

Υγεία

Δ ρ ά σ η + Ζ ω ή

Οι νέες θεραπείες για τα αυτοάνοσα νοσήματα

- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
 - Ψωρίαση • Νόσος του Crohn
 - Σκλήρυνση κατά πλάκας
- +** άλλες ασθένειες

Wyeth

Με έμπνευση για έναν υγιέστερο κόσμο

Η σωστή διατροφή για τους ασθενείς

Ρεσβερατρόλη: το μυστικό για νιάτα
που διαρκούν και καρδιά που αντέχει...

Τι σώζει τους Γάλλους από τις καρδιοπάθειες;

η εκπληκτική αντιοξειδωτική ουσία
του κόκκινου κρασιού.

Θαύματα
της φύσης...

Πέτρο, σήμερα
σφύζεις από υγεία!

Ναι!
Έπια 138 ποτήρια
κόκκινο κρασί!

...αλλά χωρίς
το αλκοόλ...

Η ρεσβερατρόλη έγινε αρχικά γνωστή σαν το ισχυρό αντιοξειδωτικό που προστάτευε τους Γάλλους από τις καρδιοπάθειες.

Πράγματι, έρευνες έδειξαν ότι οι λαοί που καταναλώναν τροφές πλούσιες σε κορεσμένα λίπη υπέφεραν από υψηλά ποσοστά καρδιαγγειακών παθήσεων. Μόνη εξαίρεση οι Γάλλοι ("γαλλικό παράδοξο").

Ακολούθησαν έρευνες που υπέδειξαν σαν υπεύθυνο του περιέργου φαινομένου τη ρεσβερατρόλη, συστατικό του κόκκινου κρασιού. Ως γνωστόν, οι Γάλλοι πίνουν άφθονο κόκκινο κρασί.

Πρόσφατα, σημειώθηκε ερευνητική έκρηξη σχετικά με τη ρεσβερατρόλη, με αποτέλεσμα να αποκαλυφθούν και νέες ιδιότητες. Έτσι, σήμερα η ρεσβερατρόλη θεωρείται εξαιρετικά ευεργετική για την υγεία μας, τόσο γενικά, όσο και στους ακόλουθους τομείς:

- Καρδιαγγειακή υγεία
- Εγκεφαλικές λειτουργίες
- Υγιή επίπεδα ζαχάρου
- Έλεγχος κυτταρικής διαίρεσης
- Αντιγήρανση
- Υγεία οστών
- Μυϊκή ισχύς
- Υγεία ματιών

RESVERATROL 125 της Nature's Plus:

Κάθε δόση περιέχει, τόση ρεσβερατρόλη, όση 138 ποτήρια κόκκινο κρασί!

- Η ισχυρότερη φόρμουλα ρεσβερατρόλης, διεθνώς.
- Απίστευτη αντιοξειδωτική ισχύς: 7.500 μονάδες ORAC.
- Με συνεργικά αντιοξειδωτικά υπερ-φρούτα και βότανα (ρόδι, acai, noni, πράσινο τσάι, κ.ά.), για μέγιστη προστασία.
- Παρατεταμένη αποδέσμευση συστατικών, για μέγιστη απορρόφηση.
- Χωρίς αλκοόλ, γλουτένη, συντηρητικά, τεχνητά χρώματα.

Διπλή εγγύηση ταυτότητας προϊόντος, με ποιοτική / ποσοτική ανάλυση ανεξάρτητου εργαστηρίου.



Γεν. Αντ/πος: NATURAL PLUS ΑΕ | Αγ. Γεωργίου 14 | 151 27 Μελάσια
Τηλ.: 210 61.32.478, 210 61.34.604 | www.naturesplus.com
Β. Ελλάδα: Τηλ.: 2310 430 035 | Κέρκυρα: Τηλ.: 00357 25761276

Nature's Plus.
The Energy Supplements.

ΚΑΤΑΘΕΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ MARFIN

Νέος Λογαριασμός Ταμιευτηρίου
MARFIN | ΤΑΜΙΕΥΤΗΡΙΟ + ΥΓΕΙΑ

Για πρώτη φορά, σημαντικές παροχές υγείας με ένα λογαριασμό ταμιευτηρίου



Κάνουμε το καλύτερο για την υγεία σας.

Η MARFIN EGNATIA BANK νοιάζεται και σας προσφέρει, ανεξαρτήτως ηλικίας, σημαντικές παροχές υγείας στα Νοσοκομεία και τα Διαγνωστικά Κέντρα του Ομίλου ΥΓΕΙΑ.

- **ΔΩΡΕΑΝ** απεριόριστες επισκέψεις σε ιατρούς 32 ειδικοτήτων.
- Σημαντικές εκπτώσεις σε διαγνωστικές εξετάσεις.
- **ΔΩΡΕΑΝ** μαστογραφία για γυναίκες και τεστ κοπώσεως για άνδρες.
- **€60** για ενήλικες και **€40** για παιδιά ηλικίας έως 14 ετών, που θα σας επιστραφούν εάν το μέσο ετήσιο υπόλοιπο κατάθεσης είναι €2.500.

Με τη δύναμη της MARFIN

Με τη συνεργασία των



Για περισσότερες πληροφορίες καλέστε:
 ☎ 210 93 04 400
www.marfinegnatia.gr



MARFIN EGNATIA BANK

Ας κάνουμε τη ζωή... λίγο καλύτερη

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ ΤΕΥΧΟΥΣ

ΑΝΔΡΕΑΣ ΚΑΤΣΑΜΠΑΣ

Καθηγητής Δερματολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, πρόεδρος Ευρωπαϊκής Εταιρείας Δερματολογίας και Αφροδισιολογίας

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΓΑΡΥΦΑΛΛΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας - Κλινικής Ανοσολογίας στην Ιατρική Σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

ΙΩΑΝΝΗΣ Κ. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ, PhD, F.E.B.G., M.A.C.G.

Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιασίου, διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου Νίκαιας

ΠΕΤΡΟΣ ΣΦΗΚΑΚΗΣ

Αναπληρωτής καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, υπεύθυνος Ρευματολογικής Μονάδας και Ερευνητικού Ανοσολογικού Εργαστηρίου Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

ΑΛΕΞΗΣ Κ. ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ

Χειρουργός, αναπληρωτής καθηγητής Χειρουργικής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ - ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΣ

Χειρουργός - Οφθαλμίατρος, αναπληρωτής καθηγητής Οφθαλμολογίας στο Πανεπιστήμιο της Νέας Υόρκης

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΚΑΣΙΜΟΣ

Ρευματολόγος, αρχίατρος στο 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Αντιρρευματικού Αγώνα

ΚΛΗΜΕΝΤΙΝΗ ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Νευρολόγος, διευθύντρια του Νευρολογικού Τμήματος στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γεώργιος Γεννηματάς»

Ν. Ι. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ

Ιδρυτικός διευθυντής της Αιματολογικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γεώργιος Γεννηματάς»

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Ι. ΤΡΟΝΤΖΑΣ

Ρευματολόγος, διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, υπεύθυνος Ρευματολογικής Κλινικής - Κέντρου Οστεοπόρωσης 3ο Νοσοκομείο ΙΚΑ, Αθήνα

ΑΝΔΡΙΑΝΗ ΒΑΖΑΙΟΥ

Παιδίατρος, αναπληρώτρια διευθύντρια Α' Παιδιατρικής Κλινικής, υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου Νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. Κυριακού»

ΧΑΡΗΣ Δ. ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΣ, MmedSci, SRD

Κλινικός Διαιτολόγος - Βιολόγος, προϊστάμενος Διαιτολογικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Λαϊκό», μέλος Διοικητικού Συμβουλίου Εταιρείας Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

ΜΕΡΟΠΗ ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ

Κλινική Διαιτολόγος Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Λαϊκό», λέκτορας Κλινικής Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

ΚΑΛΛΙΟΠΗ - ΑΝΝΑ ΠΟΥΛΙΑ, MMedSci, AssocNutr

Κλινική Διαιτολόγος - Διατροφολόγος στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

ΑΣΤΕΡΙΑ ΣΤΑΜΑΤΑΚΗ, MSc

Κλινική Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, επιστημονική συνεργάτιδα Γαστρεντερολογικής Κλινικής Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας

ΤΑ ΝΕΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΚΔΟΣΕΩΝ:
ΜΗΝΑΣ ΒΙΝΤΙΑΔΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΡΟΥΛΑ ΤΣΟΥΛΕΑ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΥΛΗΣ: ΓΙΩΡΓΟΣ ΜΠΑΛΤΚΑΣ

ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

ΜΑΡΙΑ ΚΟΝΤΗ

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ: ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΔΑΝΑΛΗ

ΣΕΛΙΔΟΠΟΙΗΣΗ: ΑΝΔΡΟΝΙΚΟΣ ΜΑΘΙΟΥΔΑΚΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ: ΒΙΚΥ ΠΑΡΘΕΝΗ

211-365.9822, e-mail: vpartheni@dolnet.gr

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ ΕΞΩΦΥΛΛΟΥ - ΤΕΥΧΟΥΣ:
VISUALPHOTOS.com

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΦΙΕΡΩΜΑ

ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ



06 ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

«Η ψωρίαση δεν είναι ντροπή»

ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Επώδυνη ναι, αλλά πλέον δεν παραμορφώνει



08 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ: Όταν το

ανοσοποιητικό χάνει τον έλεγχο

12 ΨΩΡΙΑΣΗ: Δεινό για 120.000

Έλληνες

22 ΣΠΟΝΔΥΛΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ: Η

«αγκύλωση» στην πλάτη

26 ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΑ: Πρόβλημα σε

δέρμα και εσωτερικά όργανα

32 ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ: Η

νόσος με τα πολλά πρόσωπα

36 ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1:

Φυσιολογική ζωή, παρά τα προβλήματα

40 ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ: Πληγές στο

πεπτικό πριν από τα 30

44 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΚΡΟΝ: Απειλή για

εφύβους και νέους



55

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Όλα όσα πρέπει να ξέρουν οι ασθενείς σε 14 σελίδες

48 ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΑ:

Κίνδυνος αιμορραγίας

52 ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ: Τα αυτοάνοσα

πλήττουν και τα μάτια

70 ΟΔΗΓΟΣ: Τα ρευματολογικά ιατρεία

στα δημόσια νοσοκομεία

COMPASSION

Επιδιώκουμε να κάνουμε την πραγματική διαφορά στη ζωή των ανθρώπων σε όλο τον κόσμο, ανακαλύπτοντας, εξελίσσοντας και παρέχοντας φάρμακα τα οποία αποτελούν καινοτομίες, αλλά και υποστηρίζοντας σημαντικές πρωτοβουλίες για την υγεία, την εκπαίδευση και τις κοινωνίες.



Great Place to Work® Institute Europe Credibility Special Award 2009
Η πιο αξιόπιστη εταιρεία της Ευρώπης



Bristol-Myers Squibb

ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΠΑΠΑΣΤΑΜΟΥ

Η ΨΩΡΙΑΣΗ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΝΤΡΟΠΗ

«ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ. ΑΠΟΔΕΧΘΗΚΑ ΟΜΩΣ ΤΗΝ ΨΩΡΙΑΣΗ ΚΑΙ ΕΜΑΘΑ ΝΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΖΟΜΑΙ ΣΩΣΤΑ ΤΙΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ. ΤΗΝ ΨΩΡΙΑΣΗ Ή ΤΗΝ ΑΠΟΔΕΧΕΣΑΙ Ή ΣΕ ΤΡΩΕΙ». ΣΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 12 ΕΤΩΝ Η ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΠΑΠΑΣΤΑΜΟΥ ΕΙΔΕ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΤΟ ΔΕΡΜΑ ΤΗΣ ΝΑ ΞΕΡΑΙΝΟΝΤΑΙ ΚΑΙ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙΤΑΙ... ΛΕΠΙ. «ΠΗΓΑ ΣΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ, Ο ΟΠΟΙΟΣ ΚΑΙ ΔΙΕΓΝΩΣΕ ΨΩΡΙΑΣΗ».

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ: ΓΙΑΝΝΗΣ ΔΕΒΕΤΖΟΓΛΟΥ,
gdevetzoglou@dolnet.gr

Η Αλεξάνδρα Παπαστάμου ήταν συνεσταλμένο παιδί. Ήταν από αυτά τα παιδιά που δεν ανηδρούν, δεν ξεσπούν. Κι αυτό πιστεύει η ίδια πως ίσως και ήταν ένας βασικός παράγοντας που βοήθησε την ψωρίαση να εκδηλωθεί. «Αντέδρασε το σώμα μου. Σε ηλικία 12 ετών εμφανίστηκαν δύο πλάκες με λέπια στο δέρμα μου. Οι γονείς μου ανησύχησαν. Με πήγαν κατευθείαν στον καθηγητή Δερματολογίας. Ο κ. Στρατηγός διέγινωσέ ψωρίαση. Φάρμακα εξειδικευμένα δεν υπήρχαν και είχε κάνει λόγο, τότε, για ψυχολογική υποστήριξη. Οι γονείς μου έμειναν άφωνοι. Δεν μιλούσε κανείς τότε για παράγοντες στρες και ψυχοθεραπεία».

Ο γιατρός εξήγησε στην οικογένεια ότι δεν θα θεραπευόταν ποτέ. Ότι θα ήταν μία χρόνια κατάσταση με εξάρσεις και υφέσεις των συμπτωμάτων. Άλλοτε δηλαδή θα εμφανίζονταν τα ξερά σημεία στο δέρμα και άλλοτε θα εξαφανίζονταν. Η ίδια και οι γονείς της το αντιμετώπισαν με αρκετή ψυχραιμία.

«Γενικά δεν ήταν πολύ σοβαρή η μορφή της νόσου. Τα συμπτώματα δεν εμφανίστηκαν στο πρόσωπό μου ποτέ. Σε φάσεις έξαρσης εμφανίζονταν στα

Με λίγα λόγια

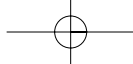
*** Οικογενειακή κατάσταση:**

παντρεμένη με τρία παιδιά

*** Ηλικία:** 37

*** Επάγγελμα:** ζωγράφος, ειδίκευση στην παιδική ζωγραφική πρόεδρος του συλλόγου υποστήριξης ασθενών με ψωρίαση Καλυψώ





πόδια μου, στους αγκώνες και τα χέρια» εξηγεί η κ. Παπαστάμου. Η ίδια έμαθε από την αρχή να καταπολεμά την ψωρίαση. Η αρχή έγινε με το να αποδεχθεί ότι βρίσκεται σε μια νέα κατάσταση. Ακολούθως, να κατανοήσει ότι το αισθητικό μέρος της υπόθεσης μπορεί να προκαλούσε εντύπωση σε κάποιους ανθρώπους, αλλά επί της ουσίας δεν σήμαινε κάτι. Ωστόσο, ειδικά όταν ήταν παιδί, αντιμετώπισε προβλήματα...

«Τα πράγματα όμως δυσκόλεψαν περισσότερο. Ένα περιστατικό που με σημάδεψε ήταν σε ηλικία 16 ετών, ενώ ήμουν με φίλους στην παραλία. Άκουσα κάποιον να λέει “εάν μπει η ψωρίαρά στη θάλασσα εγώ δεν μπαίνω”. Οι φίλοι μου εξοργίστηκαν και τον αντιμετώπισαν όπως έπρεπε!» λέει.

Παρ’ όλα αυτά, η ίδια θεωρεί συνηθισμένη και όχι απαραίτητα κακή τη γενική στάση να τραβάει την προσοχή ό,τι είναι διαφορετικό. Θεωρεί δε πιο σημαντικό να γνωρίζει κάποιος την κατάσταση και να εκπαιδεύεται για να αντιμετωπίσει δίχως στρες τα μάτια που πέφτουν επάνω του.

«Οι άνθρωποι με ψωρίαση έχουμε αυτό το πρόβλημα. Δεν είναι όλοι οι άνθρωποι διακριτικοί και επειδή έχεις μάθει να ζεις καλύπτοντας με ρούχα τα σημεία του σώματος που παρουσιάζουν συμπτώματα, όταν κάποιος σε κοιτάζει περισσότερη ώρα, νιώθεις αμηχανία. Αρκετοί δεν φορούν μαγιό ή κοντομάνικο. Προτιμούν να υποφέρουν οι ίδιοι, από το να μπουν στη διαδικασία να τους ρωτήσει κάποιος τι έχουν».

ΣΥΜΜΑΧΟΣ Ο ΗΛΙΟΣ

Ετσι, πριν από 25 χρόνια όταν υπήρχαν μόνο κρέμες και η βασική θεραπεία ήταν ο ήλιος ο οποίος είναι «μαγικός» στην εξάλειψη των συμπτωμάτων, η κ. Παπαστάμου άλλαξε τρόπο ζωής και καθημερινές συνήθειες και έμαθε να αντιμετωπίζει «έξυπνα» την εμφάνιση των συμπτωμάτων.

«Έκανα το πρώτο μπάνιο την Κυριακή του Πάσχα και τον Ιούνιο ήμουν ήδη μαυρισμένη. Έτσι δεν φαίνονταν ούτε τα ελάχιστα σημεία. Δεν είχα ποτέ πρόβλημα στην αντιμετώπιση από το αντίθετο φίλο. Με ρωτούσαν τι είναι αυτό, εξηγούσα και όλα κυλούσαν ομαλά».

Χρησιμοποιούσε επίσης μια ενυδατική κρέμα για να φύγει το λέπι. Έμαθε να ντύνεται. Προσάρμοσε τον τρόπο ζωής της σύμφωνα με την ψωρίαση.

Για παράδειγμα φορούσε τον χειμώνα σκούρο καλσόν κι έτσι μπορούσε να βάσει οποιαδήποτε φούστα ή φόρεμα επιθυμούσε, ενώ παρότι είχε λέπι και στους αγκώνες, δεν σταμάτησε να φοράει κοντομάνικο.

Είτε με σωστή αντιμετώπιση είτε κάποιες φορές με απόκρυψη των μεγάλων σημείων δέρματος, δεν επέτρεψε ποτέ στην ψωρίαση να γίνει τροχοπέδη στη ζωή της.

Ωστόσο, όσο μεγάλωνε, έψαχνε για εναλλακτικές θεραπείες, μια και η κλασική ιατρική δεν είχε πολλά να της προσφέρει.

«Έχω δοκιμάσει ό,τι εναλλακτικό υπάρχει. Πάντα ανατρέχεις εκεί όταν βλέπεις ότι στην κλασική ιατρική δεν υπάρχει ριζική θεραπεία. Και αυτό είναι τελείως ανθρώπινο. Έκανα ομοιοπαθητική και βελονισμό. Μου έφεραν κάποιες αλοιφές, κάποια βότανα, υγρά από μαντζούνια. Δεν ένιωσα όμως την ανάγκη να δοκιμάσω. Γνωρίζω κάποιους ανθρώπους που τους έχουν βοηθήσει, κάποιους που τους έχουν κάνει κακό», εξηγεί.

Στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων η κ. Παπαστάμου πιστεύει ότι

«Ο μεγάλος φόβος του άηλου είναι μην κολλήσει κάτι από εσένα. Μπερδεύονται με την ψώρα. Μακάρι να ήταν ψώρα. Διότι η ψώρα θεραπεύεται, η ψωρίαση αντιμετωπίζεται»

ιδιαίτερα ευεργετικό αποτέλεσμα, εκτός της διαχείρισης του στρες, έχει η διατροφή, καθώς και οι καθημερινές συνήθειες.

«Οχι κάπνισμα, όχι τσιγάρια, όχι αλκοόλ, σωστή και ισορροπημένη διατροφή. Ό,τι ισχύει δηλαδή για τη σωστή λειτουργία του οργανισμού. Ό,τι ισχύει για την πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων και καρκίνου, ισχύει και για την ψωρίαση».

Όσον αφορά τη διαχείριση του στρες, η κ. Παπαστάμου μάς εξηγεί: «Με την ψυχοθεραπεία βλέπεις καλύτερα και βελτιώνεις την ποιότητα ζωής σου. Μετριάζει το άγχος είτε αυτό είναι επαγγελματικό είτε κοινωνικό είτε οικογενειακό. Έχουμε δει στο Σωματείο ανθρώπους που με ψυχολογική υποστήριξη, είτε σε ομάδες είτε σε ατομικά, αποδέχονται τη νόσο, μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν την καθημερινότητά τους, να μετριάσουν το άγχος».

Γενικά, η ψυχοθεραπεία σου δίνει τα εχέγγυα και την εκπαίδευση για μείωση του στρες, σωστές αντιδράσεις και αντιμετώπιση ακραίων καταστάσεων.

«Για παράδειγμα, το καλύτερο είναι όταν βλέπεις ότι κάποιος κοιτάζει τα σημάδια να του πεις αμέσως τι είναι. Οπότε του καλύπτεις

την περιέργεια και δεν του αφήνεις το περιθώριο να σε κάνει να αισθανθείς άσχημα. Ο μεγάλος φόβος του άλλου είναι μην κολλήσει κάτι από εσένα. Μπερδεύονται με την ψώρα. Μακάρι να ήταν ψώρα. Διότι η ψώρα θεραπεύεται, η ψωρίαση αντιμετωπίζεται» εξηγεί.

ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Μάλιστα ως πρόεδρος του συλλόγου ασθενών που αντιμετωπίζουν ψωρίαση γνωρίζει ποιες κατευθύνσεις και σε ποιους ειδικούς πρέπει να απευθυνθεί κάποιος.

«Ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζουν αρκετοί ασθενείς είναι η κατάχρηση των φαρμάκων. Όλα αυτά τα φάρμακα πρέπει να τα χορηγεί γιατρός, δεν είναι ασπιρίνες. Είναι επικίνδυνα εάν ξεφύγουν οι δοσολογίες. Και εάν ξεφύγουν, δεν πρόκειται να εξαφανιστούν τα συμπτώματα πιο γρήγορα, αλλά να κάνουν κακό στον οργανισμό.

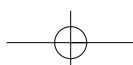
Πρέπει επίσης να υπάρχει καλή σχέση γιατρού - ασθενούς, να μπορεί να τον πάρει τηλέφωνο ανά πάσα στιγμή και να μιλήσει» συμβουλεύει η κ. Παπαστάμου.

Η ίδια, ούσα μητέρα, εξήγησε στα παιδιά της ότι μπορεί σε κάποια στιγμή της ζωής τους να εμφανίσουν κι αυτά ψωρίαση.

«Τους εξήγησα πως αυτό δεν είναι εμπόδιο στη ζωή τους, όπως δεν είναι και στη δική μου. Δεν θα πρέπει να τα απασχολεί. Υπάρχει μια μερίδα γονιών που ντρέπονται, προσπαθούν να το καλύψουν από το παιδί, του δημιουργούν ενοχές και τελικά πρόβλημα, χωρίς να υπάρχει. Οι δικοί μου γονείς με βοήθησαν να το αντιμετωπίσω. Ποτέ δεν μου είπαν να το καλύψω, γι’ αυτό και είχα μία φυσιολογική ζωή και αυτό προσπαθώ να περάσω και στα παιδιά μου». Καταλήγει πως «η ψωρίαση δεν είναι ντροπή, δεν είναι μεταδοτική. Πρέπει να την αποδεχθούμε και να ζούμε με αυτή. Και να μη στερούμε τον εαυτό μας από οτιδήποτε ωραίο υπάρχει στη ζωή!» ■

Σύλλογος Καλυψώ

Ετήσια συνδρομή 25 ευρώ. Περιλαμβάνει ψυχολογική στήριξη, σεμινάρια, τηλεφωνική στήριξη.
<http://www.kalipso.gr>, 210-7212.002



ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

ΤΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΟ

ΤΟ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΧΕΙ ΖΩΤΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΜΑΣ, ΑΦΟΥ Η ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΔΥΝΑΜΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣ ΚΑΘΙΣΤΑ ΕΥΑΛΩΤΟΥΣ ΣΤΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ. ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΕΝΑ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΠΟΛΥΠΛΟΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΛΥΤΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΠΟΥ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΟΥΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ. Η ΒΑΣΙΚΟΤΕΡΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΝΑ ΔΙΑΚΡΙΝΕΙ ΤΟ «ΔΙΚΟ ΜΑΣ» ΑΠΟ ΤΟ «ΞΕΝΟ».

Υπό φυσιολογικές συνθήκες, ο «στρατός» των λευκών αιμοσφαιρίων που διαθέτει ο ανθρώπινος οργανισμός αντιδρά σε κάθε είδους εισβολέα ή ξένο σώμα, όπως είναι οι ιοί, τα βακτήρια, τα παράσιτα, οι τοξίνες, αλλά ακόμα και τα όργανα ή οι ιστοί που μεταμοσχεύονται.

Ωστόσο, το ίδιο το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να προκαλέσει νοσήματα όταν δυσλειτουργήσει και πάψει να αναγνωρίζει ως «δικά του» ιστούς και κύτταρα του ίδιου του οργανισμού. Τότε αρχίζει να επιτίθεται, προκαλώντας σοβαρές βλάβες σε διάφορα όργανα. Οι ασθένειες που προκαλούνται από τέτοιου είδους επιθέσεις αποκαλούνται αυτοάνοσα νοσήματα.

Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί περισσότερα από 80 αυτοάνοσα νοσήματα, από τα οποία άλλα αφορούν ένα όργανο (όπως ο διαβήτης τύπου 1) και άλλα πολλά όργανα (όπως ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος).

Μολονότι τα αυτοάνοσα νοσήματα, μεμονωμένα, θεωρούνται σπάνιες ασθένειες, όλα μαζί προσβάλλουν μεγάλο ποσοστό του γενικού πληθυσμού. Υπολογίζεται πως 3%-5% σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (δηλαδή 300.000 έως 500.000 άτομα μόνο στην Ελλάδα) πάσχουν από ένα ή περισσότερα αυτοάνοσα νοσήματα. Από τους ασθενείς αυτούς, δυσανάλογα μεγάλο ποσοστό είναι γυναίκες και μάλιστα αναπαραγωγικής ηλικίας. Πιστεύεται ότι για άγνωστους λόγους, η συχνότητα των αυτοάνοσων νοσημάτων αυξάνεται διαρκώς.

Εάν πατέρας της Ανοσολογίας θεωρείται ο Άγγλος γιατρός Edward Jenner (1749-1823), που πρώτος εφήρμοσε το εμβόλιο του δαμαλισμού κατά της ευλογιάς, πατέρας της Αυτοανοσίας πρέπει να θεωρηθεί ο Γερμανός γιατρός Paul Ehrlich (1854-1915), που πρώτος το 1901 μίλησε για τον λεγόμενο «αυτοτοξικό τρόπο»



Του
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ ΓΑΡΥΦΑΛΛΟΥ

Καθηγητή Παθολογίας - Κλινικής Ανοσολογίας στην Ιατρική Σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

(Horror autotoxicus). Την καταστροφή, δηλαδή, του οργανισμού όταν αυτός στρέφεται κατά του εαυτού του.

ΑΙΤΙΕΣ

Όλοι οι εχθροί που προαναφέρθηκαν (πραγματικοί ή «φανταστικοί») λειτουργούν ως επιβλαβείς ουσίες που λέγονται αντιγόνα. Το ανοσοποιητικό σύστημα εντοπίζει αυτά τα αντιγόνα και προσπαθεί να τα καταστρέψει, είτε παράγοντας δικές του ουσίες, τα αντισώματα, είτε δημιουργώντας στρατιές ειδικών κυττάρων εναντίον του συγκεκριμένου αντιγόνου.

Κατά τη γέννησή του, ο οργανισμός διαθέτει τρισεκατομμύρια διαφορετικών κυττάρων, τα οποία είναι ικανά να αναγνωρίζουν τόσο τα ποικίλα ξένα όσο και τα δικά του αντιγόνα (αυτοαντιδρώντα κύτταρα).

Στα πρώτα στάδια της ζωής, φυσιολογικά, ο οργανισμός πρέπει εξαλείψει με πολύπλοκους μηχανισμούς όλα τα κύτταρα που είναι ικανά να αναγνωρίζουν τα δικά του και να επιτρέψει την

Μολονότι τα αυτοάνοσα νοσήματα, μεμονωμένα, θεωρούνται σπάνιες ασθένειες, όλα μαζί προσβάλλουν μεγάλο ποσοστό του γενικού πληθυσμού.

Υπολογίζεται πως 3%-5% σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (δηλαδή 300.000 έως 500.000 άτομα μόνο στην Ελλάδα) πάσχουν από ένα ή περισσότερα αυτοάνοσα νοσήματα

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Συχνοί «στόχοι» και συνέπειες



Σχεδόν όλα τα όργανα του οργανισμού είναι δυνατόν να προσβληθούν από αυτοάνοσο νόσημα.

Τα περισσότερα ρευματικά νοσήματα (η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, το αντιψωφολιπιδικό σύνδρομο, η σκληροδερμία, το σύνδρομο Sjögren, οι αγγειίτιδες, οι μυοσίτιδες, οι σπονδυλαρθρίτιδες κ.λπ.) είναι αυτοάνοσα. Γι' αυτό και τα ρευματικά νοσήματα βρίσκονται στην πρωτοπορία της έρευνας στον τομέα αυτό.

Άλλα παραδείγματα νοσημάτων αυτοάνοσης αρχής είναι: στο νευρικό σύστημα η κατά πλάκας σκλήρυνση και η μυασθένεια, στα μάτια οι ραγοειδίτιδες, στον θυρεοειδή η αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα Hashimoto και η νόσος του Graves, στο δέρμα η ψωρίαση, η λεύκη και η νέκρωση, στο ήπαρ διάφορες αυτοάνοσες ηπατίτιδες, στο πάγκρεας ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου Ι, στο έντερο η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn, στο αίμα διάφορες αιμολυτικές αναιμίες και, τέλος, στο νεφρό οι ποικίλες σπειραματονεφρίτιδες.

Ένας ασθενής μπορεί να έχει ταυτοχρόνως περισσότερα από ένα αυτοάνοσα νοσήματα. Έτσι, δεν αποκλείεται σε έναν ασθενή να συνυπάρχουν η ρευματοειδής αρθρίτιδα και το σύνδρομο Sjögren, ο ερυθηματώδης λύκος και η αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα κ.λπ. Από τα προαναφερόμενα γίνεται αντιληπτό ότι τα αυτοάνοσα νοσήματα δεν αφορούν μόνο ορισμένες αλλά, πρακτικά, όλες τις ειδικότητες της Ιατρικής.

επιβίωση μόνο των κυττάρων που αναγνωρίζουν τα ξένα αντιγόνα. Ορισμένα όμως από τα αυτοαντιδρώντα κύτταρα δεν καταστρέφονται, αλλά «εκπαιδεύονται» μαθαίνοντας να μην αντιδρούν. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται αυτοανοχή.

Υπό ορισμένες συνθήκες, η αυτοανοχή παύει να λειτουργεί οπότε δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για την ανάπτυξη των αυτοάνοσων νοσημάτων. Ανοχή μπορεί να αναπτυχθεί και σε ξένα αντιγόνα. Χαρακτηριστική περίπτωση είναι η εγκυμοσύνη, η οποία πρέπει να θεωρηθεί, από ανοσολογικής πλευράς, η πιο επιτυχημένη περίπτωση «μεταμόσχευσης»!

Παρότι έχουν γίνει τεράστια βήματα στην έρευνα, δεν είναι γνωστοί μέχρι σήμερα όλοι οι ακριβείς παράγοντες και οι μηχανισμοί που μπορεί να οδηγήσουν στην αυτοανοσία.

Ένας από αυτούς είναι η κληρονομικότητα. Παρότι μπορεί

ένα άτομο να κληρονομήσει την προδιάθεση για ένα αυτοάνοσο νόσημα, τα νοσήματα αυτά δεν είναι κληρονομικά, διότι εκτός από την κληρονομική προδιάθεση πρέπει να μεσολαβήσουν πολλοί άλλοι παράγοντες, εξωγενείς και ενδογενείς, για να δημιουργηθεί ένα αυτοάνοσο νόσημα. Επομένως, δεν πρέπει σε καμία περίπτωση οι γονείς να αισθάνονται ένοχοι και υπεύθυνοι.

Άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι το ορμονικό περιβάλλον αφού, όπως προαναφέρθηκε, τα αυτοάνοσα νοσήματα συχνά «προτιμούν» τις γυναίκες. Η εγκυμοσύνη, άλλοτε προκαλεί έξαρση του νοσήματος (όπως στον συστηματικό ερυθηματώδη λύκο) και άλλοτε καταστολή (όπως στη ρευματοειδή αρθρίτιδα).

Μικροβιακοί παράγοντες, ιοί και φάρμακα έχουν ενοχοποιηθεί επίσης για την ανάπτυξη αυτοανοσίας.

Πρέπει να τονιστεί ότι κάθε αυτοάνοση αντίδραση στον οργανισμό δεν οδηγεί απαραίτητα στην ανάπτυξη αυτοάνοσου νοσήματος.

Έτσι, για παράδειγμα, αυτο-αντισώματα είναι δυνατόν να δημιουργηθούν κατά τη διάρκεια μιας λοίμωξης ή και με την πάροδο της ηλικίας, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι θα δημιουργηθεί αναγκαστικά βλάβη σε κάποιο όργανο. Οι αντιδράσεις αυτές είναι αυτοπεριοριζόμενες. Για τον λόγο αυτό, είναι παντελώς άσκοπο να επαναλαμβάνουμε ειδικές ανοσολογικές εξετάσεις για να ανακαλύψουμε, τυχόν, ένα αυτοάνοσο νόσημα. Οι εξετάσεις αυτές έχουν νόημα μόνο όταν υπάρχουν συμπτώματα και εκτελούνται αποκλειστικά

με την υπόδειξη γιατρού.

Η σημερινή επικρατούσα επιστημονική άποψη είναι ότι η αυτοάνοσία όχι μόνο δεν είναι πάντοτε βλαπτική για τον οργανισμό, αλλά είναι – ίσα ίσα – απαραίτητη για τη διατήρηση του ανοσολογικού συστήματος σε εγρήγορση.

ΣΤΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Τα συμπτώματα των αυτοάνοσων νοσημάτων, δυστυχώς, δεν είναι ειδικά και θα μπορούσαν να εμφανιστούν και σε δεκάδες άλλα, μη αυτοάνοσα νοσήματα.

