



ΕΛΕΞΙΑ

Διατροφή

ΚΩΔΙΚΟΣ 6899

Δυσκοιλιότητα

**«Διατροφική» περιποίηση:
Γυναικεία Υπόθεση!**

**Τρόφιμα και συμπληρώματα
για γερή καρδιά**

**Χρόνια Κοιλιακά Άλγη.
Πότε πρέπει να ανησυχούμε;**



9177110917410641 15



Η BioGaia είναι Σουηδική εταιρεία βιοτεχνολογίας με ηγετική θέση στον τομέα των προβιοτικών παγκοσμίως, εμπειρία που ξεπερνάει τα 20 έτη και ισχυρό προφίλ καινοτομίας. Έως σήμερα κατέχει περισσότερα από 200 διπλώματα ευρεσιτεχνίας σε 29 οικογένειες προβιοτικών και φυσική παρουσία σε Ευρώπη, Κίνα και Ιαπωνία.

Με όραμα τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων σε όλο τον κόσμο, η BioGaia προσφέρει προβιοτικά προϊόντα κλινικά αποδεδειγμένα ως προς την ασφάλεια αλλά και την αποτελεσματικότητά τους.

Ο *Lactobacillus reuteri* Protectis® είναι το κατοχυρωμένο προβιοτικό στέλεχος της εταιρείας BioGaia. Καθώς ο Protectis® ζει ήδη φυσικά σε κάθε ανθρώπινο οργανισμό, είναι μοναδικά προσαρμοσμένος ώστε να αποικίσει σε αυτόν, ενώ είναι το μοναδικό προβιοτικό που έχει μελετηθεί σε ολόκληρο τον ανθρώπινο γαστρεντερικό σωλήνα και το μοναδικό που έχει αποδειχθεί κλινικά ότι αποικεί καθ' όλο το μήκος του.

Με τα άριστα και επιστημονικώς τεκμηριωμένα πολλαπλά κλινικά οφέλη του σε διάφορους τομείς της υγείας, ο Protectis® αναγνωρίζεται ως ένα ανώτερο προβιοτικό.



2000 - Το 1^ο * προβιοτικό σε δισκία
1η επιλογή στις γαστρεντερικές διαταραχές



2004 - Το 1^ο * προβιοτικό σε σταγόνες
No 1 στην αντιμετώπιση των βρεφικών κολικών



2009 - Το 1^ο * διάλυμα ενυδάτωσης με προβιοτικό & ψευδάργυρο
1η επιλογή στην πρόληψη & αντιμετώπιση της αφυδάτωσης



Το πιο μελετημένο προβιοτικό παγκοσμίως
Σε βρέφη και μικρά παιδιά



Κλινικά μελετημένο & αποδεδειγμένο
Για την υγιή λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος



>100 κλινικές μελέτες σε
>40 κέντρα έρευνας παγκοσμίως



>80 χώρες εμπορική παρουσία
(BioGaia AB, Σουηδίας)

* παγκόσμια έρευνα και καινοτομία

Άρθρο Σύνταξης



Καλοκαίρισε... και η διατροφή μας, είναι στο επίκεντρο.

Η εποχή που μας ενδιαφέρει περισσότερο να έχουμε ένα ωραίο και γυμνασμένο σώμα, καμία φορά αδιαφορώντας πως θα το πετύχουμε - χημικές και πρωτεϊνικές δίαιτες ή παρόμοιες μεταμφιεσμένες δίαιτες με ονόματα όπως Άτκινς, Ντουκάν και άλλα πολλά.

Από τη μια, η στοχοποίηση τροφίμων που παχαίνουν, από την άλλη τρόφιμα που προσφέρουν την λύση... μαγικά! Γυμναστήρια γεμάτα, πολλές φορές με παράλληλες πωλήσεις λιποδιαλυτών και σκευασμάτων χωρίς ιατρική και διατροφική καθοδήγηση. Και όλα αυτά με μοναδικό στόχο ένα καλλίγραμμο σώμα, που μας «πλασάρει» η μόδα και που έχει υποστεί ...λίγο έως πολύ φωτομοντάζ.

Πρακτικά, δηλαδή έναν άπιαστο στόχο ή έναν στόχο που για να πιαστεί, ρισκάρει κανείς να χάσει τον ...εαυτό του! Και λέω τον εαυτό του διότι, αυτό που βλέπει στις αφίσες, αυτό που βλέπει στην τηλεόραση... δεν είναι παρά μόνο μια εικόνα και μάλιστα ενός τρίτου. Και ποιος του εγγυάται ότι φτάνοντας στην εικόνα αυτή, τελικά θα είναι ευτυχισμένος;

Μέσα σε δύσκολους και πολυτάραχους καιρούς που διανύουμε είναι σημαντικό να μην χάνουμε τον εαυτό μας. Εγώ θα ήθελα να δούμε όλοι την ισορροπία στον τρόπο ζωής σαν μία από τις βασικές προτεραιότητές μας. Μπορεί να είναι πολλές οι υποχρεώσεις και άλλες τόσες οι έγνοιες αλλά για να ανταποκριθούμε σε αυτά θα πρέπει πρώτα εμείς οι ίδιοι να είμαστε ψυχικά και σωματικά ήρεμοι και υγιείς:

- Ακολουθείστε ένα ισορροπημένο πλάνο διατροφής, όπως το μεσογειακό μοντέλο διατροφής με ποικιλία και χωρίς υπερβολές στις ποσότητες.
- Ασκηθείτε μέσα στην καθημερινότητα σας! Θα μπορούσατε για παράδειγμα να περπατάτε περισσότερο ή να χορέψετε με δυνατά τη μουσική – δεν χρειάζεται να είναι κάτι που δεν αγαπάτε!
- Δώστε χρόνο στον εαυτό σας κάνοντας δραστηριότητες που σας ανεβάζουν την διάθεση πχ βόλτα με το σκύλο σας ή απλά ένα ξεκούραστο και αναζωογονητικό μπάνιο.

Υιοθετείστε αυτές τις αλλαγές όλο τον χρόνο. Εμείς από την πλευρά μας, θα συνεχίζουμε να σας ενημερώνουμε από το περιοδικό μας για στοχευμένα θέματα υγείας, όπως για τον οισοφάγο Barrett σε αυτό το τεύχος, τη δυσκοιλιότητα και την υγεία των αγγείων σας, για διατροφικά ζητήματα, για την έκβαση της επιδημίας της παχυσαρκίας και την αντιμετώπισή της, για την ακράτεια αλλά και τα νέα «εργαλεία» στα χέρια των γαστρεντερολόγων που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής μας.

Καλή ανάγνωση!

Παρασκευάς Παπαχρήστος
Μέλος Συντακτικής Επιτροπής

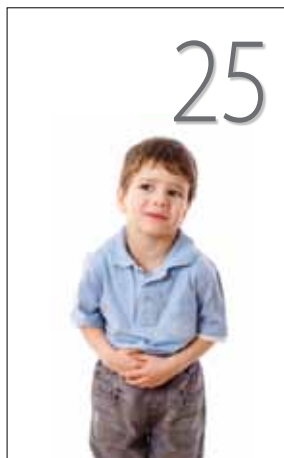
Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α



12



18



25



28

Άρθρο: Οισοφάγος Barrett 6

Άρθρο: Δυσκοιλιότητα 8

Διατροφή: «Διατροφική» περιποίηση:
Γυναικεία Υπόθεση! 12

Άρθρο: Βιταμίνη D η σημασία του μέτρου 15

Ευεξία: Τρόφιμα και συμπληρώματα για γερή καρδιά 18

Άρθρο: Οι γαστρεντερολόγοι υποδέχονται
με ενθουσιασμό την υποβοηθούμενη
από υπολογιστή χορήγηση προποφόλης 20

Άρθρο: Ακράτεια κοπράνων 22

Παιδί & Έφηβος: Χρόνια Κοιλιακά Άλγη.
Πότε πρέπει να ανησυχούμε; 25

Περί Διαιτή: Παχυσαρκία. Νεότερα Δεδομένα
και Προβλέψεις 2030 28

Μικρά & Νόστιμα 32

Συνταγές 33

Τα Νέα του Ιδρύματος 34

Ιδιοκτήτης:
**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ
& ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**
Εκδότης και υπεύθυνος παρά τω νόμο:
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:** Δημήτριος Παπαπαναγιώτου, Δημοσιογράφος
- Διευθυντής:** Κωνσταντίνος Αρβανιτάκης, Γαστρεντερολόγος
- Γεν. Γραμματέας:** Δημήτριος Γ. Καραμανώλης, Γαστρεντερολόγος
- Ταμίας:** Νικόλαος Βιάζης, Γαστρεντερολόγος
- Μέλη:** Ευάγγελος Ακριβιάδης, Γαστρεντερολόγος
Νικόλαος Θεοδωρίδης, Επιχειρηματίας
Ιωάννης Καραγιάννης, Γαστρεντερολόγος
Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης, Γαστρεντερολόγος
Παρασκευάς Παπαχρήστος, Διατροφολόγος
Γρηγόριος Πασπάτης, Γαστρεντερολόγος
Επαμεινώνδας Τσιάνος, Γαστρεντερολόγος

**Marketing
& Διαφήμιση:** Μένια Κουκουγιάννη
Τηλ.: 210 72 31 332
Κιν.: 6944 763141
e-mail: menia@eligast.gr

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

- Διευθυντής Σύνταξης:** Γεώργιος Π. Καραμανώλης, Γαστρεντερολόγος
- Αναπληρωτές
Διευθυντές Σύνταξης:** Εμμανουήλ Συμβουλάκης, Γαστρεντερολόγος
Ευάγγελος Χολόγκιτας, Παθολόγος
- Συντακτική Επιτροπή:** Παναγιώτα Καφρίτσα, Παιδίατρος - Παιδογαστρεντερολόγος
Ιωάννης Μανιός, Διατροφολόγος - Εργοφυσιολόγος
Βασίλειος Παπαμίκος, Νοσοκομειακός Διατολόγος - Διατροφολόγος
Παρασκευάς Παπαχρήστος, Διατολόγος - Διατροφολόγος
Εμμανουήλ Τσόχατζης, Παθολόγος
- Επιμέλεια-
Διόρθωση Κειμένων:** Γεώργιος Π. Καραμανώλης
- Σχεδιασμός, Παραγωγή:** ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑ^{med}
- Καλλιτεχνική Επιμέλεια:** Ελένη Α. Βραχάτη
- Εκδοτική Επιμέλεια:** ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑ^{med}

ISSN: 1109-7418

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



**ΕΞΕΛΙΣΣΟΥΜΕ ΤΙΣ
ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.
ΒΕΛΤΙΩΝΟΥΜΕ
ΤΗ ΖΩΗ.**

**Γ' ΑΥΤΟ
ΕΙΜΑΣΤΕ
ΕΔΩ.**

Η Gilead Sciences είναι μια βιοτεχνολογική εταιρεία που ανακαλύπτει, αναπτύσσει και εμπορεύεται καινοτόμες θεραπείες για νόσους όπου υπάρχει επιτακτική ανάγκη. Αποστολή της εταιρείας παγκοσμίως είναι να προάγει τη φροντίδα των ανθρώπων που πάσχουν από ασθένειες απειλητικές για τη ζωή.

Η Gilead εστιάζει τους πρωταρχικούς στόχους της στα αντιικά (φάρμακα κατά των ιών HIV/AIDS και των χρόνιων ηπατιτίδων), στις ασθένειες του αναπνευστικού (όπως η γρίπη και η κυστική ίνωση) και πρόσφατα στον τομέα της Αιματολογίας/ Ογκολογίας.

Σήμερα, το 42% των εργαζομένων μας απασχολείται στο τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης. Είναι ένα ποσοστό που υπερβαίνει το αντίστοιχο άλλων εταιρειών του χώρου μας και καταδεικνύει τη μακρόχρονη αφοσίωσή μας στην επιστημονική καινοτομία.



GILEAD

Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ BARRETT



Οισοφάγος Barrett (OB) ονομάζεται η κατάσταση κατά την οποία το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο του οισοφάγου αντικαθίσταται από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο. Είναι αποτέλεσμα της συνεχούς έκθεσης του οισοφάγου σε γαστρικό οξύ. Η μεγάλη σημασία της καταστάσεως αυτής έγκειται στο γεγονός ότι αυξάνει κατά 30 με 50 φορές τον κίνδυνο ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου. Η αλληλουχία των γεγονότων που οδηγεί σε κακοήθεια παρατίθεται στη εικόνα 1. Βέβαια σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται αυτόματη υποστροφή αυτής της εξελίξεως.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο επιπολασμός του OB στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 1.5%- 6.5% και στα άτομα που πάσχουν από νόσο της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (ΓΟΠΝ) μεταξύ 3%-5%. Η μέση ηλικία διάγνωσης είναι τα 55 έτη. Παράγοντες κίνδυνου είναι το άρρεν φύλο, η λευκή φυλή, το κάπνισμα, η παχυσαρκία (κυρίως κεντρικής κατανομής), η μεγάλη διάρκεια της ΓΟΠΝ και η παρουσία διαφραγματοκήλης. Αντίθετα η χρήση ασπιρίνης και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών ασκούν προστατευτικό ρόλο. Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι η λοίμωξη με ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού συσχετίζεται αρνητικά με την εμφάνιση OB.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Για την διάγνωση του OB είναι απαραίτητη η ενδοσκόπηση και η λήψη βιοψιών. Κατά την οισοφαγογαστροδωδεκαδακτυλοσκόπηση (ΟΓΔ) διακρίνεται το κυλινδρικό επιθήλιο το οποίο είναι εξερυθρο και βελούδινο και ξεχωρίζει από τον φυσιολογικό βλεννογόνο του οισοφάγου ο οποίος είναι ωχρός και λείος. Στην παθολογοανατομική εξέταση απαραίτητο στοιχείο για την εδραίωση της διάγνωσης είναι η ανεύρεση εντερικής μεταπλασίας.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Δεν υπάρχουν ειδικά συμπτώματα που να αποδίδονται στον OB. Συνήθως οι ασθενείς παρουσιάζονται με συμπτώματα της ΓΟΠΝ (οπισθοστερνικός καύσος ή/



