



ΕΥΕΞΙΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ 6689

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Οικονομική κρίση
& διατροφή

Τροφές που
χαρίζουν
ενέργεια

Λιπώδες Ήπαρ
στα παιδιά

Περιπατητικότητα



9 771109 741002

το **medNutrition.eu**, το πρώτο portal διατροφής σε Ελλάδα και Κύπρο, εγκαινιάζει την εκδοτική του δραστηριότητα

ΝΕΑ ΣΕΙΡΑ ΒΙΒΛΙΩΝ



τιμή 10 €

Πόσες από τις πληροφορίες που ακούμε από τους γύρω μας ευσταθούν;



ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ
Διατολόγος - Διατροφολόγος, M.Sc.

ΒΙΒΛΙΟ 1^ο

Τα μακαρόνια παχαίνουν;
Τα αναψυκτικά κάνουν κυταρίτιδα;
Οι φακές είναι καλές πηγές σιδήρου;
Η μπανάνα απαγορεύεται στη δίαιτα;
Η τελευταία μπουκιά έχει όλη τη δύναμη;
Οι light τροφές αδυνατίζουν;

Κεντρική Διάθεση:
Αθ. Χριστάκης, Ιπποκράτους 10, Αθήνα,
τηλ. επικοινωνίας 210 36 07 876

medNutrition publications
www.NutritionTales.eu
publications@mednutrition.eu

Άρθρο Σύνταξης



Παρά τα όποια προβλήματα και δυσκολίες της καθημερινότητας, τα χρόνια περνούν ταχύτατα για όλους μας. Έτσι, μετά από μία τετραετή διαδρομή, φθάσαμε αισίως στην έκδοση του τελευταίου τεύχους της «ΕΥΕΞΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ» από την παρούσα Συντακτική Επιτροπή. Παρά τις ιδιαιτερότητες και πρωτόγνωρες οικονομικές δυσκολίες της τρέχουσας χρονιάς, που σηματοδοτήθηκε από τους ασφυκτικούς ελέγχους της τρόικας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, όλα τα μέλη της Συντακτικής Επιτροπής με τη στήριξη του Διοικητικού Συμβουλίου του Ελληνικού Ιδρύματος Γαστρεντερολογίας & Διατροφής (ΕΛΙΓΑΣΤ) προσπαθήσαμε να διατηρήσουμε την έκταση και την ποιότητα των περιεχομένων του περιοδικού αναλλοίωτα. Ελπίζουμε ότι τα καταφέραμε!

Στο παρόν τεύχος θα βρείτε πολλά και πιστεύω ενδιαφέροντα άρθρα. Το πιο επίκαιρο ίσως όλων είναι η συσχέτιση και επίδραση της οικονομικής κρίσης στη διατροφική συμπεριφορά μας, η οποία θα μπορούσε να είναι μία από τις ελάχιστες θετικές επιδράσεις της τωρινής ζοφερής πραγματικότητας, όπως υποστηρίζει ο κ. Ζέρβας. Οι τροφές μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τις ενεργειακές μας ανάγκες, όπως αναλύει η κα Αποστολοπούλου, ενώ πολλές από τις επιδράσεις των τροφών επηρεάζονται από τα γονίδιά μας, όπως αποκαλύπτουν οι ραγδαίες εξελίξεις στον τομέα της γενετικής, τις οποίες συνοπτικά σχολιάζει ο κ. Παπαμίκος. Η «περιπατητικότητα» των γειτονιών, του κ. Αναστασιάδη, μας θυμίζει ότι χρειάζονται πολλά έργα και μέτρα ώστε να δημιουργηθούν οι συνθήκες που ευνοούν το περπάτημα των κατοίκων και να γίνουν οι πόλεις μας πιο φιλικές για τον άνθρωπο αλλά και τη δημόσια υγεία.

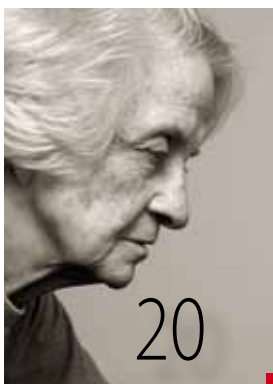
Από τα αμιγώς ιατρικά θέματα, η κα Καραγκιόζογλου Λαμπούδη σχολιάζει μία οντότητα, το «ηπιώδες ήπαρ», που είναι πολύ συχνή στους ενήλικες, αλλά δυστυχώς αρχίζει πλέον να εμφανίζεται αρκετά συχνά από την παιδική ηλικία λόγω της αύξησης της παιδικής παχυσαρκίας. Ο κ. Βιάζης ασχολείται με την «αλήθεια» και τα «ψέματα» σε ένα επίσης πολύ συχνό πρόβλημα των ενηλίκων, τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Η κα Γραμματικάκη μας θυμίζει ότι πολλά χρόνια νοσήματα μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική σφαίρα, εστιάζοντας στη σχέση της κατάθλιψης με το σακχαρώδη διαβήτη. Τέλος, η κα Κατόγλου αναφέρεται στις τρέχουσες και μελλοντικές θεραπευτικές παρεμβάσεις στη χρόνια ηπατίτιδα C και ο κ. Βλαχογιαννάκος σε μία σοβαρή επιπλοκή των κίρρωτικών ασθενών, τη νεφρική δυσλειτουργία.

Κλείνοντας αυτό τον τετραετή κύκλο, θα ήθελα κατ' αρχήν να ευχαριστήσω το Διοικητικό Συμβούλιο του ΕΛΙΓΑΣΤ για την εμπιστοσύνη και την τιμή να μου αναθέσει τη Διεύθυνση Σύνταξης του περιοδικού. Νοιώθω, επίσης, πραγματικά την ανάγκη να ευχαριστήσω εκ βάθους καρδίας τους δύο Αναπληρωτές Διευθυντές Σύνταξης και όλα τα υπόλοιπα μέλη της Συντακτικής Επιτροπής για την πολύτιμη βοήθειά τους, τους πολυάριθμους συγγραφείς των άρθρων των 24 τευχών μας, όλη την ομάδα της Εκδοτικής Επιμέλειας του περιοδικού και ιδιαίτερα την κα Παπαδοπούλου για την παραγωγική συμβολή της στην καλλιτεχνική επιμέλεια, τη γραμματέα του γραφείου του ΕΛΙΓΑΣΤ κα Καρδαρά για τη συνεχή και άμεση γραμματειακή υποστήριξή της, και βέβαια όλους εσάς, τους αναγνώστες μας, οι οποίοι με τις θετικές γνώμες και παραινέσεις σας αποτελούσατε το σημαντικότερο κίνητρο συνέχισης αυτής της προσπάθειας. Εύχομαι στη νέα Συντακτική Επιτροπή και το νέο Διευθυντή Σύνταξης, φίλο κ. Τριανταφύλλου, καλή δύναμη για συνέχιση και βελτίωση του περιοδικού μας.

Πολλές ευχές για ΚΑΛΕΣ ΓΙΟΡΤΕΣ!

Γιώργος Παπαθεοδωρίδης
Διευθυντής Σύνταξης

Π Ε Ρ Τ Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α



Άρθρο Σύνταξης	3
Ευεξία: Τροφές που χαρίζουν ενέργεια	6
Παρόν & μέλλον στην αντιμετώπιση της Ηπατίτιδας C	10
Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση: Αλήθεια & ψέμα	12
Παιδί & Έφηβος: "Λιπώδες ήπαρ στα παιδιά"	16
Διατροφή: " Κατάθλιψη & σακχαρώδης διαβήτης"	20
Μικρά & Νόστιμα	24
Περιβάλλον: "Περιπατητικότητα"	26
Κίρρωση και νεφρική δυσλειτουργία	32
Περί διαίτης: "Διατροφογενομική των λιπιδίων"	36
Ευεξία: "Οικονομική κρίση: Ευκαιρία να αλλάξουμε διατροφική συμπεριφορά;"	40
Επικοινωνούμε	42
Τα Νέα του Ιδρύματος	44
Τα Νέα του Ιδρύματος	46

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

Έδρα: Πατριάρχου Ιωακείμ 30, 106 75 Αθήνα
 Τηλ. Fax.: 210 72 31 332,
 e-mail: info@eligast.gr
 URL: www.eligast.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Δ. Παπαπαναγιώτου
 Διευθυντής: Κ. Αρβανιτάκης
 Γ. Γραμματέας: Δ. Γ. Καραμανώλης
 Ταμίας: Χ. Τζάθας
 Μέλη: Ι.Α. Καραγιάννης
 Γ. Κητής
 Σ.Δ. Λαδάς
 Γ.Β. Παπαθεοδωρίδης
 Α. Παπασπύρου
 Γ. Πασπάτης
 Ε.Β. Τσιάνος

Εκδοτική επιμέλεια: GlobalActivitiesKey

Υπεύθυνη Διαφήμισης:
 Σοφία Καϊσάκη

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

Σχεδιασμός & Παραγωγή: GlobalActivitiesKey

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

Τ Ε Υ Χ Ο Σ 4 6

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.



*Το Διοικητικό Συμβούλιο σας εύχεται
Καλά Χριστούγεννα
και Ευτυχισμένος ο Καινούργιος Χρόνος*



Τροφές που μας χαρίζουν ενέργεια

*Ενεργειακά ποτά και μπάρες,
συμπληρώματα διατροφής, βότανα*

Η αναπνοή, η λειτουργία της καρδιάς μας, η διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος και άλλες βιοχημικές διεργασίες που εκτελούνται στο σώμα μας χρειάζονται ενέργεια

Η παραγωγή ενέργειας είναι πολύ σημαντική για τον ανθρώπινο οργανισμό γιατί χρειάζεται για τη διατήρηση των λειτουργιών του σώματός μας. Η αναπνοή, η λειτουργία της καρδιάς μας, η διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος και άλλες βιοχημικές διεργασίες που εκτελούνται στο σώμα μας χρειάζονται ενέργεια. Η παραγωγή ενέργειας βοηθάει να είμαστε φυσικά δραστήριοι, δηλαδή να μπορούν οι μύες μας να συσπώνται και να παράγουν έργο, επίσης συμβάλλει στην ισορροπημένη ανάπτυξη και ανάπλαση των ιστών μας.

Οι αθλητές που προπονούνται σκληρά και συχνά, πολλές φορές παραπονούνται ότι χάθηκε η δύναμή τους και νιώθουν κόπωση. Κατά τη διάρκεια της άσκησης, οι μύες αντλούν ενέργεια από τα αποθέματα του οργανισμού (ηπατικό και μυϊκό γλυκογόνο) και την καταναλώνουν παράγοντας -μεταξύ άλλων- θερμότητα. Έτσι, η ενέργεια εξαντλείται και η θερμοκρασία του σώματος τείνει να αυξηθεί. Η χρήση προϊόντων, όπως τα ενεργειακά ποτά, οι ενεργειακές μπάρες, τα συμπληρώματα διατροφής, αλλά κάποια βότανα, είναι ιδιαίτερα ελκυστικά στους αθλούμενους.

Τα ενεργειακά ποτά (energy drinks) έχουν εισέλθει τα τελευταία χρόνια στη διατροφική αλυσίδα κυρίως των νέων, αθλητών και μη και η κατανάλωσή τους αυξάνεται χρόνο με το χρόνο. Πρόκειται για ποτά που καταναλώνονται πριν, μετά ή και κατά τη διάρκεια της προπόνησης.

Τα περισσότερα ενεργειακά ποτά περιέχουν υδατάνθρακες και καφεΐνη ως κύρια συστατικά. Η περιεκτικότητά τους σε υδατάνθρακες είναι 12% περίπου. Η προσθήκη υδατανθράκων στα ενεργειακά ποτά παρέχει ενέργεια η οποία είναι απαραίτητη εξαιτίας της μείωσης των αποθεμάτων του μυϊκού και ηπατικού γλυκογόνου, που συνεπάγεται η άσκηση. Μαζί με διάφορα αμινοξέα (ταυρίνη, χολίνη) και την καφεΐνη (συνήθως περιέχουν 80 mg καφεΐνης στα 250 ml) που περιέχουν, προσδίδουν τονωτική δράση. Η καφεΐνη διεγείρει το κεντρικό νευρικό σύστημα και την καρδιά και θεωρείται τοξική σε δόσεις μεγαλύτερες των 2 γραμμαρίων, ενώ μπορεί να προκαλέσει καρδιακές και στομαχικές διαταραχές και νευρικότητα.

Επιστημονικές μελέτες έχουν αναδείξει ότι παράγοντες όπως το είδος, η διάρκεια και η ένταση της άσκησης, η περιεκτικότητα (%) των υδατανθράκων αλλά και το είδος αυτών καθορίζουν την αναγκαιότητα αλλά και το κατά πόσο θα υπάρξουν τα επιθυμητά αποτελέσματα στην απόδοση έπειτα από την χρήση των ενεργειακών ποτών.

Τα ενεργειακά ποτά δεν πρέπει να καταναλωθούν μαζί με αλκοόλ, γιατί προκαλούν έντονη αφυδάτωση που μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακά προβλήματα.

Τελευταίες μελέτες αναδεικνύουν ότι η πρόσληψη τροφής κατά την διάρκεια της άσκησης είναι αναγκαία, όταν οι αγώνες ή η προπόνηση διαρκεί περισσότερο από μία ώρα. Οι **ενεργειακές μπάρες** είναι μια ιδανική επιλογή

Η χρήση προϊόντων, όπως τα ενεργειακά ποτά, οι ενεργειακές μπάρες, τα συμπληρώματα διατροφής, αλλά κάποια βότανα, είναι ιδιαίτερα ελκυστικά στους αθλούμενους.

κατά την διάρκεια της άσκησης. Ξεκίνησαν για να καλύψουν κυρίως τις ανάγκες των ορειβατών και των πεζοπόρων που περνούσαν πολλές ώρες στα μονοπάτια των βουνών. Ωστόσο, η ενεργειακή μπάρα δεν είναι σχεδιασμένη ώστε να αντικαταστήσει ένα κανονικό γεύμα, αλλά για να το υποκαταστήσει όταν αυτό δεν είναι δυνατό. Οι ενεργειακές μπάρες, οι οποίες παρέχουν, εκτός από σημαντικές ποσότητες ενέργειας με τη μορφή υδατανθράκων και πρωτεϊνών, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία, δίνουν μια επιπλέον ενέργεια και επιδρούν ευεργετικά στην απόδοση.

Συμπληρώματα

Παρότι η υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή είναι η καταλληλότερη για την διασφάλιση καλής υγείας και αθλητικής απόδοσης, στην αγορά υπάρχουν και πολυάριθμα **συμπληρώματα διατροφής**. Συμπληρώματα διατροφής εννοούμε τα προϊόντα που περιέχουν συμπυκνωμένα ένα ή περισσότερα θρεπτικά συστατικά, ο προσρισμός των οποίων είναι να συμπληρώνουν το ημερήσιο διαιτολόγιο του ανθρώπου, όταν η διατροφή του δεν είναι ισορροπημένη.

Τα συμπληρώματα διατροφής είναι απαραίτητα μόνο αν η διατροφή του ασκούμενου δεν καλύπτει τις απαιτήσεις του σε θρεπτικά συστατικά και όχι για να αντικαταστήσουν κανονικά γεύματα. Από την άλλη, η ένταση και η συχνότητα της άσκησης μπορεί να αυξήσει τις απαιτήσεις σε σίδηρο, μαγνήσιο και βιταμίνες. Αν, λοιπόν, η διατροφή δεν είναι επαρκής, τότε κρίνεται απαραίτητη η χορήγηση συμπληρωμάτων βιταμινών και ιχνοστοιχείων. Ποσότητες βιταμινών που υπερβαίνουν κατά πολύ τις προτεινόμενες τιμές μπορεί να αποβούν τοξικές και ίσως να αλλάζουν την λειτουργία άλλων μικροθρεπτικών συστατικών.

Υπάρχουν όμως και πολλές *μη απαραίτητες ουσίες* που θεωρούνται συμπληρώματα διατροφής και προωθούνται στους αθλητές ως εργογόνες ουσίες, που αναφέρονται ως μαγικά προϊόντα και «υπόσχονται» εντυπωσιακά αποτελέσματα.

Βότανα

Από αρχαιοτάτων χρόνων τα **βότανα** αποτελούσαν βασικό συστατικό της διατροφής των ανθρώπων. Εκτός από το εξαιρετικό άρωμά τους και την ωραία γεύση που δίνουν στα φαγητά και τις σαλάτες μας, ξεχωρίζουν για τις ιδιότητές τους ως προς διάφορες παραμέτρους υγείας. Η χρήση βοτάνων έχει σημαντικό ρόλο στην τόνωση του οργανισμού και στη διατήρηση της υγείας.

Για παράδειγμα το ginseng δρα ενάντια στην κόπωση, ενισχύοντας τον οργανισμό με ενέργεια και πνευματική απόδοση. Καλό είναι να το αποφεύγετε όμως αν έχετε υψηλή πίεση.

Η συνιστώμενη δόση είναι 100 mg μια ή δυο φορές ημερησίως, ενώ σε υψηλότερες δόσεις μπορεί να προκαλέσει αϋπνίες ή γαστρεντερικές διαταραχές.

Επίσης, η αλόη είναι κατάλληλο βότανο για την ενίσχυση της αντοχής του οργανισμού. Προτιμήστε αλόη με το σχετικό σήμα πιστοποίησης από ελληνικούς ή ξένους φορείς πιστοποίησης βιολογικών προϊόντων.

Το τσάι είναι ένα γνωστό διεγερτικό του κεντρικού νευρικού συστήματος. Βοηθά την πνευματική και τη σωματική προσπάθεια, έχοντας ηπιότερη διεγερτική δράση από τον καφέ, χάρη στην πιο αργή και σταδιακή απελευθέρωση της καφεΐνης.

Όλα τα ενεργειακά προϊόντα και διατροφικά συμπληρώματα, είτε αυξάνουν την παραγωγή έργου ή βελτιώνουν την απόδοση, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή και μόνο μετά από προσεκτική αξιολόγηση του προϊόντος, όσον αφορά στην ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα και τη νομιμότητα.

Γενικά, για την αθλητική διατροφή επικρατούν διάφορες αντιλήψεις. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι αθλητές δεν έχουν γνώση και συχνά αγνοούν τους απλούς κανόνες της υγιεινής διατροφής. Ο ρόλος του ειδικού θα πρέπει να είναι συμβουλευτικός και εκπαιδευτικός, ώστε οι βάσεις της σωστής αθλητικής διατροφής να γίνουν συνείδηση για τον αθλητή και να τον βοηθήσουν να έχει καλή υγεία αλλά και τη μέγιστη δυνατή απόδοση.