Παρ' ότι μπορεί ένα άτομο να κληρονομήσει την προδιάθεση για ένα αυτοάνοσο νόσημα, τα νοσήματα αυτά δεν είναι κληρονομικά, διότι εκτός από την κληρονομική προδιάθεση πρέπει να μεσοδιαβήσουν πολλοί άλλοι παράγοντες, εξωγενείς και ενδογενείς, για να δημιουργηθεί ένα αυτοάνοσο νόσημα

Διαφέρουν σημαντικά από νόσημα σε νόσημα και μπορεί συχνά να εμφανίζονται με εξάρσεις και υφέσεις. Ως προς την έντασή τους, άλλοτε εκδηλώνονται με θορυβώδη φαινόμενα και άλλοτε με εντελώς ύπουλες και αμβληκρές εκδηλώσεις.

Συχνότερα συμπτώματα θεωρούνται η καταβολή, η γενικευμένη κακουχία, ο πυρετός (άλλοτε υψηλός και άλλοτε με τη μορφή «δεκάτων»), ενώ από εκεί και πέρα κυριαρχούν τα συμπτώματα από τα συγκεκριμένα όργανα που προσβάλλονται.

Εδώ πρέπει να τονιστεί πως μολονότι τα αυτοάνοσα νοσήματα είναι χρόνια (δεν έχει βρεθεί ίαση για κάποιο από αυτά), υπάρχουν πολλές θεραπείες που τα διατηρούν υπό έλεγχο και έτσι οι ασθενείς έχουν φυσιολογική ζωή. Βέβαια, σε ορισμένες περιπτώσεις η εξέλιξή τους είναι απρόβλεπτη. Εξαιτίας ακριβώς αυτής της ιδιομορφίας τους, ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται υπό στενή ιατρική παρακολούθηση και να μην αμελεί να κάνει τις εξετάσεις και τη θεραπεία, όπως ακριβώς την έχει συστήσει ο γιατρός. ■

Οι θεραπείες

Οι θεραπείες των αυτοάνοσων νοσημάτων είναι ποικίλες και εξαρτώνται, κάθε φορά, από τη φύση του νοσήματος.

Σε ορισμένες περιπτώσεις δεν απαιτείται ειδική θεραπεία, διότι όταν εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα το όργανο έχει καταστραφεί και είναι πλέον αργά. Αυτό ισχύει για παράδειγμα για τον σακχαρώδη διαβήτη, την αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα ή την κακοήγη αναιμία. Στις περιπτώσεις αυτές γίνεται απλώς «θεραπεία υποκατάστασης», χορηγείται δηλαδή η ουσία που λείπει από τον οργανισμό, η ινσουλίνη, η θυρεοειδική ορμόνη ή η βιταμίνη B12, αντιστοίχως.

Σε αρκετές περιπτώσεις είναι απαραίτητη η χορήγηση ανοσοκατασταλτικής ή ανοσοτροποποιητικής αγωγής, που θα καταστείλει ή θα επαναφέρει στα φυσιολογικά επίπεδα τη διαταραγμένη λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος. Οι θεραπείες αυτές είναι, μερικές φορές, τοξικές και απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να μη διαταραχθούν άλλες σημαντικές λειτουργίες όπως για παράδειγμα η ικανότητα καταπολέμησης των λοιμώξεων.

Τα κορτικοστεροειδή χορηγούνται πολύ συχνά για να καταπολεμηθεί η υπάρχουσα φλεγμονή. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμα και πολλές φορές απαραίτητα φάρμακα. Σε αρκετές περιπτώσεις, στόχος της θεραπείας είναι να χορηγούνται αρχικά σε επαρκείς δόσεις, μαζί με άλλα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα και στη συνέχεια η δοσολογία τους να ελαττώνεται σε μία χαμηλή δόση συντήρησης ή και να διακόπτονται εντελώς.

Τα τελευταία χρόνια, έχουν αναπτυχθεί εξαιρετικά εξειδικευμένες και απολύτως «στοχευμένες» θεραπείες για διάφορα αυτοάνοσα νοσήματα, όπως για παράδειγμα η θεραπεία με διάφορους «βιολογικούς» παράγοντες στη ρευματοειδή αρθρίτιδα και άλλα ρευματικά νοσήματα. Η έρευνα στον τομέα αυτό είναι εντατική και τα αποτελέσματα ήδη ορατά.

Τελικά, αυτό που αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο και καθορίζει την επιτυχημένη θεραπεία των νοσημάτων αυτών, είναι η συνεχής και αρμονική συνεργασία του ασθενούς με τον θεράποντα ιατρό του.

ΨΩΡΙΑΣΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ

Ενημερωθείτε στο:

www.energitikotita.gr



Wyeth



ΟΤΑΝ ΤΟ ΔΕΡΜΑ ΒΓΑΖΕΙ... **ΛΕΠΙΑ**



Του
ΑΝΔΡΕΑ ΚΑΤΣΑΜΠΑ
Καθηγητή Δερματολογίας της Ιατρικής
Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών,
προέδρου της Ευρωπαϊκής Εταιρείας
Δερματολογίας & Αφροδισιολογίας

**ΔΙΑΚΟΣΙΕΣ
ΧΙΛΙΑΔΕΣ ΕΛΛΗΝΕΣ
ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ
ΨΩΡΙΑΣΗ – ΜΙΑ
ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΑ
ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ
ΕΧΕΙ ΜΕΝ
ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ
ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ, ΣΤΗΝ
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ
ΟΠΟΙΑΣ ΟΜΩΣ
ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟ ΡΟΛΟ
ΠΑΙΖΕΙ Η
ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ
ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.**

Η ψωρίαση είναι μια αρκετά συχνή δερματοπάθεια. Υπολογίζεται πως πάσχει από αυτήν το 1%-2% του γενικού πληθυσμού –περισσότεροι από 120 εκατομμύρια άνθρωποι – σε όλο τον κόσμο. Παρ' ότι η ψωρίαση εκδηλώνεται συχνότερα στις ηλικίες μεταξύ 15 και 35 ετών, δεν αποκλείεται να παρουσιαστεί σε νεώτερους ή μεγαλύτερους ανθρώπους. Στην πραγματικότητα, το 10%-15% των ασθενών με ψωρίαση είναι παιδιά ηλικίας κάτω των 10 ετών, ενώ πολλά κρούσματα καταγράφονται και σε ανθρώπους ηλικίας άνω των 40 ετών. Η ψωρίαση προσβάλλει εξίσου τα δύο φύλα και δεν είναι μεταδοτικό νόσημα. Σε αντίθεση με ό,τι πολλοί πιστεύουν, δεν μπορεί να την «κολλήσει» κανείς αγγίζοντας το δέρμα ή τα ρούχα ενός πάσχοντος ούτε η εκδήλωσή της είναι επακόλουθο κακής προσωπικής υγιεινής. Αντίθετα, η εμφάνισή της είναι επακόλουθο συνδυασμού παραγόντων και ειδικότερα της κληρονομικής προδιάθεσης με τη διαταραγμένη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος αλλά και των κυττάρων της επιδερμίδας.

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ

Μελέτες έχουν δείξει πως ένας στους τρεις πάσχοντες από ψωρίαση έχει οικογενειακό ιστορικό της νόσου, το οποίο αφορά ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειάς του. Ωστόσο, η ύπαρξη του οικογενειακού ιστορικού δεν

σημαίνει πως το παιδί θα κληρονομήσει τη νόσο, αλλά ότι έχει αυξημένο κίνδυνο να την εκδηλώσει σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Εάν ο ένας γονέας του παιδιού έχει ψωρίαση και το παιδί είναι το πρωτότοκο, έχει 10% πιθανότητες να αναπτύξει κάποια μορφή ψωρίασης (αντί για το 1%-2% που έχει ένας άνθρωπος δίχως οικογενειακό ιστορικό ψωρίασης). Αν και οι δύο γονείς του είναι ψωριασικοί, οι πιθανότητες του πρωτότοκου παιδιού αυξάνονται στο 30%.

Εάν το πρωτότοκο παιδί δεν εκδηλώσει ψωρίαση, οι πιθανότητες να την παρουσιάσει το δευτερότοκο αυξάνονται ακόμα περισσότερο είτε έχει ψωρίαση ο ένας γονέας είτε και οι δύο. Μόνη η κληρονομικότητα, όμως, δεν αρκεί για να εκδηλωθεί η ψωρίαση. Πρέπει να υπάρχουν και κάποιοι παράγοντες που θα πυροδοτήσουν τις οργανικές αντιδράσεις, οι οποίες θα οδηγήσουν τελικά στην εμφάνισή της. Τέτοιοι εκλυτικοί παράγοντες, όπως λέγονται, είναι η ψυχική υπερένταση, τραυματισμοί του δέρματος, λοιμώξεις, εμβολιασμοί, ορμονικές διαταραχές, ορισμένα φάρμακα και οι έντονες διακυμάνσεις της θερμοκρασίας.

ΠΟΛΛΑ ΕΙΔΗ

Η ψωρίαση συνήθως εκδηλώνεται στο δέρμα, αλλά μπορεί να προσβάλει και τις αρθρώσεις – σε τέτοιες περιπτώσεις μιλάμε για την ψωριασική αρθρίτιδα. Η συχνότερη

μορφή δερματικής ψωρίασης είναι η **ψωρίαση κατά πλάκας**. Υπολογίζεται πως 8 στους 10 ασθενείς πάσχουν από αυτήν τη μορφή ψωρίασης, η οποία χαρακτηρίζεται από τη δημιουργία στο δέρμα κόκκινων πλακών που έχουν σαφή όρια και καλύπτονται από γκρι λέπια.

Η ψωρίαση κατά πλάκας μπορεί να εμφανισθεί οπουδήποτε στο δέρμα, αλλά οι αγκώνες, τα γόνατα, το τριχωτό της κεφαλής και ο κορμός είναι οι περιοχές του σώματος όπου συνηθέστερα αναπτύσσονται οι χαρακτηριστικές πλάκες της.

Δεύτερη συχνότερη μορφή είναι η **σταγονοειδής ψωρίαση**. Υπολογίζεται πως το 18% των ασθενών πάσχει από σταγονοειδή ψωρίαση, η οποία προσβάλλει συχνότερα παιδιά και νεαρούς ενήλικες και χαρακτηρίζεται από πολλαπλές, μικρές, κόκκινες, σταγονοειδείς πλάκες στο δέρμα. Η σταγονοειδής ψωρίαση μπορεί να εμφανιστεί έπειτα από στρεπτοκοκκική λοίμωξη.

Άλλες, σπανιότερες μορφές ψωρίασης είναι η **ανάστροφη ψωρίαση** (συνήθως παρατηρείται σε παχύσαρκους και στις φυσιολογικές πτυχές του σώματος, όπως κάτω από τους μαστούς, τη βουβωνική περιοχή και τις μασχάλες), η **φλυκταινώδης ψωρίαση** (παρατηρούνται φυσαλλίδες με

υγρό που περιβάλλονται από κόκκινο δέρμα κυρίως σε παλάμες και πέλματα), και η **ερυθροδερμική ψωρίαση** – το δέρμα σε όλο σχεδόν το σώμα είναι κόκκινο σαν να υπάρχει έγκαυμα και ξεφλουδίζει. Το 10%-30% των ασθενών με ψωρίαση εκδηλώνει μέσα σε 1 έως 10 χρόνια από την έναρξη των δερματικών συμπτωμάτων και ψωριασική αρθρίτιδα, η οποία προκαλεί πόνο, διόγκωση και δυσκαμψία των αρθρώσεων (κυρίως στα χέρια, στα πόδια, στους αγκώνες, στους καρπούς αλλά και στη μέση). Η ψωριασική αρθρίτιδα εκδηλώνεται συνήθως σε ηλικία 20-50 ετών – μέση ηλικία εμφάνισής της είναι τα 38 χρόνια.

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗ ΖΩΗ

Παρ' ότι τα συμπτώματα της ψωρίασης στο δέρμα μπορεί να είναι ήπια έως μέτρια ή οι πλάκες να καταλαμβάνουν μικρό μέρος του σώματος, οι επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών μπορεί να είναι μεγάλες. Κι αυτό διότι οι αντιδράσεις των άλλων στην εμφάνιση του ψωριασικού δέρματος οδηγούν πολλούς ασθενείς στην αυτο-απομόνωση και στην απομάκρυνση από τις κοινωνικές εκδηλώσεις, με συχνή συνέπεια τη μελαγχολία και την κατάθλιψη. Μελέτες έχουν δείξει πως σχεδόν 6 στους 10 ασθενείς έχουν πρόβλημα με την ερωτική τους ζωή λόγω της ψωρίασης, ο 1 στους 3 βλέπει ανθρώπους από τον τον περίγυρό του να τον αποφεύγουν στη διάρκεια των εξάρσεων της ψωρίασης, ενώ 2 στους 10 αναφέρουν πως τους έχει ζητηθεί να φύγουν από δημόσιους χώρους, όπως το γυμναστήριο ή το κομμωτήριο, λόγω της ψωρίασης. Σχεδόν όλοι, εξάλλου, έρχονται συστηματικά αντιμέτωποι με την άγνοια του κόσμου, καθώς εξακολουθούν να επι-

κρατούν πολλές λανθασμένες αντιλήψεις για τη νόσο – όπως ότι είναι μεταδοτική.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψωρίαση δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί με ειδικό διατολόγιο, αλλά επειδή συχνά οι ψωριασικοί ασθενείς έχουν και συνυπάρχοντα προβλήματα υγείας (όπως παχυσαρκία, διαβήτης τύπου II κ.ά.) το να ακολουθήσουν υγιεινή διατροφή θεωρείται ότι μπορεί να τους βοηθήσει.

Η ψωρίαση είναι ένα χρόνιο νόσημα, που έχει εξάρσεις και υφέσεις. Η αντιμετώπισή της γίνεται με φάρμακα που αλείφονται στο δέρμα (τοπική θεραπεία), με φωτοθεραπεία (χρήση υπεριώδους ακτινοβολίας, με ή χωρίς φάρμακα), με φάρ-

Είναι μύθος ότι η ψωρίαση αποτελεί μεταδοτικό νόσημα: δεν μπορεί να κολλήσει κανείς αγγίζοντας το δέρμα ή τα ρούχα ενός πάσχοντος. Ούτε η εκδήλωσή της είναι επακόλουθο κακής προσωπικής υγιεινής

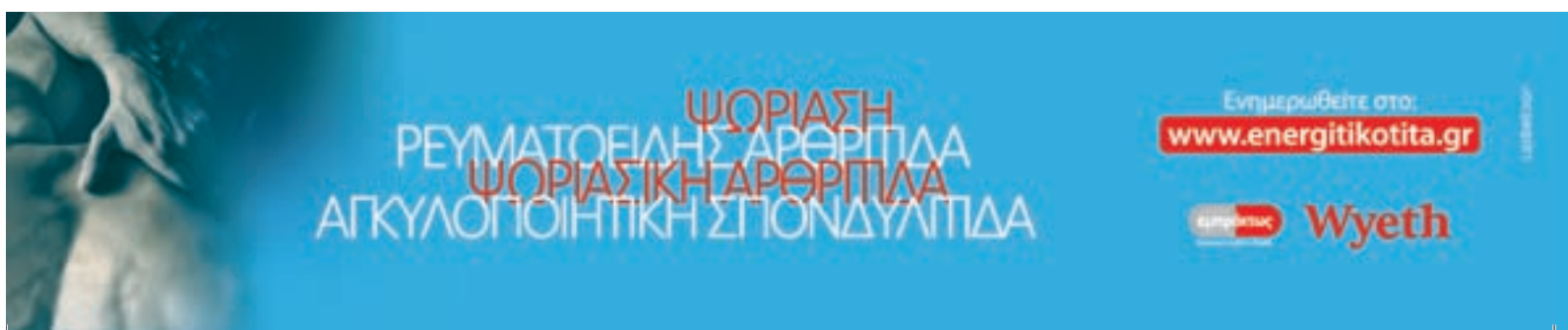
μακα που λαμβάνονται από το στόμα (συστηματική θεραπεία) ή/και με φάρμακα που λαμβάνονται με ενέσεις (βιολογικές θεραπείες).

Υπάρχουν διάφοροι συνδυασμοί φαρμάκων που μπορούν να χορηγηθούν στους ασθενείς, γι' αυτό σε κάθε περίπτωση επιλέγεται το κατάλληλο για κάθε ασθενή θεραπευτικό σχήμα. Οι παράγοντες που καθορίζουν το είδος της θεραπείας που θα προταθεί σε κάθε ασθενή είναι ο τύπος της ψωρίασης, η σοβαρότητά της, η θέση των πλακών, η ηλικία του ασθενούς, το ιατρικό ιστορικό και η συναισθηματική του κατάσταση αλλά και οι επιδράσεις της νόσου στην ποιότητα της ζωής του.

■ **Τοπική θεραπεία.** Συμπεριλαμβάνει διάφορες κερατολυτικές ουσίες (μειώνουν την απολέπιση), ενυδατικές κρέμες (μειώνουν την ξηρότητα και τον κνησμό), κορτικοστεροειδή (αλοιφές κορτιζόνης που μειώνουν τη φλεγμονή) και τα φάρμακα καλσιποτριόλη, καλσιποτριόλη-βηταμεθαζόνη, καλσιπριόλη, ταζαροτένη, πιμεκρόλιμους και τακρόλιμους.

■ **Φωτοθεραπεία.** Γίνεται με έκθεση του σώματος σε υπεριώδη ακτινοβολία από τεχνητές πηγές, με ή χωρίς την ταυτόχρονη χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την ευαισθησία του δέρματος στην ακτινοβολία (φωτοευαισθησία). Χρησιμοποιούνται ακτινοβολίες Α ή Β (UVA ή UVB) ή και ακτίνες λέιζερ.

■ **Συστηματική θεραπεία από το στόμα.** Τα φάρμακα που χορηγούνται από το στόμα για τη θεραπεία της ψωρίασης είναι πολλά και ποικίλα. Το πρώτο φάρμακο που χορηγήθηκε για την αντιμετώπιση της ψωρίασης ήταν η μεθοτρεξάτη (άρχισε να χορηγείται το 1971), που είναι κατάλληλη για την αντιμετώπιση της



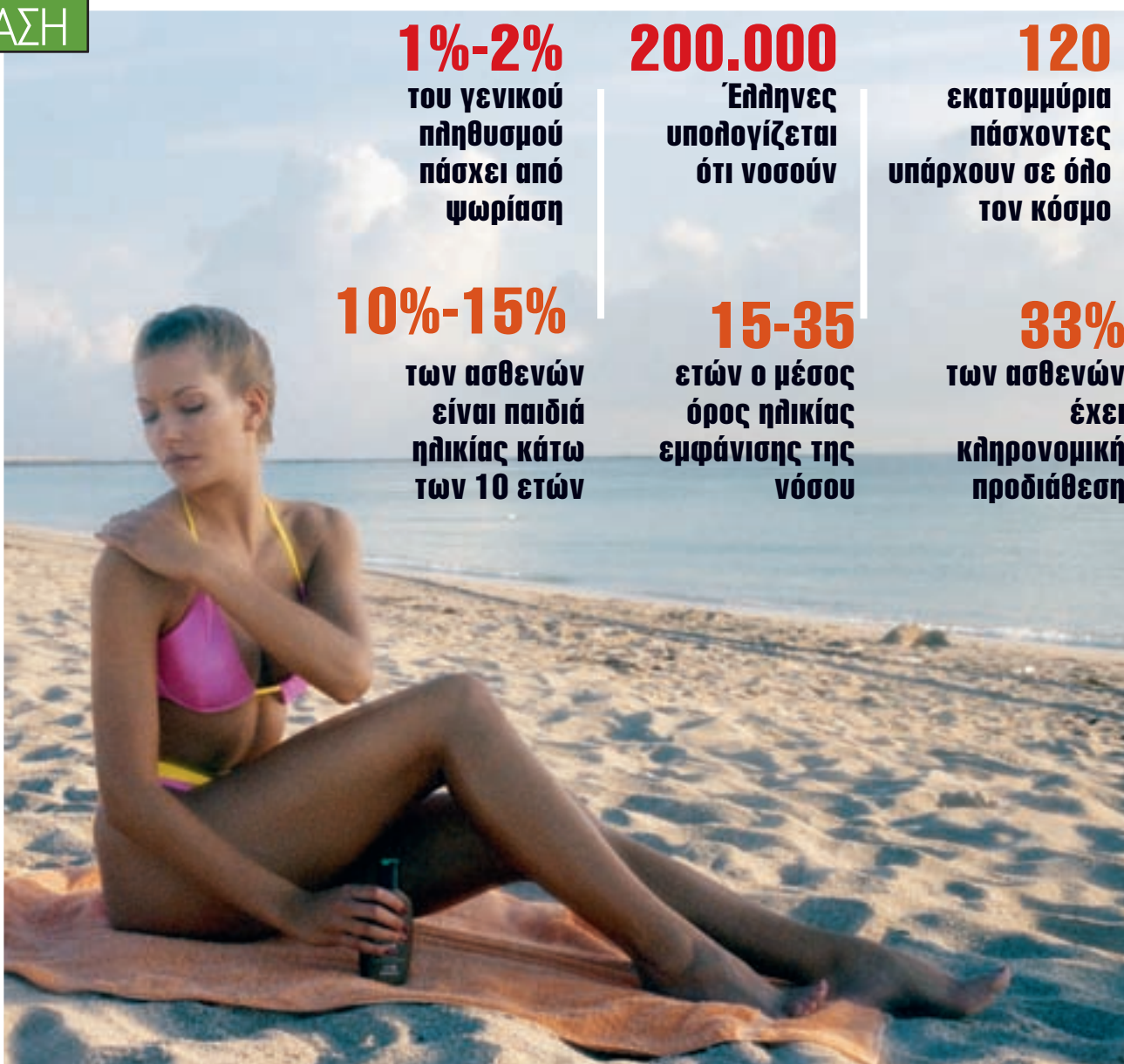
ΨΩΡΙΑΣΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΨΩΡΙΑΣΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ

Ενημερωθείτε στο:
www.energitikotita.gr

Wyeth

ΨΩΡΙΑΣΗ

Τι να προσέξετε το καλοκαίρι



1%-2%
του γενικού
πληθυσμού
πάσχει από
ψωρίαση

200.000
Έλληνες
υπολογίζεται
ότι νοσούν

120
εκατομμύρια
πάσχοντες
υπάρχουν σε όλο
τον κόσμο

10%-15%
των ασθενών
είναι παιδιά
ηλικίας κάτω
των 10 ετών

15-35
ετών ο μέσος
όρος ηλικίας
εμφάνισης της
νόσου

33%
των ασθενών
έχει
κληρονομική
προδιάθεση

Το φυσικό ηλιακό φως μπορεί να έχει θετική επίδραση στην ψωρίαση, γι' αυτό και η κατάσταση των περισσότερων ασθενών (το 80%) βελτιώνεται το καλοκαίρι σε σχέση με τους υπόλοιπους μήνες του χρόνου. Η εμπειρία αυτή άλλωστε οδήγησε στην ανάπτυξη θεραπειών για την ψωρίαση με υπεριώδη ακτινοβολία – φωτοθεραπεία). Το ιδανικό είναι μικρά σε διάρκεια και συχνά διαστήματα έκθεσης στον ήλιο, αλλά αποφυγή της υπερέκθεσης, αφού τα εγκαύματα μπορεί να αποτελέσουν παράγοντα επιδείνωσης της ψωρίασης. Απαραίτητη είναι επίσης η χρήση αντηλιακού.

Ένα ποσοστό των ασθενών λαμβάνει θεραπευτική αγωγή με φάρμακα από το στόμα ή σε μορφή ενέσεων. Η έκθεση στον ήλιο επιτρέπεται, πάντα με μέτρο, όταν συνυπάρχει αυτή η λήψη φαρμάκων.

Προσοχή όμως απαιτείται στη σωστή μεταφορά των ενέσιμων φαρμάκων (βιολογικοί παράγοντες) στους παραθεριστικούς προορισμούς: πρέπει να μεταφέρονται με φορητά ψυγεία ή/και παγοκύστες.

φλυκταινώδους και της ερυθροδερμικής ψωρίασης, καθώς και για σοβαρές μορφές ψωριασικής αρθρίτιδας. Το 1979 και το 1992 εισήχθησαν τα ρετινοειδή ετρετινάτη και ακιρεκίνη αντιστοίχως, ενώ το ανοσοκατασταλτικό κυκλοσπορίνη άρχισε να χορηγείται το 1998 – είναι κατάλληλη για εκτεταμένη ψωρίαση. Στους ασθενείς μπορούν να χορηγηθούν και άλλα φάρμακα, όπως η αζαθειοπρίνη, η υδροξυουρία, η σουλφασαλαζίνη, η θειογουανίνη και η μυκοφеноλάτη.

■ **Βιολογικές θεραπείες.** Από το 2003 έχει αρχίσει η χορήγηση βιολογικών φαρμάκων, τα οποία στοχεύουν στους μηχανισμούς του ανοσοποιητικού συστήματος οι οποίοι ευθύνονται για την ψωρίαση και για άλλα αυτοάνοσα νοσήματα (όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα και η ψωριασική αρθρίτιδα). Τα φάρμακα αυτά χορηγούνται σε ενέσιμη μορφή και είναι η ετανερσέπτη, η ινφλιξιμάμπη, η ανταλιμουμάμπη και η ουστεκινουμάμπη. Στις ΗΠΑ είναι εγκεκριμένο και ένα ακόμα φάρμακο που λέγεται αλεφασέπτη. Τα φάρμακα αυτά έχουν εγκριθεί για χορήγηση μόνο σε ενήλικους, με εξαίρεση την ετανερσέπτη η οποία έλαβε πέρυσι άδεια για χορήγηση σε παιδιά και εφήβους – ηλικίες άνω των 8 ετών. ■

**μπορώ να ζω
καλά με την
ψωρίαση™**

Η ψωρίαση είναι μία χρόνια δερματική πάθηση, **μη-μεταδοτική**, που επηρεάζει σημαντικά την ζωή των ατόμων που πάσχουν από αυτή.

Πολλοί ασθενείς κρύβουν το σώμα τους και έχουν την αίσθηση του κοινωνικού στίγματος επειδή το δέρμα τους είναι διαφορετικό.

Με θέληση, υπομονή και τη σωστή θεραπεία, οι ασθενείς μπορούν να ζουν καλά με την ψωρίαση.

Ζητήστε την συμβουλή του δερματολόγου σας.



μπορώ να ζω
καλά με την
ψωρίαση™

www.psorinfo.com/gr

ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

**Η ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΕΙΝΑΙ ΜΙΑ ΧΡΟΝΙΑ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ
ΠΑΘΗΣΗ, Η ΟΠΟΙΑ ΚΥΡΙΩΣ
ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΤΩΝ
ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ ΑΛΛΑ ΜΕΡΙΚΕΣ
ΦΟΡΕΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ
ΠΡΟΣΒΑΛΕΙ ΚΑΙ ΑΛΛΑ
ΟΡΓΑΝΑ ΠΡΟΚΑΛΩΝΤΑΣ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ
ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.**

ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΟ... **ΤΣΙΓΑΡΟ!**



Του
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ Ι. ΤΡΟΝΤΖΑ
Ρευματολόγου, διδάκτορα της Ιατρικής
Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών,
υπευθύνου Ρευματολογικής Κλινικής -
Κέντρου Οστεοπόρωσης 3ου
Νοσοκομείου ΙΚΑ Αθηνών

Το αποτέλεσμα των ανοσολογικών παθολογικών μηχανισμών που ενεργοποιούνται κατά τη νόσο είναι η πάχυνση της μεμβράνης που περιβάλλει εσωτερικά τις αρθρώσεις (αρθρικός υμένας), η διάβρωση των οστών και η καταστροφή των αρθρώσεων αν δεν υπάρξει εγκαίρως η κατάλληλη θεραπεία. Πραγματοποιούνται πολλές έρευνες για τον εντοπισμό της αιτιολογίας της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και μέχρι τώρα έχουν βρεθεί κάποιοι παράγοντες, που φαίνεται να σχετίζονται με την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισής της, αλλά το αρχικό αίτιο που την προκαλεί παραμένει άγνωστο. Η εμφάνιση της νόσου έχει συνδυασθεί με γενετικές προδιαθέσεις, δηλαδή με κληρονομική επιβάρυνση του ατόμου, η οποία χρειάζεται όμως και κάποιον περιβαλλοντικό παράγοντα για την εκδήλωση του νοσήματος.

Στη λευκή φυλή η ρευματοειδής αρθρίτιδα έχει συσχετισθεί με την παρουσία ενός κοινού γονιδιακού επιτόπου (HLA-DR1 ή DR4). Ωστόσο η νόσος δεν μπορεί να χαρακτηριστεί καθαρά κληρονομική αφού οι γενετικοί παράγοντες καθορίζουν μόνο το 50% της ευπάθειας σε αυτήν, αφήνοντας σημαντικό χώρο σε περιβαλλοντικούς παράγοντες ή τυχαία γεγονότα αθροιζόμενα κατά τη διάρκεια της ζωής. Επιπλέον, η συχνότητα της εμφάνισής της σε διδύμους είναι χαμηλή (4%-15% πιθανότητα να νοσήσει και ο δεύτερος διδύμος), ενώ ακόμα χαμηλότερη είναι η πιθανότητα να νοσήσει κάποιος αν υπάρχει ασθενής στην οικογένειά του (2 έως 12 φορές).

Από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες μόνο το κάπνισμα έχει ενοχοποιηθεί με βεβαιότητα, επειδή αυξάνει την παραγωγή αυτοαντισωμάτων (αντι-CCP). Ο ρόλος των ορμονών δεν έχει διευκρινισθεί αν και η νόσος είναι συχνότερη στις γυναίκες, βελτιώνεται ή/και εξαφανίζεται κατά την κύηση και επιδεινώνεται ή εμφανίζεται για πρώτη φορά μετά τον τοκετό.

Διάφορα μικρόβια και ιοί που συχνά αναφέρονται ανάμεσα στις πιθανές αιτίες της νόσου φαίνεται ότι συμμετέχουν μόνον έμμεσα στην παραγωγή της αρθρίτιδας διεγείροντας τη φυσική ανοσία και μεγεθύνοντας την ανοσολογική απάντηση.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα παρουσιάζει παγκόσμια κατανομή και προσβάλλει όλες τις εθνικές ομάδες. Η συχνότητά της στην Ελλάδα ανέρχεται επισήμως στο 0,67% του ενήλικου γενικού πληθυσμού, υπολογίζεται όμως ότι συνολικά πάσχουν (μαζί με τις άτυπες μορφές) περισσότεροι από 100.000 Έλληνες.

Οι γυναίκες προσβάλλονται περίπου 3 φορές συχνότερα από τους άνδρες. Η νόσος μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία (ακόμα και παιδιά μπορεί να προσβληθούν από νεανική ρευματοειδή αρθρίτιδα), αλλά η συχνότητά της αυξάνεται με την ηλικία με τη μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης να τοποθετείται μεταξύ της τέταρτης και της έκτης δεκαετίας της ζωής.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα συνήθως αρχίζει από τις αρθρώσεις των χεριών (καρποί, δάκτυλα) ή/και τις αρθρώσεις των ποδιών (δάκτυλα, αστράγαλοι, γόνατα). Οι αρθρώσεις εμφανίζουν πόνο, διόγκωση (πρήξιμο), αυξημένη θερμοκρασία και δυσκαμψία (δυσκολία στην κίνηση), η οποία είναι πιο έντονη κατά τις πρωινές ώρες (πρωινή δυσκαμψία). Στην πορεία μπορεί να προσβληθεί οποιαδήποτε άρθρωση. Στις περισσότερες περιπτώσεις κατά την έναρ-

Επώδυνες εξάρσεις με δέκατα

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις. Στις εξάρσεις υπάρχει έντονος πόνος στις αρθρώσεις, πρωινή δυσκαμψία για διάστημα μεγαλύτερο της μιας ώρας, αίσθημα κόπωσης και πιθανόν πυρετός, που δεν ξεπερνά τους 38 βαθμούς Κελσίου.

Έχει μεγάλη σημασία η συμμόρφωση του ασθενούς στις οδηγίες του ιατρού, ανάλογα με τη φάση όπου βρίσκεται το νόσημά του. Έτσι ο ασθενής πρέπει:

1. Όταν το νόσημα είναι σε έξαρση να ξεκουράζεται και να λαμβάνει τη θεραπευτική αγωγή που του έχει χορηγηθεί. Ακόμη και στην έξαρση όμως δεν πρέπει ο ασθενής να απέχει από τις καθημερινές του δραστηριότητες.
2. Όταν το νόσημα είναι σε ύφεση – όταν δηλαδή δεν υπάρχει καταβολή και δεν υπάρχει σημαντική πρωινή δυσκαμψία – θα πρέπει ο ασθενής να ζει φυσιολογικά, χωρίς όμως να κουράζεται υπερβολικά και να κάνει ασκήσεις που θα βελτιώνουν την κινητικότητα των αρθρώσεών του. Είναι πολύ σημαντικό ο ασθενής να εκτελεί σχολαστικά τις ασκήσεις που του έχει συστήσει ο θεράπων ιατρός.
3. Να συμβουλευέται τον ιατρό του για κάθε λοίμωξη που μπορεί να παρουσιαστεί.

100.000

**άνθρωποι και πάνω στη χώρα μας
πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα,
με τις γυναίκες ασθενείς να είναι
τριπλάσιες από τους άνδρες**

ξη η προσβολή είναι πολυαρθρική και συμμετρική αλλά μπορεί να προσβληθεί και μία μόνον άρθρωση – 25% των περιπτώσεων. Η αρθρίτιδα συχνά συνοδεύεται από αίσθημα αδυναμίας, εύκολη κούραση, ανορεξία και σπανιότερα από δεκατική πυρε-

τική κίνηση. Σε αρκετούς ασθενείς εκτός από τις αρθρώσεις προσβάλλονται και άλλα όργανα, όπως το δέρμα (ρευματικά οζίδια) και τα μάτια με την εμφάνιση ξηρότητας (σύνδρομο Sjogren) ή και άλλες σοβαρότερες βλάβες – επισκληρίτις. Σπανιότερα μπορεί να προσβληθούν η καρδιά, οι πνεύμονες και το νευρικό σύστημα, ενώ σε βαριές περιπτώσεις μπορεί να εμφανισθούν απειλητικές καταστάσεις όπως η νεκρωτική αγγειίτιδα και η αμυλοείδωση.

ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Δεν υπάρχουν ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα και η διάγνωση στηρίζεται κυρίως στο ιστορικό και την κλινική εικόνα.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις συχνά εμφανίζουν αύξηση της ΤΚΕ (Τα- ▶

ΨΩΡΙΑΣΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΨΩΡΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ

Ενημερωθείτε στο:
www.energitikotita.gr

ΚΥΡΙΑΚΟΣ Wyeth

ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ



χύτητα Καθίζησης των Ερυθρών αιμοσφαιρίων) και της CRP (C-αντιδρώσα πρωτεΐνη). Συνήθως οι ασθενείς παρουσιάζουν ήπια αναιμία, η οποία όμως δεν οφείλεται σε έλλειψη σιδήρου από τον οργανισμό, αλλά στη φλεγμονή που υπάρχει λόγω της ρευματοειδούς αρθρίτιδας – αυξημένες τιμές φερίτνης

Ειδικές εξετάσεις αποτελούν η ανεύρεση αυτοαντισωμάτων όπως ο Rf (rheumatoid factor-ρευματοειδής παράγοντας - το παλιό Ratest) και τα αντι-CCP (αντισώματα έναντι κιτρουλλινομένων μορίων).

Η ανεύρεση αυτών των αντισωμάτων (και ιδιαίτερα του Rf) σε τυχαία εξέταση υγιούς ατόμου δεν σημαίνει ότι το άτομο αυτό πάσχει από ρευματοειδή αρθρίτιδα. Από την άλλη πλευρά, η απουσία θετικών αποτελεσμάτων στις εξετάσεις αυτές δεν αποκλείει τη νόσο σε ασθενείς με αρθρίτιδα – περίπου 20% των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι οροαρνητικοί. Οι εξετάσεις αυτές καθορίζουν μάλλον τη βαρύτητα της νόσου, προβλέποντας σοβαρότερη εξέλιξη.

Η εξέταση του αρθρικού υγρού, το οποίο λαμβάνεται με παρακέντηση της άρθρωσης, μπορεί να βοηθήσει σε αβέβαιες περιπτώσεις.

Οι ακτινογραφίες αποτελούν χρήσιμο εργαλείο για την παρακολούθηση της πορείας της νόσου (αρθρικές διαβρώσεις και άλλες βλάβες) αλλά στα πρώτα στάδια είναι φυσιολογικές και δεν βοηθούν στη διάγνωση.

Η μαγνητική τομογραφία των προσβεβλημένων αρθρώσεων αποκαλύπτει πρώιμα βλάβες της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, αλλά σπάνια είναι απαραίτητη για τη διάγνωση.

Μερικές φορές η νόσος αρχίζει άτυπα και τότε χρειάζεται να περά-

σει κάποιο χρονικό διάστημα προκειμένου να τεθεί με σιγουριά η διάγνωση.

Σημαντικό κομμάτι της διάγνωσης είναι η διαφοροδιάγνωση από άλλα είδη αρθρίτιδας, δηλαδή να βεβαιωθεί πως δεν είναι κάποια άλλη μορφή αρθρίτιδας. Για παράδειγμα, η συνθέστερη αρθρίτιδα των ηλικιωμένων είναι η οστεοαρθρίτιδα, η οποία μπορεί να προσβάλει τις ίδιες αρθρώσεις αλλά η φλεγμονή δεν είναι τόσο έντονη, δεν υπάρχουν συστηματικές εκδηλώσεις, δεν εξελίσσεται με τον καταστροφικό τρόπο της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και δεν απαιτεί θεραπεία με βαριά φάρμακα.

Σε κάθε περίπτωση ο ρευματολόγος μπορεί να ξεκαθαρίσει τη διάγνωση και να συμβουλευτεί τον ασθενή για τα απαραίτητα θεραπευτικά μέτρα.

Η θεραπεία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας εξαρτάται από τη βαρύτητα που παρουσιάζει κάθε φορά, την ηλικία του ασθενούς, καθώς και από τη συνύπαρξη άλλων νοσημάτων και των φαρμάκων που παίρνει ο ασθενής για αυτά τα νοσήματα.

Υπάρχουν αρκετά φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας με καλά αποτελέσματα και καταβάλλεται προσπάθεια για την ανεύρεση ακόμη πιο αποτελεσματικών.

Η θεραπεία αποβλέπει στην ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και τα άλλα συμπτώματα, αλλά και στην καταστολή των παθολογικών μηχανισμών που προκαλούν τη νόσο με στόχο την παρεμπόδιση της αναπηρίας.

ΕΙΔΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι:

- Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ)
- Η κορτιζόνη
- Τα ανοσοτροποποιητικά φάρμακα ή βραδέως δρώντα (DMARDs), που έχουν σκοπό να τροποποιήσουν την εξέλιξη του νοσήματος (ανθελονοσιακά, μεθοτρεξάτη, κυ-

κλοσπορίνη και λεφλουνομίδη).

■ Οι βιολογικές θεραπείες (ινφλιξimάμη, ετανερσέπη, αδαλιμουμάμη, ανακίνα, αβατασέπη, ριτουξimάμη) και άλλα νεώτερα τα οποία θα κυκλοφορήσουν το προσεχές έτος.

Τα **αντιφλεγμονώδη** χρησιμοποιούνται περιοδικά για την ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Η **κορτιζόνη** χορηγείται σε μικρές δόσεις κατά την έναρξη της θεραπείας ή σε περιόδους έξαρσης, συνήθως για λίγους μήνες. Σε περιπτώσεις έντονου υδράρθρου (μεγάλη συλλογή υγρού και διόγκωση

**Με την έγκαιρη
διάγνωση και
την κατάλληλη
θεραπεία δεν γίνονται
πλέον παραμορφώσεις
και τις περισσότερες
φορές τα χέρια και τα
πόδια διατηρούνται
φυσιολογικά και
ο ασθενής ζει μια
φυσιολογική ζωή**

Μακροχρόνια δέσμευση και προσφορά της **SP Schering-Plough**

στη θεραπευτική αντιμετώπιση των αυτοάνοσων νοσημάτων

- ✓ **Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας**
- ✓ **Αγκυλοποιητικής Σπονδυλαρθρίτιδας**
- ✓ **Ψωριασικής Αρθρίτιδας**
- ✓ **Ψωρίασης**
- ✓ **Ελκώδους Κοιλίτιδας**
- ✓ **Νόσου του Crohn**



ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

της άρθρωσης) χορηγείται κορτιζόνη σε ενδοαρθρική ένεση (2-3 φορές με μεσοδιαστήματα 1-2 εβδομάδων). Τα φάρμακα αυτά είναι αρκετά ασφαλή με τον τρόπο με τον οποίον τα χρησιμοποιούν οι ρευματολόγοι, παρά τους φόβους πολλών ασθενών.

Τα **ανοσοτροποποιητικά** χορηγούνται σήμερα σε όλους σχεδόν τους ασθενείς μέσα στους πρώτους μήνες έναρξης της νόσου, με σκοπό να παρεμποδισθούν οι αρθρικές βλάβες και η επακόλουθη αναπηρία. Η κλινική βελτίωση παρατηρείται έπειτα από μήνες και σε ορισμένους ασθενείς η χρόνια συνέχιση της θεραπείας μπορεί να επιφέρει ύφεση της νόσου. Συχνά όμως μετά τη διακοπή τους η νόσος υποτροπιάζει. Η χρήση των DMARDs συνδυάζεται με σημαντική τοξικότητα (συνήθως στο ήπαρ, στους νεφρούς και στο αίμα) γι'

ρευματοπαθείς έχουν ούτως ή άλλως ελαφρά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης τέτοιων νοσημάτων.

Ένα άλλο πρόβλημα αποτελεί η ανάγκη μακράς χορήγησης, αφού τα φάρμακα αυτά δεν θεραπεύουν πλήρως τα νοσήματα (δεν αντιμετωπίζουν το άγνωστο αρχικό αίτιο όπως για παράδειγμα τα αντιβιοτικά σκοτώνουν τα μικρόβια) αλλά καταστέλλουν μόνο τους μηχανισμούς ανάπτυξης των ασθενειών αυτών. Συχνά μετά τη διακοπή της βιολογικής θεραπείας σε μερικά χρόνια η αρρώστια υποτροπιάζει, ενώ σε μερικούς ασθενείς σταματούν κάποια στιγμή να είναι αποτελεσματικά και χρειάζεται αλλαγή τους.

Τέλος, τα φάρμακα αυτά είναι ιδιαίτερα ακριβά – ετήσιο κόστος 10.000-20.000 ευρώ ανάλογα με το φάρμακο. Το ποσό αυτό φαί-

νεται υπέρογκο, αλλά ισοσκελίζεται από το κόστος που προκαλείται από τη μη αποτελεσματική θεραπεία των ρευματοπαθών – φάρμακα, εξετάσεις, νοσοκομειακή νοσηλεία, εγχειρήσεις, ανικανότητα για εργασία, πρόωρες συνταξιοδοτήσεις κ.λπ.. Γι' αυτό και τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν πλήρως το κόστος των φαρμάκων αυτών σε όσους έχουν ένδειξη για βιολογική θεραπεία.

ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Συμπληρωματικά οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα χρειάζονται:

- συνεχή άσκηση για την ενδυνάμωση του μυϊκού συστήματος – το κολύμπι και οι ισομετρικές ασκήσεις αποτελούν εξαιρετικές επιλογές
- κατάλληλη φυσικοθεραπεία σε περιόδους έξαρσης της αρθρίτιδας

■ ψυχική υποστήριξη από το περιβάλλον ή/και από ειδικούς ψυχολόγους ή ψυχιάτρους για την προσαρμογή τους στη νέα κατάσταση της ζωής τους

■ επικουρικά φάρμακα για την πρόληψη της οστεοπόρωσης, για γαστροπροστασία, σκευάσματα σιδήρου σε σιδηροπενική αναιμία κ.λπ.

■ χειρουργική αποκατάσταση όταν η λειτουργικότητα των αρθρώσεων είναι πολύ περιορισμένη και η ποιότητα ζωής επιβαρυνθεί σημαντικά.

Πρέπει, τέλος, να τονισθεί ότι οι διάφορες πολυδιαφημιζόμενες εναλλακτικές θεραπείες, είτε με χορηγούμενες ουσίες είτε με άλλες μεθόδους, δεν έχουν αποδείξει με επιστημονικό τρόπο επίδραση στη νόσο και ως εκ τούτου δεν συνιστώνται στη Ρευματολογία.

Όσον αφορά την επίδραση του τρόπου ζωής στην πρόκληση ή την εξέλιξη της νόσου, δεν φαίνεται ότι ασκεί ιδιαίτερη επίδραση στη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Συνιστάται μόνον η κατά το δυνατόν αποφυγή του έντονου στρες και η αντιμετώπιση των καταθλιπτικών καταστάσεων καθώς και η διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης με ανάπαυση και άσκηση.

Η διατροφή αυτή καθαυτή δεν επηρεάζει τη νόσο (όπως την ουρική αρθρίτιδα) αλλά πρέπει να προσαρμόζεται στις απαιτήσεις των χορηγούμενων φαρμάκων (π.χ. περιορισμός λήψης αλατιού στην περίπτωση χρήσης κορτιζόνης).

Δεν παραμορφώνει πια...

Η εξέλιξη της νόσου εξαρτάται από τη βαρύτητά της. Σε μεγάλο ποσοστό των ασθενών η θεραπευτική αγωγή έχει πολύ καλά αποτελέσματα.

Η τακτική επαφή με τον ρευματολόγο, οι τακτικές εργαστηριακές εξετάσεις για την παρακολούθηση της πορείας της νόσου και τις τυχόν παρενέργειες από τα φάρμακα αλλά και η σχολαστική εκτέλεση των ασκήσεων σε περιόδους ύφεσης βοηθούν τον ασθενή να ζει μια όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική ζωή.

Εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, πριν από χρόνια, ονομαζόταν παραμορφωτική αρθρίτιδα, επειδή προκαλούσε χαρακτηριστικές παραμορφώσεις στα χέρια και στα πόδια. Ο όρος αυτός δεν χρησιμοποιείται πλέον γιατί με την έγκαιρη διάγνωση και την κατάλληλη θεραπεία δεν γίνονται πλέον παραμορφώσεις και τις περισσότερες φορές τα χέρια και τα πόδια διατηρούνται φυσιολογικά και ο ασθενής ζει μια φυσιολογική ζωή.

αυτό χρειάζεται συνεχής παρακολούθηση και συχνές αιματολογικές εξετάσεις (κάθε 2-3 μήνες) για την πρόληψη των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Σε ορισμένους όμως ασθενείς (περίπου 1 στους 3) δεν επιτυγχάνεται ύφεση με τις παραπάνω μεθόδους και χρειάζεται η εισαγωγή κάποιου **βιολογικού παράγοντα** με θεαματικά συνήθως αποτελέσματα. Οι βιολογικές θεραπείες στρέφονται εναντίον συγκεκριμένων μορίων που παίρνουν μέρος στους μηχανισμούς που προκαλούν τη νόσο.

Πρόκειται για φάρμακα που έχουν δημιουργηθεί με μοριακές τεχνικές στο εργαστήριο χωρίς τη χρήση φυσικής πρώτης ύλης, όπως συμβαίνει με τα κλασικά φάρμακα και στρέφονται εναντίον συγκεκριμένων στόχων – μονοκλωνικά αντισώματα.

Όμως και τα φάρμακα αυτά δεν στερούνται μειονεκτημάτων. Κατ' αρχάς πρόκειται για ενέσιμα φάρμακα, ορισμένα από τα οποία ο ασθενής τα λαμβάνει ενδοφλεβίως (με ορό) σε τακτά χρονικά διαστήματα (ανάλογα με το κάθε ξεχωριστό φάρμακο), ενώ άλλα γίνονται υποδόρια (με ένεση από τον ίδιο τον ασθενή στην κοιλιά του) κάθε 1 ή 2 εβδομάδες. Επιπλέον υπάρχουν κίνδυνοι ανεπιθύμητων ενεργειών όπως λοιμώξεις (2-3%) – μεταξύ των οποίων και η φυματίωση – αλλεργία κατά την έγχυση κ.λπ. Σπανιότερα έχουν ενοχοποιηθεί και για την πρόκληση απομυελινωτικών συνδρόμων ή/και κακοθηγιών – αν και αυτό αμφισβητείται, αφού οι



ΚΑΜΙΑ ΑΠΕΙΛΗ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΙΣΤΗ ΜΑΣ ΣΤΗ ΖΩΗ.

Στις απειλητικές για τη ζωή νόσους, απαντάμε με στοχευμένες θεραπείες, με αποδεδειγμένο όφελος επιβίωσης, αντιμετωπίζοντας τον κάθε ασθενή σαν ιδιαίτερη περίπτωση.

Στην ευχή κάθε ανθρώπου να μην του συμβεί μια σοβαρή ασθένεια, απαντάμε με προληπτικές εξετάσεις που έχουν καταξιώσει τη Roche ως παγκόσμιο ηγέτη και στο χώρο των διαγνωστικών. Κι όταν δεν έχουμε ακόμα απαντήσεις, συνεχίζουμε να τις αναζητάμε, πάντα με σεβασμό, στο πλευρό του ασθενή.



We Innovate Healthcare

ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

ΕΝΑΣ ΥΠΟΥΛΟΣ

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ

Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΜΕΣΗ (ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ) ΕΙΔΙΚΑ ΑΝ ΔΙΑΡΚΕΙ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΠΑΝΤΟΤΕ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΟ ΤΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ (Λ.Χ. ΜΙΑΣ ΚΗΛΗΣ ΜΕΣΟΣΠΟΝΔΥΛΙΟΥ ΔΙΣΚΟΥ Ή ΜΙΑΣ ΚΑΚΩΣΗΣ ΣΕ ΜΥΣ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ) Ή ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ (ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ).



Του
ΔΗΜΗΤΡΗ ΚΑΣΙΜΟΥ

Ρευματολόγου, αρχιάτρου του 401 Γενικού Στρατιωτικού Νοσοκομείου Αθηνών, προέδρου της Ελληνικής Εταιρείας Αντιρευματικού Αγώνα

Μία άλλη πιθανή αιτία είναι η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα, γι' αυτό απαραίτητη είναι η συμβουλή ενός ρευματολόγου. Υπολογίζεται πως περίπου το 5-10% των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία έχουν αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα. Η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα είναι μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει κατ' εξοχήν τη σπονδυλική στήλη και τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις (βρίσκονται πίσω, χαμηλά στη ράχη, ανάμεσα στο ιερό οστού και τα οστά της λεκάνης). Αν δεν αντιμετωπισθεί εγκαίρως, προκαλεί με το πέρασμα του χρόνου αγκύλωση της σπονδυλικής στήλης.

Λιγότερο συχνά η νόσος προσβάλλει και περιφερειακές αρθρώσεις, κυρίως αρθρώσεις των κάτω άκρων (τα ισχία και τα γόνατα), ενώ μπορεί να προσβάλει και τον αυχένα. Σε μερικές περιπτώσεις, τα συμπτώματα αρχίζουν από τις περιφερειακές αρθρώσεις και αργότερα εκδηλώνονται στη μέση.

Η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα ανήκει σε μια οικογένεια νόσων που μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά και αναφέρονται ως οροαρνητικές σπονδυλαρθροπάθειες. Εκτός από την αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα, η ομάδα αυτή συμπεριλαμβάνει τις αντιδραστικές αρθρίτιδες, το σύνδρομο Reiter, την ψωριασική αρθρίτιδα, καθώς και τις εντεροπαθητικές σπονδυλαρθρίτιδες (νόσος Crohn, ελκώδης κολίτιδα).

Η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα είναι διαφορετικό νόσημα από την εκφυλιστική σπονδυλαρθρίτιδα, η οποία είναι η οστεοαρθρίτιδα της σπονδυλικής στήλης και αποτελεί συχνή πάθηση στους ηλικιωμένους.

Ο αγγλικός όρος «Ankylosing spondylitis» προέρχεται από την ελληνική λέξη αγκύλωση και σπόνδυλο και εξηγεί τη φυσική πορεία της νόσου, που είναι η αγκύλωση των σπονδύλων λόγω της φλεγμονής στις αρθρώσεις τους (σπονδυλαρθρίτιδα).

ΑΙΤΙΕΣ

Η αιτία που προκαλεί την αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα δεν είναι γνωστή. Οι οροαρνητικές σπονδυλαρθρίτιδες χαρακτηρίζονται από έναν κοινό γενετικό δείκτη, το επονομαζόμενο αντιγόνο ιστοσυμβατότητας HLA- B27 που ανευρίσκεται στο περίπου 90% των ασθενών με αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα.

Αν και το HLA- B27 ανευρίσκεται και στο περίπου 8% του γενικού πληθυσμού, η συχνότητα της αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας ούτε κατά διάνοια δεν φτάνει σε αυτό το ποσοστό. Πρακτικά, αυτό σημαίνει πως η παρουσία του συγκεκριμένου αντιγόνου στα λευκά αιμοσφαίρια ενός ατόμου υποδηλώνει ότι το άτομο έχει μεγαλύτερη προδιάθεση να εμφανίσει αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.

Αν ένας γονιός φέρει το αντιγόνο HLA-B27, η πιθανότητα να το κληρονομήσει στα παιδιά του είναι 50%. Ωστόσο, μόνο περίπου το 5% των ατόμων με θετικό HLA-B27 θα αναπτύξουν τελικά αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα και κανένας γιατρός δεν θα αποτρέψει έναν ασθενή με αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα να αποκτήσει οικογένεια.

Γιατί θα συμβεί αυτό; Σύμφωνα με μία θεωρία, κάποιος μικροοργανισμός (μικρόβιο) έρχεται σε επαφή με το συγκεκριμένο αντιγόνο, πυροδοτώντας μία αλληλουχία χημικών διε-

Περίπου το **5-10%**
των ασθενών με χρόνια
οσφυαλγία έχουν
αγκυλοποιητική
σπονδυλαρθρίτιδα

ΤΕΣΤ: Μήπως έχετε αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα;

Συμπληρώστε το παρακάτω ερωτηματολόγιο:

1. Έχετε πόνο στη μέση που κρατά πάνω από τρεις μήνες;
2. Έχετε πόνο στη μέση που βελτιώνεται με την κίνηση και την άσκηση;
3. Έχετε πόνο που βελτιώνεται με τα αντιφλεγμονώδη;
4. Νιώθετε το πρωί «πιάσιμο» που κρατάει πάνω από 30 λεπτά;
5. Έχετε κάποιον συγγενή πρώτου βαθμού με χρόνια πόνο στη μέση;

Αν απαντήσετε «ΝΑΙ» σε 3 από τις 5 ερωτήσεις, πρέπει να απευθυνθείτε σε έναν ρευματολόγο γιατρό. Είναι πιθανό να έχετε αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα.

γασιών οι οποίες ενεργοποιούν τη φλεγμονή που οδηγεί στην εκδήλωση της αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα εκδηλώνεται με επεισόδια πόνου, που είναι εντονότερα τις πρώτες πρωινές ώρες. Η πρωινή δυσκαμψία-πιάσιμο υποχωρεί με την κίνηση ή με ζεστό μπάνιο. Άλλο συχνό σύμπτωμα στους πάσχοντες από σπονδυλαρθρίτιδα στη μέση

είναι ο πόνος στους γλουτούς.

Αξίζει να σημειωθεί πως μερικές φορές ο πόνος που νιώθουν οι ασθενείς και ο οποίος τους οδηγεί στον γιατρό αρχίζει από τα ισχία ή τα γόνατα, δίκως να εντοπίζεται στη μέση.

Σε τέτοιες περιπτώσεις και επειδή, όπως προαναφέρθηκε, πρόκειται για νεαρά άτομα, οι υπόνοιες του γιατρού δεν στρέφονται στην αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα, αλλά σε κάποια μηχανική κάκωση της σπονδυλικής στήλης, με συνέπεια να δυσχεραίνεται και να καθυστερεί σημαντικά η σωστή διάγνωση.

Γι' αυτό και συνιστάται σε όλους τους νέους με επίμονους (πάνω από 3 μήνες) πόνους οπουδήποτε στη σπονδυλική στήλη ▶

ΨΩΡΙΑΣΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΨΩΡΙΑΣΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ

Ενημερωθείτε στο:
www.energitikotita.gr

Εμπιστευθείτε Wyeth



ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Πολύτιμο το κολύμπι

Απαραίτητα μέτρα για την επιτυχία της αντιμετώπισης της αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας είναι η φυσικοθεραπεία, η σωματική άσκηση, το Pilates, το Tai Chi και η κολύμβηση. Το κολύμπι είναι η μόνη μορφή γυμναστικής που γυμνάζει όλους τους μύς και τις αρθρώσεις χωρίς να τους καταπονεί. Δεν υπάρχει, όμως, ειδικό όφελος από το θαλασσινό νερό ή τα ιαματικά λουτρά. Πριν εξάλλου αρχίσει ένας ασθενής να γυμνάζεται, πρέπει να συμβουλευθεί τον ρευματολόγο και τον φυσικοθεραπευτή του.



ή/και στα ισχία ή στα γόνατα, να απευθύνονται και σε έναν ρευματολόγο για τρόπο.

Ένα άλλο συχνό σύμπτωμα της αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας είναι ο πόνος στην πτέρνα και ειδικότερα στο σημείο που προσφύεται ο αχίλλειος τένοντας. Ο πόνος αυτός οφείλεται σε φλεγμονή στη θέση που οι σύνδεσμοι ή οι τένοντες προσφύονται στο οστό και ονομάζεται ενθεοπάθεια. Η ενθεοπάθεια αποτελεί ένα από τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά της αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας.

Αν δεν διαγνωσθεί εγκαίρως η φλεγμονή της νόσου, προκαλεί μόνιμες βλάβες στη σπονδυλική στήλη, οδηγώντας σε χαρακτηριστική στάση του σώματος των ασθενών – όπως ο ευθειασμός της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (στη μέση, δηλαδή), κύφωση της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και τελικά αγκύλωση όλης της σπονδυλικής στήλης.

Εκτός της σπονδυλικής στήλης και των αρθρώσεων (ισχία, γόνατα) η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα μπορεί να προσβάλει τα

**Αν δεν διαγνωσθεί
εγκαίρως η
φλεγμονή της
αγκυλοποιητικής
σπονδυλαρθρίτιδας,
προκαλεί
μόνιμες βλάβες στη
σπονδυλική στήλη,
οδηγώντας σε
αλλαγή της στάσης
του σώματος
των ασθενών**

μάτια, την καρδιά και τους πνεύμονες. Η προσβολή του οφθαλμού οφείλεται σε φλεγμονή της ίριδας (λέγεται ιρίτιδα) καθώς και του χιτώνα που τη συνδέει με το εξωτερικό τοίχωμα του ματιού (λέγεται ραγοειδής χιτώνας και η φλεγμονή του ραγοειδίτιδα). Η προσβολή των ματιών εκδηλώνεται με αιφνίδιο πόνο και θόλωση της όρασης, και απαιτεί την άμεση έναρξη θεραπείας από τον οφθαλμίατρο.

Η προσβολή της καρδιάς στην αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα είναι ήπια, συνήθως ασυμπτωματική και παρουσιάζεται είτε ως διαταραχή της αγωγιμότητας του ηλεκτρικού ρεύματος στην καρδιά είτε ως ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

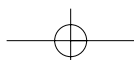
Η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα διαγιγνώσκεται από τον ρευματολόγο μετά τη λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις (αιματολογικές και ακτινογραφίες της λεκάνης και των ιερολαγονίων αρθρώσεων). Αξίζει πάντως να σημειωθεί πως στο πρώιμο στάδιο της νόσου οι εξετάσεις μπορεί να είναι φυσιολογικές. Ο ρευματολόγος γιατρός μπορεί επίσης να ζητήσει να γίνει σπινθηρογράφημα οστών και μαγνητική τομογραφία ιερολαγονίων. Η έγκαιρη διάγνωση έχει καθοριστική σημασία, διότι βοηθά σημαντικά στη χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής και μη αγωγής.

Συχνότερη εκδήλωση στους άντρες

Η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας 20-30 ετών, αλλά η διάγνωση μπορεί να καθυστερήσει να γίνει έως περίπου πέντε έτη.

Η νόσος είναι σχεδόν τρεις φορές συχνότερη στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες, σε αντίθεση με άλλες φλεγμονώδεις αρθροπάθειες οι οποίες είναι συχνότερες στις γυναίκες.

Υπολογίζεται πως προσβάλλει περίπου 1 στους 200 άνδρες και 1 στις 500 γυναίκες – δηλαδή περίπου 25.000 άνδρες και γυναίκες στη χώρα μας. Η έναρξη της νόσου μετά την ηλικία των 40 ετών δεν είναι συνήθης.





Τι πρέπει να κάνουν οι ασθενείς

■ Να ξαπλώνουν σε σκληρή επιφάνεια για περίπου 20 λεπτά κάθε πρωί και βράδυ

■ Να επαναλαμβάνουν τις ασκήσεις βαθιάς εισπνοής/εκπνοής σε τακτά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας

■ Να προσέχουν τη στάση του σώματος και να μην παραμένουν καθιστοί για μεγάλα χρονικά διαστήματα

■ Να διαλέγουν καρέκλες με σκληρό κάθισμα και με ράχη που να στηρίζει τη σπονδυλική τους στήλη.

■ Να σταματήσουν το κάπνισμα

■ Να διατηρήσουν θετική στάση απέναντι στη νόσο

■ Να κολυμπούν καθημερινά

ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ

Η θεραπεία στοχεύει στην ανακούφιση ή/και απαλλαγή των ασθενών από τα συμπτώματα, στη διατήρηση της καλής κινητικότητας - λειτουργικότητας της σπονδυλικής στήλης και στη διατήρηση της ποιότητας της ζωής.

Η δουλειά του γιατρού είναι να ανακουφίζει τον ασθενή με αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα από τον πόνο και η δουλειά του ασθενούς είναι να γυμνάζεται και να διατηρεί σωστή στάση σώματος. Ο ασθενής πρέπει ακόμα να τρέφεται υγιεινά και να προσέχει να μην αποκτήσει περιττά κιλά, που θα επιδεινώσουν την κατάστασή του.

Η φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται στους ασθενείς διακρίνεται στα απλά αναλγητικά (λ.χ. παρακεταμόλη), στα αντιφλεγμονώδη (δικλοφαινάκη, ναπροξένη, ρεφαικοξίμη, λορνοξικάμη, νιμεζουλίδη) που ανακουφίζουν τον πόνο και τη δυσκαμψία, και στα ανοσοτροποποιητικά φάρμακα (όπως η σουλφασαζίνη και η μεθοτρεξάτη). Η σουλφασαζίνη φαίνεται να είναι αποτελεσματική στις περιπτώσεις αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας με περιφερική αρθρίτιδα.

Υπάρχουν επίσης τα προϊόντα βιοτεχνολογίας (βιολογικοί παράγοντες). Χορηγούνται ύστερα από αξιολόγηση του ασθενούς από τον ρευματολόγο. Η πρώτη ομάδα είναι οι παράγοντες που αδρανοποιούν τον επονομαζόμενο παράγοντα νέκρωσης των όγκων TNF-α. Η ουσία αυτή ευθύνεται για τη φλεγμονή στις αρθρώσεις και η αδρανοποίησή της έχει ως αποτέλεσμα την καταστολή της φλεγμονής. Στους βιολογικούς παράγοντες που χορηγούνται για την αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα ανήκουν η

ινφλιξιμάμη, η ετανερσέπη και η αμπαδασέπη, ενώ σε στάδιο κλινικών μελετών βρίσκονται και άλλα φάρμακα (ριτουξιμάμη) που σύντομα πιστεύεται θα προστεθούν στη θεραπευτική φάρμακα του ρευματολόγου για την αντιμετώπιση της νόσου.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Σε μικρό αριθμό ασθενών με αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα ενδείκνυται χειρουργική θεραπεία.

Αυτή χρησιμοποιείται για να βοηθήσει στην επαναφορά της κίνησης των ισχίων που έχουν υποστεί βλάβη (αρθροπλαστική) και σπανιότερα για να ισιώσει η σπονδυλική στήλη ή ο αυχένας ενός ασθενούς που έχει γείρει τόσο που δεν μπορεί να δει μπροστά του (και βρίσκει επικίνδυνο ακόμα και το να διασχίσει τον δρόμο). Αξίζει, πάντως, να σημειωθεί πως τέτοιου είδους αγκύλωση εξαιρετικά σπάνια συμβαίνει όταν η νόσος διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί εγκαίρως. ■

Η γνώση είναι δύναμη

Το να μαθαίνει ένας ασθενής όσο το δυνατόν περισσότερα για την πάθησή του είναι ένας άλλος τρόπος για να αντιμετωπίσει ενεργητικά τη ζωή του με την αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα. Η γνώση του παρέχει, μεταξύ άλλων, αυτοπεποίθηση ώστε να μιλήσει στους ανθρώπους που τον φροντίζουν για τις ανάγκες και τις ανησυχίες του. Η Ελληνική Εταιρεία Αντιρευματικού Αγώνα προσφέρει στους ασθενείς με αρθρίτιδα ψυχολογική υποστήριξη μέσω της τηλεφωνικής γραμμής 210-8237302

1

Χρήσιμες ηλεκτρονικές διευθύνσεις

www.arthritis.org.gr Ελληνική Εταιρεία Αντιρευματικού Αγώνα
www.ere.gr Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία
www.nass.co.uk National Ankylosing Spondylitis Society

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΑ



Του
**ΠΕΤΡΟΥ
ΣΦΗΚΑΚΗ**
Αναπληρωτή καθηγητή
Παθολογίας Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου
Αθηνών, υπεύθυνου
Ρευματολογικής

Μονάδος & Ερευνητικού
Ανοσολογικού Εργαστηρίου Α'
Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

ΣΟΒΑΡΗ ΒΛΑΒΗ ΣΤΟ ΔΕΡΜΑ & ΣΤΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Δεν είναι συχνό νόσημα και μολονότι δεν είναι γνωστός ο ακριβής αριθμός των ασθενών στη χώρα μας υπολογίζεται πως ανέρχονται σε περίπου 5.000.. Συνηθέστερα εμφανίζεται την 4η έως 6η δεκαετία της ζωής, και μάλιστα με επταπλάσια συχνότητα στις γυναίκες. Λόγω της προσβολής των αρθρώσεων και γενικά του μυοσκελετικού συστήματος ο ρευματολόγος είναι ο ειδικός παθολόγος ιατρός για τη διάγνωση και θεραπεία της νόσου.

Η συστηματική σκληροδερμία δεν πρέπει να συγχέεται με το εντοπισμένο σκληρόδερμα. Το εντοπισμένο σκληρόδερμα (μορφέα και

**Η ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ
ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΑ ΕΙΝΑΙ
ΧΡΟΝΙΟ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟ
ΝΟΣΗΜΑ ΠΟΥ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΕΤΑΙ ΑΠΟ
ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ
ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΤΟΥ
ΔΕΡΜΑΤΟΣ, ΑΛΛΑ ΚΑΙ
ΤΩΝ ΣΠΛΑΓΧΝΩΝ**

γραμμικό σκληρόδερμα) είναι καθαρά δερματολογική νόσος όπου περιοχές στο δέρμα σκληραίνουν κατά τόπους, μαλακώνουν αργότερα συνήθως από μόνες τους και σκουραίνουν, ενώ δεν υπάρχει προσβολή των σπλάγχχνων και του μυοσκελετικού.

