋποθέσεις για επαναλοίμωξη. Ενώ στους ενήλικες το ετήσιο ποσοστό επαναλοίμωξης στις αναπτυγμένες χώρες είναι κάτω του 1%, στα παιδιά είναι μεγαλύτερο και κυμαίνεται από 2-10%. Επομένως, η ενδοοικογενειακή μετάδοση έχει σημαντικό ρόλο στην επαναλοίμωξη, αφού και εδώ η επίδραση της μητέρας ιδίως είναι σημαντική. Παρόλα αυτά δεν υπάρχουν συστάσεις για αναγκαιότητα διερεύνησης και εκρίζωσης ασυμπτωματικών ατόμων στην οικογένεια.

Το *H. pylori* αιτιολογικά συνδέεται με χρόνια ενεργό γαστρίτιδα, γαστρικό και δωδεκαδακτυλικό έλκος, MALT λέμφωμα και γαστρικό καρκίνο. Ευτυχώς, στα παιδιά η γαστρίτιδα από *H. pylori* είναι το πιο συχνό εύρημα και συνήθως είναι ασυμπτωματική. Από τα μέχρι στιγμής επιστημονικά δεδομένα δεν υπάρχει συσχέτιση κοιλιακού άλγους και *H. pylori* γαστρίτιδας αν δεν υπάρχει πεπτικό έλκος. Για αυτό δεν ενδείκνυται ο έλεγχος για *H. pylori* στο σύνδρομο υποτροπιαζόντων κοιλιακών αλγών. Επίσης, υπάρχουν στοιχεία για συσχέτιση λοίμωξης με *H. pylori* με σιδηροπενική αναιμία ιδίως σε κορίτσια εφηβικής ηλικίας

Το «πότε» και «πως» θα θεραπεύσουμε λοίμωξη από *H. pylori* στα παιδιά βασίζεται σε συγκεκριμένο πρωτόκολλο σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας και Διατροφής (ESPGHAN). Στην ομάδα ελέγχου για λοίμωξη από *H. pylori* ανήκουν τα παιδιά που σκοπεύουμε να θεραπεύσουμε. Τα παιδιά με συμπτώματα από το πεπτικό ύποπτα για οργανική νόσο που υποβάλλονται για ενδοσκόπηση, εκείνα με αδιευκρίνιστη σιδηροπενική αναιμία, η ομάδα των παιδιών που θα υποβληθεί σε χρόνια χορήγηση ανταγωνιστών των πρωτονίων για ποικίλους λόγους (PPI) είναι οι κυριότερες ομάδες. Επίσης ισχυρή ένδειξη αποτελεί η παρουσία ατόμου στην οικογένεια με καρκίνο στομάχου.

Η πλέον αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος είναι η ενδοσκόπηση, με βιοψία και καλλιέργεια και δοκιμασία ευαισθησίας. Η δοκιμασία ουρίας (13C-4BT) θεωρείται εξαιρετικά αξιόπιστη ιδίως στα παιδιά άνω των 5 ετών. Η ευαισθησία της συγκεκριμένης μεθόδου είναι 96% και η ειδικότητά της 98%, ενώ ενδείκνυται κυρίως για τον έλεγχο της εκρίζωσης μετά θεραπεία. Οι ορολογικές μέθοδοι δεν θεωρούνται αξιόπιστες σε παιδιά και η ανίχνευση αντιγόνου στα κόπρανα θεωρείται επίσης αξιόπιστη μέθοδος για την παρακολούθηση της εκρίζωσης στα μικρά παιδιά

## Πρόσφατη ελληνική μελέτη έδειξε ότι σε όλα τα παιδιά που είχαν επιβεβαιωμένη *H. pylori* λοίμωξη με γαστροσκόπηση υπήρχε τουλάχιστον ένας γονέας θετικός για *H. pylori* λοίμωξη

Στόχος της θεραπείας είναι η εκρίζωση η οποία δεν επιτυγχάνεται εύκολα. Η μικρή ηλικία, η κακή συμμόρφωση, η ανάπτυξη συχνά δευτερογενούς αντοχής, είναι πιθανοί παράγοντες αποτυχίας στη θεραπεία.

Τα πρωτόκολλα θεραπείας χωρίζονται σε πρώτης και δεύτερης γραμμής (αν δεν υπάρξει ανταπόκριση):

Πρώτης γραμμής

- ▶ PPI + Αμοξυσιλλίνη + Κλαριθρομυκίνη ή Μετρονιδαζόλη x14 ημέρες

Δεύτερης γραμμής

- Εσομεπραζόλη + Αμοξυσιλλίνη + Μετρονιδαζόλη x14 ημέρες
- Άλατα βισμούθιου + Αμοξυσιλλίνη + Μετρονιδαζόλη x14 ημέρες