και αναγωγές). Η σοβαρότητα αυτών των συμπτωμάτων δε φαίνεται να συσχετίζεται με τον χρόνο εμφάνισης του καθώς και με την εξέλιξη της νόσου. Επίσης, οι ασθενείς μπορεί να εμφανιστούν με επιπλοκές της ΓΟΠΝ όπως οισοφαγίτιδα, στενώσεις και έλκη του οισοφάγου.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

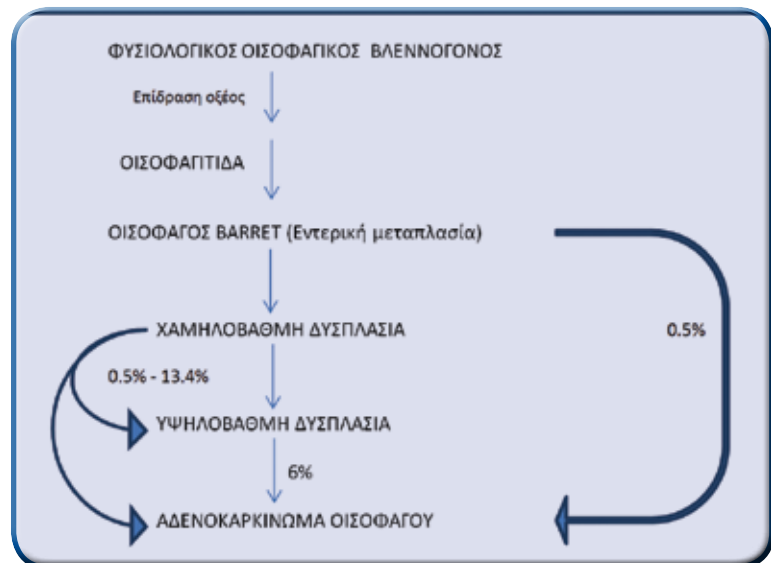
Εφόσον γίνει η διάγνωση της νόσου οι ασθενείς επιβάλλεται να υποβάλλονται σε ΟΓΔ με παράλληλη λήψη βιοψιών ανά τακτά χρονικά διαστήματα, τα οποία καθορίζονται από τα αποτελέσματα των ιστολογικών εξετάσεων. Ασθενείς που δεν εμφανίζουν σημεία δυσπλασίας, τον πρώτο χρόνο υποβάλλονται σε δυο συνεχόμενες ΟΓΔ και αν αυτές είναι φυσιολογικές επαναλαμβάνεται η ΟΓΔ ανά τρία έτη. Σε περίπτωση χαμηλόβαθμης δυσπλασίας γίνεται μια επαναληπτική εξέταση σε έξι μήνες και στην συνέχεια κάθε χρόνο μέχρι να εκλείψουν τα στοιχεία της δυσπλασίας σε δυο συνεχόμενες συνεδρίες. Αν ανευρεθεί υψηλόβαθμη δυσπλασία γίνεται αφαίρεση του πάσχοντος τμήματος με ενδοσκοπική ή χειρουργική μέθοδο ή αν αυτό δεν είναι εφικτό ο ασθενής παρακολουθείται ενδοσκοπικά κάθε τρεις μήνες.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σημαντική θεραπευτική παρέμβαση για την αναστολή της εξέλιξης της νόσου θεωρείται η χορήγηση αναστολέων αντλίας πρωτονίων (ΑΑΠ). Τα φάρμακα αυτά καταστέλλουν το παραγόμενο οξύ του στομάχου μειώνοντας έτσι την οξύτητα του παλινδρομούμενου υγρού που πιθανώς συμβάλλει στην παθογένεια της νόσου και στην καρκινογένεση. Η ποσότητα της χορηγούμενης δόσης δεν έχει αποσαφηνιστεί. Αντικειμενικός στόχος είναι η επούλωση της τυχόν οισοφαγίτιδας και η ύφεση των συμπτωμάτων της ΓΟΠΝ. Χορηγούνται τόσο σε ασθενείς χωρίς στοιχεία δυσπλασίας που δε θα υποβληθούν σε καμία επέμβαση όσο και σε εκείνους που θα επιχειρηθεί θεραπεία της υποκείμενης δυσπλασίας.

Οι διαθέσιμες επεμβατικές μέθοδοι χωρίζονται στις χειρουργικές και στις

ενδοσκοπικές. Στην πρώτη κατηγορία ανήκει η οισοφαγεκτομή η οποία θεωρείται η μέθοδος εκλογής για την οριστική θεραπεία. Παρόλα αυτά η επέμβαση έχει πολύ υψηλό ποσοστό θνησιμότητας (20%) ενώ 30%-50% των χειρουργημένων θα εμφανίσουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου, πνευμονία και επιμόλυνση του τραύματος. Γι αυτούς τους λόγους η οισοφαγεκτομή γίνεται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών με υψηλόβαθμη δυσπλασία. Οι ενδοσκοπικές μέθοδοι χωρίζονται σε εκείνες που έχουν ως βάση τον καυτηριασμό του παθολογικού βλεννογόνου με θερμική (αφαίρεση με ραδιοσυχνότητες-RFA) ή φωτοχημική ενέργεια (φωτοδυναμική θεραπεία) και σε εκείνες που διενεργείται βλεννογονεκτομή. Σκοπός των ενδοσκοπικών μεθόδων είναι σε πρώτη φάση η αφαίρεση του παθολογικού βλεννογόνου και στη συνέχεια η σταδιακή αποκατάσταση του από φυσιολογικό επιθήλιο. Αν και έχουν παρόμοια αποτελεσματικότητα η βλεννογονεκτομή παρέχει την δυνατότητα, μέσω της παθολογοανατομικής εξέτασης του αφαιρεθέντος ιστού, καλύτερης σταδιοποίησης της νόσου και αποτελεί την μέθοδο εκλογής όταν ενδοσκοπικά εμφανίζονται ανώμαλες βλεννογονικές περιοχές. Τελευταία εφαρμόζεται ο συνδυασμός βλεννογονεκτομής και RFA με καλύτερα ποσοστά ίασης. Αν και ο ρόλος των ενδοσκοπικών μεθόδων είναι αμφιλεγόμενος στην χαμηλόβαθμη δυσπλασία, σε ασθενείς με υψηλόβαθμη δυσπλασία εφαρμόζονται με πολύ καλά αποτελέσματα.



ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ



Μία από τις πιο συχνές κλινικές οντότητες που απασχολούν ένα τεράστιο μέρος του γενικού πληθυσμού είναι η δυσκοιλιότητα. Αποτελεί μια διαταραχή των συνηθειών του εντέρου και πιο συγκεκριμένα χαρακτηρίζεται από την μείωση των επιτυχών επισκέψεων μας στην τουαλέτα (λιγότερο από 3 φορές την εβδομάδα συνήθως). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα και την αλλαγή της σύστασης των κοπράνων καθιστώντας τα πιο σκληρά στην αποβολή τους.



Η δυσκοιλιότητα είναι, τις περισσότερες φορές, μια καλοήθης διαταραχή που προκαλείται από διάφορες καταστάσεις, οι συχνότερες των οποίων είναι:

- ανεπαρκής πρόσληψη υγρών και φυτικών ινών,
- άγχος,
- ταξίδια,
- μειωμένη σωματική δραστηριότητα και άσκηση,
- κατάχρηση καθαρτικών,
- υποθυρεοειδισμός,
- νευρολογικές διαταραχές,
- κατάθλιψη,
- εγκυμοσύνη,
- σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και
- καρκίνος του παχέος εντέρου

Τα συμπτώματα τα οποία θα μας κάνουν να σκεφτούμε ότι πιθανόν να πάσχουμε από δυσκοιλιότητα και να αναζητήσουμε μία ιατρική συμβουλή είναι:

- διαταραχές των συνηθειών του εντέρου και αλλαγή της σύστασης των κοπράνων (σκληρά και μικρά κόπρανα),
- αίσθημα ατελούς αφόδευσης,
- κοιλιακή δυσφορία, πόνο
- και πιο σπάνια εμετοί ή και ψευδοδιάρροιες (μετά από κοπρόσταση).

Εάν αυτές οι καταστάσεις διαρκέσουν πάνω από 2 εβδομάδες η αναζήτηση ιατρικής συμβουλής είναι απαραίτητη για την διερεύνηση της αιτίας της δυσκοιλιότητας μέσα από μία σειρά εξετάσεων όπως

- εξετάσεις αίματος,
- απεικόνιση του εντέρου με βάριο (σκιαγραφική ουσία που απεικονίζει με μεγάλη ευαισθησία ενδοαυλικές διαταραχές του εντέρου) και
- κολονοσκόπηση για τυχόν αποφρακτικές παθήσεις εντός του εντερικού σωλήνα.



Αφού γίνει η διάγνωση της δυσκοιλιότητας, ο ασθενής θα πρέπει να λάβει κάποια μέτρα που θα βελτιώσουν τις κενώσεις του και συνεπακόλουθα και την ποιότητα της καθημερινότητάς του.

Αυτά τα μέτρα περιλαμβάνουν:

1. Λήψη επιπλέον 1 λίτρου νερού (αν δεν αντενδείκνυται, ιδανικά είναι η λήψη 8 ποτηριών νερού) και προσπάθεια μείωσης κατανάλωσης καφέ, ανθρακούχων ποτών και αλκοόλ (που δρουν σαν διουρητικά αφυδατώνοντας έτσι τα κόπρανα και καθιστώντας τα σκληρά)
2. Προσθήκη φρούτων (περίπου 2 κούπες καθημερινά) και λαχανικών (2 και ½ κούπες καθημερινά) στην διαίτα καθώς και δημητριακών ώστε να είναι εφικτή η λήψη 20 γρ. τουλάχιστον φυτικών ινών με σταδιακή αύξηση τους ώστε να αποφύγουμε τα φουσκώματα και την αποβολή μεγάλης ποσότητας αερίων. Πλούσια σε φυτικές ίνες είναι η κατανάλωση ολικής άλεσης ψωμιού, δημητριακών, ζυμαρικών καθώς και καφέ ρυζιού. Επίσης η αντικατάσταση 2 γευμάτων κρέατος με όσπρια ή λαχανικά την εβδομάδα βοηθά.





3. Μείωση γαλακτοκομικών προϊόντων ιδίως σε άτομα με δυσανεξία στην λακτόζη
4. Πολύ σημαντική είναι η προσθήκη στην καθημερινότητα και της σωματικής δραστηριότητας. Ένα επιθυμητός στόχος θα ήταν η έναρξη 20λεπτης δραστηριότητας 3 φορές την εβδομάδα με σταδιακή αύξηση της σε 30 λεπτά, τις περισσότερες μέρες της εβδομάδας.
5. Μείωση του άγχους και αντιμετώπιση της κατάθλιψης κατέχουν σημαίνοντα ρόλο στην θεραπεία της δυσκοιλιότητας. Ο διαλογισμός, η γιόγκα, οι τεχνικές βιοανάδρασης και χαλάρωσης μπορεί να βοηθήσουν ενώ ο βελονισμός και το μασάζ τύπου shiatsu έχει βρεθεί ότι είναι ευεργετικά συμπληρωματικά μέτρα. Τέλος η μάλαξη του κοιλιακού τοιχώματος βοηθά

στην χαλάρωση των κοιλιακών μυών που υποστηρίζουν το εντερικό τοίχωμα, αυξάνοντας έτσι την κινητικότητα του εντέρου.

6. Επιπρόσθετα είναι καλό να τονιστεί ότι παρόλο που προσπαθούν κάποια άτομα να προγραμματίσουν την ώρα που θα πάνε στην τουαλέτα (κυρίως μετά το πρωινό ή από κάποιο γεύμα), καλό είναι να ανταποκρινόμαστε όποτε μας «καλεί η φύση» αλλιώς ενέχει τον κίνδυνο εξασθένησης των σημάτων που μας δίνει ο οργανισμός.
7. Σε περίπτωση λήψης φαρμάκων όπως: παυσίπονα, αντικαταθλιπτικά, αντιυπερτασικά, αντιπαρκινσονικά, για σίδηρο και ασβέστιο τότε και βάσει οδηγιών θεράποντος ιατρού όπως δύναται να τροποποιηθούν, μιας και αποτελούν αίτια δυσκοιλιότητας
8. Εάν τα προαναφερθέντα μέτρα δεν αποδώσουν τα αναμενόμενα, τότε η λήψη μαλακτικών κοπράνων ή καθαρτικών γίνεται επιτακτική.

Τέλος θα πρέπει να τονιστεί ότι είναι μύθος η άποψη κάποιων ότι η δυσκοιλιότητα προκαλεί απορρόφηση βλαβερών ουσιών από τα κόπρανα με επακόλουθο την εμφάνιση αρθρίτιδας, άσθματος και καρκίνου παχέος εντέρου. Παρόλα αυτά εάν παρατηρήσουμε στα κόπρανα αίμα ή απώλεια βάρους ή έντονο κοιλιακό πόνο τότε η αναζήτηση άμεσης ιατρικής συμβουλής είναι επιτακτική.

Εν κατακλείδι, επειδή η πρόληψη είναι η βάση της ιατρικής, τα ανωτέρω μέτρα είναι καλό να εφαρμόζονται στην καθημερινότητα μας ώστε να μην φτάσουμε να έχουμε συμπτώματα δυσκοιλιότητας και το κάλεσμα της φύσης να αποβαίνει κόλαση εντός τουαλέτας..



8

9

Ραντεβού
κολonosκόπηση

15

Η μέρα που
είπα «όχι»
στον καρκίνο
του παχέος εντέρου

Η προληπτική κολonosκόπηση σε άντρες και γυναίκες άνω των 50 ετών σώζει ζωές, γιατί είναι η αποτελεσματικότερη μέθοδος πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Βάλ' το στο πρόγραμμα

22

Πες «ναι» στην πρόληψη

23

Συμβουλεύσου τον γιατρό σου.



ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: ΠΑΤΡΙΑΡΧΟΥ ΙΩΑΚΕΙΜ 30, 10675 ΑΘΗΝΑ,
ΤΗΛ/ΦΑΧ: 210-7231332 EMAIL: INFO@ELIGAST.GR

f /Βάλ' το στο πρόγραμμα /Βάλ' το στο πρόγραμμα

Διατροφή

«Διατροφική» περιποίηση: Γυναικεία Υπόθεση!



Η ισορροπημένη διατροφή σε συνδυασμό με έναν υγιεινό και δραστήριο τρόπο ζωής δύναται να επιδράσουν θετικά τόσο στην υγεία μιας γυναίκας όσο και στην διατήρηση της φρεσκάδας της, της σιλουέτας, της ομορφιάς αλλά και της νεανικότητάς της.

Οι απαιτήσεις μίας γυναίκας στην αναπαραγωγική ηλικία διαφοροποιούνται από αυτές του άνδρα, καθώς τόσο η έμμηνος ρύση όσο και οι απαιτήσεις μίας πιθανής εγκυμοσύνης και ενός επικείμενου θηλασμού εξαντλούν τον οργανισμό της γυναίκας σε θρεπτικά συστατικά και συχνά τον οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης

διατροφικών ελλείψεων, όπως είναι η έλλειψη σιδήρου (σιδηροπενική αναιμία). Επιπρόσθετα, οι στερητικές δίαιτες που εφαρμόζουν συχνά οι γυναίκες, τις καθιστούν ιδιαίτερα ευάλωτες, ενώ δεν λίγες οι φορές όπου ελλοχεύει ο κίνδυνος των διατροφικών διαταραχών (ανορεξία, βουλιμία) για την υγεία μίας γυναίκας.

Σίδηρος για υψηλές πνευματικές και αθλητικές επιδόσεις

Οι γυναίκες από την πρώτη τους περίοδο στην εφηβεία μέχρι την εμμηνόπαυση έχουν αυξημένες ανάγκες σε σίδηρο εξαιτίας του μηνιαίου κύκλου τους. Για το λόγο αυτό, επιβάλλεται η συχνή κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε σίδηρο όπως το κρέας, το αυγό, τα ψάρια, τα όσπρια και το σουκίτι, σε επαρκείς ποσότητες. Σε περίπτωση ανεπάρκειας οι ιστοί δεν αιματώνονται επαρκώς, μειώνεται η πνευματική απόδοση, ενώ ταυτόχρονα υπάρχει έντονο αίσθημα κόπωσης. Ο αιμικός σίδηρος, που βρίσκεται στο κρέας και στα προϊόντα κρέατος, απορροφάται καλύτερα από τον οργανισμό συγκριτικά με τον μη αιμικό σίδηρο, ο οποίος βρίσκεται σε φυτικές προέλευσης τρόφιμα (πράσινα λαχανικά, τα όσπρια, οι ξηροί καρποί, τα εμπλουτισμένα δημητριακά πρωινού). Ωστόσο, η κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε βιταμίνη C (πχ. εσπεριδοειδή, ντομάτα, φράουλες, μαϊντανός κλπ), κατά τη διάρκεια ενός γεύματος πλούσιου σε σίδηρο φυτικής προέλευσης (μη αιμικός σίδηρος) αυξάνει την απορρόφηση του.

Φυλλικό οξύ για υγιή εγκυμοσύνη

Το φυλλικό οξύ αποτελεί μία από τις βιταμίνες του συμπλέγματος Β. Περιέχεται σε τρόφιμα μεταξύ των οποίων τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά όπως το σπανάκι, τα εσπεριδοειδή, το σουκίτι κ.ά. Η επαρκής πρόσληψη φυλλικού οξέως κατά την αναπαραγωγική ηλικία μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης δισχιδούς ράχης και άλλων ανωμαλιών του κεντρικού νευρικού σωλήνα στο έμβρυο σε περίπτωση που μία γυναίκα κυοφορήσει. Εξαιτίας των αυξημένων αναγκών σε φυλλικό οξύ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης συχνά δίδονται συμπληρώματα από τους γυναικολόγους. Ωστόσο, καθότι το φυλλικό οξύ είναι απαραίτητο για την υγεία του εμβρύου κυρίως κατά τις πρώτες εβδομάδες της κύησης, η γυναίκες που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν οφείλουν να προσέχουν ιδιαίτερα την πρόσληψη φυλλικού οξέος όχι μόνο μετά την έναρξη της εγκυμοσύνης τους αλλά πριν αυτή ξεκινήσει.

Ασβέστιο και βιταμίνη D για ευρωστία σε κάθε ηλικία

Το ασβέστιο αποτελεί δομικό συστατικό των οστών του οργανισμού και είναι συνεπώς απαραίτητο θρεπτικό συ-

στατικό για τη σκελετική υγεία της γυναίκας. Η βιταμίνη D αποτελεί έναν τύπο ορμόνης ο οποίος ρυθμίζει τα επίπεδα ασβεστίου στον οργανισμό και για τον λόγο αυτό η επαρκής πρόσληψη ασβεστίου θα πρέπει πάντα να συνοδεύεται από επαρκή επίπεδα βιταμίνης D στον οργανισμό.

Κύρια πηγή ασβεστίου είναι τα γαλακτοκομικά προϊόντα, το γάλα, το τυρί, το γιαούρτι αλλά και τα πράσινα λαχανικά. Αντίστοιχα, η βιταμίνη D βρίσκεται στα γαλακτοκομικά προϊόντα, το βούτυρο γάλακτος και τα λιπαρά ψάρια, ωστόσο, δύναται να παραχθεί στον οργανισμό και υπό την επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας. Για το λόγο αυτό, η με μέτρο έκθεση στον ήλιο, κυρίως τους χειμερινούς μήνες, είναι ευεργετική για την σκελετική υγεία των γυναικών. Το ασβέστιο είναι απαραίτητο τόσο κατά την ανάπτυξη του οργανισμού της γυναίκας στην εφηβεία, όπου χτίζεται ο σκελετός, όσο και κατά την αναπαραγωγική ηλικία, καθότι ο οργανισμός φτάνει στην μέγιστη οστική του πυκνότητα στα 30 έτη. Επιπρόσθετα, σε περίπτωση εγκυμοσύνης και θηλασμού οι απαιτήσεις σε ασβέστιο αυξάνονται, ώστε να καλυφθούν και οι απαιτήσεις του εμβρύου αλλά και του βρέφους. Τέλος, το ασβέστιο αντίθετα με τον σίδηρο, δεν παύει να είναι απαραίτητο μετά την εμμηνόπαυση. Αντιθέτως είναι περισσότερο απαραίτητο για την γυναίκα, καθώς η μειωμένη παραγωγή οιστρογόνων κατά την περίοδο αυτή οδηγεί σε αυξημένη «οστική καταστροφή», με αποτέλεσμα, σε περίπτωση έλλειψης ασβεστίου, την εκδήλωση οστεοπόρωσης τα μετέπειτα χρόνια.

ω3 λιπαρά οξέα για χαμηλά επίπεδα στρες και υγιή καρδιά

Τα ω3 λιπαρά οξέα είναι απαραίτητα για τον οργανισμό μας. Έχουν αντιφλεγμονώδη δράση, έχουν θετική επίδραση στην υγεία της καρδιάς, ενώ ταυτόχρονα έχουν και ευεργετικές ιδιότητες κατά του στρες. Τρόφιμα πλούσια σε ω3 λιπαρά οξέα είναι τα λιπαρά ψάρια, ο λιναρόσπο-





ρος, τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά και ορισμένοι ξηροί καρποί όπως τα καρύδια.

Τρυποφάνη και μαγνήσιο για καλό μυϊκό σύστημα και χαλάρωση

Η τρυποφάνη αποτελεί ένα αμινοξύ το οποίο έχει την ιδιότητα να αυξάνει τα επίπεδα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Η σεροτονίνη λειτουργεί για τον οργανισμό σαν φυσικό ηρεμιστικό. Τρόφιμα πλούσια σε τρυποφάνη είναι το άπαχο κρέας, το γάλα, τα πουλερικά και τα ψάρια. Επιπλέον, το μαγνήσιο παίζει σημαντικό ρόλο στην καλή λειτουργία τόσο το μυϊκού όσο και του νευρικού συστήματος. Πηγές μαγνησίου αποτελούν τα δημητριακά ολικής άλεσης, τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, η μπανάνα, οι ξηροί καρποί και η σοκολάτα.

Β-καροτένιο για υγιή μάτια και λαμπερό μαύρισμα

Τα καρότα, οι χρωματιστές πιπεριές και τα σκουροπράσινα λαχανικά περιέχουν β-καροτίνη, η οποία μετατρέπεται από το σώμα μας σε βιταμίνη Α. Η βιταμίνη Α είναι απαραίτητη για τον αμφιβληστροειδή του ματιού και προλαμβάνει τα νοσήματα φθοράς τους. Επιπλέον, η β-καροτίνη επιδρά στην επιδερμίδα, μέσω της αυξημένης παραγωγής μελανίνης, και προσδίδει στο δέρμα ένα πιο λαμπερό χρώμα τους ανοιξιάτικους και καλοκαιρινούς μήνες που η έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία είναι αυξημένη!

Αντιοξειδωτικά για νεανικό δέρμα, υγιή νύχια και λαμπερά μαλλιά

Στις αντιοξειδωτικές ουσίες περιλαμβάνεται η βιταμίνη C, η βιταμίνη E, το σελήνιο και τα διάφορα φυτοχημικά.

- **Πηγές Βιταμίνης C:** Καλές πηγές αντιοξειδωτικών συστατικών και βιταμίνης C, αποτελούν φρούτα και λαχανικά, όπως οι ντομάτες, οι πιπεριές, τα ακτινίδια, τα εσπεριδοειδή και οι φράουλες.
- **Πηγή βιταμίνης E** είναι το εξαιρετικά παρθένο ελαιόλαδο (κυρίως όταν αυτό τρώγεται ωμό), το αβοκάντο, οι ξηροί καρποί και τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά.
- **Πηγές σεληνίου** είναι τα θαλασσινά, οι ξηροί καρποί και τα δημητριακά.
- **Πηγές φυτοχημικών συστατικών μεταξύ των οποίων τα φλαβονοειδή** αποτελούν τα χρωματιστά φρούτα και λαχανικά όπως τα καρότα, τα σταφύλια, το μάνγκο, τα εσπεριδοειδή, ο καφές, το τσάι, τα κόκκινα σταφύλια και η μαύρη σοκολάτα.

Φυτικές ίνες για όμορφη σιλουέτα και καλή εντερική λειτουργία

Οι φυτικές ίνες αποτελούν το άπεπτο υπόλειμμα των φυτικών τροφών. Έχουν ευνοϊκή επίδραση σε διάφορα συστήματα του οργανισμού, εξομαλύνοντας προβλήματα του εντέρου, συνεισφέροντας σε παθήσεις της καρδιάς αλλά και βοηθώντας στην ρύθμιση του σακχάρου στο αίμα σε διαβητικούς ασθενείς. Επιπλέον, πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η κατανάλωση φυτικών ινών συνεισφέρει στην διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους. Φυτικές ίνες περιέχουν τα φρούτα, τα λαχανικά και τα δημητριακά ολικής άλεσης.

Συμπερασματικά, για να εξασφαλίσει μία γυναίκα την βέλτιστη υγεία της, ψυχική και σωματική ευεξία θα πρέπει να καταναλώνει επαρκή ποσότητα τροφίμων πλούσιων σε σίδηρο, ασβέστιο και βιταμίνη D, να επιλέγει τρόφιμα πλούσια σε τρυποφάνη, μαγνήσιο, ω3 λιπαρά οξέα, β-καροτένιο και αντιοξειδωτικά, αλλά και να εξασφαλίσει την επαρκή κατανάλωση φυτικών ινών. Έτσι, θα δείχνει αλλά και θα είναι υγιής!



ΒΙΤΑΜΙΝΗ



Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΜΕΤΡΟΥ



Η βιταμίνη D είναι μια από τις λιποδιαλυτές βιταμίνες που χρειάζεται το σώμα μας. Αποτελεί ωστόσο έναν γενικό όρο που χρησιμοποιείται για να περιγράψει όλες τις στερόλες (Βιταμίνη D1, D2, D3 κα) που παρουσιάζουν παρόμοια δραστηριότητα με εκείνη της Βιταμίνης D3 (χοληκαλσιφερόλη).

Η σπουδαιότητα της οφείλεται στο ότι ρυθμίζει το μεταβολισμό του ασβεστίου και του φωσφόρου. Η μοναδικότητα της βιταμίνης αυτής είναι στο ότι υπάρχει σε φυσική μορφή μόνο σε μερικές τροφές, αλλά κατά βάσει μπορεί να συντεθεί στο σώμα μετά την έκθεση του δέρματος στις υπεριώδεις ακτίνες του ηλιακού φωτός.

Οι **ημερήσιες ανάγκες** στην βιταμίνη αυτή είναι 200 IU (διεθνείς μονάδες) για βρέφη και ενήλικες έως 50 χρονών, σε ενήλικες από 51-70 ετών 400 IU, ενώ στους ακόμα μεγαλύτερους οι ημερήσιες ανάγκες φτάνουν έως 600 IU. Οι ανάγκες για αυξημένη πρόσληψη της βιταμίνης D ωστόσο μπορούν να αυξηθούν σε διάφορες καταστάσεις όπως κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού, σε ηλικιωμένους και γενικότερα σε άτομα που έχουν περιορισμένη έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, σε άτομα με σκούρο δέρμα καθώς η μελανίνη εμποδίζει την σύνθεση της, καθώς και σε αυστηρά χορτοφάγους.