Η συστηματική σκληροδερμία είναι αυτοάνοσο νόσημα και δεν είναι ούτε μεταδοτικό ούτε κληρονομικό. Η αυτοανοσία στη σκληροδερμία οδηγεί σε υπερπαραγωγή των κολλαγόνων ινών (ίνωση), αλλά και σε ελάττωση της αιματικής ροής σε ορισμένα όργανα, λόγω καταστροφής των μικρών αιμοφόρων αγγείων. Όπως σε κάθε αυτοάνοσο νόσημα, δηλαδή ►



Paul Klee, Kettledrummer 1940, 34,6 x 21,2 cm, Zentrum Paul Klee, Bern, DACS 2008

29 Ιουνίου Ευρωπαϊκή Ημέρα Σκληροδέρματος

Scleroderma: More Than Skin Deep

Ο μεγάλος Ελβετός ζωγράφος Paul Klee πέθανε το 1940 από σκληρόδερμα.

Η επιρροή της νόσου στο έργο του ήταν καθοριστική.

Το σκληρόδερμα είναι ένα σύνολο εκδηλώσεων, με ποικίλα συμπτώματα, που προκαλούν βλάβες στο δέρμα, τα αιμοφόρα αγγεία και τα εσωτερικά όργανα.

Η έγκαιρη διάγνωση του σκληροδέρματος, σε συνδυασμό με την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση, βοηθούν στην πρόληψη των ιδιαίτερα σοβαρών επιπλοκών της νόσου.

Η Ένωση των Ευρωπαϊκών Οργανώσεων Σκληροδέρματος (Federation of European Scleroderma Associations – FESCA) αγωνίζεται για την ίση πρόσβαση των ασθενών με Σκληρόδερμα στις κατάλληλες θεραπείες.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΑ

Θεραπεία: Ελπίδες για παρόν και μέλλον

Η πρόγνωση της συστηματικής σκληροδερμίας (δηλαδή η εξέλιξη των ασθενών) δίχως θεραπεία δεν είναι καλή. Παλαιότερα, όταν οι γνώσεις μας για το νόσημα ήταν λίγες και δεν υπήρχαν αποτελεσματικά φάρμακα, οι ασθενείς με διάχυτη συστηματική σκληροδερμία είχαν κατά μέσον όρο πενταετή επιβίωση περίπου 80% και δεκαετή επιβίωση μικρότερη από 60%. Ευτυχώς, αυτά τα ποσοστά έχουν βελτιωθεί κατά πολύ τα τελευταία χρόνια. Αν και ακόμα δεν υπάρχει οριστική θεραπεία, η φαρμακευτική αγωγή έχει ως στόχο να εμποδίσει την εξέλιξη της νόσου και να μειώσει τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται ανοσοκατασταλτικά φάρμακα όπως μεθοτρεξάτη, κυκλοφωσφαμίδη και μυκοφеноλικό, καθώς και κορτικοστεροειδή. Το δημοφιλέστερο παλαιότερο φάρμακο ήταν η πενικιλαμίνη, αλλά πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι δεν είναι αρκετά αποτελεσματικό. Επίσης, χρησιμοποιούνται φάρμακα που περιορίζουν τη βλάβη των αγγείων και βελτιώνουν τη λειτουργία τους, όπως διάφορα αγγειοδιασταλτικά (νιφεδιπίνη, καπτοπρίλη, διλτιαζέμη, σινδεναφίλη), ανάλογα προστακυκλίνης (iloprost), και αναστολείς της ενδοθηλίνης. Ειδικά οι αναστολείς της ενδοθηλίνης (bosentan, ambrisentan, sitaxsentan, ambrisentan) είναι φάρμακα ευεργετικά για τα έλκη και την πνευμονική υπέρταση και υπόσχονται πολλά στην συνολική αντιμετώπιση του νοσήματος. Η προσβολή του πεπτικού συστήματος ειδικά αντιμετωπίζεται με δομπεριδόνη, μετοκλοπραμίδη, ομεπραζόλη, H2 αναστολείς, ειδική δίαιτα και ενδοσκοπικές με αντιβιοτικά (διάρροιες).



Ο ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

Η αποφυγή της έκθεσης στο κρύο, η τοπική θερμότητα για την αντιμετώπιση του φαινομένου Raynaud, η διακοπή του καπνίσματος και των αντισυλληπτικών, η άσκηση, η φυσικοθεραπεία, καθώς και η θεραπεία τυχόν κατάθλιψης και άγχους, συμπληρώνουν την αντιμετώπιση των ασθενών. Για πολλούς ασθενείς η συνεργασία του ρευματολόγου με καρδιολόγο, πνευμονολόγο, γαστρεντερολόγο ή νεφρολόγο είναι επιβεβλημένη. Πρέπει να τονισθεί ότι η θεραπεία κάθε ασθενούς είναι διαφορετική και εξαρτάται από τη μορφή, τη βαρύτητα και το στάδιο της νόσου, δεδομένου ότι κανένα από τα φάρμακα που χρησιμοποιούμε δεν αποτελεί πανάκεια. Τον επόμενο χρόνο, τέλος, θα είναι διαθέσιμα ορισμένα αποτελέσματα από κλινικές μελέτες που πραγματοποιούνται σήμερα και αφορούν τη θεραπεία με ιματίνιμη, ένα φάρμακο με διαφορετικό τρόπο δράσης, που υπόσχεται πολλά στην αντιμετώπιση των ασθενών με σοβαρή νόσο.

στα νοσήματα όπου το ανοσολογικό (αμυντικό) σύστημα στρέφεται εναντίον του οργανισμού και προκαλεί βλάβες, η αιτιολογία είναι ουσιαστικά άγνωστη. Ενοχοποιούνται παράγοντες ορμονικοί, ψυχολογικοί, περιβαλλοντικοί και γενετικοί, ωστόσο ελάχιστες περιπτώσεις πασχόντων από σκληροδερμία που έχουν πρώτου βαθμού συγγενή με την ίδια νόσο έχουν περιγραφεί παγκοσμίως.

Η κυριότερη παθολογική μεταβολή που παρατηρείται είναι η υπερπαραγωγή κολλαγόνου (είναι το κυριότερο συστατικό του συνδετικού ιστού) από τα κύτταρα που ονομάζονται ινοβλάστες, με αποτέλεσμα να χάνει το δέρμα την ελαστικότητά του. Εκτός από το δέρμα, ινοβλάστες υπάρχουν και στα εσωτερικά όργανα (π.χ. στους πνεύμονες), με αποτέλεσμα να εμφανίζεται ίνωση και εκεί (π.χ. πνευμονική ίνωση).

ΔΥΟ ΤΥΠΟΙ

Υπάρχουν δύο τύποι σκληροδερμίας:

- Ο περιορισμένος, όπου προσβάλλεται μόνο το δέρμα των άκρων και του προσώπου.
- Ο διάχυτος, με προσβολή και του δέρματος στον θώρακα και την κοιλιά.

Στον περιορισμένο τύπο, που αναφέρεται επίσης ως σύνδρομο CREST (ακρωνύμιο των λέξεων Calcinosis, Raynaud's phenomenon, Esophageal dysmotility, Sclerodactyly, Telangiectasia) και συνήθως έχει βραδύτερη πορεία, η προσβολή των εσωτερικών οργάνων είναι ελαφρότερη και η πρόγνωση καλύτερη.

ΠΡΩΤΑ ΣΤΑΔΙΑ

Η διάγνωση της συστηματικής σκληροδερμίας είναι κλινική και εύκολη στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν έχουν παθολογικά εργαστηριακά ευρήματα στα πρώτα στάδια, εκτός ενδεχομένως από την ανεύρεση αυτοαντισωμάτων (αντιπυρηνικά αντισώματα).

Στα πρώτα στάδια της νόσου οι ασθενείς εμφανίζουν ευαισθησία και αλλαγή χρώματος των δακτύλων στο κρύο (φαινόμενο Raynaud), πρήξιμο, δυσκαμψία και πόνο των χεριών και των δακτύλων (αρθραλγίες ή αρθρίτιδα), καθώς και σκλήρυνση και πάχυνση του δέρματος των χεριών και του προσώπου, ενώ οι πτυχές του δέρματος πάνω από τις κλειδώσεις και οι φυσιολογικές ρυτίδες του προσώπου εξαφανίζονται και η διάνοιξη του στόματος μειώνεται, κάτι που είναι χαρακτηριστικό της νόσου. Η βλάβη των αγγείων του δέρματος μπορεί να οδηγήσει σε ισχαιμία και στην εμφάνιση ελκών (πληγών). Έλκη εμφανίζονται κυρίως στα δάκτυλα, αλλά και σε άλλες περιοχές. Στον περιορισμένο τύπο της σκληροδερμίας η αλλαγή χρώματος των δακτύλων στο κρύο μπο-

ρεί να υπάρχει πολλά χρόνια πριν από την εμφάνιση του σκληρού δέρματος. As σημειωθεί ότι ήπιο φαινόμενο Raynaud παρατηρείται και σε πολλά υγιή άτομα (είναι ιδιοπαθές, δηλαδή αγνώστου αιτιολογίας, φαινόμενο και εμφανίζεται σε ποσοστό έως και 5 % του γενικού πληθυσμού), όμως στη σκληροδερμία τα επεισόδια είναι συχνότερα, επίμονα, βαρύτερα και μπορεί να αφορούν και τα άκρα πόδια ή τη μύτη.

ΣΟΒΑΡΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Μετά το πρώτο στάδιο, ακολουθούν άλλες, σοβαρότερες εκδηλώσεις, που δείχνουν προσβολή και των εσωτερικών οργάνων, σε χρονικό διάστημα που διαφέρει μεταξύ των ασθενών από λίγους μήνες έως αρκετά χρόνια.

Οι σοβαρές εκδηλώσεις μπορεί να περιλαμβάνουν καταστροφή των οστών των δακτύλων, φλεγμονή των μυών (μυοσίτιδα), πνευμονική ίνωση και πνευμονική υπέρταση, πλευρίτιδα, περικαρδίτιδα, μυοκαρδιοπάθεια και γαστρεντερικές διαταραχές (δυσκολία στην κατάποση, πόνος, διάρροια) και σοβαρή προσβολή των νεφρών, που συνοδεύεται από υπέρταση.

Πρέπει να τονισθεί ότι οι εκδηλώσεις αυτές, που δεν εμφανίζονται σε όλους τους ασθενείς, δεν

έχουν πάντα την ίδια βαρύτητα. Άλλοτε προσβάλλονται περισσότερα όργανα καθώς η σκληροδερμία εξελίσσεται, ενώ σε άλλες περιπτώσεις η νόσος σταθεροποιείται ή έχει μακρά περίοδο ύφεσης και υποστρέφει.

Μεταξύ των εσωτερικών οργάνων, η προσβολή των πνευμόνων είναι η σημαντικότερη. Τα αρχικά συμπτώματα είναι ξηρός βήχας και δύσπνοια κατά την προσπάθεια (ανέβασμα σκάλας, γρήγορο βάδισμα) που προοδευτικά επιδεινώνονται σε τέτοιο σημείο, ώστε αρκετοί ασθενείς να χρειάζονται οξυγονοθεραπεία.

Η προσβολή του γαστρεντερικού είναι αιτία πολύ συχνών προβλημάτων. Δυσκολία στην κατάποση

και αίσθημα καψίματος στο στήθος από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση οφείλεται σε υποκινητικότητα του οισοφάγου, λόγω ινώσεως. Διάρροιες ή χρόνια δυσκοιλιότητα εκδηλώνονται ως αποτέλεσμα της ινώσεως του λεπτού εντέρου.

Η προσβολή των νεφρών εκδηλώνεται σε ορισμένους ασθενείς με διάχυτο τύπο της νόσου με τη μορφή της σκληροδερματικής νεφρικής κρίσεως. Πρόκειται για κακοήγη υπέρταση και νεφρική ανεπάρκεια, που οφείλεται σε σπασμό και ίνωση των αγγείων των νεφρών. Μπορεί να συνυπάρχει λεύκωμα στα ούρα και αναιμία. ■

Στα πρώτα στάδια της νόσου οι ασθενείς εμφανίζουν ευαισθησία και αλλογή χρώματος των δακτύλων στο κρύο, πρήξιμο, δυσκαμψία και πόνο των χεριών και των δακτύλων, καθώς και σκλήρυνση και πάχυνση του δέρματος των χεριών και του προσώπου



my/office
services

**Το γραφείο σας,
κάθε στιγμή από οποιοδήποτε σημείο!**

Γραμματειακές Υπηρεσίες εξ αποστάσεως μέσω Τηλεφωνίας & Internet / Τηλεγραμματοεία
Web Based Secretarial Services - Virtual Office

Η My Office παρέχει υψηλού επιπέδου Γραμματειακές Υπηρεσίες σε προσιτό κόστος, μέσα από τη χρήση προηγμένης τηλεπικοινωνιακής και διαδικτυακής υποδομής. Απευθύνεται σε ελεύθερους επαγγελματίες και μικρές επιχειρήσεις που εδρεύουν σε όλη την Ελλάδα και δεν έχουν γραμματοεία ή έχουν ανάγκη να την ενισχύσουν.

Για σωστή οργάνωση, άμεσες λύσεις, ευελιξία και εξοικονόμηση χρόνου

σε χαμηλό κόστος, απλά μπειτε στο **www.myoffice.gr**

ή επικοινωνήστε στο **210 51 58 500**

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ



ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΠΟΣΟ ΚΑΠΝΙΖΕΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ;

Αντίθετα τα στοιχεία που υπάρχουν για το παθητικό κάπνισμα είναι πολύ λιγότερα. Μόλις την τελευταία πενταετία είδαν το φως της δημοσιότητας εμπεριστατωμένες έρευνες οι οποίες αποδεικνύουν ότι το παθητικό κάπνισμα είναι εξίσου βλαβερό με το ενεργητικό. Δεν θα μπορούσε να είναι διαφορετικά μια και μόλις το 20% του πληθυσμού παγκοσμίως προστατεύεται γονιδιακά από το κάπνισμα. Αυτό σημαίνει ότι ένας παθητικός καπνιστής, εάν δεν ανήκει σε αυτή την προνομιακή κατηγορία - που είναι και το πιο πιθανόν - κινδυνεύει πολύ περισσότερο από έναν καπνιστή που προστατεύεται γονιδιακά από τον καπνό. Παρόλο που ο πρώτος έχει επιλέξει να μην καπνίζει. Μόνο στην Ευρώπη εκτιμάται ότι κάθε χρόνο πεθαίνουν 79.000 άνθρωποι εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος, σύμφωνα με έκθεση που δημοσιεύτηκε από την Smoke Free Partnership, ένα φόρουμ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου το οποίο ερευνά θέματα που σχετίζονται με τον καρκίνο και την καρδιά. Από αυτούς οι 72.000 είχαν εισπνεύσει τα τοξικά χημικά του καπνού μέσα στο ίδιο τους το σπίτι ενώ οι 7.000 στον εργασιακό τους χώρο. Παρόμοια είναι και τα στατιστικά στοιχεία του Αμερικανικού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών το οποίο επισημαίνει ότι στις ΗΠΑ κάθε χρόνο πεθαίνουν 46.000 άνθρωποι από καρδιοπάθειες που οφείλονται στο παθητικό κάπνισμα και 3.000 από καρκίνο για τον ίδιο λόγο.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στα νούμερα αυτά δεν έχουν υπολογιστεί μια σειρά θανάτων για τους οποίους υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις, σχεδόν αποδείξεις, ότι οφείλονται στο παθητικό κάπνισμα. Την άποψη αυτή υποστηρίζει και ο καθηγητής ιατρικής του πανεπιστημίου του Κουίνσλαντ της Αυστραλίας, Κονραντ Τζαμροζικ ο οποίος ειδικεύεται σε θέματα δημόσιας υγείας που σχετίζονται με το κάπνισμα. Σύμφωνα με τον κ. Τζαμρόζικ «οι εκτιμήσεις των θανάτων που προκαλούνται από το παθητικό κάπνισμα εί-

Οι θανατηφόρες επιδράσεις του καπνίσματος έχουν μελετηθεί εκτενώς. Είναι πλέον τεκμηριωμένο και δεν αμφισβητείται σχεδόν από κανέναν, ότι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνους σε πολλά ζωτικά όργανα του ανθρώπινου σώματος. Στην Ευρώπη αποτελεί τη βασική αιτία θανάτου καθώς 650.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο εξαιτίας του. Επιπλέον, υπολογίζεται ότι κοστίζει πάνω από 100 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως στους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Γι αυτό άλλωστε η καταπολέμηση του είναι ψηλά στην ατζέντα των προτεραιοτήτων των ανεπτυγμένων χωρών.

ναι συντηρητικές. Περιλαμβάνουν θανάτους από καρδιακές παθήσεις, εμφράγματα, καρκίνο του πνεύμονα και ορισμένες αναπνευστικές παθήσεις. Όμως δεν προσμετρούν θανάτους παιδιών που οφείλονται σε αυτή την αιτία και θανάτους ενηλίκων λόγω άλλων συνθηκών που σχετίζονται με το κάπνισμα, όπως η πνευμονία.»

Επιπλέον, πρόσφατη έρευνα των πανεπιστημίων του Κέιμριτζ στην Βρετανία και του Μίσιγκαν στην Αμερική έδειξε ότι το παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στις γνωστικές λειτουργίες όπως είναι η μνήμη, ο υπολογισμός και η ευφράδεια. Οι ερευνητές των δύο πανεπιστημίων μέτρησαν τα επίπεδα κοτινίνης, συστατικό της νικοτίνης, στα σάλιο 5.000 ενηλίκων. Κατόπιν τους υπέβαλαν σε διάφορα τεστ, και αποτίμησαν τις ικανότητες τους. Τα συμπεράσματα ήταν συναρπαστικά. Όσοι είχαν στο σώμα τους υψηλά ποσοστά κοτινίνης παρουσίαζαν σοβαρά προβλήματα στις γνωστικές τους λειτουργίες.

Οι καταστροφικές συνέπειες για τα παιδιά

Εμβρυική ζωή

Ο πλέον ευάλωτος πληθυσμός στο παθητικό κάπνισμα είναι τα παιδιά. Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι οι επιπτώσεις των τοξικών ουσιών που αφήνει ο καπνός του τσιγάρου βλάπτουν σοβαρά, συχνά ανεπανόρθωτα, την υγεία και την ανάπτυξη τους. Οι καταστροφικές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος ξεκινούν από την εμβρυική ζωή. Πρόσφατες έρευνες, έχουν δείξει ότι οι τοξικές ουσίες του καπνού απορροφούνται από τις εγκύους, διαπερνούν τον πλακούντα και συσσωρεύονται στο έμβρυο, με αποτέλεσμα να μεγαλώνουν οι πιθανότητες προκλήσεων καρκίνου των νεφρών και της ουροδόχου κύστης όταν αυτά θα μεγαλώσουν.

Βρέφη

Ακόμη πιο σοβαρά είναι τα συμπεράσματα που έχουν βγει για τα βρέφη των οποίων οι μητέρες τους καπνίζουν κατά την διάρκεια του θηλασμού ή της εγκυμοσύνης. Στα ούρα των βρεφών αυτών βρέθηκε τόση ποσότητα κοτινίνης όσο και στην μητέρα που κάπνιζε. Ανάλογα είναι τα συμπεράσματα και για τα βρέφη που οι μητέρες τους ήταν παθητικές καπνίστριες. Έτσι, δεν είναι τυχαίο ότι η πρώτη αιτία θανάτου σε παιδιά ηλικίας από 1 μήνα έως 1 έτος είναι το παθητικό κάπνισμα. Οι βλαβερές του συνέπειες έχουν συνδεθεί με το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου βρεφών αλλά και με προβλήματα συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία όπως η υπερκινητικότητα

και η έλλειψη προσοχής, γνωστή ως ADHD.

Νήπια

Εξίσου απογοητευτικά είναι και τα συμπεράσματα για τα νήπια από 2 ως 5 ετών. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι όταν εκτίθεται στον καπνό απορροφούν νικοτίνη 6 φορές παραπάνω από τα μεγαλύτερα παιδιά ηλικίας από 9 ως 14 ετών. Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε περιβάλλον όπου οι γονείς τους καπνίζουν έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να προσβληθούν από αναπνευστικές παθήσεις και να αναπτύξουν άσθμα, την πιο συνηθισμένη ασθένεια του παθητικού καπνιστή. Μόνο στη Μεγάλη Βρετανία υπολογίζεται πως πάνω από 5.000 παιδιά προσβάλλονται από άσθμα επειδή καπνίζουν οι γονείς τους ενώ κάθε χρόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο νοσηλεύονται πάνω από 17.000 παιδιά κάτω των 5 ετών, εξαπτίας ασθενειών που οφείλονται στο παθητικό κάπνισμα. Πριν από περίπου τέσσερα χρόνια πραγματοποιήθηκε μια από τις μεγαλύτερες και περιεκτικότερες έρευνες σε διάφορες χώρες της Ευρώπης κατά την οποία εξετάστηκαν, μεταξύ άλλων, οι μακροχρόνιες επιδράσεις του καπνού στα παιδιά. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, στην οποία συμμετείχαν πάνω από 300.000 άνθρωποι οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι: τα παιδιά που εισπνέουν καπνό καθημερινά και για πολλές ώρες κινδυνεύουν 3,63 φορές περισσότερο να προσβληθούν από καρκίνο των πνευμόνων σε σύγκριση με παιδιά που μεγάλωσαν σε άκαπνο περιβάλλον.

ΤΡΙΤΟΓΕΝΕΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το αξιοσημείωτο είναι ότι ακόμη και εάν οι γονείς αποφασίσουν να καπνίσουν μόνο έξω από το σπίτι αυτό δεν προστατεύει 100% τα παιδιά τους. Ο καπνός και τα δηλητηριώδη στοιχεία που περιέχει μεταφέρονται από τους καπνιστές είτε με τα μαλλιά είτε με τα ρούχα τους, όταν αυτοί επιστρέφουν στο σπίτι. Πρόκειται για μια καινούργια σχετικά διαπίστωση που με την σειρά της έχει δημιουργήσει μια καινούργια ορολογία. «Το τριτογενές κάπνισμα». Ο νέος αυτός όρος περιγράφει τις σοβαρές επιπτώσεις που μπορούν να προκαλέσουν οι καπνιστές, μεταφέροντας άθελα τους τις τοξίνες του καπνού. Τριτογενής καπνός είναι αυτό που μυρίζουμε όταν ένας καπνιστής μπει σε μικρό κλειστό χώρο ακόμη και όταν έχει σβήσει το τσιγάρο του. Έτσι, σύμφωνα με έρευνα του πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας τα παιδιά που οι γονείς τους δεν καπνίζουν μέσα στο σπίτι έχουν μέχρι και οκτώ φορές μεγαλύτερη ποσότητα νικοτίνης στον οργανισμό τους από τα παιδιά που οι γονείς τους δεν καπνίζουν καθόλου. Στην ίδια έρευνα που δημοσιεύτηκε πριν από μερικά χρόνια στην ιστοσελίδα του περιοδικού Nature ο επικεφαλής της ερευνητικής ομάδας, καθηγητής Μάτ, υποστηρίζει ότι μπορεί μεν οι γονείς να προστατεύουν τα παιδιά τους εάν καπνίζουν έξω από το σπίτι αλλά κάνουν λάθος «αν πιστεύουν ότι αυτό θα προστατεύσει πλήρως τα παιδιά τους από την έκθεση στο καπνό»



Η λύση ακούει στο όνομα καθολική απαγόρευση του καπνίσματος

Τα παιδιά είναι πολύ πιο ευάλωτα στους κινδύνους που ελλοχεύει τόσο το παθητικό κάπνισμα όσο και το τριτογενές κάπνισμα. Η καθολική απαγόρευση σε δημόσιους χώρους σίγουρα θα βοηθήσει πολλούς γονείς να κόψουν το τσιγάρο όπως έγινε και σε άλλες χώρες, όπου το μέτρο εφαρμόζεται εδώ και χρόνια. Αυτή είναι και η μοναδική λύση για να μεγαλώσουν τα παιδιά σε ένα υγιές περιβάλλον χωρίς τοξικές ουσίες που προκαλούνται από τον καπνό. Παρόλο που οι κίνδυνοι είναι ποια κοινώς αποδεκτοί, σχεδόν σε καμία χώρα του κόσμου το νομοθετικό πλαίσιο δεν προστατεύει τα παιδιά από το να εισπνέουν «τα τοξικά απόβλητα» των ενηλίκων. Μόνο στην Αυστραλία, πρόσφατα, ψηφίστηκε νόμος ο οποίος προβλέπει την επιβολή κυρώσεων σε όσους καπνίζουν μέσα σε αυτοκίνητο που επιβαίνουν παιδιά.

ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ



Η ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΜΙΑ ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ, ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΣΥΝΑΝΤΟΥΝ ΟΧΙ ΜΟΝΟ ΟΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΙ, ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΠΟΛΛΟΙ ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΙ, ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ, ΓΕΝΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ, ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΙ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΓΙΑΤΡΟΙ ΑΛΛΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΤΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ.



Της
ΚΛΗΜΕΝΤΙΝΗΣ ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Νευρολόγου,
διευθύντριας του
Νευρολογικού
Τμήματος στο Γενικό
Νοσοκομείο Αθηνών
«Γεώργιος
Γεννηματάς»

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΜΕ ΠΟΛΛΑ ΠΡΟΣΩΠΑ



Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι γνωστή από πολύ παλιά, η πρώτη όμως ολοκληρωμένη περιγραφή της γίνεται για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1860 από την ομάδα του καθηγητού Charcot στο Νοσοκομείο Salpêtrière στο Παρίσι. Έκτοτε για πάρα πολλά χρόνια αποτελούσε μια αινιγματική, αθεράπευτη και εκφυλιστική κατάσταση, που βαθμιαία θα οδηγούσε στην αναπηρία και τον θάνατο.

Τις τρεις τελευταίες δεκαετίες, όμως, η σκλήρυνση κατά πλάκας (ή πολλαπλή σκλήρυνση, όπως επίσης αποκαλείται) άρχισε να αποκαλύπτεται μυστικά της κάτω από την πρόοδο και τα επιτεύγματα των ερευνών της απεικονιστικής ιατρικής και της βιοϊατρικής. Άρχισαν να γίνονται κατανοητοί οι μηχανισμοί δημιουργίας και ανάπτυξης της νόσου και να καθορίζονται κάποιες ανοσοτροποποιητικές θεραπείες.

Η σκλήρυνση κατά πλάκας αποτελεί την επεισοδική εμφάνιση νευρολογικών συμπτωμάτων σε νεαρούς ενήλικες, εφήβους και λιγότερο στη μέση ηλικία. Το υπόστρωμά της χαρακτηρίζεται από απώλεια της μυελίνης (του περιβλήματος του νευρικού κυττάρου) και γλοιώση στη λευκή ουσία του εγκεφάλου και του νωπιαίου μυελού, που δημιουργούν χαρακτηριστικές πλάκες απομυελίνωσης.

Το υπόστρωμα της νόσου έχει οδηγήσει στην ένταξη της σκλήρυνσης κατά πλάκας στην ομάδα των αυτοάνοσων νοσημάτων, δηλαδή είναι μια κατάσταση όπου διαταράσσεται η αυτοανοσία του οργανισμού και κάτω από ειδικές συνθήκες ξεκινά μια διαδικασία αυτοκαταστροφής που οδηγεί στη δημιουργία των πλακών.

Σφραγίδα της νόσου αποτελεί το πρότυπο της νευρολογικής βλάβης που χαρακτηρίζεται από διασπορά στον χώρο – αφορά διαφορετικά σημεία του κεντρικού νευρικού συστήματος (δηλαδή του εγκεφάλου και του νωπιαίου μυελού) – και στον χρόνο (περιοδική εμφάνιση υποτροπών της νόσου).

ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΜΟΡΦΕΣ

Αυτή η πορεία της νόσου με εξάρσεις και υφέσεις αποτελεί και τη χρυσή σταθερά για την διάγνωση, συνδυαζόμενη με τον εργαστηριακό έλεγχο (μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου). Ένα μέρος από τους ασθενείς με την υποτροπιάζουσα μορφή (RRMS) εμφανίζουν, έπειτα από κάποια χρόνια εμφάνισης υποτροπών, βαθμιαία επιδείνωση, οπότε και η νόσος χαρακτηρίζεται ως δευτερογενώς προϊούσα μορφή (SPMS). Μια πολύ μικρή ομάδα περιπτώσεων εμφανίζει από την αρχή προοδευτική επιδείνωση χωρίς υποτροπές – σε τέτοιες περι-

πτώσεις, μιλάμε για την πρωτογενώς προϊούσα μορφή (PPMS). Τέλος, σε ελάχιστες περιπτώσεις η νόσος έχει προοδευτική πορεία επιδείνωσης και κατά διαστήματα εμφανίζονται υποτροπές. Πρόκειται για την προϊούσα υποτροπιάζουσα μορφή της νόσου (PRMS).

Στην υποτροπιάζουσα μορφή, ο ασθενής μπορεί να καθορίζει με ακρίβεια πότε παρουσίασε τα συμπτώματά του για πρώτη φορά και πότε στη συνέχεια βελτιώθηκε ή εμφάνισε νέα συμπτώματα (υποτροπή). Αντίθετα, στην προϊούσα μορφή, ο ασθενής δεν μπορεί να καθορίσει την εμφάνιση συμπτωμάτων και τον ρυθμό με τον οποίο επιδεινώνεται η νόσος του.

Ο καθορισμός αυτός ή η απουσία του βοηθά στον προσδιορισμό του

Η σκλήρυνση κατά πλάκας εκδηλώνεται σε νεαρούς ενήλικες και εφήβους και λιγότερο στη μέση ηλικία.

3.000 έως 5.000

υπολογίζεται ο αριθμός των πασχόντων στην χώρα μας

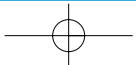
τύπου της νόσου. Το ποσοστό εμφάνισης των διαφορετικών τύπων της νόσου είναι σύμφωνα με μελέτες:

- Υποτροπιάζουσα Μορφή (RRMS). Αφορά το 55% των κρουσμάτων
- Πρωτογενώς Προϊούσα Μορφή (SPMS). Αφορά το 31% των κρουσμάτων
- Πρωτογενώς Προϊούσα Μορφή (PPMS). Αφορά το 9% των κρουσμάτων
- Πρωτογενώς Υποτροπιάζουσα Μορφή (PRMS). Αφορά το 5% των κρουσμάτων

Τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν τη σκλήρυνση κατά πλάκας είναι η ετερογένεια των βλαβών και η απρόβλεπτη εμφάνιση της νόσου. Δεν είναι δυνατόν να καθορισθεί πότε η νόσος θα υποτροπιάσει και δεν είναι σαφές ποιοι παράγοντες θα οδηγήσουν στην υποτροπή. Από την άλλη πλευρά υπάρχει μεγάλη ετερογένεια στην εμφάνιση των βλαβών, οι οποίες χαρακτηρίζονται τόσο από φλεγμονώδη όσο και από εκφυλιστικά στοιχεία με κατάτμηση των νευροαξόνων.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ορισμένα κύρια και σταθερά ευρήματα τα οποία σχετίζονται με τη νόσο.



ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Συμπτώματα

Όπως προαναφέρθηκε, η αιτιολογία παραμένει άγνωστη. Υπάρχουν μόνο παράγοντες κινδύνου που ενισχύουν της εμφάνισή της. Τα συνήθη σημεία και συμπτώματα είναι αδυναμία στο ένα ή περισσότερα άκρα (εμφανίζεται στο 40% των ασθενών), διαταραχή όρασης του ενός οφθαλμού ως οπτική νευρίτιδα (εμφανίζεται στο 22% των ασθενών), παραισθησίες (21% των ασθενών), διπλωπία (12% των ασθενών), ενώ λιγότερο συχνά (στο 5%) παρατηρείται ίλιγγος, καυσalgία και αίσθημα ηλεκτρικής εκκένωσης στην σπονδυλική στήλη και τα πόδια, νευραλγία τριδύμου (στο πρόσωπο), παροξυσμικά συμπτώματα και δυσαρθρία. Ασυνηθιστα σημεία που υποδηλώνουν έναρξη της σκλήρυνσης είναι το άλγος (πόνος), η σεξουαλική δυσλειτουργία, η γνωσιακή δυσλειτουργία και διάφορες κινητικές διαταραχές.



Εξετάσεις και θεραπεία

Οι διαγνωστικές εξετάσεις για τη νόσο είναι η μαγνητική τομογραφία (MRI) εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού, η οσφυονωτιαία παρακέντηση (λαμβάνεται δείγμα του επονομαζόμενου εγκεφαλονωτιαίου υγρού από τη σπονδυλική στήλη για να ελεγχθεί στο εργαστήριο) και μία νευρολογική εξέταση που λέγεται προκλητά δυναμικά. Η αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας, μιας νόσου αγνώστου αιτιολογίας, εξυπακούεται ότι δεν είναι ριζική αιτιολογική. Όμως υπάρχουν δύο σκέλη θεραπευτικής αντιμετώπισης:

- 1) Η αντιμετώπιση της οξείας υποτροπής με χορήγηση κορτιζόνης ενδοφλεβίως ή/και από το στόμα.
- 2) Η προληπτική αντιμετώπιση με ανοσοτροποποιητική θεραπεία. Στην περίπτωση αυτή τα φάρμακα αποσκοπούν στην αναχαίτιση των υποτροπών της νόσου και τη μείωση της διάρκειας και βαρύτητας της τυχόν υποτροπής. Στην κατηγορία αυτή, τα εγκεκριμένα σκευάσματα είναι διεθνώς η ιντερφερόνη Β (IFNB 1a, IFNB 1b), η γλατιραμέρη και η μιτοξανδρόνη.

1) Γεωγραφικό πλάτος. Η συχνότητα εμφάνισης αυξάνει όσο αυξάνεται η απόσταση από τον Ισημερινό τόσο προς το βόρειο όσο και προς το νότιο ημισφαίριο. Ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου χαρακτηρίζεται ως υψηλός όταν υπάρχουν 30-80 περιπτώσεις ανά 100.000 κάτοικους, μέτριος όταν υπάρχουν 5-25 περιπτώσεις ανά 100.000 και χαμηλός εάν τα περιστατικά είναι λιγότερα από 5 ανά 100.000. Στην Ελλάδα οι επιδημιολογικές μελέτες είναι λίγες με όχι πλήρη στοιχεία και τα ποσοστά ποικίλλουν, ξεκινώντας από τα 30 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους.