Από αρχαιοτάτων χρόνων τα βότανα αποτελούσαν βασικό συστατικό της διατροφής των ανθρώπων





vie +



ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

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

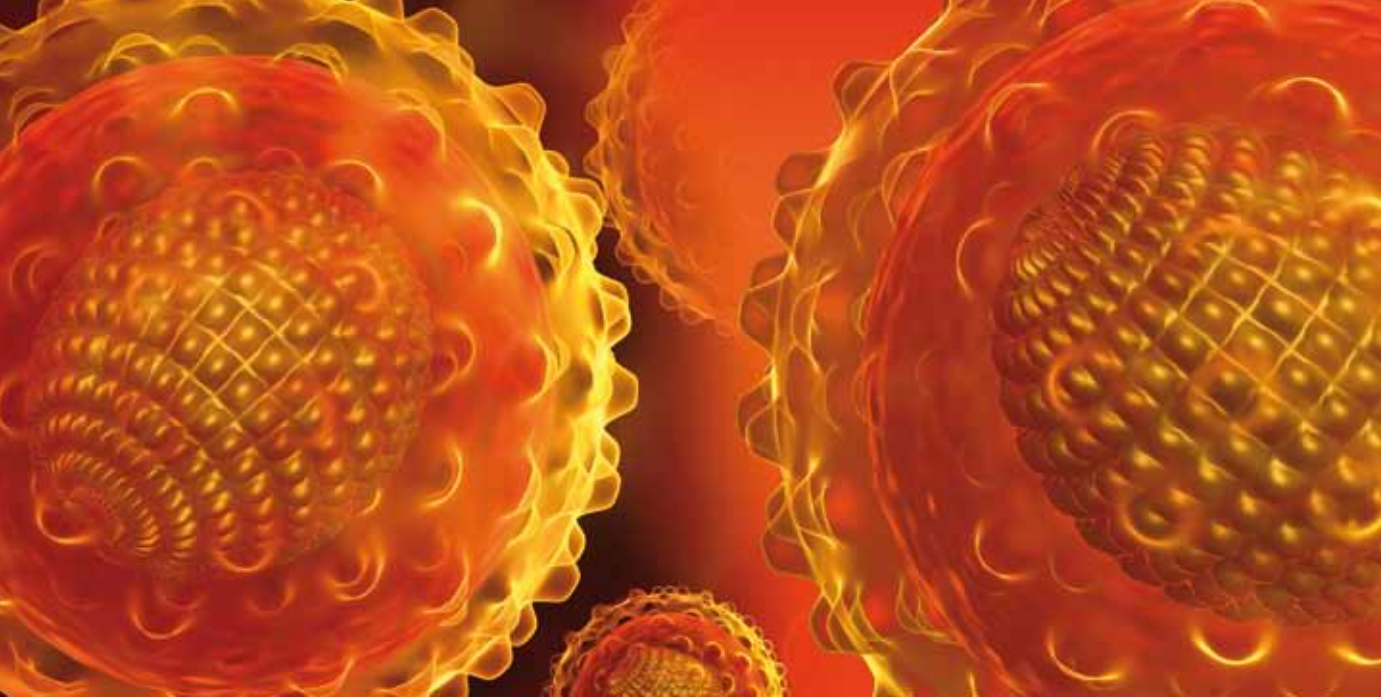
- Από 100% φρούτα και λαχανικά με φυτικές ίνες torinambur, χωρίς τεχνητό εμπλουτισμό.
- Το torinambur είναι ένα μοναδικό λαχανικό το οποίο είναι πιο πλούσιο σε φυτικές ίνες από οποιοδήποτε άλλο φρούτο και λαχανικό!

NEO



Σε 2 υπέροχες γεύσεις:

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



Παρόν & μέλλον στην αντιμετώπιση της Ηπατίτιδας C

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

Τι είναι η ηπατίτιδα C; Ποιες οι συνέπειες της;

Η ιός της ηπατίτιδας C (HCV) προκαλεί οξεία και χρόνια ηπατίτιδα. Ο ιός μεταδίδεται με το αίμα και τα παράγωγά του, ενώ η σεξουαλική μετάδοση είναι σπάνια. Η νόσος είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη μεταξύ των ατόμων που κάνουν παρεντερική χρήση τοξικών ουσιών. Η χρόνια HCV λοίμωξη αποτελεί ένα σοβαρό θέμα δημόσιας υγείας, καθώς εκτιμάται πως 180.000 άνθρωποι έχουν μολυνθεί παγκοσμίως. Η χρόνια HCV λοίμωξη μπορεί να εξελιχθεί σε κίρρωση του ήπατος που με τη σειρά της οδηγεί μετα από μερικά έτη σε ηπατική ανεπάρκεια και ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Η χρόνια ηπατίτιδα C αποτελεί προς το παρόν τη συχνότερη ένδειξη μεταμόσχευσης ήπατος στις Η.Π.Α., ενώ υπολογίζεται ότι η θνητότητα η σχετιζόμενη με τη χρόνια HCV λοίμωξη θα συνεχίσει να αυξάνεται τις

επόμενες δύο δεκαετίες. Για τους λόγους αυτούς κρίνεται απαραίτητη η αποτελεσματική αντιμετώπιση της χρόνιας HCV λοίμωξης προκειμένου να προληφθούν οι σοβαρές απώτερες επιπλοκές της.

Ποια είναι η τρέχουσα θεραπεία για την χρόνια ηπατίτιδα C;

Επί του παρόντος η καθιερωμένη θεραπεία της χρόνιας HCV λοίμωξης είναι ο συνδυασμός πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης άλφα-2a ή άλφα-2b και ριμπαβιρίνης. Η επίτευξη μακροχρόνιας ιολογικής ανταπόκρισης (sustained virological response – SVR), δηλαδή μη ανιχνεύσιμου RNA του ιού (HCV RNA) με ευαίσθητη μέθοδο στον ορό των ασθενών 24 εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, θεωρείται ότι ισοδυναμεί με εκρίζωση του

Η χρόνια HCV λοίμωξη αποτελεί ένα σοβαρό θέμα δημόσιας υγείας, καθώς εκτιμάται πως 180.000 άνθρωποι έχουν μολυνθεί παγκοσμίως

HCV. Η ανταπόκριση στη θεραπεία και η πιθανότητα επίτευξης μακροχρόνιας ιολογικής ανταπόκρισης εκτιμάται με προσδιορισμό των επιπέδων του HCV RNA κατά τη διάρκεια, στο τέλος και μετά το τέλος της θεραπείας. Η διάρκεια της θεραπείας ποικίλλει ανάλογα με τον γονότυπο του ιού. Οι γονότυποι 1 και 4 είναι περισσότερο ανθεκτικοί στη θεραπεία και για το λόγο αυτό οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία για 48 εβδομάδες, εκτός αν έχουν σχετικά χαμηλά επίπεδα HCV RNA ορού προ θεραπείας και καταφέρουν να έχουν μη ανιχνεύσιμο HCV RNA στις πρώτες 4 εβδομάδες της θεραπείας, οπότε μπορούν να λάβουν βραχύτερο θεραπευτικό σχήμα (24 εβδομάδες). Οι γονότυποι 2 και 3 έχουν καλύτερη ανταπόκριση στη θεραπεία και οι ασθενείς λαμβάνουν αγωγή για 24 εβδομάδες. Βραχύτερα θεραπευτικά σχήματα (16 εβδομάδες) μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε ασθενείς με γονότυπο 2 ή 3 οι οποίοι θα πρέπει να έχουν χαμηλά επίπεδα HCV RNA προ θεραπείας και να επιτύχουν μη ανιχνεύσιμο HCV RNA στις πρώτες 4 εβδομάδες της θεραπείας.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της τρέχουσας θεραπείας της χρόνιας HCV λοίμωξης είναι συχνές και ενίοτε σοβαρές, οδηγώντας σε διακοπή της θεραπείας 10-14% των ασθενών. Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες της ιντερφερόνης είναι η γριππώδης συνδρομή, οι ψυχιατρικές διαταραχές, η καταστολή του μυελού με λευκοπενία, αναιμία και θρομβοπενία, καθώς και η ανάδυση ή έξαρση αυτοάνοσων νοσημάτων. Η κυριότερη ανεπιθύμητη ενέργεια της ριμπαβιρίνης είναι η αιμόλυση, ενώ η τερατογόνος της δράση επιβάλλει τη χρήση επαρκών αντισυλληπτικών μέτρων στα άτομα αναπαραγωγικής ηλικίας κατά τη διάρκεια ως και 6 μήνες μετά το πέρας της θεραπείας.

Τα ποσοστά επιτυχίας της καθιερωμένης θεραπείας κυμαίνονται από 40-50% για το γονότυπο 1 ως 80% για τους γονότυπους 2 και 3, ενώ είναι ακόμη χαμηλότερα μεταξύ των μαύρων ασθενών.

Ποιες οι ελπίδες για το μέλλον;

Τα ποσοστά αυτά σε συνδυασμό με τις ανεπιθύμητες ενέργειες και το υψηλό κόστος της θεραπείας οδη-

γούν στην αναζήτηση νέων θεραπευτικών παραγόντων. Η έρευνα στο πεδίο αυτό εστιάζει στην εξέλιξη ειδικά στοχευμένης αντικής θεραπείας (specifically targeted antiviral therapy for HCV: STAT-C), δηλαδή σε παράγοντες που παρεμβαίνουν άμεσα στα διάφορα στάδια αναπαραγωγής του ιού. Μεταξύ των παραγόντων αυτών συγκαταλέγονται οι αναστολείς πρωτεάσης, οι αναστολείς πολυμεράσης, καθώς και πολλές ουσίες με ασαφή μηχανισμό δράσης όπως η νιτροζαμίνη, οι αναστολείς κυκλοφυλίνης και οι αναστολείς α-γλυκοσιδάσης.

Προς το παρόν, από τα φάρμακα αυτά το μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι αναστολείς πρωτεάσης που βρίσκονται στα πιο προχωρημένα στάδια κλινικών μελετών και αναμένεται να διατεθούν στην κυκλοφορία στο άμεσο μέλλον. Ο μηχανισμός δράσης τους βασίζεται στην αναστολή ενζύμων (πρωτεασών) απαραίτητων για τη διάσπαση της πολυπρωτεΐνης του ιού στις επιμέρους πρωτεΐνες που αποτελούν τα δομικά στοιχεία του ιού, αναστέλλοντας έτσι την ιική αναπαραγωγή. Κυριότεροι αντιπρόσωποι αυτών των φαρμάκων είναι οι αναστολείς της πρωτεάσης της σερίνης telaprevir και boceprevir. Πρόσφατα έχουν δημοσιευθεί μεγάλες κλινικές μελέτες και για τα δύο αυτά φάρμακα που αποδεικνύουν πως η προσθήκη τους στο θεραπευτικό σχήμα με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη αυξάνει τα ποσοστά ανταπόκρισης στο 75% περίπου για τους ασθενείς με λοίμωξη από το γονότυπο 1. Τα ικανοποιητικά αυτά αποτελέσματα παρατηρήθηκαν ακόμη και σε μελέτη ασθενών στους οποίους η καθιερωμένη θεραπεία είχε αποτύχει την πρώτη φορά και έλαβαν εκ νέου αγωγή με προσθήκη του telaprevir. Ενδιαφέρον είναι επίσης ότι η ανταπόκριση μπορεί να επιτευχθεί σε βραχύτερο διάστημα. Βασικό μειονέκτημα είναι η ανάπτυξη ανοχής και ο αριθμός των ανεπιθύμητων ενεργειών που παρατηρήθηκαν. Συμπερασματικά βρισκόμαστε μπροστά σε μια ακόμα σημαντική πρόοδο στο τομέα της ηπατολογίας που αναμένεται να τροποποιήσει σημαντικά την κλινική μας πρακτική τα επόμενα χρόνια.



Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση: Αλήθεια & Ψέμα

Αλήθεια

- **Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και οι καούρες δεν είναι το ίδιο πράγμα**

Οι καούρες είναι ένα από τα κύρια συμπτώματα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, όταν δηλαδή το όξινο περιεχόμενο του στομάχου ανεβαίνει από το στομάχι προς τον οισοφάγο, και μπορεί να φθάσει ως το φάρυγγα. Μετά από ένα γεύμα, μπορεί όλοι να παθαίνουμε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, πρόκειται όμως για «φυσιολογική» αντίδραση και διαρκεί ελάχιστα δευτερόλεπτα. Πρόβλημα δημιουργείται όταν το γαστρικό περιεχόμενο παραμένει για πολλή ώρα στον οισοφάγο και προκαλεί καούρες (περιγράφονται ως αίσθημα καύσου στο στήθος συνοδευόμενο από πόνο), ξινίλες και -κάποιες φορές- δυσκολία στην κατάποση.

Ψέμα

- **Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση οφείλεται σε ανατομική ιδιομορφία**

Φυσιολογικά, κατά τη διαδικασία της κατάποσης, ο σφιγκτήρας του οισοφάγου (που βρίσκεται ανάμεσα στον οισοφάγο και το στομάχι) ανοίγει -επιτρέποντας στο φαγητό να φθάσει στο στομάχι - και ξανακλείνει, για να το εμποδίσει να ξαναγυρίσει στον οισοφάγο. Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση συμβαίνει όταν ο κατώτερος οισοφαγικός σφιγκτήρας χαλαρώνει και επιτρέπει στο περιεχόμενο του στομάχου να ξαναγυρίσει στον οισοφάγο. Αυτό συμβαίνει συχνά σε ασθενείς που έχουν διαφραγματοκήλη, μπορεί όμως να συμβαίνει και σε ασθενείς με υπερβολική αύξηση του υδροχλωρικού οξέος στο στομάχι ή σε μειωμένη κινητικότητα ή σε διάταση του στομάχου.

Ψέμα

- **Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση δεν είναι έντονη όταν ξαπλώνουμε**

Η οριζόντια θέση διευκολύνει την παλινδρόμηση του γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο, γι' αυτό και είναι καλύτερα να μην ξαπλώνουμε αν δεν έχουν περάσει περίπου 3 ώρες από το γεύμα. Όσοι υποφέρουν από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση νιώθουν πιο δυσάρεστα όταν ξαπλώνουν στη δεξιά πλευρά και όταν είναι μπρούμυτα.

Αλήθεια

- **Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση επηρεάζεται από το φαγητό μας**

Τα λιπαρά φαγητά, όπως τα τηγανητά, οι σάλτσες, τα λιωμένα τυριά, οι σοκολάτες, αλλά και το φύλλο για πίτες, οι όξινοι χυμοί και τα αλκοολούχα ποτά θεωρούνται επιβαρυντικοί παράγοντες για τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, καθώς βοηθούν στη χαλάρωση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα. Χαλαρωτική επίδραση στο σφιγκτήρα έχει και το κάπνισμα.

Ψέμα

- **Η παλινδρόμηση είναι παθολογική και στα βρέφη**

Τα βρέφη παρουσιάζουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (είναι οι μικρές γουλιές που βγάζουν μετά το γεύμα), αλλά δεν πρόκειται για παθολογική κατάσταση. Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση σε αυτή την περίπτωση οφείλεται στην ανώριμη ακόμα «συμπεριφορά» του στομάχου και του οισοφάγου. Με την πάροδο του χρόνου η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση εξαφανίζεται (συνήθως μετά την ηλικία των 18 μηνών).

Μετά από ένα γεύμα, μπορεί όλοι να παθαίνουμε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, πρόκειται όμως για «φυσιολογική» αντίδραση και διαρκεί ελάχιστα δευτερόλεπτα

Ψέμα

• Η θεραπεία δεν είναι απαραίτητη

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση δεν ανήκει στις καταστάσεις που καλύτερα να τις συνηθίζουμε, και αυτό γιατί μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρότερες επιπλοκές. Μπορεί να προκαλέσει οισοφαγίτιδα, στενώσεις στον οισοφάγο, αλλά και ανάπτυξη μεταπλαστικού επιθηλίου στον οισοφάγο (οισοφάγος Barrett), κατάσταση η οποία θεωρείται προκαρκινική.

Αλήθεια

• Εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στους παχύσαρκους

Η παχυσαρκία θεωρείται ένας από τους παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες να εμφανισθεί γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Στους παχύσαρκους υπάρχει αυξημένη πίεση στην κοιλιά, πράγμα που βοηθά το περιεχόμενο του στομάχου να ανεβαίνει προς τον οισοφάγο. Επιπλέον, οι παχύσαρκοι τρώνε συνήθως και πολλά λιπαρά. Η μεγάλη πίεση στην κοιλιά, σε συνδυασμό με τις ορμονικές διαταραχές, γίνεται αιτία εμφάνισης της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το πρόβλημα βέβαια είναι προσωρινό και παύει να υπάρχει μετά τον τοκετό.

Αλήθεια

• Η μόνιμη θεραπεία της δεν επιτυγχάνεται πάντα

Τα θεραπευτικά στάδια για τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι τρία. Καταρχήν, επιδιώκεται αντιμετώπιση με διαιτητικές οδηγίες, δηλαδή αποφυγή λιπαρών τροφών, όξινων χυμών και αλκοολούχων ποτών, μικρά και συχνά γεύματα (το τελευταίο γεύμα τουλάχιστον 3 ώρες πριν τον ύπνο) και τέλος σωστή μάσηση, δηλαδή να μην τρώμε γρήγορα, αλλά αργά και μασώντας καλά το φαγητό μας. Στη συνέχεια μπορεί να συστήσουμε τη λήψη αλγινικών σκευασμάτων, τα οποία δεν είναι αντιόξινα, αλλά δρουν σχηματίζοντας ένα προστατευτικό φράγμα που επιπλέει στο στομαχικό περιεχόμενο και έτσι συγκρατεί τα οξέα στο στομάχι, εμποδίζοντας την παλινδρόμηση τους προς τον οισοφάγο. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνουν την γρήγορη και αποτελεσματική ανακούφιση από τα κύρια συμπτώματα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (ΓΟΠ).

Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι τα αλγινικά :

- Ανακουφίζουν από τον οπισθοστερνικό καύσο μέσα σε 5 λεπτά σε ποσοστό έως και 74% των ασθενών

- Ανακουφίζουν από τα συμπτώματα έως και 84% των ασθενών και διαρκούν για έως και 4 ώρες

Σε πολλούς ασθενείς όμως απαιτείται η χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων που μειώνουν την παραγωγή οξέος από το στομάχι (αναστολείς αντλίας πρωτονίων) ή φαρμάκων που αυξάνουν την κινητικότητα του στομάχου (προκινητικά), ώστε να γίνεται γρηγορότερα η πέψη. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η αγωγή αυτή χρειάζεται να είναι μακροχρόνια, γι αυτό και εναλλακτικά μπορεί να προταθεί ενδοσκοπική ή χειρουργική αντιμετώπιση, χωρίς όμως και αυτές να μπορούν να εγγυηθούν μόνιμα αποτελέσματα.



Η παχυσαρκία θεωρείται ένας από τους παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες να εμφανισθεί γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση



GAVISCON

EURO RSCG

Άμεση ανακούφιση από την καούρα!

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



Γρήγορη ανακούφιση που την αισθάνεσαι!

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:

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

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων Συνιστούν:

ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ - ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙΤΕ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ Ή ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ ΣΑΣ

Λιπώδες Ηπαρ στα παιδιά

Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί την πανδημία του 21ου αιώνα. Συνοδεύεται από πολλές επιπλοκές και σοβαρές γενικά επιπτώσεις στην υγεία και την ποιότητα ζωής των παιδιών



Το φάσμα της μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος στα παιδιά περιλαμβάνει όλο το φάσμα των σταδίων όπως απλή στεάτωση, στεατοηπατίτιδα, ίνωση και είναι δυνατόν να καταλήξει σε κίρρωση

Σοβαρή ηπατική φλεγμονή ως επιπλοκή της παιδικής παχυσαρκίας περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1983 σε παιδιά 10-13 ετών και σήμερα αποτελεί μια ολοένα συχνότερα αναγνωριζόμενη κατάσταση.

Το φάσμα της μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος στα παιδιά περιλαμβάνει όλο το φάσμα των σταδίων όπως απλή στεάτωση, στεατοηπατίτιδα, ίνωση και είναι δυνατόν να καταλήξει σε κίρρωση.

Οι γνώσεις σχετικά με τη φυσική πορεία της νόσου στα παιδιά δεν καθιστούν ακόμη σαφές αν η απλή ηπατική στεάτωση εξελίσσεται σε στεατοηπατίτιδα στην πορεία του χρόνου ή αν αποτελεί καλοήγη οντότητα.

Η παθοφυσιολογική διαδικασία που εμπλέκεται στο φαινόμενο είναι αρκετά σύνθετη και περιλαμβάνει μεταβολική δυσλειτουργία στο επίπεδο του ηπατοκυττάρου. Παρατηρείται διαταραγμένη λειτουργία της ινσουλίνης που οδηγεί σε διαταραχή του μεταβολισμού των λιπαρών οξέων με αποτέλεσμα την συσσώρευσή τους στο ηπατοκύτταρο. Ακολουθεί σε δεύτερη φάση υπεροξειδωση του συσσωρευμένου λίπους από ελεύθερες ρίζες με συνέπεια την καταστροφή μικροδομών του ηπατοκυττάρου, την ανάπτυξη φλεγμονώδους διήθησης και ίνωσης.

Η μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα αναφέρεται στην ύπαρξη αυξημένων ηπατικών ενζύμων, παθολογικής ηπατικής ιστολογίας και προϋποθέτει απουσία άλλης ηπατικής νόσου, και κατάχρησης αλκοόλ.

Στην παιδιατρική αποτελεί κατ'εξοχή διάγνωση εξ αποκλεισμού, υπό την έννοια θα πρέπει να αποκλειστούν άλλες καταστάσεις που σχετίζονται με λιπώδη διήθηση (πιν).