Η έκθεση του δέρματος στις υπεριώδεις ακτίνες έχουν ως αποτέλεσμα τη σύνθεση της Βιταμίνης D3, η οποία αποτελεί και την κύρια πηγή της βιταμίνης D. Το ποσό της βιταμίνης που δημιουργείται εξαρτάται από το χρόνο της έκθεσης, την περιοχή του εκτεθειμένου δέρματος, το χρώμα του δέρματος και άλλους παράγοντες. Έχει βρεθεί ότι 15-20 λεπτά έκθεσης στον ήλιο καθημερινά, των άνω άκρων και του προσώπου μας, είναι αρκετά για να συνθέσουμε το



90% της ποσότητας της βιταμίνης που χρειαζόμαστε. **Το υπόλοιπο 10% της ποσότητας που χρειαζόμαστε το καλύπτου-**

με διατροφικά επιλέγοντας τρόφιμα που είναι πλούσια σε βιταμίνη D, όπως είναι τα λιπαρά ψάρια (σαρδέλες, σολομός, ρέγκα, σκουμπρί), το μωρουνέλαιο, τα γαλακτοκομικά και το αυγό. Ωστόσο επειδή οι φυσικές πηγές της βιταμίνης είναι περιορισμένες, τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, όπως συμβαίνει εδώ και αρκετά χρόνια στις Η.Π.Α και σε Σκανδιναβικές χώρες, έχουν κυκλοφορήσει και προϊόντα εμπλουτισμένα (γαλακτοκομικά, χυμοί, δημητριακά πρωινού, μαργαρίνες) με βιταμίνη D, συμβάλλοντας έτσι στην αύξηση της πρόσληψης της συγκεκριμένης βιταμίνης.

Η βιταμίνη D είναι απαραίτητη για την προαγωγή της απορρόφησης και της χρησιμοποίησης του ασβεστίου και του φωσφόρου από τον οργανισμό. Σε συνεργασία με παραθυρεοειδείς ορμόνες και την καλσιτονίνη, ρυθμίζει την συγκέντρωση του ασβεστίου στο αίμα ανάλογα με τις ανάγκες του οργανισμού, καθώς και εναποθέτοντας ή απομακρύνοντας το ασβέστιο από τα οστά.

Η βιταμίνη D μπορεί να καταστεί **χρήσιμη στην πρόληψη** της οστεοπόρωσης, καθώς υπάρχουν αρκετά στοιχεία ερευνών που συνηγορούν υπέρ του ότι τα συμπληρώματα της βιταμίνης αυτής, μπορούν να βοηθήσουν στην μείωση της απώλειας οστικής μάζας και του κινδύνου καταγμάτων. Όσο αφορά τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, έχει βρεθεί και τεκμηριωθεί από αρκετές μελέτες, ότι τα χαμηλά επίπεδα της βιταμίνης στο σώμα συνδέονται με διάφορα είδη καρκίνου όπως στον κόλον, στον προστάτη και στο στήθος. Η βιταμίνη D μεταξύ άλλων φαίνεται να έχει ισχυρή επίδραση στους μηχανισμούς του συστήματος άμυνας του οργανισμού (ανοσολογικό σύστημα), καθώς σε έρευνες τις τελευταίες δεκαετίες βρέθηκε ότι πιθανόν να έχει προστατευτική δράση εναντίον ασθενειών που οφείλονται σε διαταραχές του ανοσολογικού συστήματος (αυτοάνοσες νόσοι), όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας. Επιπλέον, η βιταμίνη D φαίνεται να διαδραματίζει και ρόλο ρυθμιστή της πίεσης στο αίμα, καθώς συμμετέχει στο μεταβολισμό του ασβεστίου.

Η ανεπάρκεια της έχει διάφορες ανεπιθύμητες ενέργειες με την πιο σημαντική την μειωμένη εντερική απορρόφηση του ασβεστίου και του φωσφόρου. Επίσης υπάρχουν έρευνες που συσχετίζουν τα μειωμένα επίπεδα της βιταμίνης με την αποτιτάνωση των μαλακών ιστών που οδηγεί σε ραχίτιδα στα παιδιά (κακή ανάπτυξη και αδυναμία των οστών) και οστεομαλακία στους ενήλικες (αδύναμα και εύθραυστα οστά). Επιπλέον, η έλλειψη της βιταμίνης D έχει συσχετιστεί και με την εμφάνιση υπερπαραθυρεοειδισμού και οστεοαρθρίτιδας.

Όσο αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες της συγκεκριμένης βιταμίνης, είναι γνωστό ότι η βιταμίνη αυτή είναι από τις πλέον τοξικές. Τα βρέφη και τα παιδιά είναι περισσότερο ευάλωτα σε σχέση με τους ενήλικες. Η πρόσληψη μεγάλων δόσεων μπορεί να οδηγήσει σε υπερκαλιαιμία με όλα τα επακόλουθα συμπτώματα αυτής (διάρροια, κούραση, ναυτία, αδυναμία κα).

Να σημειωθεί όμως ότι όλα είναι ζήτημα σωστής δοσολογίας και περισσότερο σε ότι αφορά μια βιταμίνη όπως η βιταμίνη D, η οποία εμφανίζει τοξικότητα.

Νέα μεγάλη μελέτη, η National Health and Nutrition Examination Survey, μια επιδημιολογική μελέτη που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες από το 2001 ως το 2006 παρακολουθώντας περισσότερους από 15.000 ενηλίκους εθελοντές ανακαλύπτει ότι η πρόσληψη της βιταμίνης σε υψηλά επίπεδα μπορεί να οδηγήσει σε καρδιαγγειακές φλεγμονές. Και να σημειωθεί ότι τα υψηλά επίπεδα δεν μπορούν φυσικά να προέλθουν ούτε από τη διατροφή, καθώς πολύ λίγα τρόφιμα όπως έχουμε ήδη αναφέρει αποτελούν πολύ καλή πηγή της βιταμίνης ούτε από την έκθεση στον ήλιο. Οι ειδικοί εφιστούν την προσοχή μας ως προς τα συμπληρώματα, συνιστώντας ότι πρέπει να τα παίρνουμε μόνον όταν χρειάζεται και – φυσικά – με μέτρο. Στα αποτελέσματα της έρευνας που αναρτήθηκαν στο «American Journal of Cardiology», οι επιστήμονες διαπίστωσαν ότι όσοι είχαν φυσιολογικά επίπεδα βιταμίνης D εμφάνιζαν μικρότερα επίπεδα πρωτεΐνης CRP (C-Reactive Protein), η οποία αποτελεί δείκτη για τις φλεγμονές του καρδιακού ιστού και των αιμοφόρων αγγείων. Όταν όμως τα επίπεδα της βιταμίνης D βρίσκονταν επάνω από τα ανώτατα φυσιολογικά, τα επίπεδα της CRP αυξάνονταν και αυτά οδηγώντας σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών προβλημάτων.



#1 SELLING ENZYME BRAND

ENZYMEDICA®

— The Enzyme Experts —



- ✓ Νο 1 σε πωλήσεις στις ΗΠΑ
- ✓ 100% φυτικής βάσης
- ✓ NON GMO
- ✓ Χωρίς πρόσθετα
- ✓ Περισσότερα από 50 βραβεία και διακρίσεις
- ✓ GMP Registered (Good Manufacturing Practices)



Το Digest Gold περιέχει την πιο δραστική φόρμουλα πεπτικών ενζύμων



Τηλ: 2106985833, <http://www.lompax.gr>

ΤΡΟΦΙΜΑ *και* ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ για ΓΕΡΗ ΚΑΡΔΙΑ



Η μείωση των υψηλών επιπέδων χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων στο αίμα και η διατήρησή τους σε φυσιολογικά επίπεδα αποτελεί ένα σημαντικό τρόπο μείωσης του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου. Ποια είναι όμως τα τρόφιμα και τα συμπληρώματα τροφίμων που μπορούν να μας οδηγήσουν σε αυτή τη μείωση;

Ω-3 λιπαρά οξέα

Η κατανάλωση ω-3 λιπαρών οξέων, τόσο μέσω της τροφής, όσο και μέσω συμπληρωμάτων φαίνεται να μειώνει τα επίπεδα τριγλυκεριδίων στον οργανισμό. Χωρίς ωστόσο να λείπουν και μελέτες που θέτουν την δράση αυτή των ω-3 λιπαρών οξέων υπό μερική αμφισβήτηση. Το σίγουρο

είναι ότι άτομα που καταναλώνουν πιο συχνά ψάρι και καλά λιπαρά έχουν ένα βελτιωμένο καρδιαγγειακό προφίλ.

Φυτοστερόλες

Οι φυτοστερόλες περιέχονται σε μικροποσότητες φυτικά προϊόντα, όπως φυτικά έλαια, ξηρούς καρπούς, σπόρους,



προϊόντα δημητριακών, φρούτα και λαχανικά. Φαίνεται ότι η κατανάλωσή τους οδηγεί σε μείωση της LDL χοληστερόλης ή «κακής» χοληστερόλης όπως είναι πιο γνωστή. Ωστόσο, μια διατροφή με μέση περιεκτικότητα σε φυτοστερόλες σήμερα φτάνει μόλις τα 200-400 mg/ημέρα, ενώ η προστατευτική τους δράση εμφανίζεται με δόσεις αρκετά μεγαλύτερες από αυτή, 2-3g/ημέρα. Σε αυτή τη περίπτωση, πολύ καλή και πρακτική λύση για να αυξηθούν τα επίπεδα πρόσληψης φυτοστερολών είναι η κατανάλωση προϊόντων εμπλουτισμένων σε αυτές, όπως ορισμένες φυτικές μαργαρίνες και γαλακτοκομικά προϊόντα.

Σκόρδο

Είναι αρκετά διαδεδομένη η κατανάλωση σκόρδου για τη μείωση της χοληστερόλης. Η πρακτική αυτή φαίνεται πράγματι να βοηθά κάπως, ωστόσο η επίδραση του σκόρδου στην χοληστερόλη φαίνεται να είναι μέτρια και τα δεδομένα όχι ακόμη τόσο ισχυρά.

Φυτικές ίνες

Οι φυτικές ίνες φαίνεται ότι δρουν καρδιοπροστατευτικά με ποικίλους τρόπους. Αρχικά, φαίνεται ότι η κατανάλωση φυτικών ινών βοηθά στην μείωση και τον έλεγχο της χοληστερόλης. Έχει επίσης φανεί ότι μπορούν να βοηθήσουν και στον έλεγχο της πίεσης, αν και τα αποτελέσματα είναι αμφιλεγόμενα. Κάποιες μελέτες υποστηρίζουν την ευεργετική δράση των φυτικών ινών στην αρτηριακή πίεση, ενώ άλλες υποστηρίζουν ότι δεν έχουν κάποια επίδραση. Πάντως οι φυτικές ίνες που προέρχονται από την τροφή είναι αυτές που μάλλον βοηθάνε και όχι τα συμπληρώματα φυτικών ινών. Τέλος, μια δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες βοηθά στον

έλεγχο των καταναλισκόμενων θερμίδων, άρα και του σωματικού βάρους, κάτι που με την σειρά του βοηθά στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Προβιοτικά-Πρεβιοτικά

Έχει φανεί ότι τα προβιοτικά και πρεβιοτικά και συγκεκριμένα ορισμένα στελέχη αυτών έχουν ευεργετική δράση στον έλεγχο του λιπιδαιμικού προφίλ, αφού δρουν στην ολική χοληστερόλη, την LDL και HDL χοληστερόλη, αλλά και τα τριγλυκερίδια. Ωστόσο, χρειάζονται περισσότερες μελέτες και έρευνα για να βρεθεί ο μηχανισμός δράσης τους και να επιβεβαιωθεί η θετική τους επίδραση.

Λιναρόσπορος

Ευεργετική δράση φαίνεται να έχει και λιναρόσπορος στη μείωση τόσο της ολικής, όσο και της LDL-χοληστερόλης. Ωστόσο, και εδώ χρειάζεται έρευνα για να αποδειχθεί η δραστηριότητα του λιναρόσπορου στο λιπιδαιμικό προφίλ, αλλά και να εξεταστεί η θετική επίδρασή του σε άλλους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου και στην πρόληψη των καρδιαγγειακών ασθενειών.

Υπάρχουν επομένως πολλά τρόφιμα και συμπληρώματα τροφίμων που βοηθούν στον έλεγχο του λιπιδαιμικού προφίλ. Η δράση ορισμένων είναι υπό διερεύνηση ενώ άλλων πιο καλά θεμελιωμένη. Βέβαια, ποτέ δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι είναι πολύ σημαντικό να έχουμε μια ισορροπημένη διατροφή και να χρησιμοποιούμε τα παραπάνω τρόφιμα ή συμπληρώματα ως ένα επιπλέον βοήθημα στον έλεγχο της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων. Καλό είναι να συμβουλευόμαστε έναν ειδικό σε θέματα διατροφής, καθώς κάθε άνθρωπος χρειάζεται εξατομικευμένη προσέγγιση, αλλά και τον γιατρό μας.

Άρθρο

Οι **ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΙ** Υποδέχονται με Ενθουσιασμό την **ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ**

από Υπολογιστή
ΧΟΡΗΓΗΣΗ
ΠΡΟΠΟΦΟΛΗΣ



Μια υποβοηθούμενη από υπολογιστή ατομική συσκευή καταστολής που χορηγεί προποφώλη κατά τη διάρκεια ενδοσκοπικών επεμβάσεων ρουτίνας έγινε δεκτή με ενθουσιασμό κατά την παρουσίασή της στο DDW (Digestive Disease Week) 2015 που διεξήχθη 16-19 Μαΐου στην Ουάσιγκτον, Η.Π.Α.

Η χορήγηση καταστολής με προποφώλη για ενδοσκόπηση πεπτικού αμφισβητήθηκε αρκετά κυρίως λόγω αποζημίωσης – κόστους και δικαιώματος χρήσης αφού απαιτεί την παρουσία αναισθησιολόγου κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Όμως με το σύστημα SEDASYS από την Johnson & Johnson, η καταστολή μπορεί να χορηγηθεί από άτομο που δεν είναι επαγγελματίας αναισθησιολόγος.