2) Φύλο. Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι συχνότερη στις γυναίκες (σχεδόν διπλάσιες γυναίκες νοσούν έναντι των ανδρών), με μια δραστηριότητα που εξαφανίζεται σχεδόν στη διάρκεια της κύησης και αυξάνει κατά τη λοχεία.

3) Μετανάστευση. Έχει διαπιστωθεί ότι η εμφάνιση της νόσου επηρεάζεται από τον τόπο διαμονής στην παιδική ηλικία (στις ηλικίες 10 έως 15 ετών). Αν κάποιος διαμένει σε περιοχή υψηλού κινδύνου για σκλή-

ρυνση κατά πλάκας στα παιδικά και εφηβικά του χρόνια, διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσει τη νόσο ακόμη και αν μεταναστεύσει στην συνέχεια σε περιοχή με χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

4) Λοιμώξεις. Έχει διαπιστωθεί μια συσχέτιση της εμφάνισης της νόσου με λοιμώξεις από ορισμένους ιούς, όπως ο ιός Epstein Barr που προκαλεί λοιμώδη μονοκυρηνωση.

5) Συνύπαρξη με άλλα νοσήματα. Μπορεί η νόσος να συνυπάρχει με άλλα νοσήματα όπως η ραγοειδίτιδα, η θυρεοειδοπάθεια και άλλα αυτοάνοσα νοσήματα.

6) Βιταμίνη D. Τελευταία μελέτη από το Πανεπιστήμιο του Harvard έχει δείξει ότι η διαμονή σε χώρες με χαμηλή ηλιοφάνεια, όπου τα επίπεδα της βιταμίνης D στον οργανισμό είναι χαμηλά, αυξάνει το

κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

7) Κάπνισμα. Το κάπνισμα ενοχοποιείται για πολλά νοσήματα. Τελευταία, μελέτες δείχνουν ότι και η εμφάνιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας επηρεάζεται από αυτό.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν αποτελεί κληρονομούμενη νόσο. Έχει όμως διαπιστωθεί ότι ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου αυξάνει με την αυξημένη γενετική συγγένεια σε μια συχνότητα 1/1.000 σε πληθυσμούς με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

Στο 10% - 15% των περιπτώσεων σκλήρυνσης κατά πλάκας υπάρχει κάποιος συγγενής στο οικογενειακό περιβάλλον που επίσης έχει τη νόσο. Ωστόσο, αυτή η εμφάνιση της νόσου δεν ακολουθεί τους κανόνες του Mendel, ενδεικτικό του ότι η γενετική στη σκλήρυνση κατά πλάκας είναι πολυπαραγοντική. Ενδιαφέρον είναι ότι τα παιδιά που έχουν και τους δύο γονείς με σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζουν και τα ίδια τη νόσο σε ποσοστό 5,8%, ενώ τα παιδιά που έχουν ένα γονέα με σκλήρυνση κατά πλάκας την εμφανίζουν σε ποσοστό 1,8%.

Ός προς την φυλή, φαίνεται ότι τα βόρεια φύλα που προέρχονται από τους Βίκινγκς έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν την νόσο σε αντίθεση με τους μαύρους της Αφρικής, τους Ινδιάνους της Αμερικής και τους Ασιάτες, οι οποίοι έχουν ανθεκτικότητα στη σκλήρυνση κατά πλάκας. ■



**ΣΤΗ NOVARTIS, ΟΙ
4 ΠΥΛΩΝΕΣ
ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΙΝΑΙ:**

Επιχειρούμε υπεύθυνα Ανταποδίδουμε στην κοινωνία

Στο πλαίσιο της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης, η Novartis εδώ και χρόνια δραστηριοποιείται στο Εξωτερικό και στην Ελλάδα μέσα από ενέργειες που βασίζονται στους άξονες του περιβάλλοντος, της κοινωνίας, της αγοράς και του ανθρώπινου δυναμικού της.

1 Οι ασθενείς

Η Novartis προσυπογράφει το δικαίωμα κάθε ανθρώπου στην υγεία ενώ είναι η πρώτη εταιρεία στην Ευρώπη στην οποία απονεμήθηκε το 2005 το Αριστείο Εταιρικής Φιλανθρωπίας (Excellence in Corporate Philanthropy Award) σε αναγνώριση της κοινωνικής αλληλεγγύης της προς εκατομμύρια απόρους ασθενείς σε όλο τον κόσμο. Σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας Π.Ο.Υ από το 2001 μέχρι σήμερα, η Novartis προμηθεύει σε τιμή κόστους το ανθελονοσιακό της φάρμακο σε χώρες όπου ενδημεί η ελονοσία ενώ εκατομμύρια συσκευασίες του ανθελονοσιακού σκευάσματος της, έχουν διανεμηθεί σε 40 χώρες βοηθώντας να σωθούν 450.000 πάσχοντες από την ελονοσία.



2 Επιχειρηματική δεοντολογία

Η Novartis υπήρξε μεταξύ των πρώτων εταιρειών οι οποίες συνυπέγραψαν το 2000 την Οικουμενική Σύμβαση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (UN Global Compact), αποτελούμενη από 10 αρχές που κατοχυρώνουν και διασφαλίζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα, την εργασία, την προστασία του περιβάλλοντος και την πάταξη της διαφθοράς. Η Novartis λειτουργεί με υπευθυνότητα και διαφάνεια, τηρώντας πιστά τους κανόνες δεοντολογίας σε όλες τις επιχειρηματικές μας δραστηριότητες.



3 Οι άνθρωποί μας και οι κοινωνίες

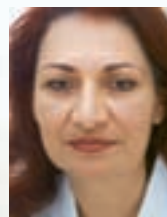
Κάθε χρόνο, την άνοιξη, αφιερώνεται η επέτειο της ημέρας της ίδρυσης της Novartis στην κοινωνία, καθιερώνοντας την ημέρα αυτή ως «Ημέρα Εθελοντικής Κοινωνικής Προσφοράς» προς τους συνανθρώπους που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη φροντίδας. Την ημέρα αυτή οι εργαζόμενοι της εταιρείας βρίσκονται κοντά σε ηλικιωμένους, παιδιά, και άλλους συνανθρώπους μας.



4 Μέριμνα για το περιβάλλον

Ενώ η παραγωγή της εταιρείας από το 1997 έως σήμερα διπλασιάστηκε, έχει μειώσει το ρυθμό αύξησης της κατανάλωσης ενέργειας και ύδατος. Η Novartis Hellas ανακυκλώνει επίσης χαρτί, μπαταρίες και μελάνια εκτυπωτών, συμμετέχει ενεργά στην προσπάθεια ανακύκλωσης συσκευασιών δίνοντας κάθε χρόνο πάνω από 50.000 _ στην Εταιρεία Αξιοποίησης Ανακύκλωσης ενώ μειώνει τις εκπομπές ρύπων χρησιμοποιώντας υβριδικά αυτοκίνητα

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1



Της
**ΑΝΔΡΙΑΝΗΣ
ΒΑΖΑΙΟΥ**

Παιδιάτρου,
αναπληρώτριας
διευθύντριας Α'
Παιδιατρικής Κλινικής,
υπεύθυνης
Διαβητολογικού
Κέντρου Νοσοκομείο
Παίδων «Π. & Α.
Κυριακού»

«ΖΑΧΑΡΟ» ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 εκδηλώνεται συνήθως στην παιδική ηλικία και σε νέα άτομα. Η ινσουλίνη παράγεται στα β-κύτταρα του παγκρέατος, τα οποία καταστρέφονται σταδιακά από το ανοσοποιητικό σύστημα, επειδή τα εκλαμβάνει ως ξένα, για λόγους που δεν είναι απόλυτα κατανοητοί. Το πάγκρεας είναι ένα όργανο του σώματος που βρίσκεται ψηλά στην κοιλιά και παράγει ουσίες που έχουν σχέση με την πέψη των τροφών αλλά και σημαντικές ορμόνες, όπως είναι η ινσουλίνη. Η καταστροφή των κυττάρων που παράγουν ινσουλίνη είναι σταδιακή - πιστεύεται μάλιστα ότι αρχίζει πολλά χρόνια πριν από την εμφάνιση της νόσου. Σε περιπτώσεις που ο διαβήτης εμφανίζεται στην πρώτη παιδική ηλικία, υποστηρίζεται ότι η όλη διεργασία έχει ξεκινήσει ακόμα και από την εμβρυϊκή ζωή. Επειδή καταστρέφονται τα ινσουλινοπαραγωγικά κύτταρα, το άτομο έχει έλλειψη ινσουλίνης η οποία θα πρέπει να του δοθεί με τη μορφή ενέσεων γιατί η ινσουλίνη καταστρέφεται από τα οξέα του στομάχου και δεν είναι αποτελεσματική όταν δίνεται από το στόμα. Η ινσουλίνη είναι η ορμόνη με τη βοήθεια της οποίας περνάει το σάκχαρο από το αίμα στα κύτταρα του οργανισμού μας και έτσι μειώνονται τα επίπεδά του στο αίμα.

**ΠΕΡΙΠΟΥ 30.000
ΑΤΟΜΑ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ ΠΑΣΧΟΥΝ
ΑΠΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ
ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1
– ΕΝΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΟ
ΝΟΣΗΜΑ ΠΟΥ
ΠΡΟΚΑΛΕΙ
ΕΛΛΕΙΨΗ ΤΗΣ
ΟΡΜΟΝΗΣ
ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ, Η
ΟΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ
ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΓΙΑ
ΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΩΝ
ΕΠΙΠΕΔΩΝ
ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΣΤΟ
ΑΙΜΑ.**

Όταν ο οργανισμός δεν παράγει ινσουλίνη, τα μόρια του σακχάρου αθροίζονται στο αίμα και αυξάνονται τα επίπεδά του. Όταν, όμως, το σάκχαρο ανέβει πάνω από ένα όριο, αποβάλλεται στα ούρα, με αποτέλεσμα να κάνει τα ούρα πιο γλυκά αλλά και πιο πυκνά.

Αυτό έχει ως επακόλουθο να ουρεί το άτομο περισσότερο (πολυουρία) και να χάνει νερό στα ούρα. Ο οργανισμός αντιλαμβάνεται την απώλεια νερού στα ούρα και προσπαθεί να την καλύψει, ενεργοποιώντας το αίσθημα της δίψας (πολυδιψία).

Παρά την ποσότητα του νερού, όμως, που πίνει το άτομο, εξακολουθεί να αποβάλει πολύ νερό στα ούρα, με αποτέλεσμα να μην ενυδατώνονται επαρκώς τα κύτταρα του σώματος και κάποια στιγμή να αναπτυχθεί αφυδάτωση.

Η πολυουρία και η πολυδιψία αποτελούν δύο από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του διαβήτη. Υπάρχει ένα ακόμα, η πολυφαγία, η οποία προκαλείται από το γεγονός ότι δίχως ινσουλίνη, το σάκχαρο δεν μπορεί να μπει στα κύτταρα και αυτά «λιμοκτονούν», δεδομένου ότι το σάκχαρο αποτελεί βασικό «καύσιμο» για τον οργανισμό.

Στην απεγνωσμένη του προσπάθεια να βρει καύσιμα, ο οργανισμός παράγει κάποιες άλλες ουσίες που λέγονται κετόνες και αποτελούν εναλλακτική πηγή ενέργειας για το κύτταρο.

Οι κετόνες, όμως, είναι στην πλειονότητά τους οξέα, με απο-

τέλεσμα να εμφανίζεται τελικά οξέωση, η οποία είναι επικίνδυνη κατάσταση για τον οργανισμό. Εάν επομένως ένα άτομο με διαβήτη τύπου 1 αφαιρεθεί χωρίς ινσουλίνη, κινδυνεύει να πέσει σε κώμα από διαβητική κετοξέωση. Η διαβητική κετοξέωση είναι η τριάδα της υπεργλυκαιμίας (έτσι λέγεται το υπερβολικό σάκχαρο στο αίμα), της αφυδάτωσης και της οξέωσης.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η κλασική τριάδα των συμπτωμάτων στο διαβητικό άτομο είναι τα «τρία Π» που προαναφέρθηκαν, δηλαδή η πολουρία, η πολυδιψία και η πολυφαγία. Ο ασθενής εμφανίζει επίσης εύκολη κόπωση και απώλεια βάρους. Όταν υπάρχει κετοξέωση και η κατάσταση είναι πολύ σοβαρή, το άτομο έχει ταχύπνοια (αναπνέει γρήγορα) ή πόνους στην κοιλιά, τάση για έμετο ή εμέτους και έντονα σημεία αφυδάτωσης (η γλώσσα είναι στεγνή και τα μάτια «βαθουλωμένα»). Εάν αφαιρεθεί χωρίς βοήθεια θα πέσει σε κώμα.

Από την άλλη πλευρά, τα ανεξέλεγκτα υψηλά επίπεδα σακχάρου φθείρουν τα μικρά αγγεία του σώματος (μικροαγγειοπάθεια) με αποτέλεσμα να υπάρχει κίνδυνος να εμφανισθούν επιπλοκές από τα νεφρά (διαβητική νεφροπάθεια), τα μάτια (διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια) και τα νεύρα (διαβητική νευροπάθεια). Προκαλούν επίσης βλάβες στα μεγάλα αιμοφόρα αγγεία (μακροαγγειοπάθεια), με επακόλουθο αύξηση του κινδύνου καρδιοπάθειας, εγκεφαλικών επεισοδίων και περιφερικής αγγειοπάθειας αργότερα στη ζωή. Βέβαια, δεν παρουσιάζουν όλα τα άτομα με διαβήτη επιπλοκές, αλλά η εμφάνισή τους έχει σχέση με τη ρύθμιση του σακχάρου. Ο στόχος είναι να βρίσκονται εφ' όρου ζωής όσο το δυνατόν πλησιέστερα στο φυσιολογικό τα επίπεδα του σακχάρου, διότι έτσι οι πιθανότητες επιπλοκών είναι σχεδόν μηδενικές.

Γι' αυτό οι πάσχοντες πρέπει να ελέγχουν τακτικά το σάκχαρό τους και να το καταγράφουν στο ημερολόγιό τους, να προσέχουν τη διατροφή τους και να γυμνάζονται συστηματικά, διότι η άσκηση αποτελεί τον πιο φυσικό τρόπο μείωσης των επιπέδων σακχάρου στο αίμα.

Εξίσου βασικοί παράγοντες είναι η ψυχολογική υποστήριξη από τη οικογένεια, καθώς και η τακτική παρακολούθηση από τον γιατρό.

Η ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΙΟΙ

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 δεν αποτελεί κληρονομική πάθηση με την κλασική έννοια. Εάν κάποιος από τους γονείς πάσχει από αυτόν, δεν τον μεταβιβάζει οπωσδήποτε στα παιδιά του.

Αυτό το οποίο κληρονομεί το άτομο με διαβήτη είναι κάποια γονίδια που αυξάνουν την προδιάθεση για νόσο. Ωστόσο, ένα άτομο με προδιαθεσικά γονίδια μπορεί να μην εμφανίσει ποτέ τη νόσο, παρ' ότι διατρέχει αυξημένο κίνδυνο να την παρουσιάσει.

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, εάν ένα παιδί έχει μητέρα ή αδελφία με διαβήτη τύπου 1, έχει 3 στις 100 πιθανότητες να παρουσιάσει τη νόσο, ενώ εάν πάσχει

Οι εξετάσεις που «προβλέπουν» τους μελλοντικούς ασθενείς

Χάρη στην εξέλιξη της Ιατρικής είναι πλέον εφικτό να προβλεφθεί με μεγάλη ακρίβεια ποιο άτομο θα παρουσιάσει σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.

Σε αυτό βοηθούν ορισμένοι γενετικοί δείκτες, καθώς και ειδικά αντισώματα (λέγονται αντίνησιδιακά, αντι-ινσουλινικά, αντι-GAD και αντι-IA2), τα οποία ανιχνεύονται χρόνια πριν από την εμφάνιση της νόσου.

Η ταυτόχρονη παρουσία πολλαπλών αντισωμάτων αυξάνει πολύ τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου και επιτρέπει τον εντοπισμό των ατόμων υψηλού κινδύνου ευκολότερα. Ωστόσο, παρά τη δυνατότητα έγκαιρης ανίχνευσης όσων κινδυνεύουν να παρουσιάσουν διαβήτη τύπου 1, δεν υπάρχει ακόμη κάποια αποτελεσματική και ασφαλής μέθοδος ανακοπής της ανοσολογικής διεργασίας που οδηγεί στη καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος. Με άλλα λόγια, προς το παρόν δεν υπάρχει τρόπος να αποτραπεί η ανάπτυξη της νόσου.



Τα ανεξέλεγκτα υψηλά επίπεδα σακχάρου φθείρουν τα μικρά και τα μεγάλα αιμοφόρα αγγεία

ο πατέρας του, το παιδί έχει 6% πιθανότητες να παρουσιάσει την ίδια μορφή διαβήτη.

Επειδή τα ποσοστά αυτά είναι πολύ χαμηλά, οι συστάσεις των γιατρών προς τα άτομα με διαβήτη τύπου 1 είναι ότι μπορούν να κάνουν παιδιά. Εάν, όμως, η γυναίκα έχει διαβήτη, συνιστάται να συλλάβει το παιδί της προγραμματισμένα ώστε να φροντίσει να έχει πολύ καλή ρύθμιση του σακχάρου της και έτσι να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης οποιωνδήποτε προβλημάτων στο έμβρυο αλλά και στην ίδια.

Εκτός από την κληρονομικότητα, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που εμπλέκονται στην εμφάνιση του διαβήτη τύπου 1. Τέτοιοι παράγοντες είναι ιώσεις (όπως ορισμένοι εντεροϊοί ή ο ιός της ερυθράς ή της παρωτίτιδας) και η πρόωρη έκθεση του παιδιού σε διάφορα αλλεργιογόνα (όπως η έναρξη τροποποιημένου γάλατος ή στερεών τροφών πολύ νωρίς τον πρώτο χρόνο της ζωής).

Πιστεύεται ότι ο μητρικός θηλασμός ενδεχομένως προσφέρει κάποια προστασία στην εμφάνιση της νόσου, γι' αυτό και πραγματοποιείται μεγάλη μελέτη σε διάφορες χώρες, η οποία στο μέλλον θα δείξει εάν η αφαίρεση ορι-

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1

Το καλοκαίρι με το διαβητικό παιδί

Όταν η οικογένεια έχει ένα παιδί με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και ετοιμάζεται για διακοπές, πρέπει να ακολουθήσει ορισμένους κανόνες ώστε όλοι να περάσουν καλά, αποφεύγοντας μια πιθανή ταλαιπωρία.

■ Προνοήστε να πάρετε μαζί 1 ½ έως 2 φορές περισσότερα αναλώσιμα (σύριγγες, βελόνες, σκαριφιστήρες, ταινίες γλυκόζης και κετόνης, ινσουλίνες) από εκείνα που αντιστοιχούν στην περίοδο των διακοπών, διότι ποτέ δεν ξέρετε τι μπορεί να συμβεί και πρέπει να είστε έτοιμοι για κάθε αναποδιά.

■ Εάν πρόκειται να γίνει ταξίδι με αεροπλάνο, η οικογένεια πρέπει να έχει τις ινσουλίνες, τη γλυκαγόνη, καθώς και τα αναλώσιμα, στις χειραποσκευές και όχι στις βαλίτσες.

■ Χρήσιμο είναι να υπάρχει βεβαίωση από τον γιατρό για τη νόσο του παιδιού.

■ Εάν το ταξίδι γίνεται σε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καλό είναι να έχει η οικογένεια μαζί συμπληρωμένο το ειδικό έντυπο ιατρικής περίθαλψης, που επιτρέπει την κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης στα κράτη-μέλη.

■ Εάν το παιδί είναι μεγάλο και πρόκειται να μεταβεί στο εξωτερικό χωρίς συνοδεία ή παρέα, καλό είναι να φέρει μια ταυτότητα που θα αναγράφει στα αγγλικά την πάθησή του, καθώς και τηλεφωνα επικοινωνίας για την περίπτωση που συμβεί κάτι.

■ Εάν ταξιδεύετε με αυτοκίνητο, φροντίστε να έχετε τις ινσουλίνες μαζί σας στην καμπίνα και όχι στο πορτ μπαγκάζ για να έχετε καλύτερο έλεγχο της θερμοκρασίας.

■ Η ινσουλίνη, η γλυκαγόνη και οι ταινίες σακχάρου δεν πρέπει να εκτίθενται στον ήλιο

ούτε να αφήνονται στο αυτοκίνητο ή με τα ρούχα στην παραλία. Να έχετε μαζί ένα μικρό ψυγείο, παγοκύστες ή παγοκυψέλες.

■ Μην πετάτε στην άμμο την αντλία ινσουλίνης και μην την εκθέτετε στον ήλιο και τη θερμότητα.

■ Στο φαρμακείο των διακοπών πρέπει να υπάρχουν οπωσδήποτε ηλεκτρολυτικά διαλύματα που διαλύονται σε νερό, καθώς και ταινίες για κετόνη ούρων ή κετόνη αίματος, για να χρησιμοποιηθούν σε περίπτωση ανάγκης ανάλογα με τις συστάσεις του γιατρού.

■ Μην ξεχνάτε τις μετρήσεις. Πολλά παιδιά επιθυμούν να χαλαρώσουν στις διακοπές τους και γι' αυτό αμελούν τη μέτρηση του σακχάρου στο αίμα τους. Αυτό είναι μεγάλο λάθος, γιατί προϋπόθεση για να περάσει ένα άτομο με διαβήτη καλά στις διακοπές του είναι να έχει καλή ρύθμιση του σακχάρου του και τις τιμές του όσο το δυνατόν πιο κοντά στις φυσιολογικές.

σμένων αλλεργιογόνων από το γάλα της αγελάδας και η χορήγηση ειδικού γάλακτος μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου 1 σε παιδιά τα οποία έχουν υψηλό γενετικό κίνδυνο για την εμφάνισή του.

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Οι ακρογωνιαίοι λίθοι στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 είναι η ινσουλινοθεραπεία, η άσκηση, η υγιεινή διαιτητική αγωγή και η ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου και της οικογένειάς του. Η ιδανική ισορροπία είναι αυτή που εξασφαλίζει τον άριστο γλυκαιμικό έλεγχο και προστατεύει το άτομο τόσο από τις οξείες επιπλοκές της νόσου (τη υπογλυκαιμία και τη κετοξέωση), όσο και από τις χρόνιες (τη

μικροαγγειοπάθεια και την μακροαγγειοπάθεια). Ο στόχος της θεραπευτικής αγωγής είναι τα επίπεδα του σακχάρου αίματος να είναι όσο το δυνατόν πλησιέστερα στο φυσιολογικό για όλο το υπόλοιπο της ζωής, ώστε να εκμηδενιστεί σχεδόν ο κίνδυνος επιπλοκών. Οι ινσουλίνες που χορηγούνται στα άτομα με διαβήτη τα τελευταία χρόνια δεν προέρχονται από ζώα, όπως συνέβαινε παλιά, αλλά είναι ανθρώπινες ινσουλίνες που παρασκευάζονται με σύγχρονες τεχνικές και είναι πολύ καθαρές. Υπάρχουν οι παραδοσιακές ανθρώπι-

νες ινσουλίνες ταχείας, μέσης και μακράς δράσης (διαλυτή ανθρώπινη ινσουλίνη, σοφανική ινσουλίνη) και τα ανάλογα ινσουλίνες, που μπορεί να είναι υπερταχείας δράσης (ινσουλίνες aspart, lispro, glulisine) και μακράς δράσης (ινσουλίνες glargine και detemir). Τα ανάλογα υπερταχείας δράσης δρουν μέσα σε 5 λεπτά και διαρκούν 4 ώρες, ενώ τα ανάλογα μακράς δράσης διαρκούν 24 ώρες ή περίπου 24 ώρες.

Υπάρχουν επίσης έτοιμα μείγματα που περιέχουν συνδυασμό ινσουλινών ταχείας και μέσης ή βραδείας δράσης σε σταθερή αναλογία (30-70 ή 50-50).

Στους ασθενείς μπορεί επίσης να τοποθετηθεί αντλία συνεχούς χορήγησης ινσουλίνης. Πρόκειται για μία συσκευή που διοχετεύει ινσουλίνη μέσω ενός καθετήρα στον υποδόριο χώρο, δηλαδή στην περιοχή κάτω από το δέρμα όπου παραδοσιακά γίνονται οι ενέσεις ινσουλίνης. Η συσκευή διαθέτει αισθητήρα και ηλεκτρολόγιο, ώστε να καθορίζει ο ασθενής τη δόση του φαρμάκου που χρειάζεται.



«Εταιρική ευθύνη και κοινωνική δέσμευση»



Η Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη, πρακτική με ιδιαίτερη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, αποτελεί μια ουσιαστική συνεισφορά των επιχειρήσεων προς την κοινωνία, οι οποίες αναλαμβάνοντας συγκεκριμένες δράσεις, δημιουργούν ένα ιδιαίτερα θετικό ισοζύγιο στη σχέση τους με τους πολίτες. Η Εταιρική Ευθύνη αναφέρεται στην ευθύνη που δεσμεύει την εταιρεία στην ένταξη οικονομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών πρακτικών σε όλους τους τομείς που επηρεάζει με τις δραστηριότητές της, πέρα από όσα προβλέπονται από τη νομοθεσία. Υπό αυτήν την έννοια, η κοινωνική ευθύνη έχει ενσωματωθεί, στη λειτουργία και στην κουλτούρα της εταιρίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της νέας αυτής προσέγγισης και φιλοσοφίας της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης αποτελεί η φαρμακευτική εταιρεία AstraZeneca Ελλάς. Η AstraZeneca Ελλάς, αποτελεί μια από τις ηγετικές φαρμακευτικές εταιρείες στον κόσμο, δραστηριοποιούμενη στην παροχή πρωτοπόρων αποτελεσματικών φαρμάκων, που αποσκοπούν στη δημιουργία προστιθέμενων αξιών σε σημαντικούς τομείς της Υγείας και της Ποιότητας Ζωής. Ευθυγραμμισμένη πλήρως με τη νέα φιλοσοφία της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης, η AstraZeneca, αντιλαμβάνεται την κοινωνική υπευθυνότητα με μια πιο διευρυμένη έννοια που αγγίζει τη λειτουργία της, την εταιρική της δραστηριότητα, τους υπαλλήλους της και ως εκ τούτου, ολόκληρη την κοινωνία. Για το λόγο αυτό, η AstraZeneca, έχει υιοθετήσει τον όρο Εταιρική Ευθύνη (Corporate Responsibility), αντικαθιστώντας τον παραδοσιακό όρο Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη, θέλοντας να εκφράσει, με την αφαίρεση του όρου «Κοινωνική», ότι η ευθύνη που δεσμεύει την εταιρεία διαπερνά οριζόντια όλη τη λειτουργία της και όχι μεμονωμένες δράσεις και προγράμματα.

Στηριζόμενη στο σεβασμό στον άνθρωπο, την ακεραιότητα, την επιχειρηματική δεοντολογία και ηθική, αλλά και την καινοτομία, η AstraZeneca έχει αναπτύξει μια στρατηγική εταιρικής ευθύνης, καταφέροντας να αναδεικνύεται σε «Υπεύθυνο Συνεργάτη», που εστιάζεται στην:

Υπευθυνότητα για τους ασθενείς, διασφαλίζοντας την παροχή προϊόντων τα οποία έχουν ουσιαστικό αποτέλεσμα στην αντιμετώπιση των παθήσεών τους.

Υπευθυνότητα για τη μεγιστοποίηση των θεραπευτικών και οικονομικών δυνατοτήτων των προϊόντων της εταιρείας, μέσα από την αποτελεσματική διαχείριση και προώθηση τους.

Υπευθυνότητα για τους εργαζομένους, παρέχοντας ένα ασφαλές περιβάλλον εργασίας, προωθώντας την ανάπτυξη τους, διασφαλίζοντας την υγεία, την ασφάλεια και την ευημερία τους.

Υπευθυνότητα για την επιχειρηματική της λειτουργία με την τήρηση του Κώδικα Συμπεριφοράς και των αυστηρών πολιτικών διαφάνειας.

Οι δράσεις τις οποίες υλοποιεί, τόσο στο εσωτερικό της όσο και στο εξωτερικό της, αφορούν:

1

Στην προώθηση των οικολογικών δράσεων, με προγράμματα όπως αυτό της ανακύκλωσης χαρτιού και της εξοικονόμησης ενέργειας σε όλες τις εγκαταστάσεις της εταιρείας. Αξίζει να αναφερθεί ότι μόνο το 1ο τρίμηνο του 2009, ανακυκλώθηκαν 9.720 κιλά χαρτιού και 1.540 κιλά πλαστικού. Στις «πράσινες πρακτικές» η AstraZeneca, το 2003 προέβηκε στην αναδάσωση 120 στρεμμάτων του Πεντελικού Όρους με τη συμμετοχή των εργαζομένων της και «υιοθέτησε» την έκταση για 3 χρόνια. Επίσης, τον Οκτώβριο του 2008, δώρισε 20.000 ρίζες ελιάς στις κατεστραμμένες από τις πυρκαγιές περιοχές της Ζαχάρως και με τη βοήθεια των εργαζομένων της προέβηκε στη φύτευσή τους.

2

Στην ενημέρωση και στην εκπαίδευση του κοινού σε θέματα υγείας, μέσα από την ανάπτυξη ενημερωτικών εκστρατειών για θέματα πρόληψης υγείας, σε όλη την Ελλάδα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι το 2008, στο πλαίσιο της Παγκόσμιας Ημέρας Άσθματος και Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας, η εταιρία υποστήριξε την ενημέρωση και τη δωρεάν εξέταση της αναπνευστικής λειτουργίας 1.200 κατοίκων απομακρυσμένων περιοχών, σε συνεργασία και υπό την αιγίδα επιστημονικών φορέων.

3

Στην υποστήριξη ευπαθών κοινωνικά ομάδων, μέσα από τα προγράμματα στήριξης του Ειδικού Σχολείου Μυτιλήνης και του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Νταού Πεντέλης, προγράμματα που σήμερα μετράνε 15 χρόνια ζωής. Η αξιοσημείωτη προσπάθεια της φαρμακευτικής εταιρείας AstraZeneca, έρχεται να επιβεβαιώσει με τον πλέον ανάγλυφο τρόπο το νέο ρόλο που μπορούν να διαδραματίσουν οι επιχειρήσεις μέσα στην κοινωνία και για την κοινωνία, μετατρέποντας την εταιρική τους ευθύνη ως βασική συνιστώσα της ίδιας της λειτουργίας τους.

ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

ΥΠΟΥΛΟΙ ΠΟΝΟΙ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΑ 30

Η ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΑΝΗΚΕΙ ΣΕ ΜΙΑ ΟΜΑΔΑ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ ΠΟΥ ΟΝΟΜΑΖΟΝΤΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ. Ο ΟΡΟΣ «ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ» ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΟΤΙ Η ΝΟΣΟΣ, ΠΡΩΤΟΝ, ΑΦΟΡΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΟΡΓΑΝΟ (ΕΝ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΩ, ΣΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ) ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΝ, ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ, ΔΗΛΑΔΗ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΓΝΩΣΤΟ ΤΟ ΑΙΤΙΟ ΠΟΥ ΤΗΝ ΠΡΟΚΑΛΕΙ.

Δρος ΑΛΕΞΗ Κ. ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΥ

Του
Χειρουργού, αναπληρωτή καθηγητή Χειρουργικής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών

Στην ίδια ομάδα των ιδιοπαθών φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου, που είναι αυτοάνοσα νοσήματα, ανήκει και η κατά τόπους εντερίτιδα, περισσότερο γνωστή ως νόσος του Crohn. Στην πρώτη εκδήλωση συμπτωμάτων που υποδηλώνουν ιδιοπαθή φλεγμονώδη πάθηση του εντέρου, ο γιατρός πρέπει να κάνει διαφορική διάγνωση, δηλαδή να ξεκαθαρίσει για το αν πρόκειται για ελκώδη κολίτιδα ή για νόσο του Crohn. Υπάρχουν συγκεκριμένες διαφορές μεταξύ αυτών των δύο καταστάσεων και η πρώτη είναι ότι η ελκώδης κολίτιδα προσβάλλει μόνο το παχύ έντερο και το ορθό ενώ η νόσος του Crohn μπορεί να προσβάλει οποιοδήποτε τμήμα του πεπτικού σωλήνα (οισοφάγο, στομάχι, λεπτό έντερο, παχύ έντερο, ορθό) και μάλιστα κατά τόπους, δηλαδή μπορεί να μη νοσεί όλο το πεπτικό σύστημα, αλλά να εντοπίζεται νόσος σε ένα ή περισσότερα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα, με φυσιολογικά τα ενδιάμεσα. Το παχύ έντερο είναι το τελευταίο τμήμα του πεπτικού σωλήνα και βρίσκεται αμέσως μετά το λεπτό έντερο. Το μήκος του παχέος εντέρου εξαρτάται από τη σωματική διάπλαση του κάθε ατόμου και κυμαίνεται από 130 έως 160 εκατοστά του μέτρου (1,3-1,6 m). Διεθνώς έχει επικρατήσει να διαιρείται σε δύο τμήματα, στο κόλον και στο ορθό.

■ Το κόλον έντερο υποδιαιρείται επίσης σε διάφορα τμήματα, που κατά σειρά είναι: α) το τυφλό, που αποτελεί το πρώτο τμήμα μετά το λεπτό έντερο και από το οποίο κρέμεται η γνωστή σε όλους σκωληκοειδής απόφυση, β) το ανιόν κόλον, γ) το εγκάρσιο κόλον, δ) το κα-

τιόν κόλον και ε) το σιγμοειδές.