Πίνακας

Αιτία λιπώδους ήπατος στην παιδική ηλικία

1. Ηπατικά αίτια
Σχετιζόμενα με υπερβολικό βάρος (υπέρβαρα, παχύσαρκα)
Μεταβολικά νοσήματα του ήπατος (N.Wilson , γαλακτοζαιμία, κληρονομική δυσανεξία στη φρουκτόζη, γλυκογονιάσεις, σιαλίδωση, μαννοσίδωση, φουκοσίδωση, τυροσιναιμία, ανεπάρκεια alpha1 antitrypsin, ομοκυστινουρία, αβηταλιποπρωτεϊναιμία, N.Wolman, N.Tangiers)
Σύνδρομα (Schwachman – Diamond , Bardet – Biedel, Alstrom, Turner’s , Cohen, Prader – Willi, Kabuki – Niiikawa – Kuroki, Dofman – Chanarin, λιποδυστροφίας, πολυκυστικών ωοθηκών)
Χρόνια ηπατίτιδα C
Αυτοάνοση ηπατίτιδα, σκληρυντική χολαγγειίτιδα κá.
2. Μη ηπατικά αίτια
Διατροφικά: παρατεταμένη πρωτεϊνοθερμιδική υποθρεψία, νηστεία, ολική παρεντερική διατροφή, επέμβαση γαστρικής παράκαμψης, ταχεία απώλεια βάρους
Λοιμώξεις: HIV
(γλυκοκορτικοστεροειδή, υπερβιτιμίνωση – A, methotrexate, L – asparginase, zidovidune, amiodarone, didanosine, diltiazem), τοξίνες (αμανιτίνη)
Σακχαρώδης διαβήτης
Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, κυστική ίνωση, κοιλιοκάκη, κá

Για τη διαπίστωση της λιπώδους διήθησης, την προσπάθεια ποσοτικής αξιολόγησης, καθώς και την απεικονιστική παρακολούθηση των ευρημάτων χρησιμοποιούνται διάφορες απεικονιστικές μέθοδοι και επί του παρόντος καμία απεικονιστική μέθοδος δεν είναι σε θέση να διακρίνει μεταξύ απλής στεάτωσης και στεατοηπατίτιδας.

Το ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ αποτελεί χρήσιμο μέσο για την **αξιολόγηση διαλογής** όσον αφορά την παρουσία αλλά και την ποσοτικοποίηση του λίπους στο ήπαρ. Δεν φαίνεται, όμως, να υπάρχουν καλές συσχετίσεις με το βαθμό ίνωσης.

Η ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ πλεονεκτεί και, σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες σε παιδιά, προσφέρεται για την **ποσοτική αξιολόγηση του κλάσματος λίπους στο ήπαρ** (hepatic fat fraction, HFF), χωρίς να παρεμβαίνουν υποκειμενικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων εξεταστών.

Οι ηπατικές δοκιμασίες αποτελούν συμπληρωματικό στοιχείο στην αξιολόγηση και συσχετίζονται θετικά τόσο με τις ποσοτικές παραμέτρους του ηπατικού λίπους όσο και με την παρουσία των επιπλοκών παχυσαρκίας.

Η ΒΙΟΨΙΑ ΗΠΑΤΟΣ αποτελεί την εξέταση αναφοράς για την αξιολόγηση και την ταξινόμηση της βλάβης στα διάφορα στάδια που προαναφέρθηκαν. Πέραν τούτου, πρόσφατα δεδομένα υποστηρίζουν ότι στο παιδικό πληθυσμό παρατηρούνται δύο διαφορετικοί τύποι βλάβης: ο τύπος 1 και ο τύπος 2. Ο τύπος 1 (17% σε παιδιατρικό πληθυσμό) είναι ο τύπος που η ιστολογική εικόνα προσομοιάζει με αυτή των ενηλίκων (μακροφουσαλλιδώδης στεάτωση και περικολποειδική ίνωση που φείδεται των πυλαίων διαστημάτων,) ενώ ο τύπος 2 (51% σε παιδιατρικό πληθυσμό) -παιδιατρικός τύπος-εκτός από την έκδηλη μακροφουσαλλιδώδη στεάτωση που καταλαμβάνει το σύνολο των ηπατοκυττάρων, περιλαμβάνει περιπυλαία φλεγμονή και ίνωση. Μεταξύ των δύο τύπων υπάρχουν σαφείς κλινικές και επιδημιολογικές διαφορές. Ο τύπος 2 αφορά κυρίως αγόρια, μικρότερη ηλικία, προέλευση από μειονότητες και σοβαρότερη παχυσαρκία. Τα στοιχεία αυτά δηλώνουν ότι είναι πιθανόν η στεατοηπατίτιδα στα παιδιά να αποτελεί ιδιαίτερη οντότητα με ιδιαίτερη φυσική ιστορία, η οποία δεν έχει ακόμη καταγραφεί.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται για την ανάπτυξη πρωτοκόλλων για εξετάσεις διαλογής στα παιδιά, κατά το δυνατόν μη επεμβατικών και με μικρό κόστος. Τα πρωτόκολλα αυτά συνδυάζουν πληροφορίες από το υπερηχογράφημα και τις ηπατικές δοκιμασίες. Η συχνότητα λιπώδους ήπατος σε παχύσαρκα παιδιά κυμαίνεται από 20-77% βασισμένη μόνο στο υπερηχογράφημα, ενώ αυξημένες τρανσαμινάσες βρίσκονται σε ποσοστό 10-25%. Με βάση το συνδυασμό των 2 αυτών μεθόδων, ο επιπολασμός της νόσου ανέρχεται σε 24%.

Βασισμένοι στο δεδομένο ότι υπάρχει μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ όλων των παραμέτρων που σχετίζονται με το λιπώδες ήπαρ στα παιδιά και του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), υπάρχουν μελετητές που προτείνουν να χρησιμεύει ο ΔΜΣ ως ο τρίτος δείκτης αξιολόγησης/πρόγνωσης μαζί με το υπερηχογράφημα και τις τρανσαμινάσες.

Άλλες έμμεσοι παράμετροι, όπως τα επίπεδα TNF, μόνα ή σε συνδυασμό με τα επίπεδα λεπτίνης, καθώς και τους δείκτες απόπτωσης, βρίσκονται υπό αξιολόγηση για τη σταδιοποίηση της κατάστασης στα παιδιά με απώτερο στόχο να παρακάμπτεται η βιοψία ήπατος.

Στα πλαίσια της συσχέτισης με την παχυσαρκία και την προσπάθεια κατανόησης των παθογενετικών μηχανισμών έχουν μελετηθεί και στα παιδιά οι γνωστοί από τους ενήλικες συσχετισμοί με το σπλαγχνικό λίπος, την αντίσταση στην ινσουλίνη την υπερτριγλυκεριδαμία και άλλα στοιχεία του μεταβολικού συνδρόμου, καθώς και το σύνδρομο άπνοιας κατά τον ύπνο. Οι συσχετισμοί είναι ανάλογοι με αυτούς των ενηλίκων. Ωστόσο, έμφαση έχει δοθεί στους συσχετισμούς με καταγωγή, φύλο και ηλικία προκειμένου να γίνει κατανοητή η φυσική πορεία της νόσου. Υπάρχουν πολλά αδιευκρίνιστα σημεία στη φυσική πορεία της νόσου, όπως πχ η συχνότητα της κίρρωσης σε έδαφος λιπώδους ήπατος στα παιδιά (έχει διαπιστωθεί ανάλογη κατάσταση σε παιδιά ηλικίας 10 ετών), ή η εξέλιξη της ιστολογικής εικόνας διαμέσου των ετών.

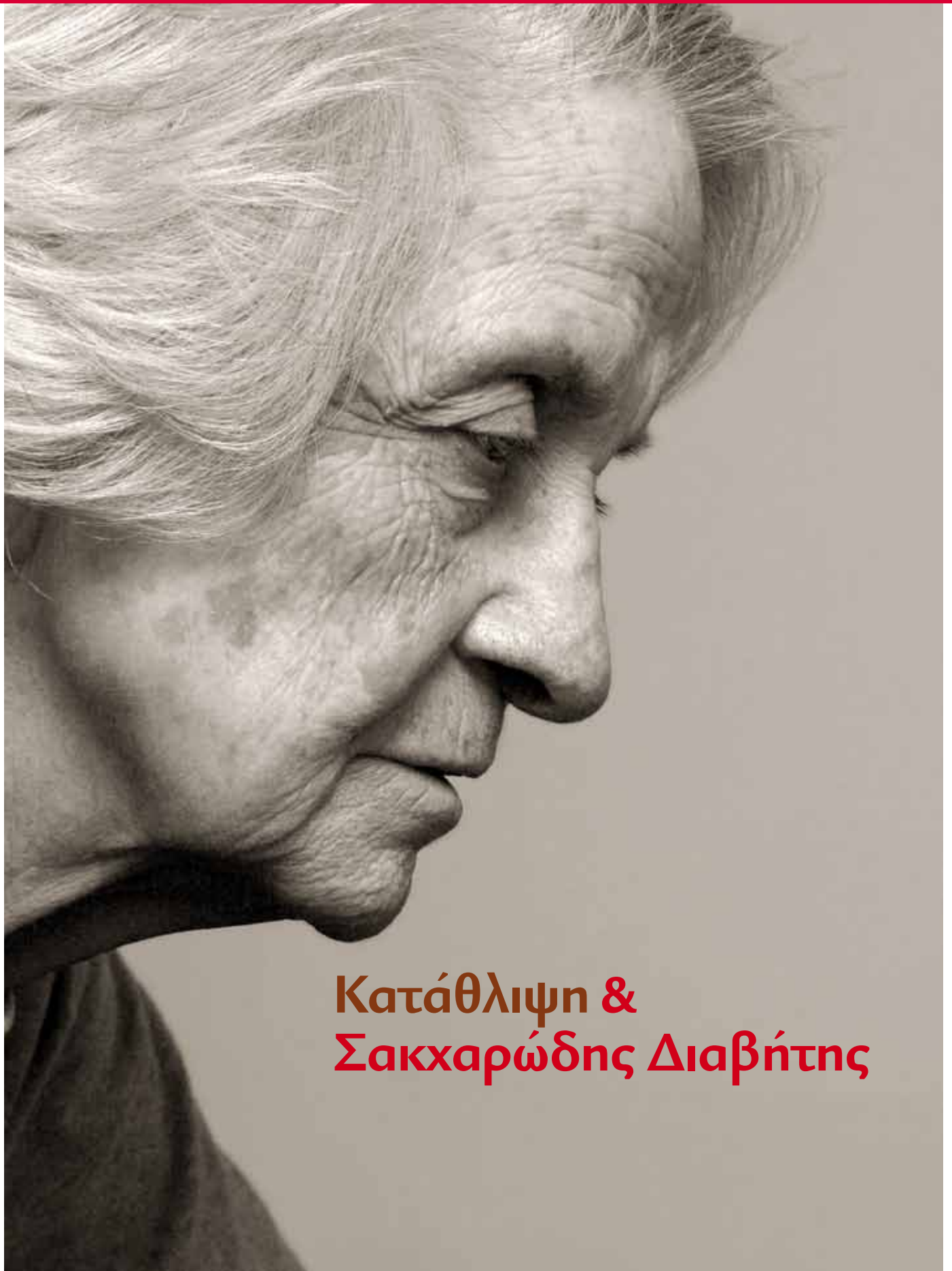
Η αντιμετώπιση βασίζεται στην υιοθέτηση θετικής συμπεριφοράς όσον αφορά τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα με στόχο την επαναφορά του ΔΜΣ στα φυσιολογικά όρια για την ηλικία και την ομαλοποίηση της μεταβολικής λειτουργίας που σχετίζεται με την ινσουλίνη. Δοκιμάζονται επίσης σχήματα που περιλαμβάνουν φάρμακα που προάγουν την αποκατάσταση της ευαισθησίας στη ινσουλίνη (μετφορμίνη) και φάρμακα με αντιοξειδωτική δράση (βιταμίνη E).

Το λιπώδες ήπαρ στα παιδιά αποτελεί ήδη τη συχνότερη μορφή χρόνιας νόσου του ήπατος, και η συχνότητά του θα συνεχίσει να ανέρχεται τα επόμενα χρόνια. Είναι λοιπόν δικαιολογημένο το ενδιαφέρον που υπάρχει σχετικά με την κατανόηση, τον εντοπισμό της, την αντιμετώπιση και την παρακολούθησή της. Υπάρχουν σημαντικά κενά σε βασικούς τομείς ξεκινώντας από την ορολογία και φτάνοντας ως την πρόγνωση.

Στην παιδιατρική όμως η προτεραιότητα δικαιολογημένα δίδεται στην πρόληψη. Ως προς αυτό βρισκόμαστε σε πλεονεκτική θέση γιατί είναι γνωστό ότι η πρόληψη του λιπώδους ήπατος στην παιδική ηλικία επιτυγχάνεται μέσω της πρόληψης της παιδικής παχυσαρκίας.

Τα στοιχεία αυτά
δηλώνουν ότι
είναι πιθανόν η
στεατοηπατίτιδα στα
παιδιά να αποτελεί
ιδιαίτερη οντότητα με
ιδιαίτερη φυσική ιστορία,
η οποία δεν έχει
ακόμη καταγραφεί





**Κατάθλιψη &
Σακχαρώδης Διαβήτης**

Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιονδήποτε. ωστόσο σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών, τα άτομα με διαβήτη έχουν διπλάσιο κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης σε σχέση με άτομα που δεν έχουν διαβήτη

Το σώμα μας μετατρέπει την τροφή που καταναλώνουμε σε γλυκόζη. Φυσιολογικά, η γλυκόζη αυτή μπαίνει στα κύτταρα του σώματός μας και χρησιμοποιείται ως ενέργεια με τη βοήθεια μιας ορμόνης που παράγεται στο πάγκρεας, της ινσουλίνης. Στην περίπτωση του διαβήτη, το σώμα δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη ή δε μπορεί να τη χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνονται τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα αντί να περνούν στα κύτταρα.

Ο σακχαρώδης διαβήτης έχει χρόνια πορεία και μπορεί να προκαλέσει μια σειρά σοβαρών επιπλοκών όπως καρδιαγγειακή νόσο, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, βλάβες του αμφιβληστροειδούς, βλάβες των νεύρων, στυτική δυσλειτουργία κ.ά. Η πιθανότητα ανάπτυξης επιπλοκών λόγω του σακχαρώδους διαβήτη μειώνεται όσο καλύτερα ρυθμίζονται οι τιμές του σακχάρου στο αίμα. Μια σειρά παραγόντων, όπως το κάπνισμα, τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης, η παχυσαρκία, η αρτηριακή υπέρταση και η καθιστική ζωή, επιταχύνουν την ανάπτυξη επιπλοκών.

Αρκετές μελέτες τα τελευταία χρόνια φαίνεται να συνδέουν την παρουσία διαβήτη με την εμφάνιση κατάθλιψης. Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιονδήποτε. ωστόσο σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών, τα άτομα με διαβήτη έχουν διπλάσιο κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης σε σχέση με άτομα που δεν έχουν διαβήτη. Παράλληλα, οι πιθανότητες να εμφανίσει κάποιος διαβητικός ασθενής κατάθλιψη αυξάνουν όσο χειρότερες είναι οι επιπλοκές του διαβήτη.

Οι συνδυαστικοί κρίκοι μεταξύ κατάθλιψης και διαβήτη είναι ακόμα ασαφείς. Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί λόγω κάποιων στρεσογόνων καταστάσεων ταυτόχρονα όμως μπορεί να είναι αποτέλεσμα των μεταβολικών επιδράσεων του διαβήτη στον εγκέφαλο. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα οι άνθρωποι με διαβήτη που έχουν ιστορικό κατάθλιψης είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν επιπλοκές διαβήτη σε σχέση με διαβητικούς ασθενείς που δεν πάσχουν από κατάθλιψη.

Δεν αισθάνομαι καλά... Έχω κατάθλιψη;

Όλοι οι άνθρωποι περιστασιακά αισθάνονται λυπημένοι ή στενοχωρημένοι αλλά αυτή η κατάσταση είναι συνή-

θως μεταβατική και περνά σε μερικές μέρες. Όταν ένα άτομο έχει καταθλιπτική διαταραχή τότε, αυτή εμποδίζει τη ροή της καθημερινότητάς του και τις φυσιολογικές λειτουργίες του. Η κατάθλιψη είναι μία σοβαρή ιατρική πάθηση που επηρεάζει τις σκέψεις, τα συναισθήματα αλλά και την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί φυσιολογικά στην καθημερινότητά του. Παρά το γεγονός όμως ότι οι υπάρχουσες θεραπείες μπορούν να ελαφρύνουν τα συμπτώματα σε περίπου το 80% των περιπτώσεων που αναζητά θεραπεία, λιγότερα από τα μισά άτομα με κατάθλιψη τελικά αναζητούν θεραπεία.

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης εμπεριέχουν την ύπαρξη της απογοήτευσης ή της απώλειας του αισθήματος της ικανοποίησης, αλλά και μια σειρά από φυσικά, ψυχολογικά και συναισθηματικά συμπτώματα (βλέπε Πίνακα). Παράλληλα, μια συνήθης απασχόλησή τους μπορεί να είναι η αναπόληση γεγονότων ή περιστατικών από το παρελθόν. Τα άτομα που υποφέρουν από κατάθλιψη σταδιακά καταβάλλονται και γίνονται ανίκανα να αντεπεξέλθουν σε καθημερινές λειτουργίες και δραστηριότητες. Μπορεί να συνειδητοποιήσουν πως σταδιακά αρχίζουν να αποφεύγουν τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες. Επίσης αναφέρουν σημαντικές δυσκολίες σε πολλά και απλά καθημερινά πράγματα, που τελικά επηρεάζουν το μείζον όπως η δουλειά, η οικογένεια και οι κοινωνικές συναναστροφές.



Συχνά η κατάθλιψη θεωρείται ως μία συνοδή κατάσταση του διαβήτη που οφείλεται κυρίως στις καθημερινές ψυχοκοινωνικές απαιτήσεις τόσο του διαβήτη όσο και της θεραπείας του

Πιθανά συμπτώματα κατάθλιψης

- Αλλαγή στην διάθεση για φαγητό (απώλεια ή αύξηση)
- Δυσκολία με τον ύπνο
- Μειωμένη ενεργητικότητα
- Δυσκολία στην αυτοσυγκέντρωση
- Αδυναμία να μείνουν προσηλωμένοι σε κάτι
- Αισθάνονται αβοήθητοι
- Αισθάνονται πως δεν είναι χρήσιμοι σε κάτι
- Έχουν αρνητικές σκέψεις
- Έχουν τάσεις αυτοκτονίας
- Είναι οξύθυμοι
- Ανησυχούν με όλα
- Είναι νευρικοί
- Έχουν αισθήματα ενοχής

Πώς ακριβώς συνδέεται η κατάθλιψη με το σακχαρώδη διαβήτη;

Σύμφωνα με πρόσφατες μετα-αναλύσεις, η κατάθλιψη εμφανίζεται στα άτομα με διαβήτη δύο φορές περισσότερο από το γενικό πληθυσμό ενώ άτομα με κατάθλιψη

ή σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν 37% μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν διαβήτη σε σχέση με τα άτομα που είτε δεν έχουν κατάθλιψη ή έχουν ελαφρά καταθλιπτικά συμπτώματα.

Συχνά η κατάθλιψη θεωρείται ως μία συνοδή κατάσταση του διαβήτη που οφείλεται κυρίως στις καθημερινές ψυχοκοινωνικές απαιτήσεις τόσο του διαβήτη όσο και της θεραπείας του. Υπάρχουν όμως και ενδείξεις ότι η κατάθλιψη αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη. Μάλιστα επιδημιολογικά δεδομένα φαίνεται να στηρίζουν την παρατήρηση του Άγγλου Thomas Willis το 1684 ότι η λύπη ή το πένθος μπορούσαν να προκαλέσουν διαβήτη. Οι δύο κυριότερες υποθέσεις ερμηνείας που αφορούν την συνύπαρξη καταθλιπτικών φαινομένων και διαβήτη είναι: α) ότι συνδέεται με βιοχημικές αλλαγές στον οργανισμό (κυρίως στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης) και β) ότι συνδέεται με ψυχοκοινωνικές απαιτήσεις του διαβήτη ή χαμηλή συμμόρφωση στη θεραπεία. Ουσιαστικά, η συνύπαρξη των δύο παραπάνω υποθέσεων, στηρίζει την άποψη ότι η σχέση διαβήτη και κατάθλιψης αποτελεί ένα φαύλο κύκλο, όπου η ύπαρξη του ενός νοσήματος επιδεινώνει την κατάσταση του άλλου, όπως φαίνεται και στο παρακάτω σχήμα.