Το σύστημα SEDASYS έχει εγκριθεί από τον FDA για την καταστολή ασθενών που υποβάλλονται σε ενδοσκόπηση



ρουτίνας ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού, οι οποίοι είναι υγιείς ή έχουν ήπια συστηματική νόσο.

Στη μελέτη τους ο Dr Lin και η ομάδα του εκτίμησαν τη χρήση του υποβοηθούμενου από υπολογιστή συστήματος καταστολής σε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ενδοσκόπηση από τον Σεπτέμβριο 2014 έως τον Απρίλιο του 2015.

Η όλη διαδικασία διενεργήθη από ιατρούς και νοσηλεύτες ειδικά εκπαιδευμένους στη χρήση του συστήματος καταστολής. Από τους 1466 ασθενείς, 1013 υπεβλήθησαν σε κολονοσκόπηση, 285 σε γαστροσκόπηση και 168 σε γαστροσκόπηση και κολονοσκόπηση μαζί.

Όλοι οι ασθενείς έλαβαν ενδοφλέβια fentanyl 50-100 μg 3 min πριν την έναρξη της έγχυσης προποφόλης. Στη συνέχεια έλαβαν μία δόση φόρτισης με προποφόλη, μια μετέπειτα έγχυση και αν χρειαζόταν bolus χορήγηση προποφόλης.

Η ομάδα ελέγχου αποτελούνταν από 264 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ενδοσκόπηση την ίδια χρονική περίοδο από την ίδια ομάδα ενδοσκοπών αλλά έλαβαν midazolam και fentanyl.

Μεγαλύτερη ικανοποίηση των ιατρών - Greater Clinician Satisfaction

Η ικανοποίηση των ιατρών εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο Κλινικής Ικανοποίησης Ιατρών από την Καταστολή

(CSSI), και όλα τα αποτελέσματα ήταν καλύτερα στην ομάδα της προποφόλης από ότι στην ομάδα ελέγχου.

Η ικανοποίηση των ασθενών εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο Κλινικής Ικανοποίησης Ασθενών από την καταστολή (PSSI). Η γενική ικανοποίηση ήταν παρόμοια στην ομάδα της προποφόλης και στην ομάδα ελέγχου, ενώ άλλα επιμέρους αποτελέσματα ήταν καλύτερα στην ομάδα της προποφόλης.

Ο χρόνος ανάρρωσης από την επέμβαση ήταν μικρότερος στην ομάδα της προποφόλης από την ομάδα ελέγχου (27 vs 33 min).

Ως προς τις ανεπιθύμητες ενέργειες, συνέβησαν 9 περιπτώσεις λαρυγγόσπασμου που αντιμετωπίστηκαν με μάσκα αερισμού και monitor.

Η off-label χρήση του συστήματος προποφόλης εκτός των κλασικών ενδείξεων — όπως για ενδοσκοπική διαστολή, σύνθετη πολυποδεκτομή, και μη επιπλεγμένο ενδοσκοπικό υπέρηχο — φαίνεται να είναι ασφαλής όπως αναφέρουν οι ερευνητές. Παρόλα αυτά απαιτείται περισσότερη εμπειρία με αυτές τις επεμβατικές πράξεις προτού ενθαρρυνθεί η χρήση του νέου συστήματος για αυτές τις ενδείξεις.

Συμπερασματικά το νέο σύστημα δίνει τη δυνατότητα χορήγησης προποφόλης με τρόπο ασφαλή, αποτελεσματικό και οικονομικό σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου, προσφέροντας την προοπτική βραχύτερου χρόνου ανάρρωσης.

Πίνακας αποτελεσμάτων ιατρών και ασθενών.

Αποτελέσματα	Propofol Group	Control Group	P Value
Εκτιμήσεις των ιατρών			
Ταχύτητα καταστολής	1.79	2.08	.016
Αποτελεσματικότητα καταστολής	1.49	2.11	.001
Μνήμη των ασθενών μετά την επέμβαση	1.35	2.62	.001
Γενική ικανοποίηση από την καταστολή	1.63	2.08	.001
Εκτιμήσεις των ασθενών			
Πόνος από την επέμβαση	1.27	1.49	.028
Μετεπεμβατική μέθη	1.34	1.58	.009
Γενική ικανοποίηση	1.28	1.29	.873

Άρθρο

ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΚΟΠΡΑΝΩΝ



Ως ακράτεια κοπράνων στους ενήλικες ορίζεται η επαναλαμβανόμενη, ακούσια και ανεξέλεγκτη απώλεια κοπράνων από το ορθό, που χρονολογείται περισσότερο από ένα μήνα. Στον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας περιλαμβάνεται και ακούσια απώλεια αερίων, η οποία μπορεί να είναι βασανιστική για κάποια άτομα.

Η ακράτεια κοπράνων μπορεί να είναι ακούσια απώλεια αερίων ή υδαρών κοπράνων (ελάσσονα ακράτεια) ή ακούσια απώλεια στέρεων κοπράνων (μείζονα ακράτεια). Οι έρευνες δείχνουν ότι επεισόδια ακράτειας εμφανίζει το 7-10% του πληθυσμού, παρ'όλο που η ακριβής συχνότητα εκτιμάται ότι είναι πολύ υψηλότερη αφού ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με ακράτεια διστάζουν να αναφέρουν το πρόβλημά τους στο γιατρό κι έτσι το πρόβλημα παραμένει σιωπηλά χωρίς να καταγράφεται στις στατιστικές. Η ακράτεια έχει σοβαρά ψυχοκοινωνικά επακόλουθα, όπως μειωμένη αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση, άγχος για ενδεχόμενα επεισόδια ακράτειας και επαγγελματική δυσλειτουργία. Σε ότι αφορά στο οικονομικό κόστος της ακράτειας στην κοινωνία γενικότερα, υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ ξοδεύονται περίπου 400 εκατομμύρια δολάρια το χρόνο σε πάνες ενηλίκων για την ακράτεια.



ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ ΚΟΠΡΑΝΩΝ

1. Βλάβη των σφιγκτήρων και του πυελικού εδάφους

- Μαιευτικός τραυματισμός
- Ιδιοπαθής εκφύλιση
- Σκληρόδερμα
- Ιατρογενής (Χειρουργεία στην περιοχή)
- Άμεσος τραυματισμός από ξένο όργανο
- Συγγενής ανωμαλία

2. Νευροπάθεια

- Μαιευτική κάκωση αιδοϊκού νεύρου
- Τραυματισμός νωτιαίου μυελού
- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Δισχιδής ράχη
- Νόσος του Alzheimer
- Σακχαρώδης διαβήτης

3. Ανατομικές βλάβες της ορθοπρωκτικής περιοχής

- Πρόπτωση ορθού
- Περιπρωκτικά συρρίγια
- Αιμορροιδοπάθεια
- Σύνδρομο καθόδου του περινέου

4. Διαταραχές σύστασης των κοπράνων και διαταρημότητας του ορθού

- Σύνδρομο Ευερεθίστου Εντέρου
- Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντεροπάθειες
- Μετακτινική ορθοπρωκτίτιδα
- Ολική κολεκτομή με δημιουργία νεοληκύθου
- Ιδιοπαθές μεγαορθό

5. Ουσίες, Φάρμακα

- Καφεΐνη
- Ορλιστάτη
- Μυοχαλαρωτικά-σπασμολυτικά

6. Ιδιοπαθής ακράτεια (Άγνωστα αίτια: Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αιτία της ακράτειας δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί. Αυτή η μορφή ακράτειας ονομάζεται ιδιοπαθής ακράτεια και πιο συχνά παρατηρείται σε γυναίκες μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας).

Διάγνωση της ακράτειας

Η διάγνωση του τύπου της ακράτειας, αλλά και της υπεύθυνης αιτίας με σκοπό τη θεραπεία της, γίνεται συνήθως με το συνδυασμό του ιστορικού, της φυσικής εξέτασης και ορισμένων εξειδικευμένων εξετάσεων. Η λήψη του ιστορικού, αλλά και η φυσική εξέταση απαιτούν αρκετή εμπειρία από το γιατρό, ο οποίος, στις περισσότερες περιπτώσεις και με τη χρήση ειδικών ερωτηματολογίων, είναι σε θέση να εστιάσει στα αίτια της ακράτειας και να κατευθύνει τον ασθενή τόσο θεραπευτικά, όσο και προς τη διενέργεια συγκεκριμένων εξετάσεων.

Φυσική εξέταση: Κατά τη φυσική εξέταση, ο γιατρός μπορεί να εκτιμήσει την επάρκεια των σφιγκτήρων του πρωκτού, καθώς και την ύπαρξη πρόπτωσης ή ορθοκλήλης. Η πρωκτοσκόπηση και σιγμοειδοσκόπηση είναι επίσης εξετάσεις που μπορεί εύκολα να γίνουν στο εξωτερικό ιατρείο και παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για την κατάσταση του ορθού ή την ύπαρξη φλεγμονών ή όγκων.
Ορθοπρωκτική μανομετρία: Αποτελεί μέθοδο εκλογής για τη μελέτη της λειτουργικότητας των σφιγκτήρων. Γίνεται με εξειδικευμένο εξοπλισμό με τον οποίο υπολογίζονται οι εσωτερικές πιέσεις σε διάφορα σημεία του ορθού και του πρωκτού.

Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη εξέταση για την εκτίμηση της λειτουργίας των σφιγκτήρων του πρωκτού, καθώς επίσης και για την αξιολόγηση της αισθητικότητας του ορθού και των αντανακλαστικών της απόδευσης.
Ενδοπρωκτικό υπερηχογράφημα – Μαγνητική τομογραφία: Είναι εξαιρετικά χρήσιμες εξετάσεις για την απεικόνιση των σφιγκτήρων και του τοιχώματος του ορθού και βοηθούν στη διάγνωση κακώσεων και ανατομικών ανωμαλιών των μυών.



Θεραπεία της ακράτειας

Η αντιμετώπιση της ακράτειας βασίζεται:

- στη φαρμακευτική θεραπεία
- στη βιοανάδραση και
- στην χειρουργική αντιμετώπιση

Ο τύπος της θεραπευτικής προσέγγισης που θα επιλέξει ο γιατρός εξαρτάται από τα αίτια και τη βαρύτητα της ακράτειας.

Φαρμακευτική Θεραπεία:

Η φαρμακευτική θεραπεία περιλαμβάνει χορήγηση φαρμάκων που μειώνουν τη συχνότητα των κενώσεων και βοηθούν στο να είναι τα κόπρανα πιο σχηματισμένα.

Φάρμακα που μειώνουν τη συχνότητα των κενώσεων: Τέτοια φάρμακα, συνήθως χορηγούνται όταν συνυπάρχουν έντονες διαρροϊκές κενώσεις. Το πλέον χρησιμοποιούμενο φάρμακο, η λοπεραμίδη (Immodium®), εκτός της μείωσης της συχνότητας των κενώσεων, αυξάνει και τον τόνο των σφιγκτήρων του πρωκτού.

Ουσίες που αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων: Οι ουσίες αυτές είναι μορφές φυτικών ινών που βοηθούν στον σχηματισμό και στην αύξηση του όγκου των κοπράνων,

κάτι που βοηθά στην μείωση των επεισοδίων ακράτειας

Αντιχολινεργικά Φάρμακα: Όταν λαμβάνονται πριν από τα γεύματα ελαττώνουν τις συσπάσεις του εντέρου, ελαττώνοντας έτσι τα επεισόδια ακράτειας που συχνότερα συμβαίνουν μετά τα γεύματα.

Καθαρτικά και Υποκλυσμοί: Στοχεύουν κυρίως στην θεραπεία της σοβαρής δυσκοιλιότητας, η οποία, όπως προαναφέρθηκε, μπορεί να οδηγήσει σε επεισόδια ακράτειας μέσω της συσσώρευσης σκληρών κοπράνων στο ορθό.

Βιοανάδραση: Πρόκειται για μία ασφαλή και μη επεμβατική μέθοδο εκγύμνασης και «εκπαίδευσης» των μυών που ελέγχουν την αφόδευση. Η μέθοδος εφαρμόζεται σε ειδικά εργαστήρια, όπου τοποθετούνται ειδικοί αισθητήρες που καταγράφουν τη λειτουργία των μυών της αφόδευσης. Η καταγραφή αυτή βοηθά τον ασθενή να συνειδητοποιήσει και να ελέγξει τη σύσπαση των σφιγκτήρων μυών που εξασφαλίζουν την εγκράτεια. Η βιοανάδραση είναι περισσότερο αποτελεσματική σε άτομα που μπορούν να προκαλέσουν σύσπαση των σφιγκτήρων και που διατηρούν κάποια αίσθηση της ανάγκης τους για αφόδευση. Τα αποτελέσματα της βιοανάδρασης μπορεί να εξασθενίσουν μετά την πάροδο 6 μηνών και ενδεχομένως να απαιτείται επανάληψη της μεθόδου.

Νεότερες μέθοδοι που εξατομικεύονται ανάλογα με το πρόβλημα του ασθενούς είναι:

- Η ηλεκτροδιέγερση του 3ου ιερού νεύρου και
- Η σκληροθεραπεία με ραδιοσυχνότητες

Χειρουργική Θεραπεία:

Οι χειρουργικές επεμβάσεις για την ακράτεια διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη περιλαμβάνει τεχνικές ανακατασκευής των σφιγκτήρων ενώ η δεύτερη στοχεύει στην ενίσχυση των μυών που περιβάλλουν τον πρωκτό.

Επί αποτυχίας όλων των παραπάνω η τελική κολοστομία αποτελεί την τελευταία λύση.



ΧΡΟΝΙΑ ΚΟΙΛΙΑΚΑ ΑΛΓΗ Πότε Πρέπει να Ανησυχούμε;



Τα χρόνια κοιλιακό άλγος είναι ένα συχνό σύμπτωμα στην παιδική και εφηβική ηλικία. Πίσω από το σύμπτωμα αυτό μπορεί να υπάρχουν οργανικές διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος φλεγμονώδους, ανατομικής, μεταβολικής αιτιολογίας καθώς και λειτουργικές διαταραχές όταν δεν βρίσκεται οργανικό υπόστρωμα.