■ Το ορθό έντερο έχει μήκος περίπου 15 εκατοστά, αποτελεί το τελευταίο τμήμα του παχέος εντέρου, βρίσκεται αμέσως μετά το σιγμοειδές και καταλήγει στον πρωκτό, που συνιστά την τελική έξοδο του πεπτικού σωλήνα, είναι δηλαδή το στόμιο απ' όπου γίνεται η κένωση του εντέρου. Αυτές οι υποδιαίρεσεις έχουν λειτουργική, νοσολογική και χειρουργική σημασία για τους γιατρούς. Εκείνο που αξίζει εδώ να αναφερθεί είναι ότι το τοίχωμα του παχέος εντέρου και του ορθού αποτελείται από διάφορα στρώματα. Το εσωτερικό στρώμα (αυτό που επενδύει από μέσα το τοίχωμα του εντέρου), δηλαδή το στρώμα που αποτελεί τον αυλό του εντέρου, λέγεται βλενογόννος και είναι ακριβώς αυτό που πάσχει στις περιπτώσεις της ελκώδους κολίτιδας.

ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Η ελκώδης κολίτιδα είναι μια άγνωστη αιτίας νόσος του παχέος εντέρου που προκαλείται από μια μη ειδική φλεγμονή του βλενογόννου του παχέος εντέρου (το «μη ειδική» εκφράζει το άγνωστο της αιτιολογίας της). Η νόσος αρχίζει τις βλάβες πάντα από το ορθό και επεκτείνεται στη συνέχεια προς τα πάνω, στα διάφορα υπερκείμενα τμήματα του παχέος εντέρου, χωρίς ωστόσο να επεκτείνεται σε όλους τους ασθενείς σε ολόκληρο το παχύ έντερο. Για τις περιπτώσεις που οι βλάβες της νόσου επεκτείνονται σε όλο το μήκος του παχέος εντέρου, πολλοί χρησιμοποιούν τον όρο πανκολίτις.

Στην ελκώδη κολίτιδα, ο βλενογόννος του παχέος εντέρου παρουσιάζεται με πάρα πολλά έλκη (πληγές) και με πάρα πολλές αναγεννητικές περιοχές που δίνουν εικόνα πολυπόδων. Αυτοί οι πολύποδες είναι λογικό να αποκαλούνται ψευδοπολύποδες, αφού δεν πρόκειται για πραγματικούς. Η ελκώδης κολίτιδα μπορεί να παρουσιασθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, τυπικά όμως αρχίζει από τη νεαρή ηλικία (συνήθως δεύτερη ίσως όμως και τρίτη δεκαετία της ζωής) και μπορεί να εμφανίζει εξάρσεις κατά τις επόμενες ηλικίες, ακόμη και μέχρι τα γεράματα. Εμφανίζεται σε άνδρες και γυναίκες, με μια ίσως κάποια μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες.

ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Συνήθως η ελκώδης κολίτιδα παρουσιάζεται με πόνο στην κοιλιά, πυρετό και αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις, που είναι δυνατό να περιέχουν και βλέννες. Εφόσον η νόσος αρχίζει πάντα από το κατώτερο τμήμα του ορθού και προχωράει προς τα πάνω, είναι λογικό πολύ συχνά να πρωτοπαρουσιάζεται ως πρωκτίτιδα, δηλαδή ως

5.000
Έλληνες
έχουν ελκώδη
κολίτιδα

30
ετών και νεώτεροι
είναι συνήθως
οι ασθενείς

20%
των ασθενών
αναπτύσσουν καρκίνο
στο παχύ έντερο

25-30%
των ασθενών
παρουσιάζουν
εξωεντερικές
εκδηλώσεις

10-20% των
ασθενών παρουσιάζουν
κεραυνοβόλο εξέλιξη

φλεγμονή του πρωκτού. Κάθε άνθρωπος λοιπόν που θα παρουσιάσει αυτά τα συμπτώματα, θα πρέπει να απευθυνθεί σε έναν γαστρεντερολόγο γιατρό για να υποβληθεί στην αναγκαία διαγνωστική μέλητη. Γενικώς κάθε άνθρωπος που παρουσιάζει αίμα στις κενώσεις, έστω και για μια μόνο φορά, έστω και χωρίς άλλα συμπτώματα, θα πρέπει να απευθυνθεί σε γαστρεντερολόγο, διότι δεν είναι μόνο η ελκώδης κολίτιδα που προκαλεί αίμα στις κενώσεις αλλά και άλλες παθήσεις, ίσως ενίοτε και πολύ πιο επικίνδυνες. Η συμβουλή είναι σαφής: απαγορεύεται στον οποιονδήποτε που θα παρουσιάσει αίμα στις κενώσεις, έστω και ως υποψία, να βγάλει μόνος του τη διάγνωση για

ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

το περί τίνας πρόκειται – επιβάλλεται να ζητήσει τη γνώμη του γιατρού του. Στο μεγαλύτερο ποσοστό (80%) των ασθενών η ελκώδης κολίτιδα θα περιοριστεί σε κάποιο, μικρό ή μεγάλο, τμήμα του παχέος εντέρου, ενώ στους υπόλοιπους ασθενείς (ποσοστό 20%) θα γίνει πανκολίτιδα, δηλαδή θα καταλάβει το παχύ έντερο σε όλο του το μήκος. Φυσικά το ορθό πάσχει πάντα, σε κάθε περίπτωση. Στο ένα τρίτο των ασθενών η νόσος αφορά στο περιφερικό παχύ έντερο, δηλαδή το ορθό, το σιγμοειδές και το κατάν κόνον. Σε ποσοστό 25-30% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα παρουσιάζονται επίσης εξωεντερικές, όπως λέγονται, εκδηλώσεις της νόσου, που μπορεί να προέρχονται από το δέρμα (δερματικές εκδηλώσεις), τα οστά και τις αρθρώσεις (οστικές-ρευματικές εκδηλώσεις), τους μυες (μυϊκές εκδηλώσεις), τα μάτια (οφθαλμικές εκδηλώσεις), το ήπαρ και τα χοληφόρα (ηπατικές εκδηλώσεις) και τα αγγεία (αγγειακές εκδηλώσεις). Οι πιο συχνές είναι οι μυοσκελετικές εκδηλώσεις, οι οποίες μάλιστα οδηγούν ένα περίπου 5% των πασχόντων από ελκώδη κολίτιδα σε σοβαρή αγκυλωτική σπονδυλίτιδα.

Κάθε άνθρωπος που παρουσιάζει αίμα στις κενώσεις, έστω και για μια μόνο φορά, έστω και χωρίς άλλα συμπτώματα, θα πρέπει να απευθύνεται αμέσως στον γαστρεντερολόγο

ΑΝΑΙΜΙΑ, ΑΦΥΔΑΤΩΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Η πορεία της νόσου είναι συνήθως αργή και εξελίσσεται χρονίως, όμως υπάρχει και ένα ποσοστό 10-20% των ασθενών στους οποίους, μετά την αρχική εμφάνιση, η πορεία είναι εξαιρετικά γρήγορη, κεραυνοβόλος όπως αποκαλείται, με συνεχείς αιματηρές διάρροιες, διάταση της κοιλιάς, πυρετούς και συχνά αίσθημα κόπωσης και καταβολής δυνάμεων. Η απώλεια του αίματος που γίνεται με τις αιματηρές διάρροιες οδηγεί σε ανάλογη πτώση του αιματοκρίτη και ανάλογης βαρύτητας αναιμία, που φυσικά αντιμετωπίζεται κατά περίπτωση, στο πλαίσιο της συνολικής αντιμετώπισης του προβλήματος της ελκώδους κολίτιδας. Η εξέλιξη της κατάστασης σε χρόνια κολίτιδα θα έχει ως αποτέλεσμα την προοδευτική ίνωση και λειτουργική καταστροφή του βλεννογόνου του παχέος εντέρου, έτσι ώστε να μην μπορεί να γίνει η δέουσα απορ-

Θεραπείες με νυστέρι

Εάν αποτύχει η συντηρητική αγωγή ή υπάρξουν σοβαρές επιπλοκές της ελκώδους κολίτιδας, θα συζητηθεί πολύ σοβαρά το ενδεχόμενο χειρουργικής επέμβασης, οπότε ο ασθενής θα πρέπει να απευθυνθεί σε χειρουργό. Η εγχείρηση μπορεί να χρειασθεί να γίνει είτε προγραμματισμένα είτε επειγόντως. Οι ενδείξεις για επείγουσα εγχείρηση είναι βέβαια η σοβαρή οξεία ελκώδης κολίτιδα που δεν ανταποκρίνεται στη συντηρητική αγωγή, το τοξικό megacolon (με ή χωρίς διάτρηση του εντέρου), η διάτρηση του εντέρου (με ή χωρίς τοξικό megacolon) και, τέλος, η σοβαρή αιμορραγία. Κατά την επέμβαση, θα πρέπει να αφαιρεθεί όλο το πάσχον παχύ έντερο και φυσικά οπωσδήποτε το ορθό, μέχρι τον πρωκτό. Συνήθως απαιτείται να γίνει ολική αφαίρεση του παχέος εντέρου και του πρωκτού. Τα παλαιότερα χρόνια αυτή η εγχείρηση είχε ως συνέπεια την απαραίτητη δημιουργία παρά φύσιν έδρας, σήμερα όμως υπάρχει η μεθοδολογία και οι τεχνικές δυνατότητες, στις περισσότερες περιπτώσεις, να διατηρηθεί ο σφιγκτήρας του πρωκτού και ο ασθενής να ενεργεί κανονικά, χωρίς παρά φύσιν έδρα. Αυτό βεβαίως είναι θέμα επιλογής του



χειρουργού που θα κάνει την εγχείρηση. Γενικώς, πρόκειται για σοβαρή εγχείρηση, η οποία καθίσταται ακόμη σοβαρότερη εάν χρειασθεί να γίνει επειγόντως. Ωστόσο, η λέξη σοβαρή δεν έχει τη σημασία που είχε στο παρελθόν. Σήμερα μια σοβαρή εγχείρηση, αν γίνει με τις σωστές προδιαγραφές, έχει πάνω από 95% πιθανότητα να πάει καλά, ασχέτως αν σε μερικούς ασθενείς παρουσιασθούν ενδιαμέσως μικρές ή μεγάλες μετεγχειρητικές επιπλοκές, που όμως αντιμετωπίζονται.

Μετά την εγχείρηση, η ποιότητα ζωής των ασθενών είναι πάρα πολύ καλή, καθώς βελτιώνονται όχι μόνο σωματικά αλλά και ψυχολογικά – κυριολεκτικά αλλάζει η ζωή τους. Ωστόσο χρειάζονται κάποια παρακολούθηση, ιδίως στις περιπτώσεις που είχε δημιουργηθεί καρκίνος στο παχύ έντερο ή υπήρχαν εξωεντερικές εκδηλώσεις, με προβλήματα από άλλα όργανα. Σε μερικούς ασθενείς είναι δυνατό να παρουσιασθούν κάποια προβλήματα, όμως στην πλειονότητά τους αυτά αντιμετωπίζονται εύκολα.

ρόφηση των υγρών, με συνέπεια οι συνεχείς διάρροιες να οδηγούν σε προβλήματα αφυδάτωσης. Εξαιρετικά σημαντική είναι η επισήμανση ότι η ελκώδης κολίτιδα, εκτός των άλλων, θεωρείται και παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου στο παχύ έντερο. Στα πρώτα 8-10 χρόνια ύπαρξης της νόσου ο κίνδυνος της ανάπτυξης καρκίνου είναι μικρός, όμως μετά τη δεκαετία αυτός ο κίνδυνος αυξάνεται περίπου 1-2% κάθε χρόνο, έτσι ώστε το περίπου 20% των πασχόντων από ελκώδη κολίτιδα να αναπτύξει καρκίνο στο παχύ έντερο ύστερα από 30 χρόνια συμβίωσής του με τη νόσο.

Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας γίνεται με το ιστορικό του ασθενούς, την κλινική εξέταση, την ενδοσκοπική μελέτη (κολονοσκόπηση) και ακτινολογικές εξετάσεις. Ο συντονιστής της όλης διαδικασίας της διάγνωσης είναι ο ειδικός γαστρεντερολόγος γιατρός, στον οποίον, τονίζεται για μια ακόμη φορά, πρέπει οπωσδήποτε να καταφεύγει οποιοσδήποτε διαπιστώσει έστω και για μια φορά την ύπαρξη αίματος στις κενώσεις του. Αίμα στις κενώσεις δεν σημαίνει αποκλειστικά ελκώδης κολίτιδα, αλλά υπάρχει ένα σύνολο πιθανών νοσημάτων ποικίλης σοβαρότητας, που μπορούν να ενοχοποιηθούν, και μόνον ο γαστρεντερολόγος μπορεί να βρει τελικά περί τίνος πρόκειται.

Όσον αφορά τις επιπλοκές, η ελκώδης κολίτιδα μπορεί να έχει πολλές, αλλά κυριότερες μπορεί να είναι η σοβαρή αιμορραγία, η διάτρηση του εντέρου, η ανάπτυξη λοιμώξεων (και μάλιστα σοβαρών) και η ανάπτυξη καρκίνου. Στο έδαφος της ελκώδους κολίτιδας μπορεί να αναπτυχθεί μικροβιακή λοίμωξη και να προκληθεί τοξική κολίτιδα – μία κατάσταση κατά την οποία συσσωρεύεται εξαιρετικά σπηκτικό πυώδες υλικό μέσα στο παχύ έντερο και προκαλεί μεγάλη διάταση του παχέος εντέρου, με κίνδυνο να δημιουργηθεί τελικά το επανομαζόμενο τοξικό megacolon. Αυτό με τη σειρά του είναι έτοιμο να οδηγήσει σε διάτρηση του εντέρου, διαφυγή και διαρροή του σπηκτικού υλικού μέσα στην κοιλιά, και τελικά στη δημιουργία βαρύτατης περιτονίτιδας.

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας γίνεται κατ' αρχήν συντηρητικά, δηλαδή με φάρμακα και τον κατάλληλο τρόπο ζωής, υπό την καθοδήγηση και την ευθύνη του ειδικού γαστρεντερολόγου γιατρού. Τα φάρμακα που χορηγούνται μπορεί να έχουν τοπική δράση (δηλαδή μόνο στο παχύ έντερο) ή συστηματική (δηλαδή επηρεάζουν και αναστέλλουν μηχανισμούς φλεγμονής και ανοσολογικής αντίδρασης οπουδήποτε στον οργανισμό και συνεπώς και στο παχύ έντερο) και βασικά στοχεύουν στον έλεγχο των επεισοδίων αναζωπύρωσης της νόσου, στην αραίωση των επεισοδίων αναζωπύρωσης, στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και των επιπλοκών, και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Το διαιτολόγιο του πάσχοντος από ελκώδη κολίτιδα πρέπει να τροποποιηθεί, έτσι ώστε ο ασθενής να αιτίζεται με φαγητά που δεν του προκαλούν συμπτώματα. Ο γενικός κανόνας ότι πρέπει να αποφεύγονται τροφές με πολλές ίνες δεν ισχύει πάντοτε και θα πρέπει μόνον του ο ασθενής να βρει ποιες τροφές τον πειράζουν και σε ποια ποσότητα και ποιες όχι. As σημειωθεί ότι οι τροφές που πειράζουν τον ασθενή με ελκώδη κολίτιδα προκαλούν κυρίως προβλήματα στην ποιότητα της ζωής του και σπανίως επηρεάζουν ουσιαστικά την πορεία της νόσου. ■

AQUADAY

— multifilter —

ΣΥΣΚΕΥΗ ΦΙΛΤΡΑΡΙΣΜΑΤΟΣ ΠΟΣΙΜΟΥ ΝΕΡΟΥ

MADE IN ITALY



Η συσκευή φιλτράρισματος **AQUADAY multifilter**, απομακρύνει το χλώριο, βλαβερές ουσίες και ρυπαντές, βελτώνει τη γεύση, την οσμή και τη διαύγεια του νερού, αφήνοντας αναλλοίωτα τα απαραίτητα για τον οργανισμό ωφέλιμα στοιχεία (ασβέστιο, μαγνήσιο, κάλιο). Έτσι συμβάλλει στη βελτίωση της συνολικής υγείας, εμφάνισης και στην προστασία από μια ποικιλία νόσων.

Φιλτράρει:



Βακτηριοστατικός Δίσκος

Μοναδική προηγμένη τεχνολογία: ένα παγκοσμίως κατοχυρωμένο σύστημα αποφυγής δημιουργίας βακτηρίων, με δίσκο από άργυρο 999 ο οποίος ενεργεί κατά τη διάρκεια της νύχτας ή όταν η βρύση είναι κλειστή.

- Τοποθέτηση εύκολη και γρήγορα χωρίς εργαλεία και την ανάγκη ειδικού
- Διακόπτης για επιλογή φιλτραρισμένου ή αφιλτρώσιμου νερού για οικονομία
- Αλλαγή φίλτρου κάθε 3-5 μήνες
- Εγκεκριμένο από το Υπουργείο Υγείας Ιταλίας

Ενδεικτική τιμή **44,90€** (συσκευή και ανταλλακτικό φίλτρο)
Ενδεικτική τιμή ανταλλακτικού φίλτρου **9,90€**



ΒΑΣΙΑΝΑΣ

Στρατηγού Δαγκλή 124, 111 45 Αθήνα
τηλ: 210 2236352, fax: 210 2236372

Διεύθυνση:

MediaMarkt

SATURN

ΚΩΤΣΙΟΒΟΛΟΣ

ELECTRO WORLD

ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN



500

Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN ΕΙΝΑΙ ΜΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΝΑΠΤΥΧΘΕΙ ΟΠΟΥΔΗΠΟΤΕ ΣΤΟΝ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ ΜΕ ΚΥΡΙΑ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΤΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΛΕΠΤΟΥ ΚΑΙ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΤΕΛΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ).

ΝΕΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ

Η ακριβής αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη. Όπως η ελκώδης κολίτιδα, έτσι και η νόσος του Crohn ανήκει στα αυτοάνοσα νοσήματα, ενώ μαζί με την ελκώδη κολίτιδα αναφέρεται ως «ιδιοπαθής φλεγμονώδης εντερική νόσος» (ΙΦΕΝ).

Εντούτοις φαίνεται ότι γενετικοί (κληρονομικοί) παράγοντες και παράγοντες του περιβάλλοντος (όπως το κάπνισμα, η λήψη αντιρρευματικών φαρμάκων, ενδεχομένως το στρες και ιογενείς λοιμώξεις) συμβάλλουν στην παθογένεση της οξείας προσβολής και στην πρόκληση υποτροπών της νόσου.

Ο ρόλος της κληρονομικότητας μελετάται εντατικά τα τελευταία χρόνια. Φαίνεται ότι περίπου το 10% των συγγενών πρώτου βαθμού ενός από μου με νόσο του Crohn μπορεί να εμφανίσουν και αυτά την ασθένεια.

Ο αριθμός των ανθρώπων που θα εμφανίσουν τη νόσο σε διάστημα ενός έτους (επίπτωση) και ο συνολικός αριθμός των ατόμων που νοσούν σε δεδομένη στιγμή (επικράτηση) στις βιομηχανοποιημένες χώρες της Δύσης είναι για τη νόσο του Crohn 5 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους και 50 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους αντιστοίχως.



Του
ΙΩΑΝΝΗ Κ. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗ,
PhD, FEBG, MACG,

διευθυντή της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Νικαίας, καθηγητή Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιασίου, Ρουμανία

Στη χώρα μας δεν υπάρχουν στοιχεία που να αφορούν το σύνολο του πληθυσμού, δεδομένα όμως από την Ήπειρο και την Κρήτη δείχνουν μικρότερη και ίση αντίστοιχα επίπτωση και επικράτηση με τις ανεπτυγμένες χώρες της Δύσης.

Πρακτικά, αυτό σημαίνει πως περίπου 500 άνθρωποι στη χώρα μας αναπτύσσουν ετησίως νόσο του Crohn, ενώ ο συνολικός αριθμός των πασχόντων πρέπει να ανέρχεται στους 5.500.

Η συνθεθέστερη ηλικία εμφάνισης για πρώτη φορά των συμπτωμάτων της νόσου είναι 15-35 ετών. Δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών

Τα συμπτώματα της ασθένειας ποικίλλουν από ασθενή σε ασθενή, ανά-

λογα με την ένταση, την έκταση και την εντόπιση της φλεγμονώδους εξεργασίας, δηλαδή της φλεγμονής.

ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι αρχικές εκδηλώσεις της νόσου μπορεί να είναι άτυπες, να μοιάζουν με την κλινική συμπτωματολογία του συνδρόμου του ευερέθιστου εντέρου και γι' αυτό τον λόγο να καθυστερήσει η διάγνωση της νόσου του Crohn για πολλά χρόνια. Συνηθέστερα η νόσος εμφανίζεται με διάρροια, κοιλιακό άλγος (πόνος), πυρετό και/ή απώλεια βάρους.

Η διάρροια και ο κοιλιακός πόνος εμφανίζονται στους περισσότερους ασθενείς (75%). Τα χαρακτηριστικά της διάρροιας εξαρτώνται από την εντόπιση της νόσου, δηλαδή από το τμήμα του εντέρου που έχει φλεγμονή. Όταν αυτή εντοπίζεται στον τελικό ειλέο, οι διαρροϊκές κενώσεις είναι ογκώδεις και φτάνουν τις 5-6 την ημέρα, ενώ όταν εντοπίζεται στο παχύ έντερο και ιδιαίτερα στο ορθό, η διάρροια είναι έντονη, έχει τον χαρακτήρα του επειγόντος και μπορεί να φτάσει μέχρι την ακράτεια.

Παρουσία αίματος στις κενώσεις δεν είναι συχνή εκδήλωση όπως στην ελκώδη κολίτιδα. Εμφανίζεται στο 50% των ασθενών σε κάποια φάση της νόσου, ειδικά σε ασθενείς με Crohn κολίτιδα, ενώ μαζική αιμορραγία αναφέρεται στο 1%-2% των περιπτώσεων, ενδεχομένως όμως με υποτροπιζόντα χαρακτήρα.

Τα χαρακτηριστικά του κοιλιακού πόνου συσχετίζονται συχνά με την εντόπιση της νόσου. Συνηθέστερα είναι περιομφαλικός (γύρω από τον ομφαλό), ήπιος ή μέτριος έντασης πόνος, εμφανίζεται μετά τη λήψη τροφής, ανακουφίζεται με την κένωση και συνήθως συσχετίζεται με ατελή (όχι πλήρη) απόφραξη του προσβεβλημένου τμήματος του εντέρου.

Όταν η φλεγμονή εντοπίζεται στην ειλεοτυφλική περιοχή, το κοιλιακό άλγος μπορεί να εντοπίζεται στο δεξιό λαγόνιο (χαμηλά δεξιά στην κοιλιά).

Μπορεί να συνυπάρχει διάταση της κοιλιάς, ναυτία και έμετος. Επεισόδια ατελούς ή πλήρους απόφραξης του εντέρου εμφανίζονται συχνά σε προσβολή του τελικού ειλεού. Ωστόσο σε μερικούς ασθενείς, ο πόνος μπορεί να είναι σπληγνικός.

Κοιλιακό άλγος, πάντως, μπορεί να εμφανιστεί και σε ασθενείς που δεν εμφανίζουν απόφραξη ή βρίσκονται σε ύφεση, αλλά η αιτία του παραμένει ασαφής.

Μέτριος ή χαμηλός πυρετός παρουσιάζεται στους μισούς ασθενείς, δεν έχει συγκεκριμένο

Τύποι και επιπλοκές

Υπάρχουν τέσσερις τύποι της νόσου του Crohn. Ο πιο συχνός είναι ο χρόνιος φλεγμονώδης τύπος, που προκαλεί χαμηλό πυρετό, κακουχία, απώλεια βάρους, αδυναμία και διάρροια. Μπορεί να υπάρχουν και κοιλιακά άλγη. Άλλοι τύποι είναι ο αποφρακτικός (προκαλεί πόνο στην κοιλιά σαν κολικό, φούσκωμα και «γουργουρητό» της κοιλιάς), η νόσος του Crohn που εκδηλώνεται με συρίγγια («οδούς» επικοινωνίας μεταξύ εντέρων, σπλάγχχνων ή/και δέρματος) και η περιπρωκτική νόσος.

Για τη διάγνωση της νόσου ο ασθενής υποβάλλεται σε αιματολογικές εξετάσεις, καλλιέργεια κοπράνων, απεικονιστικές εξετάσεις (υπερηχογράφημα κοιλιάς, αξονική και μαγνητική τομογραφία κοιλιάς, σπινθηρογράφημα, κολονοσκόπηση, γαστροσκόπηση κ.λπ.).

Οι κυριότερες επιπλοκές αφορούν στην εμφάνιση αποστημάτων, εντερικής απόφραξης, συριγγίων, περιπρωκτικών βλαβών, καρκινώματος του λεπτού ή παχέος εντέρου, ραγδαίας αιμορραγίας, κακής απορρόφησης των θρεπτικών ουσιών και αναστολή σωματικής ανάπτυξης στα παιδιά.

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτάται από την έκταση προσβολής του εντέρου (αυξάνεται με την ολική ή εκτεταμένη κολίτιδα) και τη διάρκεια της νόσου (αυξάνεται έπειτα από τα 15 χρόνια).

Ανάλογες επομένως είναι και οι ενδείξεις κολεκτομής (χειρουργική αφαίρεση τμήματος του παχέος εντέρου) σε τέτοιους ασθενείς, λαμβανομένων υπόψη βεβαίως και άλλων παραγόντων.

Αυτό πάντως που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι η εκτεταμένη προσβολή του παχέος εντέρου παρατηρείται σε μικρό ποσοστό των ασθενών και επιπλέον μικρό ποσοστό των ασθενών με εκτεταμένη προσβολή και μακρά διάρκεια νόσου θα εμφανίσει καρκίνο.

5.500
άνθρωποι στη
χώρα μας
υπολογίζεται ότι
πάσχουν από τη
νόσο του Crohn

15-35
ετών είναι η
συνηθέστερη
ηλικία
εμφάνισης
για πρώτη
φορά των
συμπτωμάτων
της νόσου

ρυθμό και τύπο, και οφείλεται στη φλεγμονώδη εξεργασία (φλεγμονή). Ο πυρετός μπορεί να είναι το μοναδικό σύμπτωμα της νόσου, ενώ σπάνια η νόσος αρχίζει με υψηλό πυρετό, ρίγη και εφιδρώσεις, που είναι αποτέλεσμα σχηματισμού κάποιου αποστήματος. Απώλεια βάρους, που υπερβαίνει το 5% του σωματικού βάρους, εμφανίζει το 25%-40% των ασθενών, ανεξάρτητα από την εντόπιση της νόσου. Μεγαλύτερη απώλεια βάρους (πάνω από το 20% του σωματικού βάρους) εμφανίζει μικρότερο ποσοστό των ασθενών (10%-20%).

Η συνηθέστερη αιτία απώλειας βάρους είναι η ανορεξία ή η ελαττωμένη πρόσληψη τροφής. Το κοιλιακό άλγος ή η εμφάνιση διάρροιας μετά το γεύμα οδηγούν συχνά τον ασθενή σε ελαττωμένη πρόσληψη τροφής. Εντούτοις, ορισμένες φορές η υποθρεψία είναι αποτέλεσμα της παρουσίας δυσαπορρόφησης (ο οργανισμός δεν μπορεί να απορροφήσει τα θρεπτικά συστατικά των τροφίμων).

Σε ποσοστό 10% των περιπτώσεων, ως πρώτη εκδήλωση της νόσου εμφανίζονται εξωεντερικές εκδηλώσεις ή περιπρωκτικές βλάβες. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της νόσου το 50% των ασθενών θα εμφανίσει τελικά βλάβες από τον πρωκτό, όπως ραγάδες και βαθιά έλκη.

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ένας βασικός παράγοντας της ορθής και με ελπίδες επιτυχίας θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου του Crohn είναι η οικοδόμηση ειλικρινών και ανθρώπινων σχέσεων εμπιστοσύνης και κατανόησης μεταξύ θεράποντος ιατρού και ασθενούς.

Οι τυχόν μείζονος σημασίας θεραπευτικές αποφάσεις θα πρέπει

ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN

Τα φάρμακα που χορηγούνται στη νόσο του Crohn

ΑΝΟΣΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΑ

- Anti-TNF (ινφλιξιμάρη, ανταλμουμάρη, σεργολιζουμάρη πεγόλη)

ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ

- Μετρονιδαζόλη
- Ορνιδαζόλη
- Σιπροφλοξασίνη

ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

- Αντιδιαρροϊκά, σπασμολυτικά, αναλγητικά, χολεστυραμίνη (χορηγούνται με προσοχή)

ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ

- Κορτικοειδή & νεώτερα κορτικοειδή (πρεδνιζόνη, μεθυλπρεδνιζολόνη, βουδεσονίδη)
- Σουλφασαλαζίνη
- Ανάλογα σουλφασαλαζίνης
- Μεσαλαμίνη (5-αμινοσαλκυλικό οξύ)
- Ολοσαλαζίνη (azodisal sodium)

ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΑ

- Αζαθειοπρίνη, 6-μερκαπτοπουρίνη
- Μεθοτρεξάτη
- Κυκλοσπορίνη

στους οποίους η έντονη συντηρητική αγωγή απέτυχε ή στους ασθενείς που παρουσίασαν κάποια σοβαρή επιπλοκή και σημεία οξείας κοιλίας (εντερική διάτρηση, απόφραξη, κ.λπ.). Ο καρκίνος του παχέος ή του λεπτού εντέρου αποτελεί μία ακόμη ένδειξη για χειρουργική επέμβαση. Ωστόσο, τα ευνοϊκά αποτελέσματα της χειρουργικής επέμβασης μετριάζονται από το μεγάλο ποσοστό μετεγχειρητικής υποτροπής. Η υποτροπή αυτή μπορεί να είναι μόνο ενδοσκοπική ή/και κλινική (δηλαδή με συμπτώματα), η οποία και έχει μεγαλύτερη σημασία. Είναι ευνόητη η σημασία της μετεγχειρητικής υποτροπής αφού συνεπάγεται ανάγκη για συντηρητική/φαρμακευτική αγωγή ή ενδεχομένως επανεγχείρηση.

ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Είναι προφανές ότι διατίθενται σήμερα αρκετά φάρμακα για τη συντηρητική αντιμετώπιση των ασθενών με νόσο του Crohn. Μέχρις ότου όμως κατανοηθεί πλήρως η παθογένεια της νόσου, η θεραπεία θα εξακολουθήσει να παραμένει εν πολλοίς εμπειρική, στηριζόμενη και στην ψυχική προσέγγιση του ασθενούς. Η ψυχική αυτή προσέγγιση, η οποία αποτελεί ουσιώδες στοιχείο της συνολικής θεραπευτικής προσπάθειας, επιτυγχάνεται όταν α) ο θεράπων γιατρός είναι αισιόδοξος όσον αφορά την πορεία του ασθενούς και την εκλογικευμένη αι-

σιοδοξία αυτή τη μεταδίδει στον ασθενή και στο περιβάλλον του, β) υπάρχει απόλυτη εμπιστοσύνη του ασθενούς προς τον θεράποντα γιατρό και τις θεραπευτικές του αποφάσεις. Το τελευταίο αυτό επιτυγχάνεται όταν ο ασθενής είναι βέβαιος ότι ο γιατρός του είναι διαθέσιμος ανά πάσα στιγμή του 24ώρου, έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί εγκαίρως οποιαδήποτε τυχόν επιπλοκή ή απορρύθμιση της κατάστασής του.

Αυτά όλα προϋποθέτουν ασφαλώς την παρουσία ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που να κοσμούν την προσωπικότητα του θεράποντος, όπως π.χ. η ικανότητά του να αντιμετωπίζει σφαιρικά τον ασθενή, να είναι εξαιρετικά προσεκτικός στους χειρισμούς του και να συμπεριφέρεται με ευγένεια και κατανόηση τόσο στον ασθενή όσο και στο περιβάλλον του.

να εξηγούνται με απλότητα και σαφήνεια στον ασθενή και στους οικείους του και θα πρέπει να λαμβάνονται και με τη σύμφωνη γνώμη (έπειτα από επαρκή ερμηνεία των πλεονεκτημάτων και τυχόν μειονεκτημάτων τους) του ίδιου του ασθενούς.

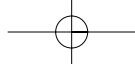
Η θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική.

Η **συντηρητική** αντιμετώπιση επιτυγχάνεται με χορήγηση ενός ή περισσότερων φαρμάκων, με ψυχιατρική υποστήριξη και την κατάλληλη διατροφική υποστήριξη που μπορεί να είναι από του στόματος ή παρεντερικά. Τα φάρμακα που χορηγούνται για τη θεραπεία της νόσου του Crohn είναι πολλά και ποικίλα και μπορεί να έχουν αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες, για τις οποίες πρέπει να ενημερώνονται οι ασθενείς ώστε να λαμβάνουν τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα. Αναλόγως με το φάρμακο, στις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες συμπεριλαμβάνονται από κεφαλαλγία, δερματικό εξάνθημα και ναυτία έως αναιμία, αύξηση του σακχάρου και βλάβες σε νεφρούς, ήπαρ ή πάγκρεας.

Ειδικά η κορτιζόνη, σε μακροχρόνια χορήγηση, μπορεί να προκαλέσει αύξηση της αρτηριακής πίεσης, οστεοπόρωση, αύξηση του σακχάρου, λοιμώξεις, μείωση της μυϊκής μάζας, αναστολή της ανάπτυξης στα παιδιά, καταρράκτη κ.λπ.