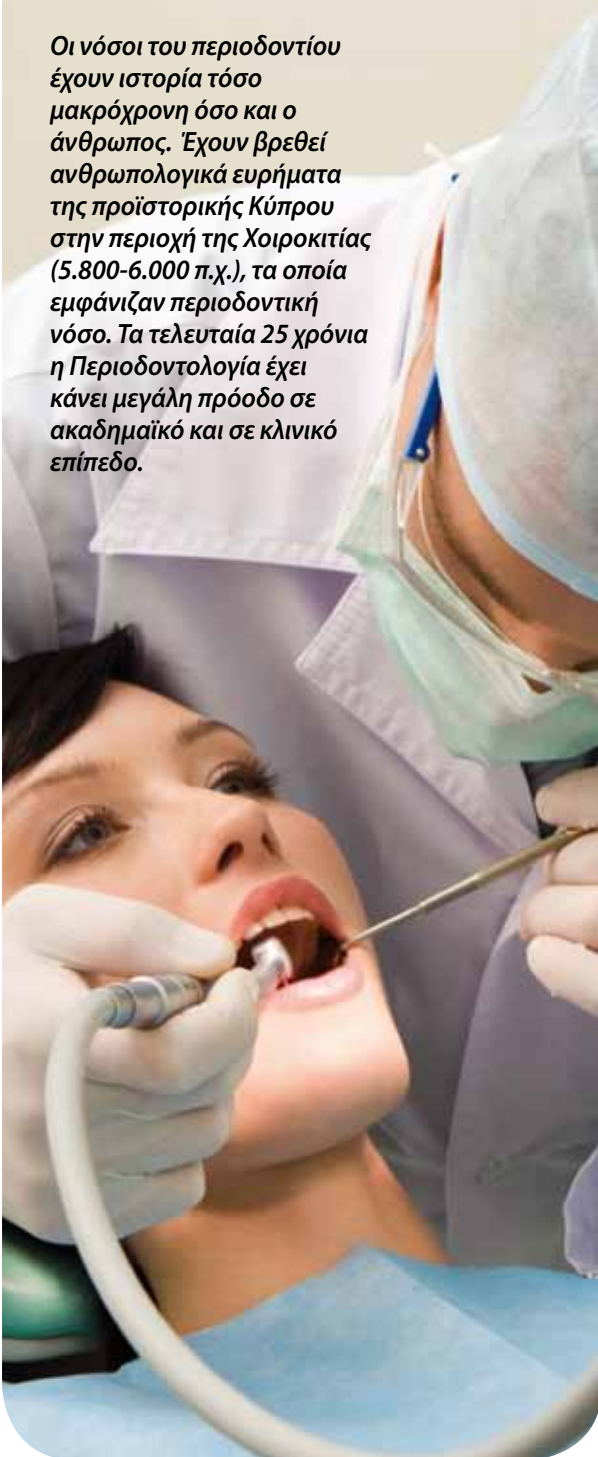
Επομένως, οι θέσεις για τη διάγνωση και θεραπεία της λοίμωξης από *H. pylori* στα παιδιά είναι:

- Θεραπεία επιβάλλεται σε κάθε παιδί με θετική βιοψία και θετική καλλιέργεια ιστού
- Δοκιμασία ευαισθησίας επιβάλλεται πριν την έναρξη της θεραπείας
- Οι ορολογικοί δείκτες θεωρούνται αναξιόπιστοι
- Screening tests δεν πρέπει να γίνονται σε ασυμπτωματικά παιδιά
- Η λοίμωξη από *H. pylori* δεν θεωρείται αίτιο κοιλιακών αλγών
- Ελέγχουμε όταν υπάρχουν σαφείς κλινικές ενδείξεις και σκοπεύουμε να θεραπεύσουμε.



# Περιοδοντικοί νόσοι: Πρόληψη & Θεραπεία

*Οι νόσοι του περιοδοντίου έχουν ιστορία τόσο μακρόχρονη όσο και ο άνθρωπος. Έχουν βρεθεί ανθρωπολογικά ευρήματα της προϊστορικής Κύπρου στην περιοχή της Χοιροκτιάς (5.800-6.000 π.χ.), τα οποία εμφάνιζαν περιοδοντική νόσο. Τα τελευταία 25 χρόνια η Περιοδοντολογία έχει κάνει μεγάλη πρόοδο σε ακαδημαϊκό και σε κλινικό επίπεδο.*



## Τι είναι το περιδόντιο;

Το περιοδόντιο αποτελείται από

- 1) τα **ούλα**, φυσιολογικά έχουν ρόδινο χρώμα και η επιφάνειά τους χαρακτηρίζεται από εικόνα φλούδας πορτοκαλιού.
- 2) την **οστεΐνη**, η σκληρή εξωτερική ουσία της ρίζας
- 3) το οστόν του φατνίου, είναι το μέρος το οστόν της γνάθου μέσα στο οποίο βρίσκονται οι ρίζες των δοντιών
- 4) το **περιριζίο**, που είναι ο χαλαρός ιστός που βρίσκεται μεταξύ της ρίζας του δοντιού και του οστού. Η σημαντικότερη λειτουργία του είναι ότι συγκρατεί το δόντι μέσα στο φατνίο και το προστατεύει από υπέρμετρες δυνάμεις που αναπτύσσονται στο στόμα.

## Οι νόσοι του περιοδοντίου

Οι νόσοι των περιοδοντικών ιστών διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες : τις νόσους των ούλων και τις νόσους του περιοδοντίου.

Ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας της πρώτης κατηγορίας είναι η οδοντική μικροβιακή πλάκα που εάν δεν αφαιρεθεί μας οδηγεί στην ουλίτιδα, η οποία είναι αντιστρεπτή εάν εφαρμοστεί αποτελεσματική στοματική υγιεινή. **Το ισχυρότερο κλινικό εύρημα αυτής είναι η αιμορραγία των ούλων τόσο κατά τη διάρκεια της στοματικής υγιεινής όσο και κατά την εξέταση του οδοντιάτρου, ακόμα και αυτόματα. Επίσης παρατηρείται αλλαγή στο χρώμα των ούλων, στην επιφάνειά τους και σημεία διόγκωσης (τοπικό οίδημα).**

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται και νόσοι που δεν έχουν ως κύριο αιτιολογικό παράγοντα την μικροβιακή οδοντική πλάκα, αλλά μικρόβια που δεν αποτελούν μέρος της συνηθισμένης οδοντικής πλάκας, κληρονομικές ασθένειες, νόσοι που οφείλονται σε γενικά νοσήματα, αλλεργίες και νόσοι τραυματικής αιτιολογίας.

**Οι νόσοι του περιοδοντίου** είναι τοπικές φλεγμονώδες διεργασίες που εκτείνονται στους στηρικτικούς ιστούς και είναι εξέλιξη της ουλίτιδας. Αυτή η εξέλιξη μπορεί να οδηγήσει σε εκτεταμένη καταστροφή του περιριζίου και του φατνιακού οστού και απώλεια δοντιών. Αυτό σημαίνει ότι αναπτύσσονται παθογόνα μικρόβια, αύξηση του βάθους της ουλοδοντικής σχισμής (ο χώρος ανάμεσα στο δόντι και στο ούλο, που σε φυσιολογικά όρια κυμαίνεται μεταξύ δύο με τρία χιλιοστά) που ονομάζεται περιοδοντικός θύλακος και σταδιακά καταστρέφεται το φατνιακό οστό. Η εξέλιξη και η πρόοδος της νόσου δεν είναι συνεχής, χαρακτηρίζεται από περιόδους έξαρσης και ύφεσης, διαφορετικής έντασης και διάρκειας για κάθε σημείο του στόματος και έκτασης. Τα

κύρια παθογόνα μικρόβια που εμπλέκονται είναι τα περισσότερα αναερόβια gram αρνητικά ραβδόμορφα και σπειροχέτες. Η περιοδοντίτιδα προσβάλλει το **10-15%** περίπου του δυτικού πληθυσμού με μεγαλύτερο ποσοστό τη μέση ηλικία και τους ηλικιωμένους (χρόνια περιοδοντίτιδα, βραδείας εξέλιξης). Υπάρχουν και περιπτώσεις που προσβάλλονται άτομα σε μικρότερες ηλικίες, με πιο επιθετικές μορφές περιοδοντίτιδας που χαρακτηρίζονται από ταχύτερη περιοδοντική καταστροφή - χρόνια περιοδοντίτιδα ταχείας εξέλιξης). Επίσης υπάρχουν περιοδοντίτιδες που επηρεάζονται από γενικές νόσους, όπως αιματολογικές (πχ. λευχαιμίες κ.α), νοσήματα γενικής αιτιολογίας όπως Σύνδρομο Down κ.α.

Εκτός από την οδοντική πλάκα που είναι η κύρια αιτία της περιοδοντικής νόσου, υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην έναρξη και εξέλιξη αυτής, όπως η άμυνα του ανοσοποιητικού συστήματος. Τα μικρόβια και η άμυνα του οργανισμού βρίσκονται σε ένα συνεχή ανταγωνισμό για το ποιός θα επικρατήσει. Όλα τα άτομα δεν έχουν την ίδια ευαισθησία και αντίδραση στα παθογόνα αίτια που προκαλούν τη νόσο και αντίστοιχα δεν παρουσιάζουν την ίδια βαρύτητα στη φλεγμονώδη αντίδραση. Από τους πιο σημαντικούς, επιβαρυντικούς και τροποποιητικούς παράγοντες στην πρόοδο της νόσου είναι το κάπνισμα και η επιδράσεις του. Σε εργασίες όπου συγκρίνονται οι καπνιστές και οι μη καπνιστές, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι **στους καπνιστές έχουμε εκτενέστερη και σοβαρότερη καταστροφή στους εμπλεκόμενους ιστούς**. Επίσης τα αποτελέσματα της θεραπείας στους παραπάνω αργούν περισσότερο από ότι σε μη καπνίζοντες.

## Διάγνωση της περιοδοντικής νόσου

Η διάγνωση της περιοδοντικής νόσου γίνεται κατά τη διάρκεια εξέτασης από τον οδοντίατρο με βοήθεια από ειδικά εργαλεία και ακτινογραφίες. Η περιοδοντίτιδα είναι δύσκολο να διαγνωστεί εγκαίρως από τον ίδιο τον ασθενή. Τα μόνα συμπτώματα που μπορούν να ανησυχήσουν είναι η αιμορραγία των ούλων και η κινητικότητα των δοντιών.

## Περιοδοντική θεραπεία

Σκοπός της περιοδοντικής θεραπείας είναι η διατήρηση των φυσικών δοντιών για το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε συνθήκες βιολογικά, λειτουργικά και αισθητικά αποδεκτές. Αρχίζει πάντοτε με ενημέρωση του ασθενούς για το περιοδοντικό πρόβλημα που εμφανίζει, την ενε-

ργοποίησή του για τη σημαντικότητα συμμετοχής του στη θεραπεία και την εκπαίδευσή του στην εφαρμογή αποτελεσματικής στοματικής υγιεινής.