Η συχνότητα των χρόνιων κοιλιακών αλγών κυμαίνεται από 1-19% στην παιδική-εφηβική ηλικία και αφορά κυρίως παιδιά 5-7 ετών αλλά και λίγο μεγαλύτερα από 8-12 ετών. Υπολογίζεται ότι αφορούν το 2-4% των επισκέψεων στον παιδίατρο ενώ παρουσία οργανικής νόσου ανευρίσκεται στο 5% στο γενικό πληθυσμό.

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

Ο Arley το 1958 όρισε ως χρόνια κοιλιακά άλγη, την κατάσταση που περιλαμβάνει τουλάχιστον 3 επεισόδια κοιλιακού άλγους σε διάστημα 3 μηνών, μη σαφώς εντοπιζόμενο το οποίο επιδρά στις καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού.

Νεότεροι ερευνητές που ασχολήθηκαν με το θέμα όρισαν τα κριτήρια της Ρώμης για τα κοιλιακά άλγη το 2006. Σύμφωνα με αυτά διαχωρίζονται, σε άλγη οργανικής αιτιολογίας και σε λειτουργικά κοιλιακά άλγη και έχουν διάρκεια περισσότερο από 2 μήνες με ένα τουλάχιστον επεισόδιο ανά εβδομάδα. Συμπτώματα και σημεία ενδεικτικά οργανικής νόσου αποτελούν τα εξής:

- Απώλεια βάρους ή επιβράδυνση της αύξησης
- Εξωεντερικές εκδηλώσεις (πυρετός, αρθρίτιδα)
- Παρατεταμένη διάρροια
- Εντονοι έμετοι, δυσφαγία

- Αίμα στα κόπρανα
- Εντόπιση του πόνου δεξιά άνω ή κάτω κοιλιακού τεταρτημόριου
- Πόνος που ξυπνά το παιδί το βράδυ
- Θετικό οικογενειακό ιστορικό έλκους / Φλεγμονώδους νοσήματος εντέρου
- Παθολογική φυσική εξέταση
- Τα λειτουργικά κοιλιακά άλγη σύμφωνα με τα κριτήρια της Ρώμης διαχωρίζονται σε 4 κλινικές οντότητες.

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

2. Κοιλιακά άλγη που συνδυάζονται με μεταβολή των συνηθειών του εντέρου. Το Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου υπάρχει και στην παιδική ηλικία είναι λειτουργικής αιτιολογίας και χαρακτηρίζεται από κοιλιακά άλγη άνω των δύο μηνών και συνοδεύεται τουλάχιστον με 2 ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

Βελτίωση με αφόδευση, έναρξη πόνου με αλλαγή συχνότητας κενώσεων (λιγότερες από 2/εβδομάδα ή περισσότερες από 4 την ημέρα), έναρξη πόνου με αλλαγή σύστασης κενώσεων. Νοσήματα οργανικής αιτιολογίας που πρέπει να αποκλείονται είναι η μερική απόφραξη του λεπτού εντέρου, κοιλιοκάκη, ηωσινοφιλική γαστρεντεροπάθεια, ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι εντέρου, δυσανεξία στη λακτόζη. Ο πόνος ή η διάρροια που αφυπνίζει το παιδί τη νύκτα, η απώλεια βάρους, ή επιβράδυνση της αύξησης, οι εξωεντερικές εκδηλώσεις, το αίμα στα κόπρανα, το θετικό οικογενειακό ιστορικό για φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, η αναιμία αποτελούν ευρήματα ενδεικτικά για ύπαρξη οργανικού νοσήματος.

3. Σύνδρομο λειτουργικών κοιλιακών αλγών χαρακτηρίζεται από συνεχές ή κατά διαστήματα κοιλιακό άλγος που διαρκεί περισσότερο από 2 μήνες χωρίς να συνοδεύεται από δυσπεψία ή μεταβολή των συνηθειών του εντέρου αλλά υπάρχουν συμπτώματα όπως κεφαλαλγία ή πόνος στα άκρα ή διαταραχές ύπνου

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

Το Σύνδρομο λειτουργικών κοιλιακών αλγών και τα παροξυσμικά κοιλιακά άλγη πρέπει να διαχωρίζονται από καταστάσεις όπως δυσκοιλιότητα, παρασιτική λοίμωξη εντέρου, δυσανεξία υδατανθράκων, ατελής περιστροφή εντέρου, ηωσινοφιλική γαστρεντεροπάθεια,, νόσος Crohn. Έλεγχος θα γίνει αν τα συμπτώματα επιδεινώνονται με τον καιρό ή υπάρχει από την αρχή ένδειξη για οργανική νόσο.

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

- Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει την καταγραφή του βάρους, ύψους, ρυθμού ανάπτυξης, σταδίου ενήβωσης, και της εξέτασης κατά συστήματα. Από την εξέταση της κοιλιάς αναζητούμε την εντόπιση πόνου, την ύπαρξη αναπηδώσας ευαισθησίας ή μάζας, το μέγεθος ήπατος, σπληνός καθώς απαραίτητη είναι η εξέταση της περιπρωκτικής περιοχής.
- Από τις εργαστηριακές δοκιμασίες η γενική αίματος, ο τύπος των λευκών, ΤΚΕ, CRP, Γενική ούρων, καλλιέργεια, Γενική κοπράνων, καλλιέργεια και παρασιτολογική, Βιοχημικοί δείκτες, αμυλάση, Screening κοιλιόκακης, και η δοκιμασία λακτόζης μπορεί να βοηθήσουν
- Από τις ακτινολογικές εξετάσεις το υπερηχογράφημα κοιλιάς δίνει πληροφορίες για νοσήματα ήπατος - χοληφόρων- παγκρέατος και ουροποιογεννητικού συστήματος. Η διάβαση οισοφάγου-στομάχου-12λου ε παρατεταμένες λήψεις βοηθά τον εντοπισμό ανατομικών ανωμαλιών και προβλημάτων κινητικότητας ενώ ο βαριούχος υποκλυσμός μπορεί να έχει ένδειξη σε κάποιες περιπτώσεις έντονης δυσκοιλιότητας
- Τέλος ο ενδοσκοπικός έλεγχος σήμερα βοηθά ση-

μαντικά στην διερεύνηση των χρόνιων κοιλιακών αλγών στα παιδιά. Ενδείξεις ενδοσκόπησης ανωτέρου πεπτικού στα παιδιά αυτά είναι:

- ▶ Επίμονος πόνος άνω κοιλιάς μη ανταποκρινόμενος σε συμπτωματική αγωγή
- ▶ Πόνος άνω κοιλιάς με συνοδά συμπτώματα (επίμονη ναυτία, έμετοι, απώλεια βάρους, αίμα στα κόπρανα, νυκτερινό ξύπνημα). Ενώ, ενδείξεις διαγνωστικής κολonosκόπησης αποτελούν ο ανεξήγητος επίμονος πόνος κάτω κοιλιάς καθώς και η υποψία Φλεγμονώδους Νόσου Εντέρου

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

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

Συμπερασματικά το ιστορικό και η φυσική εξέταση κατευθύνουν σημαντικά τη διαγνωστική προσέγγιση στο παιδί με τα χρόνια κοιλιακά άλγη. Εργαστηριακές εξετάσεις διενεργούνται όταν υπάρχουν «σημεία κινδύνου».

Όταν δεν υπάρχουν δεν είναι απαραίτητες, παρά μόνο για εφησυχασμό των γονέων. Τα χαρακτηριστικά της οικογένειας παρά τα χαρακτηριστικά του παιδιού επηρεάζουν την χρονιότητα του προβλήματος.



Περί Διαίτης

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ 2030

Νεότερα Δεδομένα και Προβλέψεις



Τον Μάιο του 2015 ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα της μελέτης, η οποία εκπονήθηκε για λογαριασμό της ευρωπαϊκής διεύθυνσης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) που εδρεύει στην Κοπεγχάγη. “Η Ευρώπη θα βρεθεί αντιμέτωπη με μια αληθινή επιδημία παχυσαρκίας” ήταν το κύριο μήνυμα των ευρημάτων.



Το προσδόκιμο επιβίωσης, ενώ δεν επηρεάζεται ουσιαστικά στα υπέρβαρα άτομα, είναι αισθητά χαμηλότερο στα άτομα με παχυσαρκία. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., η παχυσαρκία ευθύνεται για το 7,8% των χαμένων ετών ζωής, λόγω πρόωρου θανάτου ή αναπηρίας στην Ευρώπη. Ένας άνθρωπος θεωρείται υπέρβαρος όταν ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) υπερβαίνει το 25. Όταν ξεπερνά το 30, θεωρείται παχύσαρκος.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης που παρουσιάστηκαν σε ευρωπαϊκό συνέδριο για την παχυσαρκία στην Πράγα, σχεδόν όλος ο ενήλικος πληθυσμός της Ιρλανδίας θα είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος ως το 2030. Το 89% των ανδρών (εικόνα 1) στην Ιρλανδία “αναμένεται να είναι” υπέρβαρο γύρω στο 2030, ενώ το 48% θα είναι παχύσαρκο, έναντι 74% και 26% αντίστοιχα το 2010, σύμφωνα με τον Οργανισμό. Μεταξύ των γυναικών (εικόνα 2) στην Ιρλανδία, το ποσοστό των υπέρβαρων θα αυξηθεί από το 2010 ως το 2030 από το 57% στο 85%, και το 57% των γυναικών αναμένεται να είναι παχύσαρκες το 2030. Οι προβλέψεις του ΠΟΥ είναι επίσης ανησυχητικές για τη Βρετανία, όπου το 2030 προβλέπεται ότι το 33% των γυναικών θα είναι παχύσαρκες, από 26% το 2010, όπως και το 36% των ανδρών, έναντι ενός 26% το 2010.

Αξιοσημείωτο είναι ότι ακόμη και σε χώρες που παραδοσιακά δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα παχυσαρκίας - όπως για παράδειγμα στη Σουηδία - αναμένεται να αυξηθεί ο

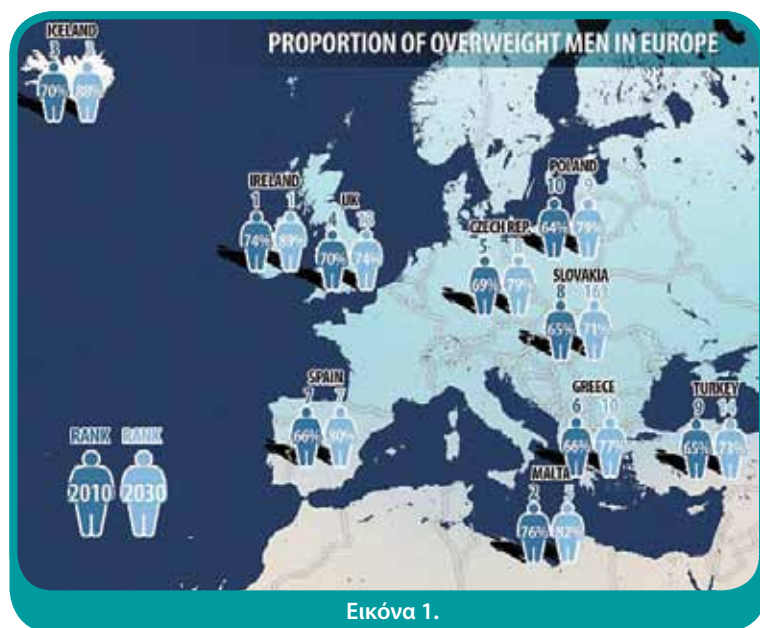
αριθμός των παχύσαρκων. Ολοένα πιο παχείς γίνονται όμως και οι Γερμανοί, με τους άνδρες να αντιμετωπίζουν συχνότερα προβλήματα με το βάρος τους. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της έκθεσης του Π.Ο.Υ., έως το 2030 σχεδόν το 50% των γυναικών και περίπου τα δύο τρίτα των ανδρών στη Γερμανία αναμένεται να είναι υπέρβαροι. Η Ελλάδα, η Ισπανία, και η Τσεχία αναμένεται επίσης να γνωρίσουν μεγάλη αύξηση του ποσοστού των παχύσαρκων ενηλίκων.

Στην Ελλάδα, το ποσοστό των παχύσαρκων ανδρών και γυναικών (εικόνα 3) αναμένεται να διπλασιαστεί και να φθάσει από το 20% που καταγραφόταν το 2010 σε περίπου 40% το 2030. Στην Ισπανία, το ποσοστό των παχύσαρκων ανδρών αναμένεται να ανέλθει από το 19% στο 36% την ίδια περίοδο. Στη μεγάλη πλειονότητα των 53 χωρών οι οποίες συμπεριελήφθησαν στη μελέτη αναμένεται να καταγραφεί αύξηση του ποσοστού των υπέρβαρων και των παχύσαρκων προσώπων μεταξύ του ενήλικου πληθυσμού. Σε πολύ λίγες χώρες το ποσοστό αυτό θα σταθεροποιηθεί ή θα μειωθεί. Τέτοια είναι η περίπτωση της Ολλανδίας, όπου αναμένεται πως οι ενήλικοι άνδρες που είναι παχύσαρκοι θα μειωθούν στο 8% του πληθυσμού το 2030, από 10% το 2010.