Η **χειρουργική** αντιμετώπιση αφορά κυρίως στους ασθενείς εκείνους

Το 25% έως 40% των ασθενών χάνει ποσοστό πάνω από 5% του αρχικού σωματικού βάρους. Το 10% έως 20% όμως χάνει πάνω από 20%



Φροντίδα σημαίνει:

**Να τολμάς περισσότερο απ' όσο οι άλλοι
θεωρούν πρακτικό.**

**Να οραματίζεσαι περισσότερο απ' όσο οι άλλοι
θεωρούν εφικτό.**

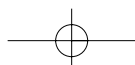
**Να νοιάζεσαι περισσότερο απ' όσο οι άλλοι
θεωρούν αρκετό.**

Στον Όμιλο εταιρειών Alapis, η φροντίδα συναντά την επιστήμη της ζωής και προσφέρει ένα πρωτοπόρο one-stop-shop καθημερινής μέριμνας:

- Για την ανθρώπινη υγεία, με φάρμακα και μηχανήματα υψηλών προδιαγραφών που εξασφαλίζουν θεραπευτικές αγωγές καρυφαίας ποιότητας.
- Για την ομορφιά, με καλλυντικά υψηλής ποιότητας που ικανοποιούν τις ανάγκες του σύγχρονου καταναλωτή παρέχοντας υγιεινή, περποίηση και ασφάλεια.
- Για την υγεία των ζώων, με κτηνιατρικά προϊόντα, διατροφικά συμπληρώματα, ποιοτικές τροφές και εξειδικευμένα αξεσουάρ.



we care



ΑΝΟΣΟΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΑ

ΟΤΑΝ
ΤΟ **ΑΙΜΑ**
ΔΕΝ ΠΗΖΕΙ

Η ΑΝΟΣΟΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΑ ΕΙΝΑΙ ΜΙΑ ΝΟΣΟΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΟ ΑΡΙΘΜΟ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ. ΜΟΛΟΝΟΤΙ ΠΟΛΛΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ, ΜΠΟΡΕΙ ΑΝΑ ΠΑΣΑ ΣΤΙΓΜΗ ΤΑ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ ΝΑ ΕΛΑΤΤΩΘΟΥΝ ΣΕ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΑΙ ΝΑ ΟΔΗΓΗΣΟΥΝ ΣΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.



Του
**δρος Ν. Ι.
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ**

Ιδρυτικού διευθυντή της
Αιματολογικής Κλινικής του Γενικού
Νοσοκομείου Αθηνών «Γεώργιος
Γεννηματάς»

Η ανοσοθρομβοπενική πορφύρα είναι μια αυτοάνοσος διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από την καστροπή των αιμοπεταλίων στον σπλήνα ή στο ήπαρ ή και στα δύο. Παλαιότερα η ασθένεια λεγόταν ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα (idiopathic thrombocytopenic purpura). Τα αιμοπετάλια είναι κύτταρα τα οποία παράγονται στον μυελό των οστών. Στα υγιή άτομα κυκλοφορούν για 7-10 ημέρες και η επιβίωσή τους ρυθμίζεται μέσω ενός αποπτωτικού (προγραμματισμένος κυτταρικός θάνατος) ρολογιού.

Τα αιμοπετάλια μαζί με ορισμένες άλλες ουσίες και κύτταρα (παράγοντες πήξης, παράγοντες ινωδολύσεως, ενδοθηλιακά κύτταρα) διεκπεραιώνουν την αμυντική λειτουργία της αιμόστασης. Το έργο της αιμόστασης είναι η διατήρηση της ροής του αίματος, χωρίς την ύπαρξη αιμορραγίας ή θρόμβωσης. Κατά την ανοσοθρομβοκυτταρική πορφύρα, ο οργανισμός δημιουργεί αυτοαντισώματα εναντίον των αιμοπεταλίων τα οποία προκαλούν τελικά επιτάχυνση της καταστροφής των αιμοπεταλίων και αναστέλλουν την ωρίμαση και την παραγωγή τους. Η πλειονότητα των περιπτώσεων ανοσοθρομβοκυτταρικής πορφύρας θεωρούνται ιδιοπαθείς (δηλαδή αγνώστου αιτιολογίας), ενώ κάποιες είναι δευτεροπαθείς από άλλες συνυπάρχουσες καταστάσεις.

Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, το 80% των περιπτώσεων θεωρούνται ιδιοπαθείς, και το υπόλοιπο 20% ως ακολούθως: το 5% σε συστηματικό ερυθματώδη λύκο, 2% σε αντιφωσfolιπιδικό σύνδρομο, 2% σε χρόνια λεμφογενή ευχαιμία, 2% σε σύνδρομο Evans, 2% σε ηπατίτιδα C, το 1% σε ιό HIV/AIDS, το 3% σε ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, το 1% ύστε-

ρα από ορισμένους εμβολιασμούς και το 2% από ποικίλες συστηματικές λοιμώξεις.

Η ανοσοθρομβοκυτταρική πορφύρα θεωρείται ένα αυτοάνοσο σύνδρομο με διαταραχές στην ανοσολογική ανοχή και επομένως στην πορεία της ενδέχεται να αναδυθεί και κάποια υποκείμενη ανοσολογική ανεπάρκεια.

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, ο αριθμός των πασχόντων (επίπτωση) αυξάνεται διαρκώς. Δημογραφικά στοιχεία από μελέτη στη Δανία το 1999 έδειξαν πως η επίπτωση της νόσου ήταν 3,2 γυναίκες και 2 άνδρες ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος. Ωστόσο, μεγάλη μελέτη στη Βρετανία μία δεκαετία αργότερα, το 2009, έδειξε πως η επίπτωση στις γυναίκες είναι 4,5 κρούσματα ανά 100.000 και στους άνδρες 4 (δηλαδή διπλασιάστηκαν οι άνδρες πάσχοντες). Συνεπώς, στη χώρα μας λογικά αναπτύσσουν ανοσοθρομβοκυτταρική πορφύρα περίπου 400 άτομα τον χρόνο.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι η αύξηση της επίπτωσης αφορά κατά κύριο λόγο τις μεγαλύτερες ηλικίες (στα άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών, η συχνότητα αυξήθηκε από 4,5 κρούσματα ανά 100.000 το 1999 σε 10 ανά 100.000 το 2009), οι οποίες είναι και οι πλέον ανθεκτικές στις κλασικές θεραπείες (σπληνεκτομή, κορτικοστεροειδή) με σαφέστατο αυξημένο αριθμό παρενεργειών, συνάγεται ότι στις μεγαλύτερες ηλικίες είναι πλέον επιτακτική η ανάγκη εφαρμογής νεώτερων θεραπευτικών προσεγγίσεων.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η διάγνωση της ανοσοθρομβοκυτταρικής πορφύρας τίθεται εξ αποκλεισμού, ύστερα από ενδελεχή έλεγχο και εκτίμηση από ειδικό αιματολόγο και βασίζεται στο ιστορικό του ασθενούς (είναι σημαντικό να προσδιοριστεί ο τύπος της αιμορραγίας), στην εξέταση (εάν έχει διόγκωση του σπλήνα αποκλείεται η ανοσοθρομβοκυτταρική πορφύρα και πρέπει να ελεγχθεί για άλλα πιθανά αίτια), και σε εργαστηριακές εξετάσεις (αιματολογικές, μυελόγραμμα).

Επισημαίνεται ότι η αναζήτηση και ανεύρεση αντιαιμοπεταλιακών αντισωμάτων δεν είναι απαραίτητη για την τεκμηρίωση της διάγνωσης, διότι αυτά ανιχνεύονται μόνο στο 60% των ασθενών – γεγονός που μπορεί να αντανάκλας είτε την μειωμένη ευαισθησία της νόσου είτε την ύπαρξη μη ανιχνεύσιμων αντιγόνων είτε επιπρόσθετους μηχανισμούς καταστροφής των αιμοπεταλίων.

Η ανοσοθρομβοκυτταρική πορφύρα μπορεί να παρουσιαστεί είτε τελείως ασυμπτωματική, είτε με αιμορραγίες από το δέρμα (ξηρά πορφύρα) με σπικτές αιμορραγίες (πετέχειες), με αιμορραγίες μεγαλύτερης επιφάνειας (εκχυμώσεις), είτε με αιμορραγίες στους βλεννογόνους (υγρά προσφύρα), είτε σπανιότατα με επικίνδυνες αιμορραγίες για τη ζωή του ασθενούς (εγκεφαλική αιμορραγία, μηννοραγίες, κ.ά.). Σημειώνεται πως υπάρχουν ορισμένες ομάδες πασχόντων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για αιμορραγίες. Οι ομάδες αυτές είναι τα παιδιά που αναπτύσσουν ανοσοθρομβοκυτταρική πορφύρα και οι



ενήλικες με παρατεταμένη ανθεκτική νόσο που επιμένει παρά την σπληνεκτομή. Σε ασθενείς με ανθεκτική νόσο ο κίνδυνος για σοβαρές αιμορραγίες φθάνει έως το 16%. Ο κίνδυνος είναι πιο αυξημένος και σε ασθενείς με ιστορικό αιμορραγιών, υπολευκοματιναιμία, ουραιμία, συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, HIV, ενώ σε ασθενείς ηλικίας άνω των 60 ετών ο κίνδυνος είναι κατά 30 φορές μεγαλύτερος.

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ανοσοθρομβοκυτταρική πορφύρα είναι η πρώτη αιματολογική νόσος για την οποία η Αμερικανική Αιματολογική Εταιρεία εξέδωσε κατευθυντήριες οδηγίες για την λήψη θεραπευτικών αποφάσεων επί τη βάση ενδείξεων (evidence based medicine). Οι ενδείξεις αυτές, που ουσιαστικά αποτελούν παράγοντες κινδύνου οι οποίοι προσμετρώ-

ΨΩΡΙΑΣΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ

Ενημερωθείτε στο:
www.energitikotita.gr

Wyeth

ΑΝΟΣΟΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΑ

νται για να ληφθεί η απόφαση για τη θεραπεία που θα επιλεγεί είναι οι εξής:

1. Παρουσία ενεργού αιμορραγίας.
2. Αριθμός αιμοπεταλίων.
3. Ηλικία του πάσχοντος.
4. Συνήθειες και τρόπος ζωής.
5. Επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου για αιμορραγία (όπως ουραιμία, αρρύθμιστη υπέρταση, λοιμώξεις, αλκοολισμός, ανευρύσματα, πεπτικό έλκος, ηπατοπάθεια).
6. Ανεπιθύμητες ενέργειες/παρενέργειες της θεραπείας.
7. Προτιμήσεις του ασθενούς.

Η χορήγηση κορτικοστεροειδών (κορτιζόνης) από το στόμα συνιστάται ως **θεραπεία πρώτης γραμμής**. Σε περιπτώσεις όμως που απαιτείται επείγουσα χειρουργική επέμβαση ή σε ύπαρξη εσωτερικής αιμορραγίας ή γενικευμένης βλεννογοδερματικής αιμορραγίας, χορηγούνται κορτικοστεροειδή ενδοφλεβίως μαζί με άλλα φάρμακα (γ-σφαιρίνες, anti-D σφαιρίνη, βινκριστίνη) για να αυξηθούν γρήγορα τα αιμοπετάλια. Δίνεται επίσης υποστηρικτική αγωγή (αντιπυρετικά, αντιπηκτικά σε γυναίκες κλπ). Ωστόσο, σε περιπτώσεις αιμορραγιών απειλητικών για τη ζωή, γίνονται μεταγγίσεις αιμοπεταλίων. Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι 2/3 των ασθενών ανταποκρίνονται στα κορτικοστεροειδή, αλλά η διαταραχή της ποιότητας της ζωής από τις συχνές ανεπιθύμητες ενέργειές τους αποτελεί ένα

Η ανοσοθρομβοπενική πορφύρα καταστρέφει τα αιμοπετάλια – τα κύτταρα του αίματος που μαζί με άλλες ουσίες και κύτταρα είναι απαραίτητα για την αιμόσταση, δηλαδή για τη διατήρηση της ροής του αίματος, χωρίς την ύπαρξη αιμορραγίας ή θρόμβωσης. Δίχως επαρκή αιμοπετάλια, το αίμα δεν πήζει και ο κίνδυνος αιμορραγίας είναι μεγάλος

Βασικό πρόβλημα στη θεραπεία.

Ως **θεραπεία δεύτερης γραμμής** θεωρείται η χειρουργική αφαίρεση του σπλήνα (σπληνεκτομή) και η χορήγηση άλλων φαρμακευτικών ουσιών.

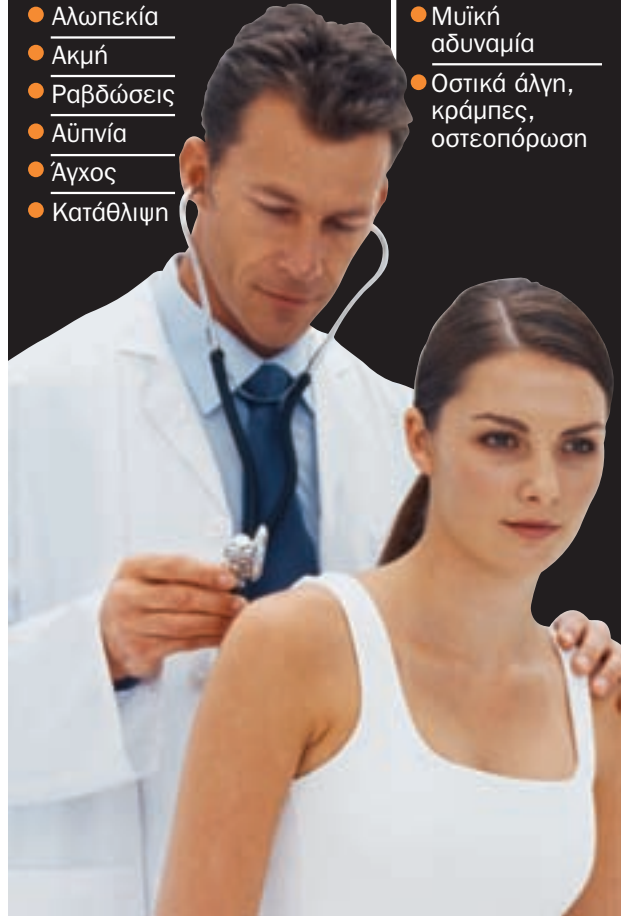
Η σπληνεκτομή επίσης έχει ανταπόκριση στα 2/3 των ασθενών και συνιστάται όταν τα αιμοπετάλια παραμένουν κάτω από συγκεκριμένα όρια για χρονικό διάστημα πάνω από 6 εβδομάδες ή πάνω από 3 μήνες, όταν οι ασθενείς υποτροπιάσουν μετά τη διακοπή της λήψης τους, όταν χρειάζονται πολύ μεγάλες δόσεις κορτικοστεροειδών ή/και όταν οι ασθενείς έχουν ηλικία κάτω των 40 ετών. Η παράμετρος της ηλικίας είναι σημαντική διότι στις μεγαλύτερες ηλικίες οι υποτροπές μετά τη σπληνεκτομή είναι ο κανόνας.

Οι φαρμακευτικές ουσίες που χορηγούνται ως δεύτερης γραμμής θεραπεία είναι η anti-D σφαιρίνη, η ριτουξιμάμπη, τα αλκαλοειδή της vinca, η αζαθειοπρίνη, η θαναζόλη, η κυκλοφωσφαμίδη, η κυκλοσπορίνη, η μυκοφαινολάτη κ.ά.

Προσφάτως, στο θεραπευτικό οπλοστάσιο κατά της ανοσοθρομβοκυτταρικής πορφύρας εντάχθηκαν νεώτεροι θρομβοποιητικοί παρά-

Ανεπιθύμητες ενέργειες κορτικοστεροειδών

- Πανσελληνοειδές προσωπείο
- Αύξηση σωματικού βάρους
- Αλωπεκία
- Ακμή
- Ραβδώσεις
- Αϋπνία
- Άγχος
- Κατάθλιψη
- Ευερεθιστότητα
- Καταβολή
- Μυϊκή αδυναμία
- Οστικά άλγη, κράμπες, οστεοπόρωση



γοντες, οι οποίοι αυξάνουν την παραγωγή αιμοπεταλίων. Ο πρώτος από αυτούς, η ουσία romiplostim, έχει ήδη εγκριθεί για κλινική χρήση σε ΗΠΑ, Ευρώπη και Αυστραλία, ενώ επίκειται και η αντίστοιχη έγκριση μίας άλλης, της eltrombopag.

Κλινικές μελέτες έδειξαν ότι οι νέοι θρομβοποιητικοί παράγοντες αυξάνουν με ασφάλεια και διατηρούν την παραγωγή των αιμοπεταλίων, σε μορφές της νόσου ανθεκτικές στις άλλες θεραπείες.

Η romiplostim χορηγείται υποδορίως μία φορά την εβδομάδα και σύμφωνα με δεδομένα του 2009 τα ποσοστά ανταπόκρισης των ασθενών είναι της τάξεως του 70%.

Οι νεώτεροι θρομβοποιητικοί παράγοντες ενδείκνυνται για ασθενείς με χρόνια ανοσοθρομβοκυτταρική πορφύρα ανθεκτική στη σπληνεκτομή ή στα κορτικοστεροειδή με αδυναμία εκτέλεσης σπληνεκτομής. Ωστόσο, απαιτείται μακροχρόνια παρακολούθηση (πέραν της μέχρι τώρα τριετίας) για την εκτίμηση απωτέρων ενδεχομένων παρενεργειών, ώστε να καθοριστεί επακριβώς η θέση των νέων φαρμάκων τεκμηριωμένα στη συνολική θεραπευτική στρατηγική της χρόνιας ανοσοθρομβοπενικής πορφύρας. ■

Μετατρέποντας τον κώδικα της ζωής σε καινοτόμα φάρμακα

Στην Amgen πιστεύουμε ότι οι απαντήσεις στα πλέον επιτακτικά ιατρικά ζητήματα είναι καταγεγραμμένες στο DNA μας.

Ως ηγέτες στο χώρο της βιοτεχνολογίας παγκοσμίως, χρησιμοποιούμε τη βαθιά κατανόηση του κώδικα του DNA για την ανάπτυξη στοχευμένων θεραπειών που καλύπτουν τις ανάγκες των ανθρώπων με σοβαρές ασθένειες και βελτιώνουν σημαντικά τη ζωή τους.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την Amgen, το πρωτοποριακό επιστημονικό της έργο και τα καινοτόμα φάρμακά της, επισκεφθείτε το www.amgen.com.

AMGEN®

Pioneering science delivers vital medicines™

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΟΣΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΞΕΡΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ ΚΑΙ ΤΟ ΠΟΤΟ

- 56** ΡΥΘΜΙΣΤΕ ΤΟ «ΖΑΧΑΡΟ» ΤΡΩΓΟΝΤΑΣ
- 60** ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΛΥΚΟΣ: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΠΙΑΤΟ
- 64** ΕΙΔΙΚΑ ΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ,
ΨΩΡΙΑΣΗ, ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ
- 68** «ΑΝΤΙΔΟΤΑ» ΣΤΑ ΠΕΠΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ



ΡΥΘΜΙΣΤΕ ΤΟ «ΖΑΧΑΡΟ» ΤΡΩΓΟΝΤΑΣ

Η ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟ ΚΟΜΜΑΤΙ ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ, ΔΕΔΟΜΕΝΟΥ ΟΤΙ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1.



Οι βασικότεροι στόχοι της διατροφικής θεραπείας είναι:

- Η σωστή εκπαίδευση στα ισοδύναμα και το περιεχόμενο των τροφίμων σε υδατάνθρακες.
- Η αποφυγή ανεπιθύμητων επιπλοκών.
- Οι αλλαγές στη διατροφή και τον τρόπο ζωής.
- Η προσαρμογή της ινσουλίνης στη δίαιτα, το πλάνο γευμάτων (ειδικότερα στα εντατικοποιημένα σχήματα και στη χρήση αντλίας) και τη σωματική δραστηριότητα.
- Η επίτευξη επιπέδων γλυκόζης κοντά στις φυσιολογικές τιμές είτε μόνο μέσω της δίαιτας είτε σε συνδυασμό με δισκία ή ινσουλίνη.
- Η επίτευξη καλύτερου επιπέδου λιπιδίων στο αίμα.
- Η γενικότερη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ατόμων με διαβήτη 1.

Η δίαιτα στον νεανικό διαβήτη θα πρέπει:

- Να παρέχει ενέργεια (θερμίδες) ανάλογα με τις απαιτήσεις του συγκεκριμένου ατόμου και το επίπεδο δραστηριότητάς του.



Του
**ΧΑΡΗ Δ.
ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΥ,
MmedSci. SRD**

Κλινικού διαιτολόγου-βιολόγου, προϊστάμενου Διαιτολογικού Τμήματος, «Λαϊκό» Νοσοκομείο, μέλους διοικητικού συμβουλίου Εταιρείας Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

- Να παρέχει μια σχετικά υψηλή αναλογία υδατανθράκων, με μειωμένα τα σάκχαρα και αυξημένους τους σύνθετους υδατάνθρακες (όπως οι φυτικές ίνες).

- Να περιέχει αναλογικά λιγότερο λίπος και κυρίως μικρά ποσά κορεσμένων λιπαρών οξέων (προέρχονται από ζωικές τροφές).

- Να μην είναι υπερβολικά πλούσια σε πρωτεΐνες.

- Να είναι χαμηλή σε αλάτι.

Πιο αναλυτικά η δίαιτα που προτείνεται έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

Πλάνο γευμάτων: Πρέπει να εξατομικεύεται σύμφωνα με τις προτιμήσεις, τις πολιτισμικές επιρροές, το οικογενειακό πρόγραμμα διατροφής και το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας.

Στην πράξη τα διαβητικά άτομα πρέπει να κάνουν τρία κύρια γεύματα και 2 έως 3 ενδιάμεσα γευμάτια (snacks). Επιπλέον, πρέπει να προσέχουν τα εξής:

Η συνολική ημερήσια πρόσληψη υδατανθράκων πρέπει να μοιράζεται στο πρωινό γεύμα, το μεσημέ-



βρινό και το βραδινό γεύμα, και στα ενδιάμεσα ανακ. Τα ενδιάμεσα γευματίδια μπορεί να χορηγούνται ως δεκατιανό, ως απογευματινό ανακ, καθώς και προ του ύπνου, ανάλογα με τις ανάγκες και το είδος της θεραπείας του διαβητικού.

Ενέργεια - Θερμίδες: Αυτό που συνιστάται είναι η πρόσληψη όσων θερμίδων χρειάζονται για να εξασφαλίζουν ένα σωματικό βάρος που θα συμβάλει στην καλύτερη ρύθμιση της γλυκόζης (σακχάρου), των λιπιδίων (χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων) και της αρτηριακής πίεσης, αλλά ταυτόχρονα θα καλύπτει τις ενεργειακές ανάγκες και την κατανάλωση ενέργειας μέσα από την άσκηση και την καθημερινή δραστηριότητα. Όταν υπάρχει συστηματική άσκηση πρέπει να υπάρχει μείωση της συνολικής ποσότητας προσλαμβανόμενης ινσουλίνης.

Πρωτεΐνες: Η σύσταση για την πρόσληψη πρωτεϊνών από τα άτομα με διαβήτη δεν διαφέρει από αυτήν για τον υπόλοιπο πληθυσμό. Προτείνεται λοιπόν πρόσληψη, τόσο από ζωικές όσο και από φυτικές πηγές, ώστε να εξασφαλιστεί η σωστή ανάπτυξή τους.

Σε άτομα με διαβήτη τύπου 1 συστήνουμε 0.8-1.0 γραμμάρια πρωτεΐνης ανά κιλό (φυσιολογικού) σωματικού βάρους. Η περιεκτικότητα της δια-

τροφής σε πρωτεΐνες πρέπει να καλύπτει το 10% - 20% των καθημερινά προσλαμβανόμενων θερμίδων.

Λίπος: Οι συστάσεις για το λίπος είναι να προέρχεται από κορεσμένα λίπη ποσοστό μικρότερο από 7% των ημερήσιων θερμίδων, από μονοακόρεστα 10% - 20% και για τα πολυακόρεστα κάτω από 10%. Επιπλέον, συνιστάται καθημερινή πρόσληψη 2 γραμμαρίων φυτικών στερολών και στανολών. Πηγές πολυακόρεστων λιπαρών οξέων (όπως λιπαρά ψάρια που είναι πηγές ω3 λιπαρών οξέων) πρέπει να υπάρχουν 2-3 φορές την εβδομάδα.

Έτσι, για τα άτομα με διαβήτη τύπου 1 η κύρια πηγή λίπους πρέπει να είναι τα μονοακόρεστα λίπη, με κύριο εκπρόσωπο το ελαιόλαδο, ενώ πρέπει να αποφεύγονται τα ιδιαίτερα επιβαρυντικά trans λιπαρά οξέα.

Η μείωση τόσο της προσλαμβανόμενης χοληστερίνης στα 200 mg/ημέρα όσο και των κορεσμένων και trans λιπών, είναι ένας σημαντικός διαιτητικός στόχος για τη μείωση των καρδιαγγειακών παθήσεων, που σχετίζονται άμεσα με τον διαβήτη. Είναι σημαντικό λοιπόν το παιδί ή ο έφηβος να αποφεύγει τη συχνή κατανάλωση λιπαρών κρεατικών, λιπαρών τυριών, γλυκών με κρέμα και κυρίως έτοιμου φαγητού τύπου fast food και προϊόντων ζύμης π.χ. τυρόπιτες κ.ά.

Υδατάνθρακες: Οι υδατάνθρακες είναι σίγουρα το πιο αμφιλεγόμενο θρεπτικό συστατικό για τη δίαιτα του διαβητικού. Για δεκαετίες ήταν κοινή πεποίθηση ότι οι υδατάνθρακες, και κυρίως οι απλοί, θα πρέπει να απουσιάζουν από το διαιτολόγιο του ατόμου με διαβήτη, αφού απορροφώνται ταχύτερα και συντείνουν στην κατάσταση της υπεργλυκαιμίας. Σήμερα αυτό που είναι κοινά αποδεκτό είναι ότι οι υδατάνθρακες παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διατροφή και ότι πρέπει να περιέχονται κατά ποσοστό 45% - 55%. Πρέπει να είναι κυρίως σύνθετοι, αλλά δεν απαγορεύονται και κάποιοι απλούστεροι, ενώ πρέπει να προέρχονται από γαλακτοκομικά προϊόντα και φρούτα, καθώς έχει βρεθεί ότι τα περισσότερα από αυτά τα τρόφιμα έχουν χαμηλότερο γλυκαιμικό δείκτη από πολλές αμυλούχες τροφές. Όσον αφορά τις γλυκαντικές ουσίες:

Τα διαβητικά άτομα πρέπει να καταναλώνουν τρία κύρια γεύματα και 2 έως 3 ενδιάμεσα γευματίδια (snacks)

- 1) Η σουκρόζη θα πρέπει να καταναλώνεται σε μικρές ποσότητες.
- 2) Η φρουκτόζη δεν αποτελεί πλέον το καταλληλότερο γλυκαντικό για τα άτομα με διαβήτη, αφού, αν και ανεβάσει λιγότερο τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, συμβάλλει στην αύξηση των λιπιδίων όταν υπερκαταναλωθεί και έχει τις ίδιες θερμίδες με τη ζάχαρη.
- 3) Ουσίες όπως η σορβιτόλη, η ξυλιτόλη και η μαννιτόλη μπορούν να χρησιμοποιούνται με μέτρο και κατά περίπτωση.
- 4) Τα τεχνητά γλυκαντικά όπως η ασπαρτάμη, το ακεσουλφαμικό Κ και η σουκραλόζη μπορούν να καταναλώνονται, χωρίς όμως να γίνεται υπέρβαση της συνιστώμενης ποσότητας. Συγκεκριμένα προτείνεται κατανάλωση μέχρι 25 γραμμαρίων προστιθέμενης σουκρόζης.

Γενικά για τους υδατάνθρακες είναι σημαντικά τα παρακάτω:

- Κατανάλωση υδατανθράκων κυρίως από φρούτα, λαχανικά, όσπρια,



δημητριακά ολικής άλεσης, γαλακτοκομικά προϊόντα χαμηλών λιπαρών.

■ Συστηματικός υπολογισμός του επιπέδου των υδατανθράκων των γευμάτων.

■ Οι υδατάνθρακες των τροφίμων που περιέχουν ζάχαρη μπορούν να αφαιρεθούν από τη συνολική ημερήσια ποσότητα υδατανθράκων ή να καλυφθούν από προσαρμογή της φαρμακευτικής θεραπείας. Στο σημείο αυτό χρήζει προσοχής η συνολική ενέργεια (θερμίδες) που προλαμβάνεται από τα γεύματα.

■ Χρησιμοποίηση του γλυκαιμικού δείκτη και του γλυκαιμικού φορτίου των τροφών ως επιπρόσθετο αλλά όχι μοναδικό εργαλείο αξιολόγησης των τροφών. Αυτό όμως απαιτεί εκπαίδευση από διαιτολόγο.

■ Κα-

Τα ΤΕΧΝΗΤΑ γλυκαντικά όπως η ασπαρτάμη, το ακεσουλφαμικό Κ και η σουκραλόζη μπορούν να καταναλώνονται, χωρίς όμως να γίνεται υπέρβαση της συνιστώμενης ποσότητας



τανάλωση τροφίμων πλούσιων σε φυτικές ίνες.

■ Οι γλυκαντικές ουσίες είναι ασφαλείς, εφόσον καταναλώνονται στις επιτρεπόμενες ημερήσιες ποσότητες.

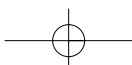
Φυτικές ίνες: Η πρόσληψη φυτικών ινών κρίνεται απαραίτητη, αφού έχει βρεθεί ότι πολλές από αυτές παίζουν καθοριστικό ρόλο στη βραδύτερη απορρόφηση της γλυκόζης (σακχάρου) στο αίμα, στον μεγαλύτερο κορεσμό της πείνας και στη γρηγορότερη απώλεια σωματικού βάρους.

Η δίαιτα ενός ατόμου με διαβήτη τύπου 1 θα πρέπει να περιέχει πάνω από 35-40 γραμμάρια (ή 20 γραμμάρια ανά 1.000 θερμίδες) φυτικές ίνες την ημέρα. Αυτές πρέπει να λαμβάνονται από μαύρο ψωμί, 2 μερίδες εστιατορίου λαχανικά, σαλάτες, φρούτα, αλλά και δημητριακά ολικής άλεσης. Κάθε εβδομάδα εξάλου συνιστώνται και 4 μερίδες όσπρια.

Αλάτι: Οι συστάσεις για το αλάτι είναι ίδιες με αυτές που ισχύουν για τον υπόλοιπο πληθυσμό (δηλαδή 3 γραμμάρια την ημέρα), εκτός κι αν ο ασθενής έχει υπέρταση ή ήπια νεφροπάθεια, οπότε θα πρέπει να περιορίσει το αλάτι στα 2,4 και 2 γραμμάρια την ημέρα αντιστοίχως. Το αλάτι αναγράφεται συχνά στα τρόφιμα ως νάτριο.

Αλκοόλ: Η πρόσληψη του αλκοόλ που επιτρέπεται – εφόσον είναι επιθυμητή στα άτομα με διαβήτη – είναι ίδια με αυτή για τον γενικό πληθυσμό (2 ποτά για άντρες και 1 για γυναίκες καθημερινά). Βέβαια η πρόσληψη αλκοόλ σχετίζεται άμεσα με τον κάθε οργανισμό, καθώς και με την πρόσληψη τροφής. Δεδομένου δε ότι η αλκοόλη συχνά σχετίζεται με υπογλυκαιμικά επεισόδια, θα πρέπει η κατανάλωσή της να γίνεται με μεγάλη προσοχή. Οι θερμίδες που προσφέρει το αλκοόλ θα πρέπει να αφαιρούνται από τις θερμίδες του λίπους.

Βιταμίνες και αντιοξειδωτικά: Είναι αποδεκτό πως τα υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα μπορεί να συμβάλουν στην αύξηση των επιπέδων των ελευθέρων ριζών στον οργανισμό και επίσης έχει βρεθεί πως πολλά άτομα με διαβήτη τύπου 1 έχουν πολύ χαμηλά επίπεδα αντιοξειδωτικών ουσιών στο σώμα τους. Γι' αυτό είναι σημαντικό να ενθαρρύνουμε τους διαβητικούς να καταναλώνουν φυσικές τροφές πλούσιες σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Ιχνοστοιχεία, βιταμίνες και αντιοξειδωτικά (όπως καροτενοειδή, βιταμίνη C, φλαβονοειδή, πολυφαινόλες, τοκοφερόλες), προστατεύουν από καρδιαγγειακά νοσήματα και είναι καλύτερα να λαμβάνονται από την καθημερινή, φυσική τροφή και λιγότερο από συμπληρώματα. ■



Ενδεικτικό διαιτολόγιο 1.400 θερμίδων

Το διαιτολόγιο που ακολουθεί αποτελείται κατά 50% από υδατάνθρακες (175 γραμμάρια), κατά 20% από πρωτεΐνες (70 γραμμάρια) και κατά 30% από λίπη (46 γραμμάρια).