Η περιοδοντική θεραπεία διαχωρίζεται σε δύο φάσεις:

Τη φάση ενεργού θεραπείας και τη φάση διατήρησης του αποτελέσματος. Στη φάση της ενεργού θεραπείας περιλαμβάνεται

- η φάση ελέγχου φλεγμονής ή συντηρητική θεραπεία, που σκοπό έχει την αφαίρεση της υπερ-ουλικής και υπο-ουλικής πλάκας και τρυγίας (πέτρα), την αντιμετώπιση της φλεγμονής των περιοδοντικών ιστών.
- η φάση αντιμετώπισης και αποκατάστασης των βλαβών ή χειρουργική θεραπεία. Με στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκλήθηκαν από την περιοδοντική νόσο, τόσο στους σκληρούς όσο και στους μαλακούς ιστούς. Τα τελευταία χρόνια δίνεται μεγάλη σημασία στη χειρουργική αποκατάσταση των βλαβών. Υλικά που χρησιμοποιούνται είναι οστικά μοσχεύματα (κατευθυνόμενη οστική ανάπλαση), μεμβράνες (κατευθυνόμενη ιστική αναγέννηση) και διάφορες ουσίες που ενισχύουν την αναγεννητική ικανότητα του οστού.

Η φάση διατήρησης του θεραπευτικού αποτελέσματος ξεκινά από τη στιγμή που θα ολοκληρωθεί η πρώτη φάση και διαρκεί μέχρι τη στιγμή που ο ασθενής χρειαστεί ξανά (εάν χρειαστεί) περιοδοντική θεραπεία. Βασίζεται σε ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα επανεξέτασης ανάλογα με τη βαρύτητα και τον τύπο της θεραπευμένης περιοδοντικής νόσου του επιπέδου συνεργασίας του ασθενούς και την ύπαρξη επιβαρυντικών παραγόντων.

**Συνοψίζοντας λοιπόν τα παραπάνω ο ασθενής πρέπει να τηρεί καλή και αποτελεσματική στοματική υγιεινή για να προλάβει τέτοιες καταστάσεις, διαφορετικά θα «παντρευτεί τον περιοδοντολόγο ή τον οδοντίατρο».**



• **Αναγνώστης αναφέρει ότι υπέφερε από αίσθημα οπισθοστερνικού καύσου και υποβλήθηκε σε γαστροσκόπηση. Η ενδοσκοπική εικόνα ήταν συμβατή με οισοφάγο Barrett κάτι το οποίο επιβεβαιώθηκε ιστολογικά έπειτα από λήψη βιοψίας. Από τότε λαμβάνει καθημερινά την αγωγή που του συνέστησε ο γαστρεντερολόγος με αποτέλεσμα να μην έχει πια συμπτώματα. Ωστόσο, αναρωτιέται εάν αυτό σημαίνει ότι έπαψε να υφίσταται γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος και εάν ο οισοφάγος Barrett δημιουργεί κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου ακόμη και αν λαμβάνει θεραπεία.**

Με τον όρο γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση εννοούμε την επιστροφή του γαστρικού περιεχομένου από το στόμαχο στον οισοφάγο. Πρόκειται για ένα φαινόμενο το οποίο παρατηρείται ως ένα βαθμό σε όλους τους ανθρώπους. Ωστόσο, όταν η ημερήσια διάρκεια της παλινδρόμησης είναι μεγάλη με αποτέλεσμα να προκαλεί συμπτώματα (οπισθοστερικό καύσος, όξινες ερυγές) περισσότερο από 2 ημέρες την εβδομάδα ή ιστικές βλάβες (φλεγμονή του οισοφαγικού βλεννογόνου, οισοφαγίτιδα) τότε πρόκειται για γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο. Μια από τις συνέπειες της γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου είναι η δημιουργία οισοφάγου Barrett. Πρόκειται για μια ιστολογική αλλοίωση κατά την οποία το φυσιολογικό επιθήλιο του οισοφαγικού βλεννογόνου αντικαθίσταται από επιθήλιο το οποίο θυμίζει αυτό του εντέρου (εντερική μεταπλασία). Ο οισοφάγος Barrett δημιουργεί μια μικρή προδιάθεση για ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος οισοφάγου (λιγότερο από 1% το χρόνο). Η πιθανότητα αυτή αυξάνει εάν επί της μεταπλασίας αναπτυχθούν εστίες δυσπλασίας.

Λόγω της χαμηλής πιθανότητας εξέλιξης προς κακοήθεια οι ασθενείς με οισοφάγο Barrett χωρίς δυσπλασία είναι χρήσιμο να υποβάλλονται σε ενδοσκόπηση με λήψη βιοψίας ανά 2-3 χρόνια. Εάν εμφανισθεί δυσπλασία, το διάστημα αυτό μικραίνει (ανά 1 έτος), ενώ εάν η δυσπλασία είναι υψηλού βαθμού συστήνεται ενδοσκοπική ή χειρουργική αντιμετώπιση προκειμένου να προληφθεί η εξέλιξη σε αδενοκαρκίνωμα.