Ο φαύλος κύκλος της κατάθλιψης και του διαβήτη (Joslin Diabetes Center www.joslin.org)

Αναγνώριση της κατάθλιψης σε διαβητικούς ασθενείς

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων το πρόβλημα της κατάθλιψης δεν αναγνωρίζεται, εξαιτίας της σύνδεσης του διαβήτη με ψυχοπαιστικές καταστάσεις που εκλύουν αισθήματα άγχους, ματαιώσης και θλίψης και συχνά προκαλούν συναισθηματική εξουθένωση. Πολλές φορές διαμορφώνεται η μη ρεαλιστική πεποίθηση ότι είναι φυσικό η ύπαρξη του διαβήτη να δημιουργεί στενοχώρια. Έτσι το άτομο που υποφέρει από κατάθλιψη συνήθως σκέπτεται ότι «αισθάνομαι κακόκεφος/η επειδή υπάρχει ο διαβήτης» και περιμένει ότι δεν μπορεί να γίνει τίποτα ουσιαστικό για την «κακή» ψυχική διάθεση έχοντας μερικά από τα συμπτώματα της κατάθλιψης όπως είναι άγχος, οξυθυμία, απελπισία, θλίψη, απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης, αίσθημα παραίτησης, αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου, σωματικά ενοχλήματα που καταδυναστεύουν τη ζωή του.

Κατά την περίοδο της αρχικής προσαρμογής μετά τη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη, είναι αναμενόμενο λόγω της έκθεσής του στην ψυχοπαιστική κατάσταση ένα άτομο να αισθάνεται θλίψη, αγωνία, φόβο, άγχος, θυμό, ενοχές, απογοήτευση, ή να βιώνει ένα «αίσθημα αβοήθητου», ή έλλειψη ελπίδας. Αυτό αποτελεί μια φυσιολογική

αντίδραση που ωστόσο ποικίλλει, εξαιτίας της μοναδικότητας του κάθε ανθρώπου.

Ωστόσο, αν αυτή η αντίδραση συνεχίζεται για διάστημα αρκετών μηνών με την ίδια ένταση και βαρύτητα, τότε ενδέχεται να αποτελεί καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τα αισθήματα θλίψης και η «κακή» διάθεση που μπορεί κάποιος άνθρωπος να βιώνει από καιρού εις καιρό είναι κάτι διαφορετικό από την κατάθλιψη. Όταν η αρνητική συναισθηματική κατάσταση επιμένει, απαιτείται η αναζήτηση βοήθειας από τον ειδικό. Η κατάθλιψη αποτελεί μια ιάσιμη κατάσταση και η κατάλληλη βοήθεια μπορεί να φέρει σύντομα ανακούφιση και να διευρύνει την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων του ατόμου ώστε να επιτευχθεί η αποτελεσματική αντιμετώπιση των δυσκολιών.

Είναι λοιπόν σημαντικό οι διαβητικοί να παρακολουθούνται από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας που θα αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης, θα διαγνώσουν την πάθηση και θα προτείνουν την κατάλληλη θεραπεία. Άλλωστε, η πρόληψη της εμφάνισης κατάθλιψης σε διαβητικούς είναι ιδιαίτερης σημασίας, αν λάβει κανείς υπόψη ότι τα άτομα που πάσχουν ταυτόχρονα από σακχαρώδη διαβήτη και κατάθλιψη έχουν υψηλότερα κόστη ιατρικής περίθαλψης και νοσηλείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα ενώ εμφανίζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης.



Δίαιτες χαμηλές σε υδατάνθρακες και θνησιμότητα

Οι δίαιτες με χαμηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες έχουν συσχετιστεί με ελάττωση του σωματικού βάρους, ελαττωμένα επίπεδα χοληστερόλης και βελτίωση της αρτηριακής πίεσης. Εντούτοις, δεν υπάρχουν δεδομένα για το αν οι παραπάνω συσχετίσεις μεταφράζονται σε βελτιωμένη επιβίωση. Σε μια έρευνα που δημοσιεύτηκε στο *Annals of Internal Medicine* (2010;153:289-98), μελετήθηκε η συσχέτιση της χαμηλής σε υδατάνθρακες δίαιτα με τη θνησιμότητα σε διάστημα παρακολούθησης 20-26 ετών. Στη μελέτη συμμετείχαν προοπτικά 85168 γυναίκες και 44548 άνδρες χωρίς καρκίνο, καρδιαγγειακή νόσο ή διαβήτη κατά την έναρξη της παρακολούθησης. Η περιεκτικότητα της δίαιτας σε φυτικούς και ζωικούς υδατάνθρακες υπολογίστηκε από λεπτομερή ερωτηματολόγια που συμπλήρωναν οι συμμετέχοντες και αφορούσαν το είδος και την ποσότητα της τροφής. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης καταγράφηκαν 12555 θάνατοι στις γυναίκες και 8678 στους άνδρες. Δίαιτα χαμηλή σε ζωικούς υδατάνθρακες συσχετίστηκε με αυξημένη συνολική θνησιμότητα (HR 1.23, 95%CI 1.11-1.37), καρδιαγγειακή θνησιμότητα (HR 1.14, 95%CI 1.01-1.29) και θνησιμότητα από καρκίνο (HR 1.28, 95%CI 1.02-1.60). Αντίθετα, δίαιτα χαμηλή σε φυτικούς υδατάνθρακες συσχετίστηκε με χαμηλότερη συνολική θνησιμότητα (HR 0.80, 95%CI 0.75-0.85) και χαμηλότερη καρδιαγγειακή θνησιμότητα (HR 0.77, 95%CI 0.68-0.87). Συμπερασματικά, δίαιτες χαμηλές σε ζωικούς υδατάνθρακες συσχετίστηκαν με υψηλότερη συνολική θνησιμότητα σε άνδρες και γυναίκες, ενώ δίαιτες χαμηλές σε φυτικούς υδατάνθρακες συσχετίστηκαν με χαμηλότερη συνολική και καρδιαγγειακή θνησιμότητα.

Επίπτωση υψηλών επιπέδων λιπιδίων ορού σε νεαρούς ενήλικες στη μετέπειτα αθηρωμάτωση

Η δυσλιπιδαιμία αποτελεί έναν από τους πλέον αναγνωρίσιμους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου σε μεσήλικες και ηλικιωμένους, αλλά οι συνέπειες της έκθεσης νεαρών ενηλίκων σε υψηλά επίπεδα λιπιδίων δεν είναι ξεκάθαρες. Σε μια προοπτική μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Annals of Internal Medicine* (2010;153:137-46), παρακολούθησαν προοπτικά 3258 ενήλικες ηλικίας 18-30 ετών από 4 πόλεις των Ηνωμένων Πολιτειών. Στους συμμετέχοντες μετρήθηκαν LDL και HDL χοληστερόλη, τριγλυκερίδια και ασβέστωση στεφανιαίων. Η συνολική έκθεση σε λιπίδια μεταξύ των ηλικιών 20 και 35 ετών υπολογίστηκε με βάση συχνές διαδοχικές τιμές λιπιδίων ορού κατά τη διάρκεια της μελέτης. Η συνολική έκθεση συσχετίστηκε με την ασβέστωση των στεφανιαίων σε ηλικία 45 ετών. Συνολικά 2824 συμμετέχοντες (87% του συνολικού αριθμού) είχαν δυσλιπιδαιμία στη νεαρή ενήλικη ζωή. Ο επιπολασμός της ασβέστωσης στεφανιαίων 20 χρόνια αργότερα ήταν 8% στους συμμετέχοντες με φυσιολογικά επίπεδα λιπιδίων έναντι 44% σε αυτούς με LDL χοληστερόλη >160 mg/dl. Η συσχέτιση ήταν ανεξάρτητη από τη φυλή και το φύλο, ενώ γινόταν ισχυρότερη όσο τα επίπεδα LDL αυξάνονταν (OR για ασβέστωση στεφανιαίων 1.5 για LDL 70-99, 2.4 για LDL 100-129, 3.3 για LDL 130-159 και 5.6 για LDL >160 mg/dl σε σύγκριση με όσους είχαν αρχικά επίπεδα LDL <70 mg/dl). Τόσο η LDL όσο και η HDL χοληστερόλη συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με την ασβέστωση των στεφανιαίων. Συμπερασματικά, αυξημένα επίπεδα LDL και HDL χοληστερόλης στη νεαρή ενήλικη ζωή συσχετίζονται ανεξάρτητα με αθηρωμάτωση των στεφανιαίων δυο δεκαετίες αργότερα.

Βουδεσονίδη σε ασθενείς με ενεργό ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα

Η ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα είναι χρόνια φλεγμονώδης κατάσταση και αποτελεί το δεύτερο συχνότερο αίτιο χρόνιας οισοφαγίτιδας και συχνό αίτιο δυσφαγίας. Χαρακτηρίζεται από οισοφαγικά συμπτώματα σε συνδυασμό με πυκνή διήθηση από ηωσινόφιλα και είναι ανθεκτική στη θεραπεία με αναστολείς αντλίας πρωτονίων. Μπορεί να προσβάλλει όλες τις ηλικιακές ομάδες, με αύξηση της επίπτωσης στις ηλικίες 20-50 έτη. Μέχρι σήμερα δεν υπήρχαν ελεγχόμενες μελέτες με χρήση κορτικοειδών για τη θεραπεία της ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας. Σε μια τυχαίοποιημένη, διπλή τυφλή μελέτη με χρήση εικονικού φαρμάκου που δημοσιεύτηκε στο *Gastroenterology* (2010;139:1526-37) εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητα της από του στόματος βουδεσονίδης (1 mg δις ημερησίως για 15 ημέρες) σε εφήβους και ενήλικες ασθενείς με ενεργό ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα. Η ενεργότητα της νόσου πρό και μετά θεραπείας εκτιμήθηκε κλινικά, ενδοσκοπικά και ιστολογικά. Το πρωταρχικό καταληκτικό σημείο ήταν η ελάττωση του μέσου αριθμού ηωσινοφίλων στο οισοφαγικό επιθήλιο μετά εκτίμηση με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο. Η 15ήμερη θεραπεία με βουδεσονίδη ελάττωσε σημαντικά τον αριθμό ηωσινοφίλων ανά οπτικό πεδίο στους ασθενείς που έλαβαν βουδεσονίδη (από 68.2 σε 5.5, $P < 0.001$) ενώ η αντίστοιχη μεταβολή στην ομάδα εικονικού φαρμάκου δεν ήταν στατιστικά σημαντική (από 62.3 σε 56.5 ηωσινόφιλα/οπτικό πεδίο). Η δυσφαγία επίσης βελτιώθηκε σημαντικά στην ομάδα της βουδεσονίδης σε σχέση με το εικονικό φάρμακο. Τα λευκωπά εξιδρώματα (ενδοσκοπικό εύρημα) επίσης εξαφανίστηκαν στους ασθενείς που έλαβαν βουδεσονίδη. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικά ανεπιθύμητα συμβάματα σε καμία από τις δύο ομάδες. Συμπερασματικά, 15ήμερη θεραπεία με βουδεσονίδη σε ασθενείς με ενεργό ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα είναι καλά ανεκτή και αποτελεσματική στην επίτευξη κλινικής και ιστολογικής ύφεσης.

TIPS σε ασθενείς με κίρρωση και κίρροραγία

Η αιμορραγία από κίρρους του οισοφάγου αποτελεί μια από τις σοβαρότερες επιπλοκές της κίρρωσης του ήπατος με 20% θνητότητα στις 6 εβδομάδες από το συμβάν. Οι ασθενείς με κίρρωση σταδίου Child-Pugh C καθώς και αυτοί με στάδιο B αλλά με εμμένουσα αιμορραγία κατά την ενδοσκόπηση έχουν πτωχή πρόγνωση, ακόμη κι αν υποβληθούν σε διασφαγτιδική πυλαιοσυστηματική παράκαμψη (TIPS). Σε μια τυχαίοποιημένη μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *New England Journal of Medicine* (2010;362:2370-9), εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητα της πρώιμης χρήσης TIPS σε υψηλού κινδύνου κίρρωτικούς ασθενείς με κίρροραγία. Συνολικά τυχαίοποιήθηκαν 63 ασθενείς τις πρώτες 24 ώρες της εισαγωγής τους με κίρροραγία που είχαν υποβληθεί σε ενδοσκόπηση και θεραπεία με αγγειοδραστικά φάρμακα. Οι ασθενείς στη μια ομάδα υποβλήθηκαν σε TIPS μέσα στις πρώτες 72 ώρες από την τυχαίοποίηση, ενώ στην άλλη ομάδα συνέχισαν τη θεραπεία με τα αγγειοδραστικά φάρμακα και στη συνέχεια ξεκίνησαν β-αναστολείς την 3η-5η ημέρα και παράλληλα τέθηκαν σε πρόγραμμα ενδοσκοπικής απολίνωσης των κίρσων. Μετά από διάμεση παρακολούθηση 16 μηνών, επαναιμορραγία ή αποτυχία στον έλεγχο της αρχικής αιμορραγίας παρατηρήθηκε σε 14 ασθενείς στην ομάδα της φαρμακοθεραπείας και μόνο σε έναν ασθενή στην ομάδα του πρώιμου TIPS. Η μονοετής επιβίωση ήταν 50% στην ομάδα της φαρμακοθεραπείας και 86% στην ομάδα του πρώιμου TIPS ($P < 0.001$). Επτά ασθενείς από την ομάδα της φαρμακοθεραπείας υποβλήθηκαν όψιμα σε TIPS ως θεραπεία σωτηρίας αλλά 4 απεβίωσαν. Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στα σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάματα μεταξύ των δύο ομάδων. Συμπερασματικά, σε ασθενείς με κίρρωση και κίρροραγία που είναι σε υψηλό κίνδυνο αποτυχίας της συνήθους θεραπείας, η πρώιμη χρήση του TIPS συσχετίστηκε με στατιστικά σημαντικό έλεγχο της αιμορραγίας και βελτίωση της επιβίωσης.



«Περιπατητικότητα» & περιβάλλον της πόλης

Με την ευκαιρία της πρόσφατης (17 Νοεμβρίου 2010) αναγόρευσης από την UNESCO της Μεσογειακής Διατροφής σε «Άυλη Πολιτιστική Κληρονομιά της Ανθρωπότητας», θυμηθήκαμε τις διαφορές μας, των σύγχρονων Μεσόγειων και Ελλήνων, από τους προγόνους μας που την κληρονομιά τους προσπαθούμε να εκτιμήσουμε και να καρπωθούμε.

Σε αυτές τις χώρες μιλούν πια για την «περιπατητικότητα» (Walkability) των γειτονιών, για το πόσο δηλαδή το σχέδιο και οι συνθήκες που υπάρχουν σε κάθε περιοχή ενθαρρύνουν το περπάτημα των κατοίκων

Μία από τις σημαντικές διαφορές με τους προγόνους μας, που συνηγορεί στη διαφορά στο σωματικό βάρος μεταξύ εκείνων και εμάς, είναι το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας. Οι πρόγονοί μας, π.χ. οι Κρητικοί στις αρχές της δεκαετίας του '70, οπότε θεμελιώθηκε η ιδέα της Κρητικής – Μεσογειακής διατροφής, ήταν άνθρωποι χειρονάκτες. Αγρότες ως επί το πλείστον, που δούλευαν με το σώμα τους και περπατούσαν για να φτάσουν απ' τα σπίτια τους στα χωράφια. Η φυσική δραστηριότητά λόγω του τρόπου ζωής τους, υπολογίζεται πως ισοδυναμούσε με καθημερινό περπάτημα 13-15 χιλιομέτρων.

Υπάρχει εδώ κάτι που είναι δύσκολο πια να θυμηθούμε και ίσως οι νεώτεροι είναι δύσκολο να κατανοήσουν, αφού δεν το έχουν αισθανθεί ποτέ. Το γεγονός πως από τα βάθη της προϊστορίας έως και πριν 40 χρόνια, η ιστορία του ανθρώπου είναι ιστορία όντων που όταν θέλουν κάπου να πάνε, η μόνη επιλογή που έχουν, η μόνη πραγματικότητα και αλήθεια, είναι ότι πάνε με τα πόδια. Τα ζώα ιππασίας και έλξης ήταν εξαιρέσεις και σπάνια, προνόμιο των ελάχιστων πολύ πλούσιων. Σήμερα, μπορεί κανείς να φανταστεί όλες οι καθημερινές μετακινήσεις μας να γίνονται μόνο με τα πόδια; Μάλλον όχι. Ενώ το ακριβώς αντίθετο πολύ εύκολα το φανταζόμαστε: να περνούμε όλη μας τη μέρα καθιστοί.

Κι όμως, δεν μπορούμε απερίσκεπτα να διαχωρίσουμε το περπάτημα από την όλη εξελικτική μας πορεία ως είδος έως σήμερα. Η φυσική δραστηριότητα, οι χειρονακτικές εργασίες, είναι κάτι αναγκαίο για τον άνθρωπο, γιατί έτσι φτιαχτήκαμε, έτσι μόνο μπορούμε να διατηρούμαστε υγιείς. Τα τελευταία χρόνια αρμόδιες αρχές έχουν εκδώσει οδηγίες ή συστάσεις για το επιθυμητό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας ώστε να διατηρούμαστε υγιείς. Ας δώσουμε ένα παράδειγμα, από την έκθεση των World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research για τις συνθήκες ζωής (τρόφιμα, δίαιτα, φυσική δραστηριότητα) που βοηθούν στην πρόληψη του καρκίνου.

Σύμφωνα με αυτήν την έκθεση, συνιστάται κατ' αρχάς η καθημερινή τουλάχιστον 30 λεπτών, μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα, όπως π.χ. ένα ζωηρό περπάτημα (ή ποδηλασία, χορός, κολύμβηση). Και όσο η φυσική κατάσταση βελτιώνεται, συνιστάται η αναπροσαρμογή του στόχου προς την καθημερινή και τουλάχιστον 60 λεπτών μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα, ή εναλ-

Η φυσική δραστηριότητα, οι χειρονακτικές εργασίες, είναι κάτι αναγκαίο για τον άνθρωπο, γιατί έτσι φτιαχτήκαμε, έτσι μόνο μπορούμε να διατηρούμαστε υγιείς

λακτικά προς την καθημερινή και τουλάχιστον 30 λεπτών μεγάλης έντασης φυσική δραστηριότητα όπως π.χ. το τρέξιμο (ή το τέννις και το ποδόσφαιρο).

Όμως, το επίπεδο της καθημερινής φυσικής δραστηριότητας (Physical Activity Level) εξαρτάται από το χρόνο που ασκούμε την κάθε μία δραστηριότητα. Έτσι, για παράδειγμα, το ίδιο αποτέλεσμα επιτυγχάνεται αν αντί για 30 λεπτά ζηρού βαδίσματος, κάποιος περπατήσει κανονικά για λίγο παραπάνω από μία ώρα. Διότι η PAL υπολογίζεται ως το σύνολο της ημερήσιας ενεργειακής κατανάλωσης σε σχέση με το βασικό μεταβολικό ρυθμό.

Στο σύγχρονο τρόπο ζωής που διάγουμε οι περισσότεροι, είναι λογικό ότι προκειμένου να εκπληρώσουμε αυτές τις συστάσεις, σκεφτόμαστε κατ' αρχήν πως χρειάζεται να οργανώσουμε το χρόνο μας έτσι ώστε να αφιερώσουμε ένα κομμάτι της ημέρας για περπάτημα, τρέξιμο, γυμναστήριο, χορό ή κάτι άλλο. Όμως, για πολλούς επιστήμονες ήταν αποκάλυψη η διαπίστωση ότι αν ενθαρρύνεται ο κόσμος να περπατάει στην καθημερινότητά του χωρίς να το σχεδιάζει επί τούτου, μπορεί ίσως να επιτυγχάνεται κάλυψη της απαιτούμενης PAL και έτσι μείωση της παχυσαρκίας, δηλαδή ένα κορυφαίος στόχος δημόσιας υγείας.