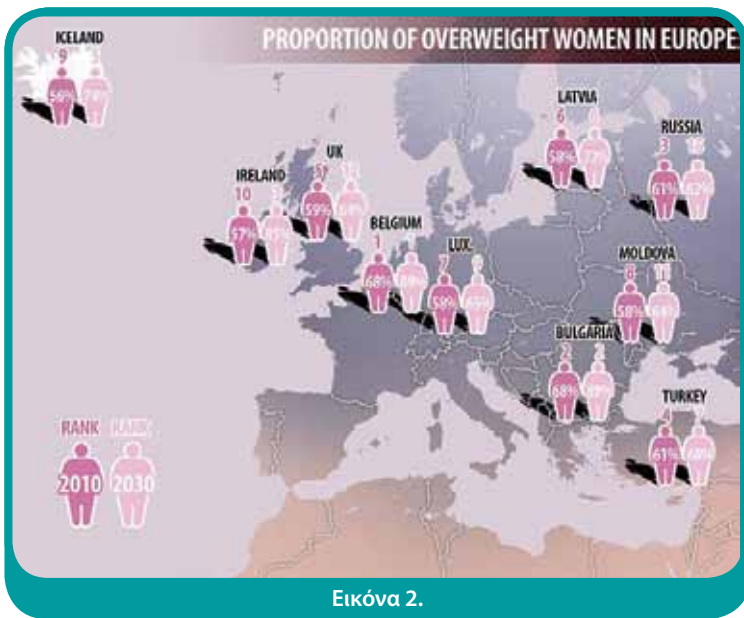
Τα δεδομένα είναι εξίσου ανησυχητικά και για την παιδική παχυσαρκία ειδικότερα, η οποία εμφανίζει απότομη αύξηση στις ηλικίες επτά έως 11 ετών. Η παιδική παχυσαρκία τείνει να εξελιχθεί σε επιδημία. «Πρωταθλήτρια» στην

Ευρώπη είναι η Ιρλανδία, όπου πάνω από το ένα τέταρτο (27,5%) των παιδιών έως πέντε ετών είναι υπέρβαρα όπως αποκαλύπτουν τα ευρήματα από 32 χώρες. Μετά την Ιρλανδία, ακολουθούν η Βρετανία (23,1%), η Αλβανία (22%), η Γεωργία (20%), η Βουλγαρία (19,8%) και η Ισπανία (18,4%). Οι χώρες με το μικρότερο πρόβλημα εμφανίζονται να είναι το Καζακστάν (0,6%), η Λιθουανία (5,1%) και η Τσεχία (5,5%).

Μια δεύτερη σουηδική έρευνα του ιατρικού Ινστιτούτου Καρολίνσκα του Πανεπιστημίου της Στοκχόλμης, η οποία ανέλυσε στοιχεία για σχεδόν 9.000 μαθητές και παρουσιάστηκε στο ίδιο συνέδριο, δείχνει ότι μόνο το 56% των παχύσαρκων παιδιών ολοκλήρωσαν έναν δωδεκαετή



Εικόνα 1.



Εικόνα 2.

κύκλο σπουδών (κατώτερη και μέση εκπαίδευση), έναντι ποσοστού 76% για τα παιδιά κανονικού βάρους.

Περιληπτικά, 42 εκατ. παιδιά κάτω των πέντε ετών είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Οι στατιστικές δείχνουν ότι τα παιδιά με βάρος μεγαλύτερο του κανονικού έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας (αναπνευστικά, κατάγματα οστών, υψηλή αρτηριακή πίεση, ψυχολογικά κ.α.), αλλά και μετά την ενηλικίωσή τους (αυξημένος κίνδυνος για διαβήτη τύπου 2, καρδιοπάθεια, μερικούς καρκίνους, προβλήματα γονιμότητας κ.α.).

Οι επιστήμονες που εκπόνησαν τις μελέτες τονίζουν ότι οι προβλέψεις αυτές διατυπώνονται με “τη μεγαλύτερη δυνατή επιφύλαξη”. Ωστόσο, η Βρετανίδα Λόρα Γουέμπερ, μέλος της επιστημονικής ομάδας από το βρετανικό Φόρουμ Υγείας που συμμετείχε στην εκπόνηση της έκθεσης του Π.Ο.Υ., θεωρεί πως η αύξηση της παχυσαρκίας στην Ευρώπη είναι ιδιαίτερα ανησυχητική και “είναι απαραίτητο να θεσπιστούν επειγόντως πολιτικές για να αντιστραφεί αυτή η τάση”. «Οι κυβερνήσεις πρέπει να κάνουν περισσότερα προκειμένου να βάλουν φραγμό στο μάρκετινγκ του ανθυγιεινού φαγητού και να καταστήσουν πιο

προσιτές τις υγιεινές τροφές», σύμφωνα με την ίδια.

Η παχυσαρκία αποτελεί έναν σημαντικό υποκείμενο αιτιολογικό παράγοντα για την εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων, διαβήτη, αλλά και ορισμένων μορφών καρκίνου. Σύμφωνα με στοιχεία που είχε δώσει στη δημοσιότητα ο Π.Ο.Υ. στο πρόσφατο παρελθόν, σε παγκόσμιο επίπεδο πάνω από 1,9 δισεκ. ενήλικοι ήταν υπέρβαροι το 2014 και, εξ αυτών, πάνω από 600 εκατ. παχύσαρκοι.

Ανακεφαλαιώνοντας, ο αριθμός των παχύσαρκων ενηλίκων “υπερδιπλασιάστηκε σε παγκόσμιο επίπεδο από το 1980 ως το 2014”, σύμφωνα με τον Οργανισμό. Τα προβλήματα υγείας που προκαλεί η παχυσαρκία δεν είναι η μόνη πτυχή του

ζητήματος. Όπως κατέδειξε έρευνα της Πανεπιστημιακής Κλινικής της Λειψίας, τα παχύσαρκα άτομα επιπρόσθετα πέφτουν συχνά θύματα κοινωνικών προκαταλήψεων και διακρίσεων. Κρίνεται σκόπιμο λοιπόν, με βάση τα ανωτέρω ευρήματα, να τεθεί σε εγρήγορση η ελληνική επιστημονική κοινότητα και με όσα μέσα διαθέτει να παρέμβει με προγράμματα αγωγής υγείας αλλά και με την λειτουργία επιτέλους της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εκπονώντας ένα μακροπρόθεσμο σχέδιο αντιμετώπισης της επερχόμενης επιδημίας.



Εικόνα 3.



ΟΙ ΜΕΓΑΛΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΑΝΑΚΑΛΥΨΕΙΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΝΤΑΙ ΣΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΓΕΝΝΙΟΥΝΤΑΙ ΟΜΩΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΗ ΜΑΣ

Εδώ και 150 χρόνια, οι άνθρωποι της MSD μοιραζόμαστε το ίδιο πάθος. Στόχος μας είναι να αναπτύξουμε καινοτόμα φαρμακευτικά και καταναλωτικά προϊόντα, εμβόλια και κτηνιατρικά φάρμακα που βελτιώνουν τις ζωές εκατομμυρίων ανθρώπων και ζώων.

Γνωρίζουμε πολύ καλά πως έχουμε ακόμα πολλά να προσφέρουμε. Εργαζόμαστε εντατικά, προσηλωμένοι στη μακροχρόνια δέσμευσή μας για συνεχή έρευνα και ανάπτυξη νέων προϊόντων.

Βασικό μας μέλημα είναι να επεκτείνουμε την πρόσβαση των ανθρώπων σε προϊόντα και υπηρεσίες υγείας και συνεργαζόμαστε στενά με όλους όσους μοιράζονται το πάθος μας για έναν υγιέστερο κόσμο. Μια πρόκληση που μαζί μπορούμε να επιτύχουμε. Με όλη μας την ψυχή.

Για να μάθετε περισσότερα για τις προσπάθειές μας, επισκεφτείτε το msd.gr

Στην Ελλάδα, η MSD έχει αναπτύξει τέσσερις πυλώνες Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης στους οποίους επενδύει υλοποιώντας σημαντικές δράσεις με επίκεντρο πάντα τον άνθρωπο. Οι δράσεις αυτές αφορούν στην ενίσχυση της καινοτομίας και της επιχειρηματικότητας, στην επίτευξη αριστείας στην έρευνα για νέες θεραπείες, στην κατάθεση προτάσεων και λύσεων στον τομέα υγειονομικής πολιτικής αλλά και στην ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης και πρόληψης για σοβαρές ασθένειες.

Μικρά & Νόστιμα

Αποτελεσματικότητα του obeticholic acid σε ασθενείς με πρωτοπαθή χολική κίρρωση που δεν ανταποκρίνονται σε ουρσοδεοξυχολικό οξύ

Η πρωτοπαθής χολική κίρρωση αποτελεί χρόνια αυτοάνοση πάθηση των χοληφόρων χωρίς αποτελεσματική θεραπεία πέραν του ουρσοδεοξυχολικού οξέος, του οποίου η αποτελεσματικότητα είναι αμφισβητήσιμη. Σε μια τυχαίοποιημένη διπλή τυφλή πολυκεντρική μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Gastroenterology* (2015;148:151-161), εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητα του obeticholic acid σε ασθενείς με πρωτοπαθή χολική κίρρωση που δεν ανταποκρίθηκαν σε προηγούμενη θεραπεία με ουρσοδεοξυχολικό οξύ. Το obeticholic acid είναι αγωνιστής των πυρηνικών υποδοχέων FXR. Συνολικά τυχαιοποιήθηκαν 165 ασθενείς με πρωτοπαθή χολική κίρρωση και επίπεδα αλκαλικής φωσφατάσης 1.5-10 φορές ανώτερα του φυσιολογικού, σε 10, 25 ή 50 mg obeticholic acid ή σε εικονικό φάρμακο. Το πρωταρχικό καταληκτικό σημείο ήταν αλλαγές στα επίπεδα αλκαλικής φωσφατάσης κατά το τέλος της μελέτης την 85η ημέρα. Το obeticholic acid ήταν ανώτερο του εικονικού φαρμάκου, καθώς η αλκαλική φωσφατάση ελαττώθηκε κατά 21-25% στην ομάδα που έλαβε ενεργό θεραπεία έναντι 3% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου. Η αλκαλική φωσφατάση ελαττώθηκε κατά τουλάχιστον 20% στο 69% ασθενών που έλαβαν ενεργό θεραπεία, ενώ ανάλογη μείωση παρατηρήθηκε στο 8% των ασθενών που έλαβαν εικονικό φάρμακο. Η ανταπόκριση στη θεραπεία συνεχίστηκε για 12 μήνες σε μια υποομάδα ασθενών που συνέχισαν να λαμβάνουν θεραπεία στα πλαίσια μιας μελέτης ανοικτής επισήμανσης. Η κυριότερη ανεπιθύμητη ενέργεια ήταν ο κνησμός, που παρατηρήθηκε στο 47%, 87% και 80% των ασθενών που έλαβαν 10, 25 και 50 mg αντίστοιχα, έναντι 50% στο εικονικό φάρμακο. Συμπερασματικά, το obeticholic acid ελαττώνει σημαντικά τα επίπεδα αλκαλικής φωσφατάσης σε ασθενείς με πρωτοπαθή χολική κίρρωση και αποτελεί ελπιδοφόρο θεραπευτικό παράγοντα της νόσου.

Ασφάλεια και αποτελεσματικότητα συνδυασμού grazoprevir και elbasvir σε ασθενείς με γονότυπο 1 χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗC) ή συλλοίμωξη ΧΗC -HIV

Τα τελευταία δύο χρόνια επιτεύχθηκαν σημαντικά βήματα στη θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδα C, με από του στόματος αντίκα με πολύ υψηλή αποτελεσματικότητα και χαμηλό ποσοστό ανεπιθύμητων ενεργειών. Σε μια πολυκεντρική τυχαίοποιημένη φάσης II μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Lancet* (2015;385:1087-97), εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια συνδυασμού grazoprevir και elbasvir άπαξ ημερησίως με ή χωρίς ριμπαβιρίνη σε ασθενείς με γονότυπο 1 ΧΗC ή συλλοίμωξη ΧΗC και HIV που δεν είχαν λάβει προηγούμενη αντιϊκή θεραπεία. Οι ασθενείς τυχαίοποιήθηκαν σε θεραπευτικά σχήματα 8 ή 12 εβδομάδων, με ή χωρίς ριμπαβιρίνη και σε διαφορετικές δόσεις elbasvir. Το πρωταρχικό καταληκτικό σημείο ήταν η επίτευξη μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης. Συνολικά συμμετείχαν 159 ασθενείς με ΧΗC και 59 ασθενείς με συλλοίμωξη ΧΗC-HIV. Η μόνιμη ιολογική ανταπόκριση σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία 12 εβδομάδων με ή χωρίς ριμπαβιρίνη ήταν 93-98% στους ασθενείς με ΧΗC και 87-97% σε αυτούς με ΧΗC-HIV. Η μόνιμη ιολογική ανταπόκριση σε ασθενείς με γονότυπο 1α που έλαβαν θεραπεία 8 εβδομάδων ήταν 80%. Η φαρμακευτική αγωγή ήταν καλώς ανεκτή και κανένας ασθενής δεν διέκοψε τη θεραπεία λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών. Επτά ασθενείς ανέπτυξαν ιολογική διαφυγή με ανθεκτικά στελέχη στη θεραπευτική αγωγή. Συμπερασματικά, ο συνδυασμός grazoprevir και elbasvir για 12 εβδομάδες είναι ασφαλής και αποτελεσματικός σε ασθενείς με γονότυπο 1 ΧΗC. Αναμένονται μελέτες φάσης III για την περαιτέρω εκτίμηση του θεραπευτικού αυτού σχήματος.

Τι θα χρειαστείτε (για 6 άτομα)

- 1 κουταλιά ψιλοκομμένο **ΑΝΗΘΟ**
- 6 φρέσκα **ΚΡΕΜΜΥΔΙΑ** ψιλοκομμένα
- 2 κουταλιές **ΜΑΪΝΤΑΝΟ** ψιλοκομμένο
- 800 γρ. **ΠΕΣΚΑΝΔΡΙΤΣΑ**, κομμένη σε κομμάτια
- ΑΛΑΤΙ** και **ΠΙΠΕΡΙ**
- 1 κιλό **ΠΡΑΣΑ** κομμένα
- ½ κιλό **ΣΕΛΙΝΟ** κομμένο
- 6 κουταλιές **ΕΛΑΙΟΛΑΔΟ** τον χυμό από 1 **ΛΕΜΟΝΙ**
- 1 **ΝΤΟΜΑΤΑ** ψιλοκομμένη

ροδίσει. Σβήνεται με τον χυμό λεμονιού. **3.** Μεταφέρετε το ψάρι στην κατσαρόλα με τα πράσα. Βράζουν όλα μαζί σε μέτρια φωτιά για 20 λεπτά. Σερβίρετε αμέσως.