Αν και δεν αναφέρεται το είδος της αγωγής που λαμβάνετε, θεωρούμε σίγουρο ότι αυτή περιλαμβάνει κάποιο αναστολέα της αντλίας πρωτονίων. Πρόκειται για αγωγή ασφαλή σε μακροχρόνια χορήγηση, η οποία αντιμετωπίζει τα συμπτώματα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης και πιθανώς μειώνει τις πιθανότητες εξέλιξης του οισοφάγου Barrett..

Η πιθανότητα κάποιος να έχει σοβαρές επιπλοκές λόγω του οισοφάγου Barrett είναι εξαιρετικά μικρή εάν ακολουθεί τις οδηγίες του ιατρού, λαμβάνει την αγωγή του και υποβάλλεται τακτικά στον προβλεπόμενο ενδοσκοπικό έλεγχο.

● **Αναγνώστρια, 28 ετών, η οποία γέννησε πρόσφατα το πρώτο της παιδί, ανησυχεί για τα συχνά επεισόδια κωλικού χοληφόρων που παρουσιάζει. Ξεκίνησε να πονά κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης στο δεξί άνω τμήμα της κοιλιάς. Ο μαιευτήρας της διαπίστωσε ότι τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε συσπάσεις της μήτρας. Υπεβλήθη σε υπερηχογράφημα κοιλιάς που έδειξε την ύπαρξη λίθων στην χοληδόχο κύστη. Μετά τον τοκετό τα επεισόδια συνεχίζονται με μικρότερη συχνότητα και ένταση. Σε νέο υπερηχογράφημα, 3 μήνες μετά τον τοκετό, διαπίστωσε ότι υπάρχει μόνο ένας λίθος διαμέτρου μικρότερης των 10 mm. Διάβασε στο διαδίκτυο ότι συχνά σχηματίζονται λίθοι ή ίζημα (χολική «λάσπη») στη χοληδόχο κύστη κατά την εγκυμοσύνη, αλλά ένα σημαντικό ποσοστό εξαφανίζεται μετά τον τοκετό. Ωστόσο, ο γυναικολόγος της και ένας χειρουργός τον οποίο επισκέφθηκε της συνέστησαν χολοκυστεκτομή.**

Είναι γεγονός ότι η εγκυμοσύνη είναι ένας ισχυρός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη χολικής λάσπης και λίθων. Η αιτία πιθανότατα είναι η αύξηση των επιπέδων των οιστρογόνων, τα οποία διεγείρουν την έκκριση χοληστερόλης στην χολή και της προγεστερόνης, η οποία μειώνει την κινητικότητα. Και τα δυο παραπάνω γεγονότα ευνοούν το σχηματισμό λάσπης και λίθων. Εκτιμάται ότι νέα χολική λάσπη αναπτύσσεται στο 30% και νέοι λίθοι αναπτύσσονται στο 2%. Για την πρόκληση συμπτωμάτων στις εγκύους ευθύνονται κυρίως οι λίθοι. Είναι γεγονός επίσης ότι η λάσπη εξαφανίζεται στο 60-70% και οι λίθοι στο 20-30% μετά τον τοκετό. Ωστόσο, εφόσον έχετε συμπτώματα υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να προκληθεί κάποια σοβαρή επιπλοκή, όπως π.χ. οξεία χολαγγειίτιδα ή οξεία παγκρεατίτιδα. Συνεπώς, η συμβουλή των θεραπόντων ιατρών να προχωρήσετε σε χολοκυστεκτομή είναι μια λογική επιλογή.

● **Αναγνώστης, 29 ετών, γράφει για το πρόβλημα το οποίο τον απασχολεί. Το τελευταίο χρονικό διάστημα, συχνά ξυπνά τη νύχτα με έντονο πόνο στην περιοχή του πρωκτού, ο οποίος διαρκεί λίγα λεπτά και εξαφανίζεται αυτόματα. Δεν έχει ως τώρα παρουσιάσει κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας. Ο πεθερός του εμφάνισε καρκίνο παχέος εντέρου σε ηλικία 57 ετών και χειρουργήθηκε πρόσφατα. Ανησυχεί εάν πρόκειται για κάτι σοβαρό και ρωτά μήπως πρέπει να υποβληθεί και ο ίδιος σε περαιτέρω εξετάσεις (π.χ. κολonosκόπηση).**

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Πρόκειται πιθανότατα για παροδική πρωκταλγία (Proctalgia fugax), δηλαδή για μια απόλυτα καλοήγη πάθηση, η οποία εμφανίζεται σε νέα κατά κανόνα άτομα και η οποία χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εμφάνιση πόνου στο ορθό την ημέρα ή τη νύχτα (στην τελευταία περίπτωση ξυπνά τον ασθενή). Η αιτιολογία της είναι ασαφής, αν και έχει ενοχοποιηθεί ο σπασμός των σφιγκτήρων και άλλων μυών του ορθού. Συζητείται η συμμετοχή του ψυχολογικού παράγοντα, δεδομένου ότι το σύμπτωμα συχνά εμφανίζεται σε αγχώδη και τελειομανή άτομα. Η διάγνωση τίθεται με κλινικά κριτήρια, δηλαδή μόνο από το ιστορικό, και την απουσία ευρημάτων κατά τη φυσική εξέταση. Συνεπώς, καλό θα ήταν να επισκεφθείτε κάποιο γαστρεντερολόγο, ο οποίος, αφού σας πάρει λεπτομερές ιστορικό και σας εξετάσει, πιθανώς θα σας υποβάλλει σε ενδοσκόπηση. Εάν πράγματι πρόκειται για παροδική πρωκταλγία μπορείτε να συζητήσετε μαζί του την θεραπευτική αντιμετώπιση ανάλογα με τη συχνότητα και την ένταση της συμπτωματολογίας. Αξίζει τέλος να σας θυμίσουμε ότι ανεξαρτήτως των παραπάνω καλό θα ήταν να υποβληθείτε σε προληπτική κολonosκόπηση όταν γίνετε 50 ετών, ενώ η σύζυγός σας όταν γίνει 40 ετών επειδή έχει 1ου βαθμού συγγενή ο οποίος εμφάνισε, σε σχετικά μικρή ηλικία, αδενοκαρκίνωμα παχέος εντέρου.