Ειδικά στις ΗΠΑ, αλλά και σε κάποιες άλλες αγγλοσαξωνικές χώρες, όπως η Σκωτία –λόγω του σχεδιασμού με βάση στόχους που εφαρμόζουν- το θέμα αυτό απασχολεί πια το κοινό καθώς και μία σειρά επιστημόνων που ασχολούνται με τον αστικό σχεδιασμό (π.χ. και γεωπόνους αρχιτέκτονες τοπίου), τη δημόσια υγεία (σωματική και ψυχική), την πολιτική και την αυτοδιοίκηση.

Σε αυτές τις χώρες μιλούν πια για την «περιπατητικότητα» (Walkability) των γειτονιών, για το πόσο δηλαδή το σχέδιο και οι συνθήκες που υπάρχουν σε κάθε περιοχή ενθαρρύνουν το περπάτημα των κατοίκων. Και προσπαθούν να μετατρέψουν αυτήν την αφηρημένη έννοια σε χρήσιμο εργαλείο που να συσχετίζεται άμεσα με τα επίπεδα παχυσαρκίας των κατοίκων. Γιατί διαπιστώνουν ότι άνθρωποι που ζουν σε πιο «περιπατητικές» κοινότητες είναι περισσότερο φυσικά δραστήριοι και λιγότερο υπέρβαροι απ' ότι οι κάτοικοι λιγότερο περιπατητικών κοινοτήτων.

Η αρχική διαπίστωση ήταν η μεγάλη διαφορά των προαστίων από το κέντρο της πόλης. Στα προάστια, κάθε προορισμός για τον οποίο ξεκινάμε από το σπίτι μας, είναι πολύ μακριά για να πάμε με τα πόδια. Αυτό ισχύει απολύτως για τις περιοχές που είναι αμιγώς κατοικίας και δεν έχουν εμπορικές ή άλλες δραστηριότητες και χρήσεις γης. Το αποτέλεσμα είναι ότι οι κάτοικοι τέτοιων προαστίων περνούν περισσότερο χρόνο στα αυτοκίνητα σε σχέση με αυτούς που κατοικούν στο κέντρο της πόλης. Όμως όπως διαπίστωσαν ερευνητές στις ΗΠΑ, κάθε επιπλέον ώρα ανά μέρα στο αυτοκίνητο αυξάνει την πιθανότητα παχυσαρκίας κατά 6%.

Εδώ υπάρχει ένα φαινομενικό παράδοξο της έννοιας της «περιπατητικότητας». Διότι η επιλογή της κατοικίας στα προάστια γίνεται συνήθως με την ιδέα ότι αυτά προσφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής, ότι είναι πιο «υγιεινά». Και πράγματι, προσφέρουν συνήθως καθαρότερη ατμόσφαιρα όσον αφορά ορισμένους αέριους ρύπους, καθώς και μεγαλύτερες ποσότητες αστικού πράσινου, αστικής φύσης, ωφέλιμων δηλαδή παραγόντων για την ψυχική μας υγεία.

Όμως όπως διαπίστωσαν ερευνητές στις ΗΠΑ, κάθε επιπλέον ώρα ανά μέρα στο αυτοκίνητο αυξάνει την πιθανότητα παχυσαρκίας κατά 6%.



Όμως, αν δεν είναι σχεδιασμένα να ενθαρρύνουν τη φυσική δραστηριότητα, φαίνεται πως μπορούν να συνεισφέρουν στην επιβάρυνση της δημόσιας υγείας (ενώ μπορεί να είναι πιο επιβαρυντικά και στο περιβάλλον). Οι γειτονιές θεωρούνται προσανατολισμένες στα αυτοκίνητα και την παχυσαρκία, όταν καθιστούν αδύνατη επιλογή ή εξαιρετικά δύσκολη πρόκληση, το περπάτημα, την ποδηλασία ή τη μετακίνηση με μέσα μαζικής μεταφοράς.

Από τις έρευνες που έχουν γίνει έως σήμερα, φαίνεται ότι ο σημαντικότερος παράγοντας σχεδιασμού του δομημένου περιβάλλοντος που ενθαρρύνει τη μεγαλύτερη περιπατητικότητα μιας γειτονιάς, είναι μάλλον η ποικιλία και ο αριθμός των δραστηριοτήτων (όπως καταστήματα, σχολεία, υπηρεσίες, στάσεις διέλευσης μέσω μαζικής μεταφοράς, κέντρα ψυχαγωγίας, άλση και πλατείες, κλπ) που αναπτύσσονται σε μία ακτίνα 1 χιλιομέτρου γύρω από την κατοικία. Δεύτερος σημαντικότερος παράγοντας είναι μάλλον η ευκολία διασύνδεσης των προορισμών, δηλαδή το πόσο μεγάλα είναι τα οικοδομικά τετράγωνα, πόσες διασταυρώσεις υπάρχουν, κλπ. Οι άνθρωποι γενικά δεν θέλουν να περπατούν μακριά και απεχθάνονται τις έμμεσες διαδρομές. Γενικά, η απόσταση επηρεάζει την απόφασή μας αν θα πάμε με το αυτοκίνητο, με τα πόδια ή με ποδήλατο. Η απόσταση καθορίζει την προσβασιμότητα.

Συνολικά, οι γειτονιές μας χαρακτηρίζονται «προσανατολισμένες στους πεζούς» αν έχουν σχετικά υψηλές πυκνότητες ανάπτυξης (μεγαλύτερες από μία μονοκατοικία ανά στρέμμα), ένα μείγμα δραστηριοτήτων-χρήσεων, ένα δίκτυο δρόμων με υψηλή σύνδεση μεταξύ τους (όπου δηλαδή το μέγεθος των οικοδομικών τετραγώνων είναι μικρό), δρόμους σε ανθρώπινη κλίμακα και αισθητικές ποιότητες τέτοιες που κάνουν το περπάτημα και εφικτό και ελκυστικό.

Αυτές οι γειτονιές έχουν λιγότερους υπέρβαρους κατοίκους, όπως ανακαλύπτουν ερευνητές στις ΗΠΑ. Για παράδειγμα, σε μία έρευνα η σύγκριση γειτονιών που διαθέτουν μείγμα δραστηριοτήτων-χρήσεων με τις γειτονιές των προαστίων (μόνο κατοικίες), δείχνει μία μείωση της πιθανότητας παχυσαρκίας στις πρώτες κατά 7%. Για τους μεμονωμένους κατοίκους αυτό σημαίνει ότι η σχετική πιθανότητά τους να καταστούν παχύσαρκοι μειώνεται κατά 35%, ενώ ένας μέσος λευκός άντρας κάτοικος μιας τέτοιας «περιπατητικής» γειτονιάς ζυγίζει περίπου 4,5 κιλά λιγότερο από κάποιον κάτοικο αμιγώς οικιστικής γειτονιάς.

Η θετική επίδραση των «περιπατητικών» γειτονιών στην παχυσαρκία είναι λογική και αναμενόμενη, επιβεβαιώνεται όμως και από τις έρευνες. Π.χ. σε μία έρευνα υπολογίστηκε ότι κάθε χιλιόμετρο βαδίσματος ανά ημέρα συσχετίζεται με 4,8% μειωμένες πιθανότητες παχυσαρκίας. Διαπιστώθηκε δε ότι όσοι χρησιμοποιούν μέσα μαζικής μεταφοράς από και προς το χώρο εργασίας τους, περπατούν μόνο γι' αυτό το λόγο 19 λεπτά την ημέρα. Και πως όσοι παίρνουν τρένο περπατούν 30% περισσότερα βήματα κάθε μέρα σε σχέση με όσους πάνε στη δουλειά τους με το αυτοκίνητο.

Τα θετικά αποτελέσματα τέτοιου είδους γειτονιών, φιλικών στους πεζούς και τους ανθρώπους, είναι πολλά και ποικίλα, πέραν της ενθάρρυνσης του περπατήματος. Για παράδειγμα, η ευχερής πρό-

Οι γειτονιές
θεωρούνται
προσανατολισμένες
στα αυτοκίνητα και
την παχυσαρκία,
όταν καθιστούν
αδύνατη επιλογή ή
εξαιρετικά δύσκολη
πρόκληση, το
περπάτημα, την
ποδηλασία ή τη
μετακίνηση με μέσα
μαζικής μεταφοράς

σβαση σε χώρους όπου κάποιος μπορεί να γυμναστεί (μονοπάτια, ανοικτοί δημόσιοι χώροι, κολυμβητήρια, γυμναστήρια) από μόνη της συσχετίζεται θετικά με το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας των ενηλίκων.

Από την άλλη, σύμφωνα με κάποιες έρευνες, επειδή οι γειτονιές υψηλής περιπατητικότητας προσφέρουν μεγαλύτερη πιθανότητα συνάντησης με γείτονες, οι κάτοικοί τους εμπλέκονται σε κοινωνικές δραστηριότητες πιο συχνά από αυτούς που ζουν σε γειτονιές που εξαρτώνται από τα αυτοκίνητα. Ειδικά στους ηλικιωμένους, τα θετικά αποτελέσματα στην υγεία αυτής της κοινωνικής αλληλεπίδρασης είναι καλά τεκμηριωμένα.

Το μείγμα χρήσεων-δραστηριοτήτων στις περιοχές που θεωρούνται μη-φιλικές στο περπάτημα, έχει και μία άλλη διάσταση μέσω της οποίας πιθανόν να σχετίζεται με την παχυσαρκία. Σε περιοχές που είναι χαμηλού βιοτικού επιπέδου μπορεί να σχετίζεται με την ύπαρξη ενός ιδιαίτερα «τοξικού διατροφικά περιβάλλοντος» λόγω της διαθεσιμότητας μόνο ταχυφαγείων και της έλλειψης πρόσβασης των κατοίκων σε μπακάλικα και σούπερ μάρκετ με φρέσκα τρόφιμα.

Πάντως, η ανάλυση της περιπατητικότητας μόνο με βάση τα στοιχεία του δομημένου περιβάλλοντος, δεν μας δείχνει τη συνολική εικόνα για τη βέλτιστη γειτονιά. Η ύπαρξη ορισμένων ποιοτικών φυσικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών φαίνεται πως είναι απαραίτητη για να γίνει κάποια διαδρομή ελκυστική για να περπατιέται. Σύμφωνα με μία έρευνα, τα πιο «περιπατητικά» τμήματα διαδρομών είχαν μεγαλύτερη κίνηση, ποικιλία χρήσεων γης, ανέσεις για τους πεζούς (π.χ. παγκάκια), ευχάριστη αισθητική, φυσικά στοιχεία και περιβαλλοντική – οδική - κοινωνική ασφάλεια. Ανασφάλεια προκαλεί κάθε ένδειξη έλλειψης πολιτισμού όπως τσακωμοί, αδέσποτα σκυλιά, απουσία ανθρώπων, σκουπίδια, μειωμένη ορατότητα και δυνατότητα επίβλεψης του χώρου, κλπ.

Κι από την άλλη, εφόσον υπάρχει ασφάλεια, το περπάτημα σε πράσινο περιβάλλον σχετίζεται με πιο θετική διάθεση και χαμηλότερη αρτηριακή πίεση απ' ό,τι αυτό σε αστικό-δομημένο περιβάλλον. Γενικά, οι ανοικτοί πράσινοι χώροι αναδεικνύονται ως πολύ σημαντικοί και από την προβληματική της «περιπατητικότητας». Έχει διαπιστωθεί φερειπείν πως όσοι μένουν λιγότερο από 10 λεπτά με τα πόδια από κάποιον ανοικτό δημόσιο χώρο έχουν διπλάσια πιθανότητα (σε σχέση με τους πιο απομακρυσμένους) να επιτυγχάνουν τα συνιστώμενα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Και ακόμα έχουν τη διπλάσια πιθανότητα να είναι ικανοποιημένοι από τη ζωή τους!

Στις δικές μας πόλεις χρειάζεται να γίνουν αρκετά ώστε να αποκτήσουν μεγαλύτερη περιπατητικότητα. Αξίζει όμως να θυμόμαστε πως, το πόσο μπορούμε να περπατάμε στην πόλη μας δεν είναι απλώς «καπρίτσιο» κάποιων ονειροπόλων ποδηλατών ή περιπατητών, αλλά ένα θέμα δημόσιας υγείας και ενδιαφέροντος.

Η θετική επίδραση των «περιπατητικών» γειτονιών στην παχυσαρκία είναι λογική και αναμενόμενη, επιβεβαιώνεται όμως και από τις έρευνες.



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΑΤΤΙΚΗΣ




Κιν.: 6944.025.788

E-mail: info@crohnhellas.gr

Ιστοσελίδα Συλλόγου:

<http://www.crohnhellas.gr>



Οι ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση μπορεί να παρουσιάσουν οξεία επιβάρυνση της νεφρικής λειτουργίας, γεγονός που επιβαρύνει σημαντικά την πρόγνωση

Νεφρική δυσλειτουργία σε ασθενείς με Κίρρωση του Ήπατος

Εισαγωγή

Οι ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση μπορεί να παρουσιάσουν οξεία επιβάρυνση της νεφρικής λειτουργίας, γεγονός που επιβαρύνει σημαντικά την πρόγνωση. Ενδεικτικό της σημασίας που έχει η νεφρική λειτουργία στην έκβαση των ασθενών αυτών αποτελεί το γεγονός ότι η κρεατινίνη χρησιμοποιείται μαζί με άλλες παραμέτρους για να εκτιμηθεί ο κίνδυνος θανάτου ασθενών με κίρρωση τελικού σταδίου που βρίσκονται σε λίστα μεταμόσχευσης. Άλλωστε έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς με νεφρική επιβάρυνση έχουν μικρότερη επιβίωση μετά τη μεταμόσχευση ήπατος. Ως εκ τούτου, η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της νεφρικής δυσλειτουργίας σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος είναι εξαιρετικής σημασίας.

Οι κίρρωτικοί ασθενείς παρουσιάζουν σπλαγχνική και συστηματική αγγειοδιαστολή οφειλόμενη κυρίως στην υπερπαραγωγή οξειδίου του αζώτου

Ποιά είναι τα αίτια της νεφρικής ανεπάρκειας στην κίρρωση;

Υπάρχουν τρεις τύποι νεφρικής βλάβης: **1) Προνεφρική αζωθαιμία**, ως αποτέλεσμα της μειωμένης άρδευσης των νεφρών χωρίς σπειραματική ή σωληναριακή βλάβη **2) Οργανική νεφρική νόσος**, ως αποτέλεσμα σωληναριακής νέκρωσης (σηπτική, τοξική), σπειραματονεφρίτιδας ή διάμεσης νεφρίτιδας και **3) μετανεφρική ανεπάρκεια**, ως αποτέλεσμα απόφραξης των ουροφόρων οδών και υδρονέφρωσης. Ειδικά οι ασθενείς με κίρρωση μπορεί επίσης να αναπτύξουν **ηπατονεφρικό σύνδρομο (ΗΝΣ)**, έναν τύπο προνεφρικής αζωθαιμίας που δεν ανταποκρίνεται στην αποκατάσταση του ενδαγγειακού όγκου και παρατηρείται αποκλειστικά σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία.

Οξεία νεφρική βλάβη παρατηρείται στο 20% των νοσηλεύομενων κίρρωτικών ασθενών. Στα δύο τρίτα των περιπτώσεων (68%) το αίτιο είναι προνεφρικό, οφειλόμενο σε υπο-ογκαιμία (γαστρεντερική αιμορραγία, εντατική διούρηση, διάρροια), λοίμωξη, χορήγηση αγγειοδιασταλτικών φαρμάκων καθώς και παραγόντων που προκαλούν νεφρική αγγειοσύσπαση (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, ενδοφλέβια σκιαγραφικά μέσα). Το ΗΝΣ είναι υπεύθυνο για το 25% περίπου των περιπτώσεων προνεφρικής αζωθαιμίας σε νοσηλεύομενους ασθενείς. Η οξεία σωληναριακή νέκρωση είναι λιγότερο συχνή και συνήθως είναι απότοκος ισχαιμικής βλάβης από σοβαρή υπόταση (π.χ. σηπτικό ή υπο-ογκαιμικό shock) ή από χρήση αμινογλυκοσιδών. Τα μετανεφρικά αίτια νεφρικής δυσλειτουργίας στην κίρρωση είναι σπάνια και αντιπροσωπεύουν λιγότερες από το 1% των περιπτώσεων. Σπάνια επίσης διαγιγνώσκεται χρόνια νεφρική βλάβη σε κίρρωτικούς ασθενείς, αν και έχει δείχθει ότι ασθενείς με HCV κίρρωση που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση έχουν συχνά αλλοιώσεις σπειραματονεφρίτιδας εξ ανοσοσυμπλεγμάτων.

Πως δημιουργείται η προνεφρική βλάβη στην κίρρωση;

Οι κίρρωτικοί ασθενείς παρουσιάζουν σπλαγχνική και συστηματική αγγειοδιαστολή οφειλόμενη κυρίως στην υπερπαραγωγή οξειδίου του αζώτου. Η αγγειοδιαστολή οδηγεί σε μείωση του αποτελεσματικού κυκλοφορούντος όγκου αίματος και ενεργοποίηση νευρο-ορμονικών συστημάτων όπως το σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης, το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και η μη ωσμωτική απελευθέρωση αντι-διουρητικής ορμόνης. Η σχετική υπο-ογκαιμία οδηγεί αρχικά σε αντιρροπιστική κατακράτηση νατρίου και ύδατος (με ανάπτυξη ασκίτη), αύξηση της καρδιακής παροχής (υπερδυναμική κυκλοφορία) και αποκατάσταση του ενδαγγειακού όγκου. Η περαιτέρω επιδείνωση της αιμοδυναμικής κατάστασης του κίρρωτικού ασθενούς οδηγεί σε περαιτέρω ενεργοποίηση των αγγειοσυσπαστικών μηχανισμών με αποτέλεσμα νεφρική αγγειοσύσπαση, μείωση της νεφρικής αιματικής ροής και οξεία νεφρική βλάβη. Αυτή η επιδείνωση μπορεί να επέλθει: α) αυτόματα, δηλαδή χωρίς ανάδειξη προδιαθεσικού παράγοντα, με την βακτηριδιακή αλλόθεση να διαδραματίζει πιθανώς σημαντικό ρόλο και με τη συνεισφορά της επερχόμενης καρδιακής ανεπάρκειας (καρδιακή ανεπάρκεια υψηλής παροχής), β) από τη δράση ενός προδιαθεσικού παράγοντα που επιδεινώνει περαιτέρω την κυκλοφορία είτε μέσω αγγειοδιαστολής (π.χ. σήψη) είτε μέσω ελάττωσης του ενδαγγειακού όγκου (π.χ. αιμορραγία, εντατική διούρηση) και γ) από μια επισυμβαίνουσα οξεία ηπατική βλάβη που επιδεινώνει την ηπατική ανεπάρκεια (π.χ. αλκοολική ηπατίτιδα). Όταν η προνεφρική αζωθαιμία δεν βελτιώνεται παρά την αποκατάσταση του ενδαγγειακού όγκου και την άρση του προδιαθεσικού παράγοντα, μιλάμε για ηπατονεφρικό σύνδρομο.

Πως γίνεται η διάγνωση της νεφρικής βλάβης στον κίρρωτικό ασθενή;

Η νεφρική ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται από μείωση του ρυθμού της σπειραματικής διήθησης (GFR), μείωση της κάθαρσης κρεατινίνης και αύξηση των επιπέδων της κρεατινίνης ορού. Στην πράξη, και επειδή η εκτίμηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης σε συνθήκες αστάθειας είναι αναξιόπιστη, η κρεατινίνη ορού χρησιμοποιείται για τη διάγνωση της οξείας νεφρικής βλάβης. Βέβαια, τα επίπεδα κρεατινίνης είναι λιγότερο αξιόπιστα στους ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση, διότι η ηπατική δυσλειτουργία μειώνει την παραγωγή κρεατινίνης (η πρόδρομη ουσία της κρεατινίνης, η κρεατίνη, συντίθεται στο ήπαρ), η μυϊκή μάζα είναι ελαττωμένη και ο όγκος κατανομής μεγαλύτερος (ασκίτης, οίδημα).