Σχολιασμός: Γράφει η Μαρία Ζερβού, Διαιτολόγος – Διατροφολόγος, zervou@mednutrition.gr

Η παραπάνω συνταγή αποτελεί ένα «ζευγάρι» πολλών θρεπτικών συστατικών, καθιστώντας το ένα πλούσιο και θρεπτικό γεύμα και παράλληλα πολύ ελαφρύ. Μπορούμε να αναγνωρίσουμε διαφορετικά τη γνωστή ρήση «φάτε μάτια ψάρια» αν σκεφθούμε πως η κατανάλωση ψαριού έχει συνδεθεί με την προστασία της όρασης. Λόγω της περιεκτικότητας των ψαριών σε βιταμίνη Α, η οποία είναι βασικό συστατικό του αμφιβληστροειδούς, συμβάλλουν στην αποφυγή της οφθαλμικής ξηρότητας και στην καλύτερη προσαρμογή στο σκοτάδι. Ας μη παραλείψουμε τον σπουδαίο ρόλο των Ω-3 λιπαρών οξέων που περιέχουν τα ψάρια στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Τα πράσα με τη σειρά τους προσδίδουν στη συνταγή αντιοξειδωτικά και φλαβονοειδή, που ενισχύουν την άμυνα του οργανισμού, αλλά αυξάνουν και το περιεχόμενο σε φυτικές ίνες, δίνοντας το 12% των ημερήσιων συστάσεων. Τέλος, ο μαϊντανός, εκτός από την ιδιαίτερη γεύση που δίνει στο πιάτο, συμβάλλει στην εύρυθμη νεφρική λειτουργία, λόγω της διουρητικής του δράσης.

Πεσκανδρίτσα με Πράσα

Κατηγορία: ΨΑΡΙΑ-ΘΑΛΑΣΣΙΝΑ

Βαθμός δυσκολίας: (από 1-5): **1 - πολύ εύκολη +**

Χρόνος παρασκευής: 20 λεπτά

Χρόνος μαγειρέματος: 1 ώρα και 10 λεπτά



Εκτέλεση: **1.** Βάζετε σε μια κατσαρόλα το ελαιόλαδο, τα πράσα, το σέλινο και τα κρεμμυδάκια και τα σωτάρτε σε μέτρια φωτιά. Όταν μαραθούν, ρίχνετε τον άνηθο, τον μαϊντανό, αλάτι, πιπέρι και τα ντοματάκια και τα αφήνετε στη φωτιά για 10 λεπτά ακόμη. Ρίχνετε 1 ½ φλιτζάνι νερό. Σιγοβράζουν για ½ ώρα όλα μαζί. **2.** Βάζετε το ψάρι σε τηγάνι με αντικολητική επένδυση που το έχετε αλείψει με λίγο ελαιόλαδο. Το αφήνετε σε μέτρια φωτιά να πιει τα υγρά του και να

Τι θα χρειαστείτε (για 5 άτομα)

- 2 **ΛΕΜΟΝΙΑ** κομμένα σε ροδέλες
- ΑΛΑΤΙ** και **ΠΙΠΕΡΙ**
- ΡΙΓΑΝΗ**
- 1 κιλό **ΣΑΡΔΕΛΕΣ**, καθαρισμένες, πλυμένες και στραγγισμένες
- 4 κουταλιές **ΕΛΑΙΟΛΑΔΟ** τον χυμό από 1 **ΛΕΜΟΝΙ**
- 100 γρ. **ΑΜΠΕΛΟΦΥΛΛΑ**
- 1½ κουταλιά στιγμιαίο **ΖΩΜΟ** λαχανικών

ση φύλλα, άλλη μια στρώση σαρδέλες, ρίγανη και 4 με 5 φέτες λεμόνι. Σκεπάζετε τις σαρδέλες με κληματόφυλλα. **3.** Περιχύνετε τα φύλλα με το υπόλοιπο λάδι, βάζετε 5 με 6 φέτες λεμόνι από πάνω και ψήνετε σε φούρνο προθερμασμένο στους 220 βαθμούς, για μισή ώρα περίπου.

Σχολιασμός: Γράφει η Μαρία Ζερβού, Διαιτολόγος – Διατροφολόγος, zervou@mednutrition.gr

Η παραπάνω συνταγή συνιστά ένα ελαφρύ, πολύ γευστικό και αρωματικό γεύμα. Η σαρδέλα συγκαταλέγεται στα λιπαρά ψάρια και αυτό σημαίνει ότι είναι πλούσια σε ω-3 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, τα οποία είναι γνωστά για τη συμβολή τους στην καρδιαγγειακή υγεία. Η κύρια δράση τους αφορά στη βελτίωση των δεικτών της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων, αλλά και στη ρύθμιση της πίεσης μέσω βελτίωσης της ενδοθηλιακής λειτουργίας. Επίσης, περιέχει πρωτεΐνη υψηλής βιολογικής αξίας, που χορταίνει ιδιαίτερα, ενώ ως προς τα μικροθρεπτικά της συστατικά, ξεχωρίζει το ασβέστιο και ο φώσφορος, που προάγουν την υγεία των δοντιών και των οστών, και σε μικρότερες ποσότητες το σελήνιο και οι βιταμίνες D και B12. Ως μικρό ψάρι, η σαρδέλα, είναι φτωχή σε συγκέντρωση υδραργύρου, ενώ αξίζει να σημειώσουμε ότι επειδή τρώγεται με τα κόκαλα (εκτός αν είναι λίγο μεγαλύτερη και αφαιρέσει κανείς τη ραχοκοκαλιά της), είναι πλούσια σε ασβέστιο, προασπίζοντας την οστική υγεία. Το λεμόνι, χάρη στην περιεκτικότητά του σε κάλιο, συμβάλλει στη μείωση της αρτηριακής πίεσης. Τέλος, η ρίγανη, το πιο διαδεδομένο αρωματικό φυτό στη Μεσογειακή κουζίνα, διευκολύνει την πέψη, καταπολεμώντας τα συμπτώματα της παλινδρόμησης και τα φουσκώματα.

Σαρδέλες στα Κληματόφυλλα

Κατηγορία: ΨΑΡΙΑ-ΘΑΛΑΣΣΙΝΑ

Βαθμός δυσκολίας: (από 1-5): **1 - πολύ εύκολη +**

Χρόνος παρασκευής: 30 λεπτά

Χρόνος μαγειρέματος: 30 λεπτά



Εκτέλεση: **1.** Χτυπάτε 3 κουταλιές από το ελαιόλαδο με τον χυμό λεμονιού. Αλατίζετε τις σαρδέλες και τις περιχύνετε με το λαδολέμονο και τον στιγμιαίο ζωμό λαχανικών. **2.** Στρώνετε τον πάτο ενός ταψιού με κληματόφυλλα. Βάζετε επάνω στα φύλλα μια στρώση σαρδέλες, πασπαλίζετε με ρίγανη και σκορπίζετε 2 - 3 φέτες λεμόνι. Βάζετε άλλη μια στρώση

Χορηγοί και Δωρητές μέχρι 3/06/2015

Λάβαμε τα κάτωθι ποσά και ευχαριστούμε:

Αθανασιάδου Μαγδαληνή, Αστακός.....	50 €	Κομμά Ιουλία, Αθήνα.....	20 €	Σιδηράς Αναστάσιος, Περιστερί.....	40 €
Βαγιονάκη Μαρία, Αθήνα	20 €	Κουλτούκης Αλέκος, Λάρισα	20 €	Σίμος Ανδρέας, Φάρσαλα	50 €
Βλαστού Ευθυμία, Κερατσίνι	25 €	Κτιστάκη Μαρία, Χανιά.....	30 €	Σκιαδαρέση Μαρία, Αγ. Δημήτριος.....	50 €
Γκέβρος Νικόλαος, Φάρσαλα	20 €	Κυριλλής Κωνσταντίνος, Μαρούσι.....	30 €	Σταματοπούλος Νικόλαος, Αθήνα.....	30 €
Γκόρλα - Βαϊρακλιώτου Νίκη, Αθήνα	100 €	Λαμπρόπουλος Λάμπρος, Ηλιούπολη	30 €	Τζανέτος Γεώργιος, Κιάτο.....	25 €
Γούλας Σπύρος, Αγ. Δημήτριος.....	50 €	Λεβέντης Χρήστος, Ν. Ηράκλειο	20 €	Τζανίμης Αναστάσιος, Αθήνα.....	20 €
Γραμματικός Κωνσταντίνος, Πρέβεζα.....	20 €	Λυράκης Όθων, Αθήνα	20 €	Τηνιακού Κωνσταντίνα, Αθήνα.....	50 €
Δελατόλας Παύλος, Αθήνα.....	20 €	Μαλανδρής Μηνάς, Κάσος.....	50 €	Τουτουτζής Νικόλαος, Φάρσαλα.....	50 €
Ζέζος Πέτρος, Αλεξανδρούπολη	50 €	Μανιαδάκης Νικόλαος, Χανιά	20 €	Τσιολακίδου Γεωργία, Καβάλα.....	50 €
Θεοδωρίδης Νικόλαος, Αγ. Παρασκευή.....	700 €	Μάντζαρης Γεράσιμος, Κηφισιά.....	50 €	Τσιομπανίδης Ηλίας, Ορεστιάδα.....	50 €
Καλαμπάκας Γεώργιος, Αγία Λαρίσης	20 €	Μαυρίδης Σταύρος, Μεταμόρφωση.....	20 €	Τσουράπας Γεώργιος, Βόλος	20 €
Καλογεράκη Χρύσα, Χανιά.....	20 €	Παπαδημητρίου Δημήτριος, Λάρισα.....	15 €	Φαφαλιού Μαρία, Αθήνα.....	100 €
Καμπέρογλου Δημήτριος, Χαλάνδρι	50 €	Πασβαντίδης Νικόλαος, Σέρρες.....	20 €	Χιωτέλλης Μιχάλης, Μυτιλήνη.....	50 €
Καραγιάννη Μάγδα, Λάρισα.....	15 €	Πέρπερας Αντώνιος, Χαλάνδρι.....	50 €		
Καρανάσιος Αθανάσιος, Π. Φάληρο	30 €	Πολιτοπούλου Γαλάτεια, Αθήνα	20 €	In memoriam	
Καρατσιβούδη Χριστίνα, Πάτρα	20 €	Πρεβενιός Βασίλειος, Αμοργός	50 €	Σωκράτης Γεωργούλας, Αργυρούπολη	30 €
Καρούσου Αικατερίνη - Κλεοπάτρα,		Ραχωβίτης Αλέξανδρος, Λάρισα.....	50 €	Μνήμη Αντώνη Κολάρου	
Βύρωνας	20 €	Σεχόπουλος Παναγιώτης, Κηφισιά.....	50 €	Τζένη Σίμου, Χαλάνδρι	50 €
Κατρή Ελένη, Αθήνα	20 €	Σιδερέα Φανή, Ρόδος.....	30 €	Μνήμη Γεωργίου Σίμου	

Αίτηση Εγγραφής Μέλους

Όνοματεπώνυμο:

Διεύθυνση:

Πόλη / Νομός:

Ταχ. Κώδικας:

Επάγγελμα:

Ειδικότητα (μόνο για ιατρούς - διατροφολόγους):

e-mail:

Τηλέφωνο:

Fax:

Επιθυμώ να γίνω συνδρομητής (20 € ετήσια συνδρομή)

Τρόποι πληρωμής συνδρομών, εφόσον προηγηθεί η εγγραφή μέλους:

- με ταχυδρομική επιταγή επ' ονόματι του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.

- με προσωπική επιταγή επ' ονόματι του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.

- με κατάθεση απευθείας στον τραπεζικό λογαριασμό*:

ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ Αρ. Λογαριασμού: 5050 - 019 - 529 - 067

*Εάν η κατάθεση γίνει ανώνυμα, παρακαλούμε ενημερώστε τη γραμματεία για τη συνδρομή σας

Όλοι συμφωνούν ότι το πρωινό είναι το σημαντικότερο γεύμα της ημέρας!



Με βάση αυτή την διαπίστωση, το κόμικ «Ιστορίες πρωινού» διδάσκει σε μικρούς και μεγάλους τη σημασία του πρωινού για την καλή υγεία του παιδιού, τη σωστή του ανάπτυξη και τις καλύτερες σχολικές επιδόσεις!

Χαρίζοντας στο παιδί σας αυτό το έξυπνο κόμικ, θα του δώσετε ένα χρήσιμο «μάθημα Διατροφής» για όλη του τη ζωή.

Με την υπογραφή της Κλινικής Διαιτολόγου - Διατροφολόγου, *M.Sc.*, **Αλεξάνδρας Κουμπίτσκι**

Διαδείτε στο medNutrition.gr/eshop





Πατριάρχου Ιωακείμ 30,
Αθήνα 10675
τηλ./fax: 210 7231332
www.eligast.gr
e-mail: info@eligast.gr

Το **Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής (ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.)** είναι κοινωφελής μη κερδοσκοπικός οργανισμός, που δημιουργήθηκε για την προαγωγή της έρευνας και εκπαίδευσης στα νοσήματα του πεπτικού συστήματος και τη σημασία της διατροφής.

Βασικοί Σκοποί του ιδρύματος είναι η υποστήριξη ερευνητικών προγραμμάτων και, κυρίως, η διεξαγωγή επιδημιολογικών μελετών στα νοσήματα του πεπτικού και στις επιδράσεις της διατροφής, η ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των πολιτών στην έγκαιρη διάγνωση των νοσημάτων και η ενημέρωση του κοινού σε θέματα υγιεινής διατροφής ως μέσο πρόληψης και αντιμετώπισης των νοσημάτων.