---

e-mail : [chtriantos@hotmail.com](mailto:chtriantos@hotmail.com) / [gcr@otenet.gr](mailto: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.

# Πρωτότυπη έρευνα από το ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. για την υποστήριξη των ασθενών και την ενημέρωση του κοινού για τα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου

## Δελτίο τύπου

*Ηλεκτρονική και έντυπη διάθεση ειδικού Ερωτηματολογίου Ασθενών για τη διερεύνηση και καταγραφή των αναγκών των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) στην Ελλάδα*

Αθήνα, 15 Σεπτεμβρίου 2010. Πρωτότυπη έρευνα από 15 Σεπτεμβρίου έως και τον Δεκέμβριο 2010, διεξάγει το κοινωφελές, μη κερδοσκοπικό **Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής (ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.)** σε συνεργασία με το **Σύλλογο Ατόμων με νόσο Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Αττικής και τον αντίστοιχο Βορείου Ελλάδος** και με την υποστήριξη **ιατρικών και γενικού ενδιαφέροντος ιστοσελίδων** ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr), [www.iatro.gr](http://www.iatro.gr), [www.naftemporiki.gr](http://www.naftemporiki.gr), [www.healthview.gr](http://www.healthview.gr), [www.in.gr](http://www.in.gr)) καθώς και πολλών **γαστρεντερολογικών κλινικών και ιατρείων** σε όλη την Ελλάδα, μέσω της διάθεσης **έντυπων ερωτηματολογίων και φακέλων με προπληρωμένο τέλος αποστολής.**

Η προσπάθεια αυτή στοχεύει στην **έμπρακτη υποστήριξη των ασθενών με ΙΦΝΕ** καθώς και στην **έγκυρη ενημέρωση του κοινού σχετικά με τα νοσήματα του πεπτικού.** Το ΕΛΙΓΑΣΤ και οι Σύλλογοι Ασθενών επιθυμούν μέσω του ερωτηματολογίου πρωτίστως να **καταγράψουν τις απόψεις και τις εμπειρίες των ασθενών,** προκειμένου να **εντοπιστούν πιθανά ελλείμματα στην αντιμετώπιση της ασθένειας** και επιπλέον **ανάγκες** που χρειάζεται να αντιμετωπιστούν με **κατάλληλες δράσεις,** ώστε να **βελτιωθεί η ποιότητα ζωής** των ατόμων με ΙΦΝΕ. Επιπλέον, η κατανόηση των αναγκών των ασθενών θα **συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου,** την **αρτιότερη υποστήριξη των ασθενών** και των ανθρώπων που ζουν μαζί τους αλλά και στην καλύτερη **επικοινωνία των ασθενών με τους επαγγελματίες υγείας και με τους εργοδότες τους.**

Μετά την εξαγωγή των αποτελεσμάτων της έρευνας από το ΕΛΙΓΑΣΤ το Μάρτιο του 2011, θα δωθούν στη δημοσιότητα τα συμπεράσματα για την ενημέρωση της ιατρικής κοινότητας, των εμπλεκόμενων φορέων αλλά και των απλών πολιτών.

Ο **Γραμματέας του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. και διευθυντής της Β' Γαστρεντερολογικής κλινικής του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», Δημήτριος Γ. Καραμανώλης,** επισημαίνει σχετικά: «*Η καταγραφή των απόψεων και των αναγκών των ασθενών με ΙΦΝΕ στην Ελλάδα θα βοηθήσει στο σχεδιασμό κατάλληλων ενεργειών για τη βελτίωση και αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους. Ελπίζω με τη βοήθεια όλων των εμπλεκόμενων φορέων, τις γαστρεντερολογικές κλινικές, τα ιδιωτικά γαστρεντερολογικά ιατρεία, τους συλλόγους ασθενών αλλά και με τη δημοσιότητα που θα δοθεί στο θέμα μέσω του διαδικτύου, να συγκεντρωθούν όσο το δυνατόν περισσότερα Ερωτηματολόγια Ασθενών ώστε να σχηματιστεί μια καθαρή εικόνα για τις ανάγκες τους, κάτι που θα οδηγήσει σε πιο στοχευμένες ενέργειες αντιμετώπισης της νόσου. Ευχαριστούμε θερμά τις κλινικές, τα ιατρεία και τις ιστοσελίδες που φιλοξενούν και προωθούν αφιλοκερδώς την προσπάθειά μας αυτή, βοηθώντας σημαντικά στο έργο μας.*»