Έχει ιδιαίτερη σημασία ο καθορισμός του τύπου της νεφρικής βλάβης στους ασθενείς με κίρρωση. Εφόσον υπάρχει πρόσφατο ιστορικό σηπτικού ή υποογκαιμικού shock ή λήψη νεφροτοξικού φαρμάκου η πιθανότερη διάγνωση είναι εκείνη της οξείας σωληναριακής νέκρωσης. Σε όλους τους άλλους ασθενείς θα πρέπει αρχικά να γίνεται διακοπή των διουρητικών, της λακτουλόζης, των αγγειοδιασταλτικών και οποιουδήποτε δυναμικά νεφροτοξικού σκευάσματος. Επίσης, ο παρακλινικός έλεγχος θα πρέπει να διερευνά την παρουσία λοίμωξης ή γαστρεντερικής αιμορραγίας (εξετάσεις αίματος, διαγνωστική παρακέντηση, καλλιέργειες αίματος και ούρων, ακτινογραφία θώρακος).

Ταυτόχρονα πρέπει να γίνεται προσπάθεια αποκατάστασης του ενδαγγειακού όγκου με χορήγηση αλβουμίνης σε δόση 1g/kg σωματικού βάρους και μέχρι 100 g. Αυτή η δόση μπορεί να επαναληφθεί μετά από 12 ώρες, εφόσον δεν αποκατασταθεί η κρεατινίνη του ορού. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ιδίως όταν δεν παρατηρείται βελτίωση παρά την αύξηση του ενδαγγειακού όγκου, είναι χρήσιμη η εκτίμηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης. Η αλβουμίνη προτιμάται από το φυσιολογικό ορό, διότι έτσι χορηγείται λιγότερο νάτριο και αποφεύγεται η ψευδής «εξ αραιώσεως» μείωση της κρεατινίνης ορού. Εφόσον οι ανωτέρω παρεμβάσεις οδηγούν σε ομαλοποίηση της κρεατινίνης, το αίτιο είναι προνεφρικό. Αν όχι, η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει ανάμεσα στην οξεία σωληναριακή νέκρωση και το ηπατονεφρικό σύνδρομο. Το μετα-νεφρικό αίτιο νεφρικής βλάβης μπορεί να αποκλεισθεί εύκολα με τη διενέργεια υπερηχογραφήματος.

Πως γίνεται η διαφορική διάγνωση της οξείας σωληναριακής νέκρωσης από το ηπατονεφρικό σύνδρομο;

Η διαφορική διάγνωση της οξείας σωληναριακής νέκρωσης από το ηπατονεφρικό σύνδρομο μπορεί να είναι δύσκολη στους ασθενείς με κίρρωση. Στην προνεφρική αζωθαιμία και το ΗΝΣ διατηρείται η συμπτωτική δυνατότητα των νεφρών. Έτσι, το νάτριο ούρων είναι χαμηλό (<20 mEq/L), η κλασματική έκκριση νατρίου χαμηλή (<1%) και η ωσμωτικότητα των ούρων υψηλή (>500 mOsm/kg). Αντιθέτως, στην οξεία σωληναριακή νέκρωση χάνεται η συμπτωτική ικανότητα των νεφρικών σωληναρίων με αποτέλεσμα να έχουμε υψηλό νάτριο ούρων (>40 mEq/L), υψηλή κλασματική έκκριση νατρίου (>2%) και χαμηλή ωσμωτικότητα ούρων (<350 mOsm/kg). Παρά ταύτα, ορισμένοι ασθενείς με ΗΝΣ, ιδίως αυτοί που λαμβάνουν υψηλές δόσεις διουρητικών, μπορεί να έχουν νάτριο ούρων >10 mEq/L. Αντιστρόφως, κίρρωτικοί ασθενείς με οξεία σωληναριακή νέκρωση μπορεί να έχουν κλασματική έκκριση νατρίου <1%. Γι' αυτό το λόγο, οι δύο αυτές παράμετροι δεν περιλαμβάνονται στα διαγνωστικά κριτήρια του ΗΝΣ.

Ως εκ τούτου, οι βιοχημικοί δείκτες δεν επαρκούν για τη διαφορική διάγνωση της οξείας σωληναριακής νέκρωσης από το ΗΝΣ. Ορισμένα όμως κλινικά χαρακτηριστικά μπορούν να συμβάλλουν στην ορθή διαγνωστική προσέγγιση. Έτσι, οι ασθενείς με ΗΝΣ έχουν τυπικά ασκίτη, προχωρημένη ηπατική νόσο (Child-Pugh C), χαμηλή μέση αρτηριακή πίεση (<90 mmHg) και χαμηλό νάτριο ορού (<130 mEq/L). Αν τα παραπάνω απουσιάζουν, η πιθανότητα ΗΝΣ δεν είναι ισχυρή. Τέλος, η κλινική ανταπόκριση μετά από χορήγηση αγγειοσυσπαστικών παραγόντων και αλβουμίνης συνηγορεί ισχυρά υπέρ ΗΝΣ.

Ποιά είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση της οξείας νεφρικής βλάβης;

Η άρση του προδιαθεσικού παράγοντα και η αποκατάσταση του ενδαγγειακού όγκου μπορεί να είναι αποτελεσματική στις περιπτώσεις προνεφρικής αζωθαιμίας. Στις περιπτώσεις οξείας σωληναριακής νέκρωσης απαιτείται αιμοκάθαρση, ιδίως όταν υπάρχει υπερφόρτωση υγρών, σοβαρή υπερκαλιαιμία ή μεταβολική οξέωση.

Το ΗΝΣ επισυμβαίνει σε ασθενείς με πολύ επιβαρυσμένη ηπατική λειτουργία και η αντιμετώπισή του εξαιρε-

τικά δυσχερής ενώ η πρόγνωση δυσμενής. Η θεραπευτική φαρέτρα περιλαμβάνει:

Φαρμακευτική αγωγή: Χρησιμοποιούνται παράγοντες που προκαλούν σπλαγχνική αγγειοσύσπαση, όπως η βασοπρεσσίνη και τα ανάλογά της (ορνιπρεσσίνη, τερλιπρεσσίνη), η νοραδρεναλίνη και ο συνδυασμός μιδοδρίνης/οκτρεοτίδης. Η τερλιπρεσσίνη είναι ο παράγοντας που έχει χρησιμοποιηθεί κατά κύριο λόγο στις μελέτες. Σύμφωνα με αυτές, οι μισοί περίπου ασθενείς (46%) με ΗΝΣ τύπου Ι θα ανταποκριθούν έναντι μόνο 11% της ομάδας ελέγχου. Εφόσον το ΗΝΣ υποστρέψει (ορίζεται ως μείωση της κρεατινίνης ορού κάτω των 1.5mg/dl) η πιθανότητα υποτροπής είναι μικρή (7-22%). Η θεραπεία πρέπει να διακοπεί εφόσον δεν επιτευχθεί μείωση της κρεατινίνης κατά 50% μετά από 7 ημέρες χορήγησης στη μέγιστη δόση.

Μαζί με τον αγγειοσυσπαστικό παράγοντα πρέπει να χορηγείται αλβουμίνη για την αντιμετώπιση του ΗΝΣ τύπου Ι. Η συνιστώμενη δόση είναι 25-50 g την ημέρα. Η αλβουμίνη πρέπει να διακόπτεται όταν τα επίπεδά της στον ορό είναι πάνω από 4.5 g/dL ή εφόσον εκδηλωθεί πνευμονικό οίδημα.

TIPS: Τα δεδομένα από την τοποθέτηση TIPS είναι λίγα και προέρχονται από μικρές, μη τυχαιοποιημένες μελέτες. Επί του παρόντος, η τοποθέτηση TIPS έχει ένδειξη σε ασθενείς που έχουν ασκίτη υπό τάση, δεν ανταποκρίνονται στα αγγειοσυσπαστικά και δεν μπορούν να μεταμοσχευθούν.

Ηπατική μεταμόσχευση: Αποτελεί τη μόνη οριστική θεραπεία για τους ασθενείς με τελικού σταδίου ηπατική νόσο. Παρά ταύτα, είναι επιτακτική η προσωρινή έστω βελτίωση του ασθενούς με συντηρητικά μέσα διότι αυτό σχετίζεται με καλύτερη επιβίωση μετά τη μεταμόσχευση. Οι ασθενείς με ΗΝΣ έχουν απόλυτη προτεραιότητα στη λίστα μεταμόσχευσης.

Μπορεί να προληφθεί η οξεία νεφρική βλάβη στην κίρρωση;

Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή κατά τη χορήγηση διουρητικών με αποφυγή απώλειας βάρους μεγαλύτερης του 1 kg ημερησίως και ρύθμιση της δόσης της λακτουλόζης έτσι ώστε να αποφεύγεται η διάρροια και να επιτυγχάνονται 2-3 ημισχηματισμένες κενώσεις ημερησίως. Δεν πρέπει να χορηγούνται αμινογλυκοσίδες και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Η πρόληψη των λοιμώξεων και ιδιαίτερα της αυτόματης βακτηριδιακής περιτονίτιδας μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ΗΝΣ και αυξάνει την επιβίωση των ασθενών με τελικού σταδίου ηπατική νόσο.

Η διαφορετική διάγνωση της οξείας σωληναριακής νέκρωσης από το ηπατονεφρικό σύνδρομο μπορεί να είναι δύσκολη στους ασθενείς με κίρρωση





Διατροφολογική των Λιπιδίων



Παρ' ότι όλοι οι άνθρωποι ανήκουν στο είδος *Homo sapiens sapiens*, δεν ανταποκρίνονται όλοι με τον ίδιο τρόπο στην ίδια διατροφική αλλαγή, π.χ μια κοινή δίαιτα χαμηλών λιπαρών. Είναι γεγονός πως η απόκριση του ανθρώπινου οργανισμού σε μια δίαιτα εξαρτάται από συγκεκριμένες πρωτεΐνες οι οποίες εμπλέκονται σε μεταβολικά μονοπάτια και των οποίων η κωδικοποίηση γίνεται από τα γονίδιά μας.

Απειροελάχιστες διαφορές στις γονιδιακές δομές σημαίνουν και διαφορετική ποσότητα ή λειτουργικότητα των πρωτεϊνών αυτών και άρα διαφορετική αντίδραση σε μια δίαιτα. Το στοιχείο-κλειδί σε αυτό το μοντέλο είναι πως ένα γονίδιο που κωδικοποιεί συγκεκριμένη πρωτεΐνη μπορεί να είναι πολυμορφικό, να συναντάται δηλαδή σε εκδοχές η καθεμία από τις οποίες κωδικοποιεί μια διαφορετική παραλλαγή της ίδιας πρωτεΐνης.

Έτσι, ο καθένας από εμάς μπορεί να έχει το ένα αλληλόμορφο, ενώ κάποιος άλλος να διαθέτει άλλο αλληλόμορφο του ίδιου γονιδίου. Αν συνυπολογίσει κάποιος τον μεγάλο αριθμό των διαφορετικών γονιδίων που κωδικοποιούν διαφορετικές πρωτεΐνες που εμπλέκονται στον μεταβολισμό των θρεπτικών ουσιών, τότε πολύ εύκολα μπορεί να συνειδητοποιήσει την πολυπλοκότητα και την ποικιλότητα της απόκρισης στην ίδια δίαιτα.

Το πρόγραμμα αποκωδικοποίησης του ανθρώπινου γονιδιώματος

Χάρη στο μεγαλόπνοο αυτό εγχείρημα υπάρχουν πλέον τα πρώτα δεδομένα για τη σχέση μεταξύ συγκεκριμένων γονιδιακών μονονουκλεοτιδιακών πολυμορφισμών (SNPs) και αποκρίσεις σε θρεπτικά συστατικά ή σε συγκεκριμένα διατροφικά σχήματα. Μεγάλο ενδιαφέρον έχει δείχθει για την αλληλεπίδραση γονιδίων και λιπιδίων της τροφής, μια και πλέον φαίνεται ότι η αλληλεπίδραση αυτή ίσως να επηρεάζει τις τιμές γνωστών λιπιδίων του αίματος, όπως η «κακή χοληστερίνη» (LDL) και τα τριγλυκερίδια. Ας εξετάσουμε όμως τα δεδομένα με πιο πολλές λεπτομέρειες.

Λιπίδια, αποπρωτεΐνες και λιποπρωτεΐνες

Επειδή τα λίπη της τροφής είναι αδιάλυτα στο νερό, για να μεταφερθούν στην κυκλοφορία του αίματος χρειάζεται να συνδεθούν με πρωτεΐνες (αποπρωτεΐνες) για να σχηματίσουν σύμπλοκες ενώσεις, τις λιποπρωτεΐνες. Έτσι, η καλή (HDL) και η κακή χοληστερίνη (LDL) δεν είναι τίποτα άλλο από λιποπρωτεΐνες πλούσιες στα αντίστοιχα λιπίδια. Ο ρόλος των γονιδίων έγκειται στην κωδικοποίηση των πρωτεϊνών που συνδέονται με τα λίπη για να σχηματίσουν τις λιποπρωτεΐνες. Συνειδητοποιεί κανείς πως αν δεν κωδικοποιηθεί (παραχθεί) από το συγκεκριμένο γονίδιο αρκετή τέτοια πρωτεΐνη (αποπρωτεΐνη, όπως ονομάζεται ακριβέστερα) δεν θα παραχθεί ανάλογη ποσότητα λιποπρωτεΐνης και το λίπος δεν θα μεταφερθεί, με αποτέλεσμα να συσσωρεύεται στην κυκλοφορία. Οι γνωστότερες των αποπρωτεϊνών είναι οι απο-E, απο-B, απο-CII, απο-CIII, απο-A1, απο-AII, απο-AIV.

Παρ' ότι όλοι οι άνθρωποι ανήκουν στο είδος *Homo sapiens sapiens*, δεν ανταποκρίνονται όλοι με τον ίδιο τρόπο στην ίδια διατροφική αλλαγή, π.χ μια κοινή δίαιτα χαμηλών λιπαρών

Η πρωτεΐνη απο-B είναι η κύρια αποπρωτεΐνη της λιποπρωτεΐνης LDL (κακή χοληστερίνη)

Γονιδιακοί πολυμορφισμοί και απο-E

Η πρωτεΐνη απο-E απαντάται σε λιποπρωτεΐνες που είναι πλούσιες σε τριγλυκερίδια. Υπάρχουν 3 κύρια αλληλόμορφα του γονιδίου που κωδικοποιεί την πρωτεΐνη απο-E. Τα αλληλόμορφα αυτά είναι τα E2, E3, και E4. Τα μέχρι στιγμής δεδομένα δείχνουν πως τα άτομα που φέρουν γονιδιακές εκδοχές των E2 και E4 αλληλόμορφων έχουν διαταραγμένο μεταβολισμό λιπών και μη φυσιολογική απολιποπρωτεϊνική απόκριση στα ερεθίσματα των λιπών της διατροφής.

Γονιδιακοί πολυμορφισμοί και απο-B

Η πρωτεΐνη απο-B είναι η κύρια αποπρωτεΐνη της λιποπρωτεΐνης LDL (κακή χοληστερίνη). Οι πολυμορφισμοί του γονιδίου που κωδικοποιεί την απο-B έχουν σχετιστεί με αυξημένη LDL. Τρεις είναι οι κυριότεροι γονιδιακοί πολυμορφισμοί που έχει βρεθεί ότι σχετίζονται με αλλαγές στην χοληστερόλη LDL μέσω των αλλαγών της διαίτης: η περιοριστική θέση XbaI στο εξόνιο (περιοχή ενός γονιδίου που τελικά κωδικοποιεί ένα τμήμα μιας πρωτεΐνης) 26, η θέση EcoRI στο εξόνιο 29, και η θέση MspI.

Άτομα με απουσία της θέσης XbaI παρουσιάζουν εντονότερη μεταγευματική απόκριση σε ένα γεύμα πλούσιο σε λίπος. Άτομα με απουσία της EcoRI περιοριστικής θέσης παρουσιάζουν μεγαλύτερη αύξηση της LDL μετά από μια διατροφή πλούσια σε λίπος, ενώ, τέλος, άτομα με παρούσα την περιοριστική θέση MspI, παρουσιάζουν εντονότερη μεταγευματική απόκριση σε μια ανάλογη διαίτα.

Γονιδιακοί πολυμορφισμοί και απο-AIV

Η απο-AIV είναι μια αποπρωτεΐνη που εκκρίνεται από το λεπτό έντερο και διαδραματίζει ρόλο σε αλληλεπιδράσεις λιποπρωτεϊνών που περιλαμβάνουν την HDL (καλή χοληστερίνη). Η απουσία ή παρουσία μιας περιοριστικής θέσης δίνει αντίστοιχα τις εκδοχές των γονιδίων που κωδικοποιούν την AIV και οι οποίες είναι οι apoA-IV-1 και apoA-IV-2 αντίστοιχα. Η apoA-IV-2 σε ομόζυγες γυναίκες έχει βρεθεί να συσχετίζεται με αυξημένα τριγλυκερίδια νηστείας και χαμηλότερα επίπεδα της καλής χοληστερίνης HDL.

Επίσης, έχει δείχθει πως οι φορείς apoA-IV-1/2 έχουν εντονότερη μεταγευματική απόκριση σε λιπαρό γεύμα σε σχέση με τους φορείς apoA-IV-1/1. Τέλος, έχει φανεί πως οι φορείς του αλληλόμορφου apoA-IV-2 παρουσιάζουν μικρότερες αυξήσεις ή μειώσεις στα επίπεδα της κακής χοληστερόλης (LDL) μετά από ένα γεύμα πλούσιο σε λίπος και χοληστερίνη.



Η λιποπρωτεϊνική λιπάση αποτελεί το ένζυμο κλειδί των αγγείων για τη διάσπαση των τριγλυκεριδίων στις λιποπρωτεΐνες που είναι πλούσιες σε αυτά

Λιπαροδεσμευτικές πρωτεΐνες του εντέρου και γονιδιακοί πολυμορφισμοί

Ένας κοινός γονιδιακός πολυμορφισμός του γονιδίου που κωδικοποιεί τις πρωτεΐνες αυτές έχει βρεθεί στο εξώνιο 2. Τα άτομα που παρουσιάζουν το αλληλόμορφο T παρουσιάζουν μεγαλύτερη απελευθέρωση τριγλυκεριδίων από το έντερο, υψηλότερα επίπεδα κακής χοληστερόλης LDL νηστείας, υψηλότερη ινσουλινοαντίσταση και υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος.

Οι γονιδιακοί πολυμορφισμοί της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης

Η λιποπρωτεϊνική λιπάση αποτελεί το ένζυμο κλειδί των αγγείων για τη διάσπαση των τριγλυκεριδίων στις λιποπρωτεΐνες που είναι πλούσιες σε αυτά. Για το γονίδιο που κωδικοποιεί την λιποπρωτεϊνική λιπάση έχουν βρεθεί τουλάχιστον 50 γονιδιακοί πολυμορφισμοί, οι κυριότεροι εκ των οποίων είναι οι p.Asn291Ser, p.Asp9Asn και SNP8393.

Τα άτομα που φέρουν το αλληλόμορφο p.291S ή το p.9N έχουν συσχετιστεί με υψηλότερα επίπεδα τριγλυκεριδίων νηστείας και καλής χοληστερόλης (HDL). Επίσης, οι ομόζυγοι φορείς του SNP8393 φάνηκε πως σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα είχαν μικρότερη μείωση στη μέση χοληστερίνη πλάσματος όταν ακολουθούσαν δίαιτα.

Πρωτεΐνες μεταφοράς λιπιδίων του πλάσματος και γονιδιακοί πολυμορφισμοί

Στο πλάσμα του αίματος υπάρχει μια πρωτεΐνη η οποία σχετίζεται με τη μεταφορά χοληστερόλης μέσω της λιποπρωτεΐνης HDL. Η πρωτεΐνη αυτή ονομάζεται LCAT και η ενεργοποίησή της εξαρτάται από την αποπρωτεΐνη AI. Μεταλλάξεις στο γονίδιο της AI μειώνουν τη λειτουργικότητα του LCAT. Ανεπάρκεια της λειτουργικότητας της LCAT σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα της καλής χοληστερόλης (HDL). Έτσι, υπάρχει η υποψία πως ο γονιδιακός πολυμορφισμός p.Pro143Leu σχετίζεται με την πρωτεΐνη αυτή.

Μια άλλη πρωτεΐνη μεταφοράς λιπιδίων είναι και η CETP και σχετίζεται κυρίως με τη μεταφορά λιπιδίων από την HDL προς λιποπρωτεΐνες πλούσιες σε τριγλυκερίδια και το αντίστροφο. Σε μια πρόσφατη μελέτη, άτομα που έφεραν το g.-629>C αλληλόμορφο είχαν μικρότερο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο. Για την ίδια πρωτεΐνη υπάρχει και ο καλά μελετημένος πολυμορφισμός Taq1B ο οποίος παράγει 3 γονότυπους: B1/B1, B1/B2, B2/B2. Ο τελευταίος σχετίζεται με μειωμένη λειτουργικότητα της CETP και αυξημένα επίπεδα της HDL, με μικρότερο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο.

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι η επίδραση των λιπιδίων της τροφής στους μεταβολικούς δείκτες και στους παράγοντες κινδύνου επηρεάζεται από διάφορους γονιδιακούς πολυμορφισμούς. Χρειάζεται περισσότερη έρευνα για αυτό το νέο πεδίο της επιστήμης και σίγουρα ακόμα δεν είμαστε σε θέση να βγάλουμε ασφαλή και τελικά συμπεράσματα τέτοια ώστε να δίνουμε διατροφικές οδηγίες ανάλογες με το γονιδιακό υπόστρωμα του καθενός. Του λόγου το αληθές, ότι σε καμιά επίσημη κατευθυντήρια επιστημονική οδηγία δεν αναφέρεται ακόμα κάτι τέτοιο.





*Η οικονομική κρίση φαίνεται
ότι επηρεάζει κυρίως τα άτομα
που ανήκουν σε χαμηλότερες
κοινωνικοοικονομικές τάξεις.*

Οικονομική κρίση: Ευκαιρία να
αλλάξουμε διατροφική συμπεριφορά;

Συγκεκριμένα θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στο μέγεθος της μερίδας που αποτελεί και ένας από τους λόγους της «έκρηξης» της παχυσαρκίας

Η περιπέτεια της οικονομικής κρίσης έχει πολλαπλές επιπτώσεις στην ζωή μας και μια από την σημαντικότερες είναι και η αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς μας προς το χειρότερο. Η οικονομική κρίση φαίνεται ότι επηρεάζει κυρίως τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Συγκεκριμένα η μελέτη MEDIS, που διεξήχθη από το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο και περιλάμβανε δείγμα 1.000 ηλικιωμένων κατοίκων της νησιωτικής χώρας (Μυτιλήνης, Λήμνου, Σαμοθράκης, Κεφαλονιάς, Ζακύνθου, Κέρκυρας, Κρήτης και Κύπρου), έδειξε ότι ένας στους δύο Έλληνες χαμηλής μόρφωσης και εισοδήματος που κατοικούν στα νησιά πάσχει από:

- δυσλιπιδαιμία,
- 4 στους 10 είναι παχύσαρκοι
- 7 στους 10 πάσχουν από υπέρταση,
- 22% έχουν διαβήτη.

Επίσης με άριστα το 10 η υιοθέτηση της παραδοσιακής μεσογειακής διατροφής στους κατοίκους αυτούς δεν ξεπερνά το 4, καθώς καταναλώνουν περισσότερο κρέας, δεν προσεγγίζουν εύκολα το ψάρι ως αντικαταστάτη του κρέατος, τρώνε πολλά γαλακτοκομικά πλήρη λιπαρών και πίνουν περισσότερο αλκοόλ.

Ανάλογα αποτελέσματα προέκυψαν από την μελέτη ΑΤ-ΤΙΚΗ της Α' Καρδιολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών (σε 3.000 κατοίκους της Αττικής) στην οποία παρατηρήθηκε σε αντίθεση με τα χαμηλά και μεσαία στρώματα ότι τα άτομα με ανώτερη και ανώτατη μόρφωση κατανάλωναν περισσότερα φρούτα ψάρια και λαχανικά και λιγότερα λιπαρά.

Άλλα αίτια που οδήγησαν στα παραπάνω αποτελέσματα, ήταν το αυξημένο κόστος της υγιεινής διατροφής και η αδυναμία των συμμετεχόντων στη μελέτη να κατανοήσουν ότι είναι κακό για παράδειγμα να τρώνε 4-5 φορές κρέας την εβδομάδα.

Αλλαγές στο σχεδιασμό των γευμάτων που πρέπει να γίνουν εν όψει της κρίσης

- ✎ Έρευνα αγοράς και σύγκριση τιμών για την επίτευξη όσο το δυνατόν μικρότερου κόστους κατά την αγορά προϊόντων.

- ✎ Ενημέρωση από τους αρμόδιους φορείς του κράτους για τη σημαντικότητα της μεσογειακής διατροφής και τις επιπτώσεις της κακής διατροφής, η οποία μακροπρόθεσμα, θα αυξήσει όχι μόνο τον οικονομικό προϋπολογισμό του κάθε πολίτη ατομικά, λόγω των προβλημάτων υγείας που θα εμφανίσει και θα κληθεί να αντιμετωπίσει, αλλά και τον προϋπολογισμό του κράτους (με αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών).

- ✎ Διατίμηση προϊόντων της περιλαμβάνονται στην μεσογειακή διατροφή, όπως τα φρούτα, τα λαχανικά, τα ψάρια, τα όσπρια κ.ά. ώστε να είναι οικονομικά προσιτά σε όλους τους πολίτες.

- ✎ Εβδομαδιαίος σχεδιασμός αγορών προϊόντων ώστε να αποφεύγεται η αγορά προϊόντων που δεν είναι απαραίτητα.

- ✎ Συνεχείς ενημερώσεις όχι μόνο από κρατικούς φορείς αλλά και ιδιωτικές πρωτοβουλίες και επιστημονικούς φορείς υγείας (διατροφολόγοι, γιατροί) για τρόπους εξοικονόμησης χρημάτων κατά τον σχεδιασμό ενός διατροφικά ισορροπημένου γεύματος.

Συγκεκριμένα θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στο **μέγεθος της μερίδας** που αποτελεί και ένας από τους λόγους της «έκρηξης» της παχυσαρκίας. Είναι χαρακτηριστικό ότι τις τελευταίες δεκαετίες το μέγεθος της μερίδας έχει διπλασιαστεί, με αποτέλεσμα σήμερα να προσλαμβάνουμε περίπου 200 θερμίδες επιπλέον την ημέρα, που ισοδυναμούν με 10 κιλά παραπάνω βάρος το χρόνο. Σύμφωνα δε λάθος, είναι η ταύτιση της «σωστής» μερίδας με αυτήν του εστιατορίου δεδομένου ότι η μερίδα εστιατορίου δεν αποτελεί πλέον μέτρο σύγκρισης, γιατί, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη, οι μερίδες στα εστιατόρια είναι δύο έως και τέσσερις φορές μεγαλύτερες από τις συνιστώμενες. Κατά συνέπεια, θα πρέπει να εκπαιδευτεί το κοινό στο ποια είναι η κατάλληλη μερίδα ανά κατηγορία τροφίμου. Και για να το πετύχει αυτό, μπορεί να συγκρίνει τις μερίδες με αντικείμενα από την καθημερινή του ζωή.

Τρώγοντας τις σωστές μερίδες και η παχυσαρκία αποφεύγεται και εξοικονόμηση χρημάτων γίνεται. Η έκφραση επομένως, Μερίδες: το μέγεθος... μετράει αποτελεί μια διέξοδο όχι μόνο στο σχεδιασμό ισορροπημένων διατροφικά γευμάτων, αλλά και έναν τρόπο εξοικονόμησης χρημάτων.



• **Αναγνώστριά μας ρωτά για τον αδελφό της και την μητέρα της. Ο πρώτος, 38 ετών, έχει διαφραγματοκήλη, οισοφαγίτιδα 1ου βαθμού και χρόνια γαστρίτιδα. Μας ρωτά εάν κινδυνεύει και πόσο, εάν πρέπει να λαμβάνει συνεχώς φάρμακα και κάθε πότε πρέπει να επισκέπτεται τον ιατρό του. Η μητέρα της είναι 63 ετών και πρόσφατα υποβλήθηκε σε κολονοσκόπηση, κατά την οποία διαπιστώθηκε μικρή υπέγερση του βλεννογόνου στο εγκάρσιο κόλον, η οποία καταστράφηκε με θερμοπηξία (Argon Plasma Coagulation). Μετά υποβλήθηκε σε γαστροσκόπηση η οποία επίσης έδειξε 'υπέγερση'. Μας ρωτά τι εννοούμε με τον όρο 'υπέγερση' εάν είναι πολύποδας και εάν κληρονομείται.**

Με τον όρο γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση εννοούμε την επιστροφή του γαστρικού περιεχομένου για την επικοινωνία. Θα ήταν χρήσιμο να ξέρουμε το λόγο για τον οποίο υποβλήθηκε σε γαστροσκόπηση ο αδελφός σας. Υποθέτουμε ότι θα εμφάνιζε δυσπεπτικά ενοχλήματα (πόνος ή φούσκωμα στο άνω μέρος της κοιλιάς) ή συμπτωματολογία γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου (αίσθημα καύσου πίσω από το στέρνο ή ερυγές).

Χρόνια γαστρίτιδα συνήθως προκαλείται από λοίμωξη με το Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού, από κατάχρηση ή ακόμη και περιστασιακή χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και ασπιρίνης, κατάχρηση οινοπνεύματος ή ακόμη και παλινδρόμηση χολής από το λεπτό έντερο στο στόμαχο. Η χρόνια γαστρίτιδα δεν εγκυμονεί άμεσα κάποιο κίνδυνο. Είναι αναγκαίο να ληφθεί βιοψία από το γαστρικό βλεννογόνο και να γίνει ιστολογική εξέταση. Ανάλογα με τα ιστολογικά ευρήματα (παρουσία ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, ατροφικής γαστρίτιδας, μεταπλασίας, δυσπλασίας κ.λ.π) θα καθορισθεί η ανάγκη και το είδος της θεραπείας, ο ενδεχόμενος μακροπρόθεσμος κίνδυνος και ο χρόνος επανελέγχου.

Όσον αφορά τη διαφραγματοκήλη και την ανεπάρκεια γαστροοισοφαγικής βαλβίδας, την οποία αναφέρετε, σχετίζονται με παρατεταμένη παλινδρόμηση όξινου γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο με συνέπεια την πρόκληση οισοφαγίτιδας και ενδεχομένως συμπτωμάτων. Η οισοφαγίτιδα 1ου βαθμού ορίζεται ως η παρουσία επιμήκους διάβρωσης ή διαβρώσεων πάνω από τη γαστροοισοφαγική συμβολή, μήκους μικρότερου των 5 mm. Αποτελεί την πιο ήπια μορφή οισοφαγίτιδας. Ανταποκρίνεται σχεδόν στο σύνολο των περιπτώσεων στην ειδική θεραπεία, η οποία χορηγείται, και επουλώνεται πλήρως. Βέβαια, όταν διακοπεί η θεραπεία, η οισοφαγίτιδα ή/και τα συμπτώματα θα υποτροπιάσουν στους περισσότερους ασθενείς. Ωστόσο, δεν εγκυμονεί ιδιαίτερους κινδύνους και δεν είναι αναγκαία η χρόνια θεραπεία ή ο τακτικός ενδοσκοπικός επανέλεγχος, εάν τα συμπτώματα δεν υποτροπιάσουν.

Όσον αφορά τη μητέρα σας αξίζει να επισημάνουμε τα εξής: επιφανειακή βλάβη είναι οποιαδήποτε προβολή του βλεννογόνου $\leq 2,5\text{mm}$. Η ιστολογική φύση της ποικίλει. Μπορεί να είναι φλεγμονώδους αιτιολογίας, άθροισμα λεμφικού ιστού, υπερπλαστικό επιθήλιο ή δυσπλαστικό επιθήλιο. Μπορεί ακόμη να είναι και φυσιολογικός ιστός (φυσιολογική ανατομική παραλλαγή). Συνεπώς είναι αναγκαίο να ληφθεί βιοψία και να γίνει ιστολογική εξέταση. Δυσπλαστικές αλλοιώσεις τείνουν να εμφανίζονται είτε υπό τη μορφή πολύποδα είτε υπό τη μορφή επίπεδης βλάβης μετά από κάποια ηλικία και γι' αυτό προτείνεται προληπτική κολονοσκόπηση στα 50 έτη. Η ανίχνευση τέτοιας αλλοίωσης σε ένα άτομο αυξάνει τον κίνδυνο για παρουσία τέτοιων βλαβών σε όλους τους συγγενείς του 1ου βαθμού, οι οποίοι θα πρέπει να υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση στην ηλικία των 50 ετών ή και ενωρίτερα ανάλογα με την ηλικία του πρώτου ατόμου με τέτοιες βλάβες στην οικογένεια.

● **Η αναγνώστριά μας, Α.Τ., είναι 65 ετών και τα τελευταία 5 έτη κάνει τακτικά γαστροσκοπήσεις λόγω αλκαλικής γαστρίτιδας και πάχυνσης στην πυλωρική περιοχή. Η τελευταία γαστροσκόπηση, πριν 1 μήνα, έδειξε άμισχο πυλωρικό πολύποδα μαλακής σύστασης και διαμέτρου 5 mm. Η ιστολογική εξέταση έδειξε ότι πρόκειται για αναγεννητικό-υπερπλαστικό πολύποδα. Μας ρωτά πότε πρέπει να αφαιρέσει τον πολύποδα και κάθε πότε πρέπει να γίνεται επανέλεγχος για νέους πολύποδες. Επίσης, αναρωτιέται εάν σχετίζεται με την εμφάνιση του πολύποδα η διακοπή χορήγησης σκευάσματος ραμπεπραζόλης το οποίο έπαιρνε για τρία χρόνια.**

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Η χρόνια χορήγηση αναστολέων της αντλίας πρωτονίων, όπως η ραμπεπραζόλη, έχει ενοχοποιηθεί, χωρίς όμως ιδιαίτερα ισχυρά στοιχεία, για την εμφάνιση ενός είδους πολυπόδων που ονομάζονται πολύποδες αδένων θόλου. Ωστόσο, οι πολύποδες αυτοί δεν εντοπίζονται προπυλωρικά, αλλά σε άλλες περιοχές του στομάχου.

Οι υπερπλαστικοί πολύποδες, όπως ο δικός σας, είναι κατά κανόνα ακίνδunami. Ωστόσο, γενικά συστήνεται η πολυπεκτομή ακόμη και στην περίπτωση αυτών των πολυπόδων και ιστολογική εξέταση τους στη συνέχεια, καθώς δε μπορεί να αποκλεισθεί εντελώς εκ των προτέρων το πολύ σπάνιο ενδεχόμενο ύπαρξης δυσπλασίας σε κάποιο σημείο του πολύποδα.

Καλό θα ήταν συνεπώς να αφαιρεθεί με ενδοσκοπική πολυπεκτομή. Εάν η ιστολογική εξέταση επιβεβαιώσει ότι πρόκειται αποκλειστικά για υπερπλαστικό πολύποδα χωρίς δυσπλασία δεν απαιτείται περαιτέρω παρακολούθηση και επανέλεγχος. Εάν διαπιστωθεί συνυπάρχουσα δυσπλασία, τότε χρειάζεται μια περιοδική ενδοσκοπική παρακολούθηση. Η συχνότητα καθορίζεται από το θεράποντα γαστρεντερολόγο σε συνεννόηση με τον ασθενή. Στις περισσότερες περιπτώσεις ένας επανέλεγχος ανά διετία είναι επαρκής.

● **Αναγνώστης, 65 ετών, ρωτά σχετικά με τις αγγειεκτασίες τις οποίες έχει στο παχύ έντερο. Πρόσφατα υποβλήθηκε σε προληπτική κολονοσκόπηση κατά την οποία διαπιστώθηκαν τρεις αγγειεκτασίες στο δεξιό τμήμα του παχέος εντέρου. Ο γαστρεντερολόγος του είπε να μην ανησυχεί και ότι προς το παρόν δεν χρειάζεται να κάνει τίποτα για αυτές. Ωστόσο, ο ίδιος διάβασε στο διαδίκτυο ότι οι αγγειεκτασίες μπορούν να προκαλέσουν αιμορραγία κατωτέρου πεπτικού. Ανησυχεί και μας ρωτά αν πράγματι κινδυνεύει.**

Ευχαριστούμε για την επικοινωνία. Οι αγγειεκτασίες του παχέος εντέρου αποτελούν σχηματισμούς από παθολογικά διατεταμένα μικρά τριχοειδή αγγεία, φλεβίδια και αρτηριόλια, στο εσωτερικό τοίχωμα του παχέος εντέρου (βλεννογόνος και υποβλεννογόνιος χιτώνας). Παρατηρούνται έως και στο 3% των ενδοσκοπήσεων σε ασυμπτωματικά άτομα. Ειδικότερα όμως στην ηλικία σας αναφέρονται ποσοστά ύπαρξης αγγειεκτασιών που ξεπερνούν ακόμη και το 25% ανάλογα με τις μελέτες.

Πράγματι οι αγγειεκτασίες αποτελούν πιθανώς την πιο συχνή αιτία υποτροπιάζουσας ή χρόνιας αιμορραγίας κατωτέρου πεπτικού μετά την ηλικία των 60 ετών. Ωστόσο, αυτό είναι ασύνηθες όταν δεν υπάρχει συμπτωματολογία. Για το λόγο αυτό δεν συνιστάται ενδοσκοπική ή άλλου είδους θεραπεία στις περιπτώσεις αυτές. Συνεπώς, εφόσον δεν έχετε αίμα στις κενώσεις, ούτε κλινικοεργαστηριακά ευρήματα λανθάνουσας απώλειας αίματος (σιδηροπενική αναιμία ή και απλή σιδηροπενία) δε χρειάζεται να κάνετε κάτι περισσότερο για τις αγγειεκτασίες.

Στη σπάνια περίπτωση που εμφανίσετε αιματηρές κενώσεις, μέλαινες κενώσεις, σιδηροπενία ή σιδηροπενική αναιμία, και αφού αποκλεισθεί άλλη αιτία απώλειας αίματος από το πεπτικό, τότε θα υπάρχει ένδειξη για θεραπεία των αγγειεκτασιών. Ο συνηθέστερος τρόπος θεραπείας, αν και όχι ο μόνος, στις περιπτώσεις αυτές είναι ο ενδοσκοπικός καυτηριασμός τους με APC (Argon-Plasma-Coagulation).