### **Λίγα λόγια για τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ)**

Τα ΙΦΝΕ περιλαμβάνουν τη νόσο Crohn και την ελκώδη κολίτιδα, οι οποίες χαρακτηρίζονται από φλεγμονή (βλάβες, εξοίδηση και αιμορραγία) του πεπτικού συστήματος. Η ελκώδης κολίτιδα προσβάλλει την εσωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου (κόλον και ορθό) και η νόσος Crohn είναι δυνατόν να προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του πεπτικού σωλήνα από το στόμα μέχρι τον πρωκτό. Και οι δύο παθήσεις είναι πλέον αντιμετωπίσιμες και μέσω της κατάλληλης θεραπείας οι περισσότεροι ασθενείς είναι σε θέση να συνεχίσουν να ζουν μία σχεδόν φυσιολογική ζωή. Ωστόσο, η χρόνια φύση των ΙΦΝΕ καθιστά αναγκαία τη συνεχή ενημέρωση και υποστήριξη των ασθενών αυτών.

### **Λίγα λόγια για το Ερωτηματολόγιο Ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ)**

Οι ερωτήσεις του Ερωτηματολογίου Ασθενών έγιναν με συνεργασία του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. με τους Συλλόγους Ατόμων με νόσο Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Αττικής και Βορείου Ελλάδος ώστε να συμπεριλαμβάνονται τα καταλληλότερα και πιο αντιπροσωπευτικά ερωτήματα.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και χωρίζεται σε ενότητες που αφορούν την ποιότητα ζωής, την ενημέρωση, την εργασία και την υποστήριξη των ασθενών με ΙΦΝΕ.

### **Λίγα λόγια για το ΕΛΙΓΑΣΤ**

Το Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής ιδρύθηκε το 2002 και στόχοι του είναι:

- Η υποστήριξη ερευνητικών προγραμμάτων και κυρίως η διεξαγωγή επιδημιολογικών μελετών στα νοσήματα του πεπτικού και στις επιδράσεις της διατροφής
- Η ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των πολιτών στην έγκαιρη διάγνωση των νοσημάτων
- Η ενημέρωση του κοινού σε θέματα υγιεινής διατροφής ως μέσο πρόληψης και αντιμετώπισης των νοσημάτων
- Η διοργάνωση επιστημονικών συνεδρίων, σεμιναρίων και ημερίδων
- Η παραγωγή εντύπων και δημοσιεύσεων για την προαγωγή των σκοπών του Ιδρύματος
- Η χορήγηση υποτροφιών σε νέους ιατρούς και ερευνητές για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς λόγους
- Η διεθνής συνεργασία με άλλα ομοειδή Ιδρύματα του εσωτερικού αλλά και του εξωτερικού

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επισκεφθείτε το [www.eligast.gr](http://www.eligast.gr)

### **Λίγα λόγια για τους Συλλόγους Ατόμων με νόσο Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Αττικής και Βορείου Ελλάδος**

Οι Σύλλογοι Ατόμων με Νόσο Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Αττικής και Βορείου Ελλάδος δημιουργήθηκαν από την ανάγκη:

- να «σπάσει» η απομόνωση των πασχόντων,
- να υπάρχει ένα δίκτυο από συμπάσχοντες και μη εθελοντές που θα ήθελαν να προσφέρουν τη συμπαράστασή τους σε όποιον από εμάς το χρειάζεται,
- να υπάρχει ένας φορέας που να μπορεί να δίνει πληροφορίες για τις δύο αυτές παθήσεις σε απλά ελληνικά,
- να γίνουν γνωστά τα προβλήματα στην καθημερινή ζωή των πασχόντων τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο κοινωνικό, εργασιακό, οικογενειακό κτλ καθώς και ο τρόπος που αυτά επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής μας,
- να μπορέσει ένας φορέας να αντιπροσωπεύσει επίσημα όλους τους ασθενείς ώστε επιτέλους να μάθουμε τα δικαιώματά μας αλλά και να διεκδικήσουμε ότι ήδη έχει παραχωρηθεί σε άλλους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα χωρίς όμως να έχει αποδοθεί και σε εμάς

«Όπως είναι κατανοητό για να επιτευχθούν οι στόχοι μας θα πρέπει να αυξηθούμε. Παρόλο που στην Ελλάδα δεν έχει γίνει καμία ολοκληρωμένη απογραφή των πασχόντων από τη Νόσο Crohn και την Ελκώδη Κολίτιδα, επιδημιολογικές μελέτες από το εξωτερικό αναφέρουν ότι περίπου το 0,1% του πληθυσμού είναι ασθενείς. Αν αυτό ισχύει και στην πατρίδα μας, τότε μιλάμε για 10.000 Ελληνες που πάσχουν.»