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

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

Απόδοση Υποτροφιών Ακαδημαϊκού Έτους 2010 – 2011

Το Δ.Σ. ομοφώνως και μετά από ομόφωνη εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου αποφάσισε την χορήγηση των κάτωθι υποτροφιών, οι οποίες είναι όλες χορηγίες του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. :

- 1) Υποτροφία «Αθανάσιος Αρχιμανδρίτης»** Το Συμβούλιο αποφάσισε ομοφώνως να χορηγήσει την υποτροφία αυτή διάρκειας 12 μηνών στον κ. Ιωάννη Χαλκιαδάκη, ο οποίος είναι Ειδικευμένος Γαστρεντερολόγος, προκειμένου να μετεκπαιδευτεί για χρονικό διάστημα 12 μηνών στο Royal Hallamshire Hospital, Sheffield, U.K. υπό τη διεύθυνση του Καθηγητή David Sanders στον τομέα της επεμβατικής ενδοσκόπησης, ενδοσκοπικού υπερήχου και double balloon endoscopy.
- 2) Υποτροφία** Απεφασίσθη να δοθεί υποτροφία διάρκειας 12 μηνών στην κ. Αριστέα Μπέλλου, η οποία είναι ειδικευμένη Ειδική Παθολόγος, προκειμένου να μετεκπαιδευτεί για χρονικό διάστημα 12 μηνών στο Royal Free Sheila Sherlock Liver Centre, London υπό τη διεύθυνση του Καθηγητή A.K. Burroughs στον τομέα των της Ηπατολογίας.
- 3) Υποτροφία** Το Συμβούλιο αποφάσισε ομοφώνως να χορηγήσει δύο υποτροφίες σε ειδικευόμενους Γαστρεντερολόγους, για να μετεκπαιδευτούν για διάστημα έξι μηνών κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου της ειδικότητάς τους, ως ο νόμος ορίζει, σε κέντρο του εξωτερικού. Η πρώτη αποδίδεται στην κ. Παναγιώτα Βασιανοπούλου, προκειμένου να μετεκπαιδευτεί στο Royal Free Sheila Sherlock Liver Centre, London υπό τη διεύθυνση του Καθηγητή A.K. Burroughs στον τομέα των της Ηπατολογίας. Η δεύτερη αποδίδεται στον κ. Γεώργιο Τριμπόνια, προκειμένου να μετεκπαιδευτεί στο Royal London Hospital, Medical College υπό τη διεύθυνση του Καθηγητή David Rampton στον τομέα της γενικής γαστρεντερολογίας.
- 4) Υποτροφία** για χορηγία μετεκπαίδευσης / συμμετοχής σε Ερευνητικά ή Εκπαιδευτικά Προγράμματα Το Δ.Σ. αποφάσισε ομοφώνως να αποδεχθεί την αίτηση της κας Στούπαρ Μπρανισλάβα για χορήγηση υποτροφίας ύψους 6.000 € προκειμένου να συνεχίσει την ειδίκευσή της στη Γαστρεντερολογία, στο Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Παθολογική Κλινική υπό τη διεύθυνση της Καθηγήτριας Γαστρεντερολογίας κας Βασιλικής Νικολοπούλου, δεδομένου ότι είναι άμισθη και στερείται άλλων πόρων.

Το “**ΚΑΛΕΙΔΟΣΚΟΠΙΟ**” διοργανώνει Χριστουγεννιάτικο Παζάρι
την **Δευτέρα 13** και την **Τρίτη 14 Δεκεμβρίου 2010**
από ώρα **10 π.μ.** έως **8 μ.μ.**
στα γραφεία μας Σόλωνος 140 Εξάρχεια, τηλ. 210 3818300

Δώρα από επαγγελματικά εργαστήρια ατόμων με ειδικές ανάγκες

Σας περιμένουμε με την παρέα σας!

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά :

Τους χορηγούς μας :

GLAXOSMITHKLINE • ΕΛΑΪΣ - UNIVEVER • ASTRAZENECA • ABBOTT LABORATORIES ΕΛΛΑΣ • BOEHRINGER • INGELHEIM • BOSTON SCIENTIFIC HELLAS • GALENICA • GILEAD SCIENCES • MERCK SHARP & DOHME (Πρώην SCHERING PLOUGH) • MENARINI HELLAS

Όσους διαφημίστηκαν στο περιοδικό μας :

CANA • BOEHRINGER INGELHEIM • ΕΛΑΪΣ - UNILEVER •

GALENICA • GENESIS PHARMA • Μ.Σ. ΙΑΚΩΒΙΔΗΣ ΕΛΛΑΣ • RECKITT BENCKISER

- Όσους συμμετείχαν στην 5η Εκπαιδευτική Διημερίδα του Ιδρύματος :
- ABBOTT LABORATORIES ΕΛΛΑΣ , ASTRAZENECA, BRISTOL MYERS SQUIBB, GILEAD SCIENCES HELLAS , JANSSEN CILAG, SCHERING PLOUGH
- BAYER HELLAS, ΕΛΑΪΣ – UNILEVER HELLAS, GILEAD SCIENCES HELLAS, NOVARTIS, NYCOMED
- ALAPIS MEDICAL & DIAGNOSTICS, BIANEΞ, BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ, BOSTON SCIENTIFIC HELLAS, DANONE, GALENICA, GENESIS PHARMA, HOSPITAL LINE, RECKITT BENCKISER HELLAS, ROCHE HELLAS, SOLUTION MEDICAL CARE, WINMEDICA
- A&L MEDICAL SUPPLIES, FARAN LABORATORIES
- * Όλους όσους συνέβαλαν στην έκδοση και διακίνηση του περιοδικού μας και όσους συνεργάστηκαν στη συγγραφή των φυλλαδίων του Ιδρύματος.
- * Το Διευθυντή Σύνταξης της «Ευεξίας» και Πρόεδρο της Επιτροπής Έρευνας κ. Γεώργιο Β. Παπαθεοδωρίδη και τους Αναπληρωτές Διευθυντές κ.κ. Σπήλιο Μανωλακόπουλο και Ιωάννη Βλαχογιαννάκο, το Διευθυντή Έκδοσης των εντύπων κ. Ιωάννη Α. Καραγιάννη και το Διευθυντή Δημοσίων Σχέσεων κ. Γεράσιμο Μάντζαρη
- * Τους συντάκτες κ.κ. Ηλία Κάνταρο, Παναγιώτα Καφρίτσα, Ιωάννη Μανιό, Βασίλειο Παπαμικό, Παρασκευά Παπαχρήστο, Χρήστο Τριάντο και Εμμανουήλ Τσόχατζη.
- * Τον Πρόεδρο της Επιτροπής Διατροφής κ. Απόστολο Ράντιο και τα μέλη αυτής κ.κ. Χριστίνα Γαβρή, Διονύση Διονυσόπουλο, Γρηγόριο Κυριακίδη, Χριστίνα Παπανικολάου, Ιωάννα Πετροχείλου και Μαρία Χατζηπαύλου για την παραγωγή φυλλαδίων.
- * Τη Φαρμακευτική Εταιρεία GlaxoSmithKline α.ε.β.ε. για την επί τόσα χρόνια γενναϊόδωρη χορηγία στο Ίδρυμα.
- * Την Global Activities Key και ιδιαίτερα τον κ. Νικόλαο Γκεσκέρ και την κ. Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου για την υψηλού επιπέδου επίδοσή τους στο δημιουργικό του περιοδικού και την κ. Σοφία Καϊσάκη για τη διαφημιστική διαχείριση.
- * Την Εύα Καραμανώλη για τη συνεπή δημοσιογραφική και συντακτική επιμέλεια του περιοδικού.
- * Τον κ. Μιχάλη Αναστασιάδη για τα πολύ ενδιαφέροντα και ιδιαίτερα προσεγμένα κείμενά του, τα οποία δημοσιεύονται στη στήλη «Περιβάλλον» του περιοδικού.
- * Τους συγγραφείς άρθρων κ.κ.: Κωνσταντίνα Αποστολοπούλου, Νίκο Βιάζη, Γεώργιο Βλασερό, Ιωάννη Βλαχογιαννάκο, Χρήστο Γιαννικούλη, Εύα Γραμματικάκη, Χριστίνα Δρακοπούλου, Σοφία Ελευθερίου, Δημήτρη Ζανάκη, Ροδέσσα Ζαφειροπούλου, Νικόλαο Ζέρβα, Γεωργία Ίσαρη, Θωμαή Καραγκιόζογλου – Λαμπούδη, Αθηνά Κατόγλου, Μαρί Κατσουγιάννη – Στρίντμποργκ, Μαρία Κουλούρη, Παρασκευή Κουστουράκη, Αικατερίνη Κυριακού, Αικατερίνη Μαργαρίτη, Ηλία Μαργιόλη, Γεώργιο Μίλεση, Γεώργιο Μοσχώνη, Χρίστο Ξουργιά, Μαρία – Άλκηστις Παπαθεοδωρίδη, Δημήτριο Παπαπαναγιώτου, Γρηγόριο Πασπάτη, Νίκη Πασωμένου, Σπύρο Σκούρα, Αλέξανδρο Σμυρνίδη, Αντώνη Στουραϊτή, Αθανασία Στρίκη, Μάριαν Σχοινή, Κωνσταντίνο Τριανταφύλλου, Γεώργιο Τριμπόνια, Γεώργιο Χαϊκάλη και Νικόλαο Χρύσανθο.
- * Τους Γρηγόριο Αντωνιάδη, Καλλιόπη Βασιλείου, Αλέξανδρο Βούρβαχη, Αικατερίνη Καλογήρου, Ειρήνη Καπελώνη, Παντελή Καποδίστρια, Δήμητρα Ξενάκη, καθώς και την ομάδα της Abbott Laboratories Hellas για το ιδιαίτερο ενδιαφέρον που επέδειξαν στην προβολή και την προαγωγή των στόχων του Ιδρύματος.
- * Τον Βασίλη Ξουργιά, τον Κωνσταντίνο Μιχαητζί και τον Αλέξανδρο Δημέα για την υποστήριξη της Μηχανοργάνωσης και Διαδικτυακής Επικοινωνίας του Ιδρύματος.
- * Τον Παρασκευά Παπαχρήστο για το ιδιαίτερο ενδιαφέρον του και τη συμμετοχή του τόσο στο περιοδικό όσο και στην ιστοσελίδα του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ. καθώς και για τη συμβολή του στην προαγωγή των στόχων του Ιδρύματος
- * Τον Πρόεδρο και τα μέλη της Οργανωτικής και Επιστημονικής Επιτροπής της 5ης Εκπαιδευτικής Διημερίδας του Ιδρύματος κ.κ. Κ. Τριανταφύλλου, Γ. Πασπάτη, Γ. Καραμανώλη, Κ. Παρασκευά, Ι. Γουλή, Σ. Μανωλακόπουλο, Γ. Μπάμια, Π. Αποστολόπουλο, Ν. Βιάζη, Ι. Βλαχογιαννάκο, Κ. Θωμόπουλο, Δ. Καπετάνο, Ι. Καρούμπαλη, Κ. Κατσάνο, Α. Καψωριτάκη, Ι. Κουτρουμπάκη, Ι. Μανιό, Κ. Μιμίδη, Μ. Μυλωνάκη, Μ. Οικονόμου, Κ. Παπαδάκη, Γ. Παπαθεοδωρίδη, Ε. Ρηγοπούλου, Σ. Σγούρο, Η. Σκοτινιώτη, Σ. Σουγιουλτζή, Γ. Στεφανίδη, Δ. Τζιλβέ, Μ. Τζουβαλά και Χ. Τριάντο. Επίσης όλους όσους βοήθησαν στην πραγματοποίηση της Ημερίδας αυτής λαμβάνοντας μέρος ως Πρόεδροι και Εισηγητές στρογγυλών τραπέζιων.
- * Τους Προέδρους και τα Μέλη των Επιστημονικών και των Τοπικών Επιτροπών μας.
- * Τη Γραμματέα μας κ. Σπυριδούλα Καρδαρά για τη συνολική προσφορά της.

Χορηγοί και Δωρητές μέχρι 26/11/2010

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε:

Αγοραστήδης Παναγιώτης, Ζωγράφου	15 €	Κλώνης Χρυσόστομος, Λάρνακα / Κύπρος	50 €	Σαβεριάδης Αδάμος, Λάρνακα / Κύπρος	50 €
Αναστασιάδου Αναστασία, Θεσσαλονίκη	25 €	Κοκόση Κωνσταντία, Αγ. Παρασκευή	15 €	Σιαφίκος Σπύρος, Κορυδαλλός	50 €
Αναστασιάδου Κυριακή, Θεσσαλονίκη	50 €	Κολλάτος Στυλιανός, Γλυφάδα	50 €	Σουβατζόγλου Απόστολος, Παπάγου	100 €
Αρμόνης Αναστάσιος, Χαλκίδα	50 €	Κοντοδήμου Κυριακή, Θεσσαλονίκη	50 €	Σπανουδάκης Στυλιανός, Ρέθυμνο	50 €
Βασιλειάδης Κωνσταντίνος, Χαλάνδρι	50 €	Κουγιουμτζιάν Αναστάσιος, Αγ. Παρασκευή	50 €	Σταθόπουλος Χρήστος, Κρέστενα Ηλείας	20 €
Βαφειάδη Ειρήνη, Πόρτο Ράφτη	50 €	Κούλελη Θωμαή, Αθήνα	15 €	Σταματιάδης Απόστολος, Αθήνα	50 €
Βιάζης Νικόλαος, Π. Φάληρο	50 €	Κουσουπούλου Νικολέττα, Θεσσαλονίκη	50 €	Συγκοίνας Δημήτριος, Ιωάννινα	50 €
Βιέννα Ελένη, Αθήνα	15 €	Κυθραιώτης Χρυσόστομος, Λευκωσία / Κύπρος	50 €	Τασολάμπρου Χρυσούλα, Πειραιάς	50 €
Γεράκης Ιωάννης, Θεσσαλονίκη	50 €	Κυρώζης Δημήτριος, Χαλάνδρι	50 €	Τασσοπούλου Τερψιθέα, Ν. Σμύρνη	20 €
Γεωργόπουλος Φίλιππος, Μελίσσια	50 €	Λαζάρου Ευφροσύνη, Παλλήνη	15 €	Τερζούδης Σωτήριος, Θεσσαλονίκη	50 €
Γιαλούρη Κατερίνα, Μέγαρα	20 €	Λεοντίδης Χρήστος, Κομοτηνή	50 €	Τζάνου Αικατερίνη, Μαρκόπουλο	15 €
Γκέσιου Χρυσούλα, Δράμα	20 €	Λέτσος Κωνσταντίνος, Νεοχώρι Άρτας	20 €	Τζιβράς Μιχαήλ, Βριλήσσια	50 €
Γκούμα Παρασκευή, Αθήνα	50 €	Μακρυκόστας Κωνσταντίνος, Βέροια	50 €	Τριάντος Χρήστος, Πάτρα	50 €
Γκούμας Κωνσταντίνος, Φιλοθέη	50 €	Μάντζαρης Γεράσιμος, Κηφισιά	50 €	Τσιάκος Σταύρος, Ν. Σμύρνη	50 €
Δανδάκης Δημήτριος, Αθήνα	50 €	Μαργέτης Νικόλαος, Χαλάνδρι	50 €	Τσιμπούρης Παναγιώτης, Ζωγράφου	50 €
Δημητρούλου Δημήτριος, Χαλάνδρι	50 €	Μάρκογλου Κωνσταντίνος, Αθήνα	50 €	Τσιόδρα Παρασκευή, Αθήνα	50 €
Διαμαντόπουλος Ιωάννης, Ρίο	15 €	Μάρκος Ιωάννης Επ., Φάρασαλα	15 €	Τσιότσιος Ευάγγελος, Νεοχώρι Κυλλήνης	30 €
Δροσάκης Ελευθέριος, Θεσσαλονίκη	50 €	Μερκουρόπουλος Μάρκος, Καβάλα	50 €	Τσιότσιου Μαίρη, Αθήνα	15 €
Εμμανουήλ Θεόδωρος, Χολαργός	50 €	Μιχαήλ Μαρία, Λάρνακα / Κύπρος	50 €	Τσόχατζης Εμμανουήλ, Κηφισιά	50 €
Ευγενίου Ανδρέας, Λάρνακα / Κύπρος	50 €	Μπαρούτας Αναστάσιος, Νίκαια Λάρισας	15 €	Τυρίμος Κυριάκος, Λευκωσία / Κύπρος	50 €
Ευθυμίου Παναγιώτης, Λεμεσός / Κύπρος	50 €	Μπεκιάρη – Λυμπερή Παγώνα, Αθήνα	15 €	Φραγκιαδάκης Νικόλαος, Ηράκλειο	50 €
Ζαβός Κωνσταντίνος, Λάρνακα / Κύπρος	50 €	Μπουζάκης Ηλίας, Χανιά	40 €	Φωτούλακη Μαρία, Θεσσαλονίκη	50 €
Ζαμπέλη Εύη, Αθήνα	50 €	Μυλωνάκη Μαρία, Αργυρούπολη	50 €	Χαϊδεμένου Δήμητρα, Καλαμάτα	20 €
Ζανιά Σπυριδούλα, Ζωγράφου	15 €	Μυλωνάς Θεόδωρος & Νικολέττα, Γλυφάδα	100€	Χαϊτάλη Στασινή, Ίλιον	15 €
Ζάχου Αναστασία, Αθήνα	15 €	Ντελή – Καραχρήστου Καλλιρρόη, Αγρίνιο	20 €	Χατζηαργυρίου Μαρία, Μυτιλήνη	50 €
Ιωαννίδου Νίκη, Θεσσαλονίκη	20 €	Ξουργιάς Βασίλειος, Αθήνα	50 €	Χατζησάββα Κοκίνα, Ρόδος	20 €
Καδής Σάββας, Λευκωσία / Κύπρος	50 €	Οικονόμου Μιχάλης, Αθήνα	50 €	Χρηστάς Ηλίας, Πάτρα	50 €
Κακαλέτσης Νικόλαος, Θεσσαλονίκη	30 €	Παναγιώτου Ιωάννα, Αθήνα	20 €	Χρηστίδου Αγγελική, Αθήνα	50 €
Καλλή Θεοδώρα, Λάρνακα / Κύπρος	50 €	Παπακυρίσης Δήμος, Βόλος	15 €	Χριστοδούλου Δημήτριος, Ιωάννινα	50 €
Καλογιάννη Ευφροσύνη, Ζεφύρι	15 €	Παπανικολάου Ιωάννης, Αθήνα	50 €		
Καλφούτζος Γεώργιος, Αγριά Βόλου	20 €	Παπαντωνίου Νικήτας, Ρόδος	50 €		
Καπετάνος Δημήτριος, Θεσσαλονίκη	50 €	Παχιαδάκης Ιωάννης, Θεσσαλονίκη	50 €		
Καρακόιδας Χρήστος, Ίλιον	50 €	Πετίνης Γεώργιος, Πειραιάς	15 €		
Καραμανώλης Δημήτρης, Παπάγου	50 €	Πλατή Κανέλλα, Λαγονήσι	15 €		
Καρδάση Μαρία, Βόλος	50 €	Πολίτης Δημήτρης, Κέρκυρα	20 €		
Κατσαβού Σπυριδούλα, Αθήνα	15 €	Ποταμάνος Σπύρος, Λάρισα	50 €		
Κατσέλης Ιωάννης, Ν. Σμύρνη	50 €	Πρωτοπαπάς Ανδρέας, Θεσσαλονίκη	50 €		
Κεϊμαλή Ελένη, Ζωγράφου	15 €	Ρώμα Ελευθερία, Αγ. Παρασκευή	50 €		

In Memoriam:

Μαρία Θεοφάνη, Ηλιοπούλη 100€
Μνήμη Ξενοφώντα Τεκνετζόγλου

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

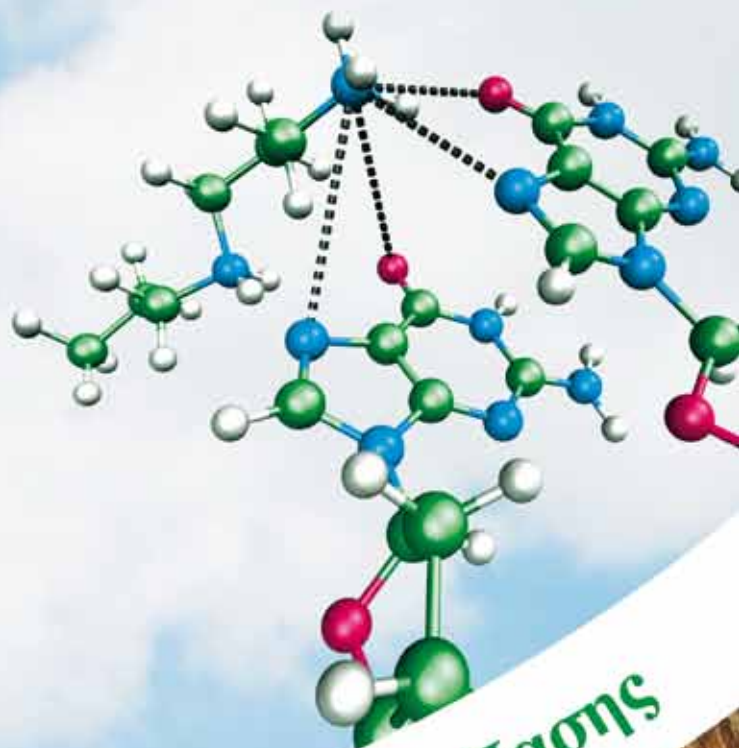


 GlaxoSmithKline

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



Galenica



Αδιάκοπη Αναζήτηση της Τεχνης



 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>