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επισκεφθείτε το [www.crohnhellas.gr](http://www.crohnhellas.gr) (Σύλλογος Αττικής) και το [www.ibd-gr.blogspot.com](http://www.ibd-gr.blogspot.com) (Σύλλογος Βορείου Ελλάδος)

## Χορηγοί και Δωρητές μέχρι 25/09/2010

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε:

Γιαννέλος Κωνσταντίνος, Αθήνα	15 €
Γκλέτσος Κωνσταντίνος, Κηφισιά	20 €
Ζαχαρής Βασίλειος, Λάρισα	30 €
Ζαφειροπούλου Ροδέσσα, Π. Φώκαια	50 €
Θεοδόση Παναγιώτα, Ζάκυνθος	15 €
Καλημέρη Ευσταθία, Κοζάνη	25 €
Κάμαρη Κωνσταντίνα, Ν. Ψυχικό	50 €
Καραολίδης Χαράλαμπος, Μελίσσια	15 €
Κερασσοβίτης Σπύρος, Αθήνα	15 €
Κινδήρογλου Στυλιανός, Βούλα	20 €
Κολοβέρου Ευσταθία, Καλλιθέα	15 €
Κοντού Νίκη, Αγ. Παρασκευή	25 €
Μακροδήμος Κωνσταντίνος, Λάρισα	25 €
Μαλανδρής Μηνάς, Κάσος	100 €
Μπουζάκης Ηλίας, Χανιά	40 €
Ξενοφώντος Μαρίνος, Λεμεσός / Κύπρος	50 €
Παζαριδής Ιωάννης, Τρίπολη	15 €
Παντέρας Δημήτριος, Τρίκαλα	50 €
Παξινού Μαργαρίτα, Παπάγου	40 €
Παπαπαναγιώτου Ευθύμιος, Παπάγου	20 €
Σακκά Καίτη, Φάρσαλα	20 €
Σεκλιζιώτη Ευδοκία, Παπάγου	15 €
Σεχόπουλος Παναγιώτης, Κηφισιά	50 €
Σιαφίκος Σπύρος, Κορυδαλλός	50 €
Τσιάρα Μαρίνα, Ν. Σμύρνη	20 €
Φέστας Δημήτριος, Καλαμάτα	30 €
Χατζηιωάννου Ντίνα, Λάρνακα / Κύπρος	15 €
Χήτα Μυρσίνη, Ρόδος	15 €

### In Memoriam:

Τζένη Σίμου, Χαλάνδρι <i>Μνήμη Γεωργίου Σίμου</i>	50 €
Οικόγενεια Τζένης Σίμου, Χαλάνδρι <i>Μνήμη Λούλας Καλοδίκη - Μίχα</i>	100 €
Χρήστος & Νίνα Παπαναστασίου, Παπάγου <i>Μνήμη Λούλας Καλοδίκη - Μίχα</i>	20 €
Παναγιώτης & Ζωή Ξηρού, Θρακομακεδόνες <i>Μνήμη Λούλας Καλοδίκη - Μίχα</i>	50 €
Ορσαλία Τεκνετζόγλου, Μάτι <i>Μνήμη Ξενοφώντος Τεκνετζόγλου</i>	500 €
Δημήτρης Γ. Καραμανώλης, Παπάγου <i>Μνήμη Ξενοφώντος Τεκνετζόγλου</i>	50 €
Κωνσταντίνα Μοσχοπούλου, Παπάγου <i>Μνήμη Κωνσταντίνου Τσεπέλη</i>	50 €
Όλγα Μοσχοπούλου, Παπάγου <i>Μνήμη Κωνσταντίνου Τσεπέλη</i>	50 €

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

Για να νιώθουν  
οι άνθρωποι  
καλύτερα  
και να ζουν  
περισσότερο

gsk

gsk GLOBAL ACTIVITIES KEY

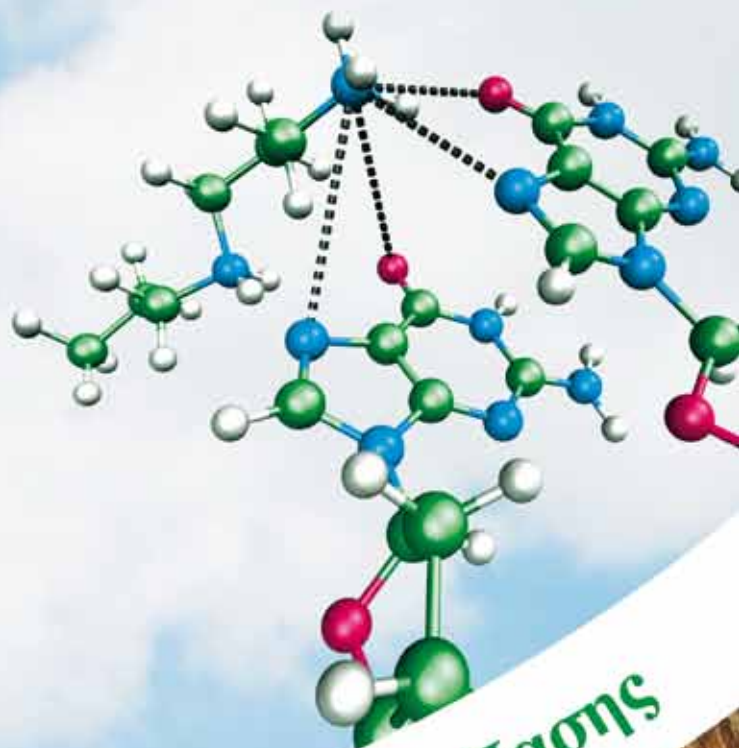


 GlaxoSmithKline

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



# 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>