ΠΡΩΙΝΟ

- 1 φέτα ψωμί 30 γρ. ή 2 φρυγανιές ή 30 γρ. δημητριακά ή ½ κουλούρι σουσαμένιο
- 1 φλιτζάνι άπαχο γάλα ή 1 γιαούρτι άπαχο



ΔΕΚΑΤΙΑΝΟ

- 1 μέτριο φρούτο

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ

- 1 φλιτζάνι ζυμαρικό ή ρύζι ή 1½ φλιτζάνι όσπρια ή 1 φλιτζάνι μαγειρεμένο αρακά ή φασολάκια ή 3 μέτριες πατάτες - μεγέθους αυγού



- 90 γρ. ψάρι ψητό ή 90 γρ. κοτόπουλο στήθος χωρίς δέρμα ή 90 γρ. άπαχο μοσχαρίσιο ή χοιρινό κρέας ή 60 γρ. τυρί και 1 αυγό
- Σαλάτα εποχής από βραστά ή ωμά λαχανικά εποχής με 2 κουταλάκια του γλυκού ελαιόλαδο
- 1 μέτριο φρούτο

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ

- 1 μέτριο φρούτο

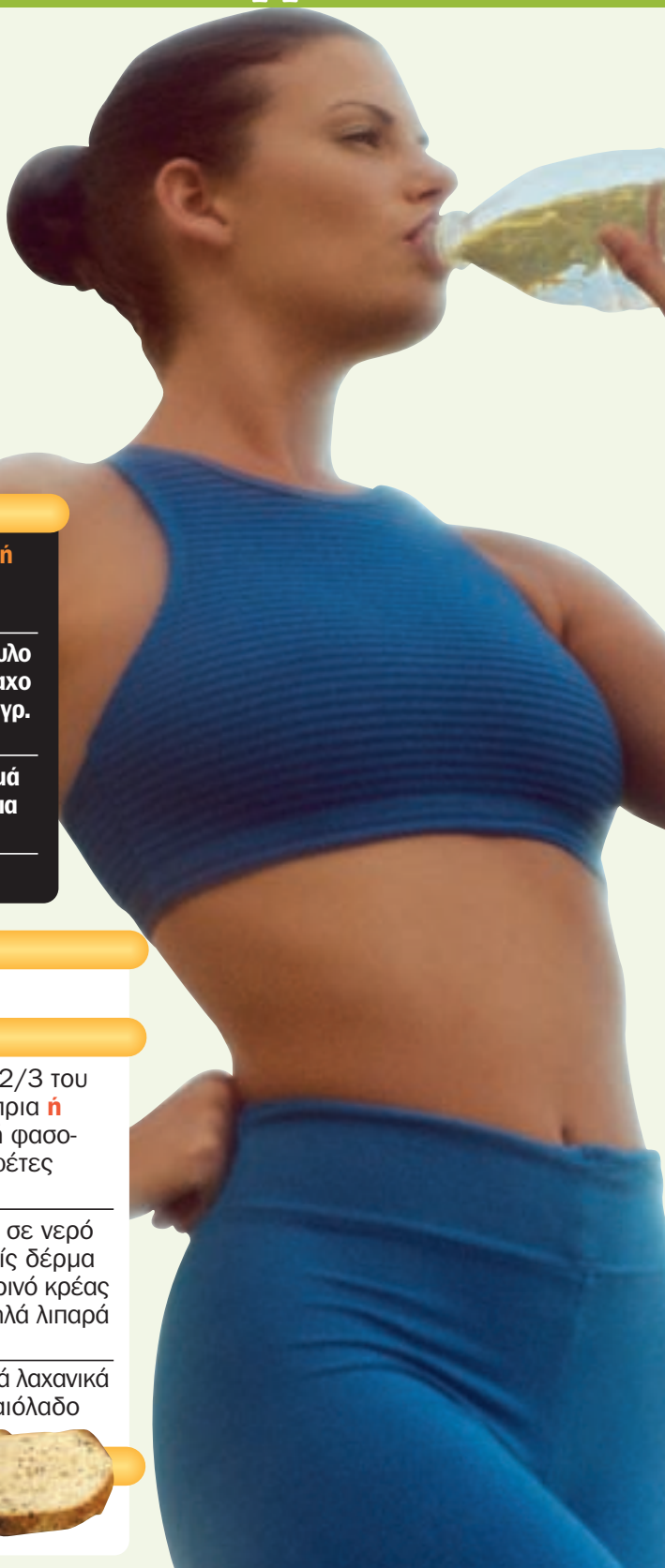
ΒΡΑΔΙΝΟ

- 2/3 του φλιτζανιού ζυμαρικό ή 2/3 του φλιτζανιού ρύζι ή 1 φλιτζάνι όσπρια ή 1 φλιτζάνι μαγειρεμένο αρακά ή φασολάκια ή 2 μέτριες πατάτες ή 2 φέτες ψωμί του τοστ
- 90 γρ. ψάρι ψητό ή 90 γρ. τόνο σε νερό ή 90γρ. κοτόπουλο στήθος χωρίς δέρμα ή 90 γρ. άπαχο μοσχαρίσιο ή χοιρινό κρέας ή 1 αυγό και 60 γρ. τυρί με χαμηλά λιπαρά (π.χ. μυζήθρα άπαχη)
- Σαλάτα εποχής από βραστά ή ωμά λαχανικά με 2 κουταλάκια του γλυκού ελαιόλαδο



ΠΡΟ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

- 1 φέτα ψωμί 30 γρ. ή 2 φρυγανιές



ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ Ο ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ ΑΠΑΙΤΟΥΝ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ, ΟΙ ΟΠΟΙΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΟ Ή ΤΙΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΗ.

ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΛΥΚΟΣ

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΝΑΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΠΙΑΤΟ



Της
δρος ΜΕΡΟΠΗΣ ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ
Κλινικής διαιτολόγου
στο Γενικό Νοσοκομείο
Αθηνών «Λαϊκό»,
λέκτορα Κλινικής
Διατροφής στο
Χαροκόπειο
Πανεπιστήμιο

ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα αντιμετωπίζουν κατά καιρούς διάφορα προβλήματα που οφείλονται είτε στη νόσο αυτή καθαυτή είτε σε παρενέργειες της φαρμακευτικής τους αγωγής. Τα προβλήματα αυτά απαιτούν κάποια διατροφική παρέμβαση και συνοψίζονται ως εξής:

■ **Αλλαγές στη σύσταση του σώματος.** Το ανθρώπινο σώμα αποτελείται από τρεις κύριες μάζες: τη λιπώδη, τη μυϊκή και τη μάζα των οστών. Μελέτες έχουν δείξει ότι ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα παρουσιάζουν απώλεια μυϊκής μάζας λόγω της νόσου, ενώ η λιπώδης μάζα παρουσιάζεται αυξημένη σε όλα τα σημεία του σώ-

ματος εκτός από τα πόδια, εκτρέποντας την κατανομή του λίπους σε πιο κεντρική (συνεπώς και πιο επικίνδυνη). Όσον αφορά τη μάζα των οστών, και αυτή εμφανίζεται μειωμένη εξαιτίας της λήψης κορτικοστεροειδών, της ακινησίας ορισμένων ασθενών, της μειωμένης πρόσληψης ασβεστίου και βιταμίνης D και, τέλος, λόγω των αυξημένων – εξαιτίας της νόσου – επιπέδων ορισμένων ουσιών που λέγονται κυτταροκίνες.

■ **Παρενέργειες φαρμακευτικής αγωγής.** Η φαρμακευτική αγωγή επιβάλλει συχνά κάποιους περιορισμούς ή αλλαγές στο διαπολιόγιο ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

■ **Προσβολή αρθρώσεων.** Η αρθρική προσβολή των μικρών και με-

γάλων αρθρώσεων μπορεί να μειώσει τη δυνατότητα του ανθρώπου να εκτελέσει καθημερινές δραστηριότητες, όπως ψώνια και μαγείρεμα. Επίσης η προσβολή της κροταφογναθικής άρθρωσης μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα μάσησης και κατάποσης της τροφής.

Η διατροφική παρέμβαση τροποποιείται αναλόγως με το πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί.

ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Ο ασθενής με ρευματοειδή αρθρίτιδα οφείλει να ακολουθεί ένα διαιτολόγιο που θα του παρέχει επαρκείς ποσότητες πρωτεϊνών υψηλής βιολογικής αξίας (π.χ. από γαλακτοκομικά χαμηλών λιπαρών, ασπράδια αυγών, πουλερικά και ψάρια) και ισορροπία όλων των θρεπτικών συστατικών (ιδιαίτερα του ασβεστίου και της βιταμίνης D, που είναι σημαντικά για την υγεία των οστών). Σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει παχυσαρκία θα πρέπει να ξεκινήσει μία προσπάθεια απώλειας βάρους με τη συνεργασία κάποιου διαιτολόγου, ώστε η απώλεια να είναι αργή και σταδιακή (περίπου μισό κιλό την εβδομάδα) και το διαιτολόγιο επαρκές σε όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά.

Δημοφιλείς ή ακραίες δίαιτες για την απώλεια βάρους μπορεί να επιδεινώσουν σημαντικά τη σύσταση του σώματος των ασθενών αυτών και να αυξήσουν τη νοσηρότητά τους, γι' αυτό και δεν πρέπει να εφαρμόζονται από ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η απώλεια βάρους

είναι συνήθως μία διαδικασία μακρόχρονη και επίπονη, δεδομένου ότι η σωματική άσκηση ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι πολύ περιορισμένη και δεν μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στην απώλεια βάρους.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

■ Στην περίπτωση που ο ασθενής λαμβάνει κυκλοσπορίνη, πρέπει να αποφεύγει την κατανάλωση γκρέιφ φρουτ και του χυμού του, γιατί αυξάνουν τη δραστηριότητα και την τοξικότητα του φαρμάκου στον οργανισμό.

■ Στην περίπτωση αγωγής με μεθοτρεξάτη πρέπει να αποφεύγεται η λήψη αλκοόλ γιατί ενισχύει τις παρενέργειες του φαρμάκου.

■ Η λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων προκαλεί κατακράτηση υγρών και συνεπώς απαιτεί περιορισμό στη λήψη νατρίου, κύρια πηγή του οποίου είναι το αλάτι και τα τρόφιμα που το περιέχουν σε μεγάλες ποσότητες. Η μακροχρόνια λήψη κορτικοστεροειδών αποτελεί σημαντική παράμετρο στη διατροφική διαχείριση ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα δεδομένου ότι επηρεάζει ποικιλοτρόπως τη διατροφή.

Πιο συγκεκριμένα, η λήψη κορτιζόνης επιβάλλει τον περιορισμό του νατρίου για την αποφυγή κατακράτησης υγρών και δημιουργίας οίδημάτων. Έτσι, το πρόσθετο αλάτι στα φαγητά, αλμυρά σνακ, αλατισμένοι ξηροί καρποί, ελιές, αλμυρά τυριά, καθώς και παστά ή κονσερβοποιημένα τρόφιμα πρέπει να εκλείπουν από το διαιτολόγιο του ασθενούς για την ελαχιστοποίηση της κατακράτησης υγρών.

Επιπρόσθετα, πολλές φορές οι μεγάλες δόσεις κορτικοστεροειδών προκαλούν αύξηση του σακχάρου στο αίμα, καθιστώντας απαραίτητο τον περιορισμό των απλών υδατανθράκων (ζάχαρης, μελιού, μαρμελάδας, γλυκών και αναψυκτικών με ζάχαρη), ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις πρέπει να σχεδιαστεί ένα διαιτολόγιο βάσει των αρχών της διαίτας των διαβητικών. Η λήψη κορτιζόνης προκαλεί επιπλέον καταβολισμό της μυϊκής μάζας και αυξάνει τις ανάγκες του οργανισμού σε πρωτεΐνη. Εντούτοις, η πρωτεΐνη πρέπει να προέρχεται από πηγές φτωχές σε ζωικά λίπη, γιατί το φάρμακο πολλές φορές προκαλεί αύξηση της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων του αίματος. Έτσι, η καθημερινή πρόσληψη πρωτεΐνης από γαλακτοκομικά φτωχά σε λιπαρά (έως 2%), το ασπράδι των αυγών, πουλερικά και ψάρια και κάποιες φορές από άπαχο κόκκινο κρέας θα εξασφαλίσει στον ασθενή προστασία της μυϊκής μάζας, χωρίς να επιβαρύνει ταυτόχρονα τη χοληστερόλη στο αίμα. Τέλος, η θεραπεία με κορτιζόνη για μεγάλα χρονικά διαστήματα αυξάνει τον κίνδυνο οστεοπόρωσης και καταγμάτων. Έτσι, ασθενείς που λαμβάνουν κορτιζόνη πρέπει να κατα-

Μελέτες έχουν δείξει ότι ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα παρουσιάζουν απώλεια μυϊκής μάζας λόγω της νόσου, ενώ η λιπώδης μάζα παρουσιάζεται αυξημένη σε όλα τα σημεία του σώματος εκτός από τα πόδια

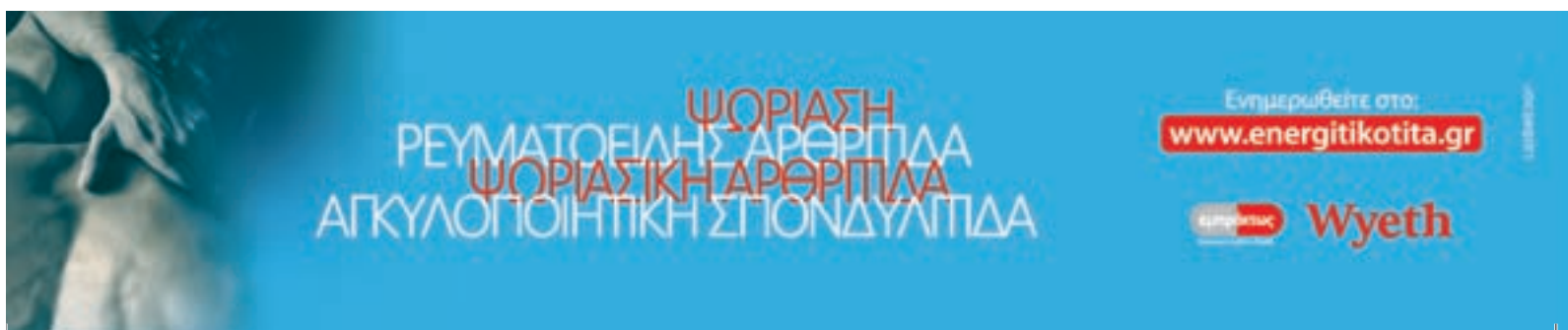
ναλώνουν ημερησίως τρεις μερίδες γαλακτοκομικών χαμηλών σε λιπαρά (1 μερίδα ισούται με 1 ποτήρι γάλα ή 150 γρ. γιαούρτι ή 30-40 γρ. τυριού χαμηλό σε λιπαρά και αλάτι) και να προτιμούν τα εμπλουτισμένα σε ασβέστιο προϊόντα του εμπορίου (γάλα, γιαούρτι, χυμούς).

Επιπλέον οι περισσότεροι ασθενείς θα λάβουν και συμπλήρωμα ασβεστίου και βιταμίνης D για την εξασφάλιση της υγείας των οστών.

ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ

Εάν η ρευματοειδής αρθρίτιδα προσβάλλει τις αρθρώσεις στη γνάθο και δυσχεραίνει τη μάσηση, η σύσταση της διατροφής του ασθενούς πρέπει να τροποποιηθεί ανάλογα (π.χ. πολτοποιημένες τροφές ή σε μορφή πουρέ) και μάλιστα υπό την καθοδήγηση ενός διαιτολόγου.

Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές φορές ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα αναζητούν ανακούφιση των συμπτωμάτων τους μέσω κατανάλωσης συμπληρωμάτων διατροφής (π.χ. ιχθυελαίων, συμπληρωμάτων γ-λινολενικού οξέος ή κάποιων βοτάνων) ή εφαρμογής διαίτων που αποκλείουν ολόκληρες ομάδες τροφίμων, οι οποίες σύμφωνα με κάποιους αυξάνουν τη φλεγμονή στον οργανισμό. Εντούτοις, τα έως σήμερα ερευνητικά δεδομένα δεν δικαιώνουν τέτοιες πρακτικές, οι οποίες μπορεί να ελλοχεύουν και σημαντικούς κινδύνους για την υγεία των συγκεκριμένων ασθενών.



ΨΩΡΙΑΣΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΨΩΡΙΑΣΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ

Ενημερωθείτε στο:
www.energitikotita.gr

Wyeth

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ
ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ

Γενικές διαιτητικές οδηγίες για την αντιμετώπιση ασθενών με συστηματικό ερυθματώδη λύκο δεν υπάρχουν και η διαίτα του κάθε ασθενούς πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του, λαμβάνοντας υπόψη τα επάκλουθα της ασθένειας και της φαρμακευτικής αγωγής στη λειτουργία των οργάνων και τον μεταβολισμό των θρεπτικών συστατικών. Κατά τη διατροφική διαχείριση των ασθενών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη:

- 1 Η χρήση κορτιζόνης που στον συστηματικό ερυθματώδη λύκο είναι μακροχρόνια και πολλές φορές σε μεγάλες δόσεις.
- 2 Η δυσλιπιδαιμία, η οποία συνήθως εκδηλώνεται με αυξημένες συγκεντρώσεις τριγλυκεριδίων και χαμηλές συγκεντρώσεις HDL (καλής) χοληστερόλης.
- 3 Η πιθανή προσβολή των νεφρών, η οποία εκδηλώνεται με μείωση της νεφρικής λειτουργίας, συνυπάρχουσα υπέρταση και απώλεια πρωτεΐνης στα ούρα.

Οι πιθανές παρενέργειες της θεραπείας με κορτικοστεροειδή και οι απαιτούμενοι διαιτητικοί χειρισμοί περιγράφονται στον Πίνακα.

Στην περίπτωση που το λιπιδαιμικό προφίλ διαταραχτεί και αυξηθούν τα τριγλυκερίδια, ο ασθενής πρέπει να έχει υπόψη ότι οι παράγοντες που επιδεινώνουν τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων είναι το αυξημένο ζωικό

(κορεσμένο) λίπος της διατροφής (βούτυρο φρέσκο, κρέμα γάλακτος, μαγιονέζα, λαρδί, ορατό λίπος από χοιρινό/μοσχάρι, δέρμα πουλερικών, γλυκά και έτοιμα προϊόντα ζαχαρο-

πλαστικής του εμπορίου, ολόπαχα γαλακτοκομικά προϊόντα), η αυξημένη κατανάλωση απλών υδατανθράκων (ζάχαρη, μέλι, κ.ά.) και των τροφίμων που τους περιέχουν, η συστηματική και αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ και το αυξημένο σωματικό βάρος και ιδιαίτερα το κοιλιακό λίπος.

Συνεπώς η αποφυγή των τροφίμων που περιέχουν ζωικό λίπος και απλούς υδατάνθρακες, η αποχή από το αλκοόλ, η σταδιακή μείωση του σωματικού βάρους, καθώς και η εβδομαδιαία κατανάλωση ψαριών και η καθημερινή πρόσληψη φρούτων, λαχανικών και προϊόντων ολικής άλεσης θα βελτιώσουν τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων, ενώ η συστηματική σωματική άσκηση είναι σημαντική και για τη μείωση των τριγλυκεριδίων και την αύξηση της HDL. Τέλος, στην περίπτωση που ο λύκος προσβάλλει τα νεφρά, η διατροφή πρέπει να προσαρμοστεί κατάλληλα κυρίως μέσω μείωσης του άλατος και της πρωτεΐνης της διαίτας.

Το διαιτολόγιο αυτό πρέπει ιδανικά να συνταχθεί από κάποιον έμπειρο διαιτολόγο γιατί τουλάχιστον για την πρωτεϊνική πρόσληψη πρέπει να εξασφαλιστεί η ιδανική ποσότητα που δεν θα επιβαρύνει τη νεφρική λειτουργία, αλλά και που δεν θα προκαλέσει και άλλα προβλήματα στον οργανισμό, όπως καταβολισμό των μυών. ■

Οι παρενέργειες της κορτιζόνης και
απαιτούμενες αλλαγές στη διατροφή

Παρενέργεια	Διαιτητικός χειρισμός
Αύξηση της όρεξης και πρόσληψη βάρους	- Ενημέρωση των ασθενών - Αργή κατανάλωση γευμάτων - Περιορισμός των πλούσιων σε θερμίδες τροφίμων (γλυκά, λιπαρά, τηγανητά) - Κατανάλωση φαγητών χαμηλής ενεργειακής πυκνότητας όπως φρούτα, λαχανικά, γάλα και γιαούρτι χαμηλά σε λιπαρά, ζελέ light. Σε κάθε κύριο γεύμα φτιάξτε μία μεγάλη σαλάτα και αρχίστε το γεύμα σας καταναλώνοντας πρώτα τη σαλάτα
Κατακράτηση υγρών/οιδήματα	- Μείωση των τροφίμων που περιέχουν το νάτριο ως φυσικό συστατικό όπως κρέας, γαλακτοκομικά, ψάρια - θαλασσινά - Μείωση του προστιθέμενου αλατιού στο φαγητό - Περιορισμός των τροφίμων που έχουν επεξεργαστεί με το αλάτι όπως παστά, τουρσί, αλλαντικά, κονσερβοποιημένα τρόφιμα
Αύξηση του σακχάρου στο αίμα	- Περιορισμός τροφίμων πλούσιων σε ζάχαρη, μέλι, μαρμελάδα, όπως γλυκά, αναψυκτικά, χυμοί και ροφήματα με ζάχαρη - Ενίσχυση της πρόσληψης τροφίμων ολικής άλεσης (ψωμί, φρυγανιές, παξιμάδια, ζυμαρικά, καστανό ρύζι), οσπρίων, φρούτων και λαχανικών
Αύξηση των τριγλυκεριδίων ή/και της χοληστερόλης στο αίμα	- Περιορισμός πηγών ζωικού λίπους, επιλέγοντας γαλακτοκομικά προϊόντα χαμηλά σε λιπαρά, άλιπα μέρη κόκκινου κρέατος, πουλερικά χωρίς το δέρμα, ελαιόλαδο, σπορέλαια ή μαλακές μαργαρίνες αντί για φρέσκο βούτυρο. - Αποφυγή της κατανάλωσης έτοιμων αρτοσκευασμάτων του εμπορίου (κρουασάν, μπισκότα, πίτες, τσουρέκι) και αλλαντικών.
Μείωση της οστικής μάζας	Κάλυψη των απαραίτητων ποσοτήτων ασβεστίου και βιταμίνης D μέσω των τροφίμων ή/και συμπληρωμάτων που θα χορηγήσει ο γιατρός
Μείωση της μυϊκής μάζας	Σωστός σχεδιασμός ενός διαιτολογίου που θα παρέχει την κατάλληλη πρωτεϊνική πρόσληψη, λαμβάνοντας υπόψη τη συνολική εικόνα του ασθενούς (π.χ. νεφρική λειτουργία)

Παχυσαρκία:

Μια πολυπαραγοντική πάθηση

Η παχυσαρκία αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα της εποχής μας σε όλα τα μήκη και τα πλάτη του πλανήτη αφού επιφέρει βλαβερές συνέπειες στην υγεία αλλά και την ψυχολογία του ανθρώπου.

Ένα άτομο με αυξημένη εναπόθεση λίπους στο σώμα του έχει αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσει καρδιοπάθεια, σακχαρώδη διαβήτη, υψηλή πίεση αίματος, χολοκυστοπάθεια, διάφορες μορφές καρκίνου καθώς και αναπνευστικά αλλά και ψυχικά προβλήματα.

Το πρόβλημα έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις αφού σήμεμερα, εκτιμάται ότι περίπου 1,1 δισ. ενήλικοι και 10% των παιδιών είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, κατάσταση που οδηγεί σε μειωμένο προσδόκιμο ζωής.

Οι αιτίες της παχυσαρκίας δεν περιορίζονται σε έναν μόνο παράγοντα, π.χ. μόνο στη διατροφή- αλλά αγγίζουν και άλλους τομείς όπως είναι οι περιβαλλοντικοί ή γενετικοί-κληρονομικοί παράγοντες.



περιβαλλοντικοί παράγοντες

- ◆ Υπερβολή στην ποσότητα τροφής
- ◆ Κακής ποιότητας διατροφή
- ◆ Μειωμένη φυσική δραστηριότητα
- ◆ Ψυχοκοινωνικά αίτια
- ◆ Ορμονικά αίτια (διαταραχές θυρεοειδούς, επινεφριδίων, υποθαλάμου)



γενετικοί-κληρονομικοί παράγοντες

- ◆ Γονίδια (πιθανόν να συμμετέχουν έως και 30% στην αιτιολογία της παχυσαρκίας)
- ◆ Διατροφικές συνήθειες παχύσαρκων γονέων (τις οποίες ακολουθούν τα παιδιά και οδηγούνται με τη σειρά τους στη παχυσαρκία)



Το πιο σημαντικό όπλο απέναντι στο σύνθετο πρόβλημα της παχυσαρκίας, ειδικότερα για τα παιδιά είναι να μάθουν να τρώνε ποικιλία τροφών, από όλες τις ομάδες τροφίμων, πάντοτε με μέτρο και ισορροπία, καθώς επίσης και να ενθαρρύνονται, παράλληλα, να αυξήσουν τη φυσική τους δραστηριότητα.

Αναλύοντας τις περιβαλλοντικές αιτίες μπορούμε να πούμε απλά πως η παχυσαρκία είναι αποτέλεσμα της μεγάλης πρόσληψης θερμίδων και της μειωμένης φυσικής δραστηριότητας. Η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας είναι ένας ιδιαίτερα επιβαρυντικός παράγοντας ιδιαίτερα για τα παιδιά, και είναι εξίσου σημαντικός με την κακή διατροφή αφού η υπερβολική παρακολούθηση τηλεόρασης ή η ενασχόληση με ηλεκτρονικούς υπολογιστές και γενικότερα η καθιστική ζωή, σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας.

Όσον αφορά στη διατροφή, πρέπει να γίνει σαφές πως για την παχυσαρκία δεν ευθύνεται ένας μόνο παράγοντας και κανένα τρόφιμο από μόνο του δεν προκαλεί παχυσαρκία (π.χ. τα αναψυκτικά ή τα γλυκά ή τα λιπαρά τρόφιμα). Η συνολικότερη ποιότητα της διατροφής μας, ή έλλειψη μέτρου και ποικιλίας στις τροφές αυτά που επηρεάζουν τις πιθανότητες να γίνουμε παχύσαρκοι. Ειδικότερα, όσον αφορά στα παιδιά και τη προδιάθεσή τους να γίνουν παχύσαρκα, η συνεχής παράλειψη οικογενειακών γευμάτων που προωθούν την υιοθέτηση σωστού τρόπου διατροφής αλλά και η ύπαρξη ενός παχύσαρκου γονέα επηρεάζουν αρνητικά.

Σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση των διαπαιθικών συνθηκών και στο επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας των παιδιών παίζουν σε μεγάλο βαθμό οι μητέρες κυρίως κατά τη νηπιακή τους ηλικία αφού ανάλογα με το χρόνο και την ποιότητα που βάζουν στην προετοιμασία του οικογενειακού φαγητού ή στην ψυχαγωγία του παιδιού (παιχνίδια που περιλαμβάνουν σωματική κίνηση) διαμορφώνουν και τις συνήθειες των παιδιών για μια ολόκληρη ζωή.

Κούτσικας Κων/νος, Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, M.Sc. στην Κλινική Διατροφή
www.mednutrition.gr



ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ, ΨΩΡΙΑΣΗ, ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Της
ΚΑΛΛΙΟΠΗΣ-ΑΝΝΑΣ ΠΟΥΛΙΑ,
MMedSci
AssocNutr
Κλινικής διαιτολόγου-διατροφολόγου στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Η ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΟΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ ΕΠΙΦΕΡΕΙ ΠΟΛΛΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ – ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΑΠΟ ΑΥΤΕΣ ΣΥΧΝΑ ΑΠΑΙΤΟΥΝ ΤΗΝ ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΝΕΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ.

ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν συσχετίσει τη διατροφή με τη σκλήρυνση κατά πλάκας. Η νόσος εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε χώρες όπου η πρόσληψη κορεσμένου λίπους (λ.χ. από κόκκινο κρέας) είναι αυξημένη και αντίστοιχα η κατανάλωση πολυακόρεστων λιπαρών οξέων (λ.χ. ελαιολάδου) μειωμένη.

Δεδομένου εξάλλου ότι τα ω-3 και τα ω-6 λιπαρά οξέα (καλές πηγές τους είναι τα λιπαρά ψάρια) αποτελούν συστατικά του εγκεφαλικού ιστού και του περιβλήματος (μυελίνη ουσία) των νευρώνων, επιστημονικές μελέτες έχουν κατά καιρούς επικεντρωθεί στην επίδραση της κατανάλωσης διαφορετικών ειδών λίπους στην ανάπτυξη και εξέλιξη της νόσου.

Μολονότι τα αποτελέσματα των μελετών μέχρι στιγμής είναι αμφιλεγόμενα, κρίνεται σκόπιμο να δίδονται διατροφικές οδηγίες με στόχο τη μείωση του κορεσμένου λίπους και την αύξηση της πρόσληψης ω-3 και ω-6 λιπαρών οξέων.

Συγκεκριμένοι διατροφικοί περιορισμοί για τους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας δεν είναι σκόπιμο να δίδονται και οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να ακολουθούν έναν υγιεινό τρόπο διατροφής, σύμφωνα με αυτόν που συνιστάται για τον λοιπό πληθυσμό. Επειδή, όμως, συχνά αναπτύσσονται τελικά διατροφικά προβλήματα λόγω της νόσου τους, πρέπει να τους δίδονται λύσεις γι' αυτά.

Οι ανάγκες των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι εξατομικευ-

μένες και σε μεγάλο βαθμό εξαρτώνται από τα συμπτώματα και τον βαθμό σωματικής αναπηρίας του ατόμου. Για τον λόγο αυτόν οι διατροφικές συμβουλές πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενούς.

ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Η μειωμένη κινητικότητα σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να οδηγήσει σε δυσκοιλιότητα. Το πρόβλημα μπορεί να επιδεινωθεί από τον περιορισμό της κατανάλωσης υγρών που μπορεί να επιβάλει τον εαυτό του ο ασθενής, σε περίπτωση ακράτειας ούρων.

Η χορήγηση διατροφικών συμβουλών σε αυτή την περίπτωση πρέπει να γίνει κατά τρόπο με τον οποίον επιτυγχάνεται η αύξηση της κατανάλωσης φυτικών ινών – χρήση προϊόντων ολικής αλέσεως και αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών στη διαίτα.

Εξίσου σημαντική είναι η ενθάρρυνση της κατανάλωσης επαρκούς ποσότητας υγρών, δηλαδή 8-10 ποτήρια υγρών την ημέρα (1,5-2 λίτρα ημερησίως).

ΑΥΞΗΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας η αύξηση του σωματικού βάρους συνδέεται με την περιορισμένη κινητικότητα, την υπερκατανάλωση τροφής για ψυχολογικούς λόγους και την αύξηση της όρεξης λόγω λήψης κορτικοστεροειδών φαρμάκων.



Οι άνθρωποι αυτοί ενδείκνυται να πραγματοποιούν μικρές αλλαγές στην καθημερινή τους ζωή, όπως να καταναλώνουν αναψυκτικά χωρίς ζάχαρη, να χρησιμοποιούν προϊόντα light και να αντικαθιστούν τα γλυκά επιδόρπια με φρούτα.

Επίσης, σε ανθρώπους με κινητικά προβλήματα ο στόχος για απώλεια βάρους πρέπει να είναι εφικτός και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να αναμένεται μεγάλη απώλεια βάρους, δεδομένου ότι άτομα με κινητικά προβλήματα χάνουν βάρος με εξαιρετική δυσκολία.

ΚΑΚΗ ΘΡΕΨΗ

Η κακή θρέψη σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι πολυπαραγοντική και οι κυριότερες αιτίες που την προκαλούν είναι η έλλειψη ενδιαφέροντος για τη λήψη τροφής λόγω κατάθλιψης ή αδυναμίας, η μειωμένη ικανότητα του ατόμου να ψωνίζει, να προετοιμάζει τα γεύματά του και σε προχωρημένα στάδια της νόσου να σπίζεται χωρίς βοήθεια ή χωρίς τη χρήση ειδικών σκευών.

Παράλληλα, ορισμένα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ναυτία ή διάρροια, συμβάλλοντας στην κακή θρέψη.

Για να εξασφαλιστεί η καλή διατροφική κατάσταση της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών πρέπει να:

1. Καταναλώνουν μικρά γεύματα πολλές φορές μέσα στην ημέρα
2. Χρησιμοποιούν περισσότερο λίπος (φυτικές μαργαρίνες χωρίς trans λιπαρά οξέα και ελαιόλαδο) στο ψωμί και στα λαχανικά τους
3. Καταναλώνουν πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα
4. Ενισχύουν θερμιδικά τα γεύματά τους, για παράδειγμα με την προσθήκη ζάχαρης ή μελιού στα δημητριακά πρωινού κ.λπ., εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας τους και η φαρμακευτική αγωγή που ακολουθούν
5. Σε περίπτωση που κριθεί αναγκαίο, με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ιατρού, μπορεί χορηγηθούν κατάλληλα διατροφικά συμπληρώματα, που θα συμβάλουν στην πρόληψη της ακούσιας απώλειας βάρους.

ΔΥΣΦΑΓΙΑ

Η δυσφαγία αποτελεί σύνθετο πρόβλημα των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας. Είναι σημαντικό οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας να ενθαρρύνονται ούτως ώστε να καταναλώνουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ποσότητα τροφής από το στόμα, σε υφή που μπορεί να καταπιούν με ασφάλεια.

Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν μπορεί να οιστεί επαρκώς από το στόμα, πρέπει να εξετάζεται η διατροφική του υποστήριξη μέσω τεχνητής διατροφής (εντερικής ή παρεντερικής σίτισης). Οι αποφάσεις αυτές όμως πάντα πρέπει να έχουν τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς ή του περιβάλλοντός του.

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΔΙΑΙΤΕΣ

Πολλές φορές οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι διατεθειμένοι να δοκιμάσουν εναλλακτικές δίαιτες, από διάφορα βιβλία, περιοδικά ή το Διαδίκτυο, οι οποίες υπόσχονται να τους απαλλάξουν από την ασθένειά τους.

Οι δίαιτες αυτές όμως συχνά δεν στηρίζονται σε επιστημονικά δεδομένα, ενώ ορισμένες μπορεί να είναι και επιζήμιες δεδομένου ότι μπορεί να αποκλείουν μεγάλο εύρος τροφίμων και κατά συνέπεια θρεπτικών συστατικών από την καθημερινή διατροφή των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας.

Για τον λόγο αυτόν ο ασθενής πρέπει να μην υιοθετεί ακραία διατροφικά σχήματα και να δίδεται έμφαση στην υιοθέτηση ενός ισορροπημένου τρόπου διατροφής και ζωής.

ΟΙ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ από σκλήρυνση κατά πλάκας συχνά αναπτύσσουν διατροφικά προβλήματα λόγω της νόσου

ΨΩΡΙΑΣΗ

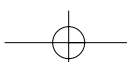
Εξειδικευμένες διατροφικές συστάσεις για την αντιμετώπιση της ψωρίασης δεν υπάρχουν.

Παρ' ότι ορισμένοι ασθενείς συχνά αντιλαμβάνονται ότι ορισμένα τρόφιμα μπορεί επιδεινώνουν τα συμπτώματα της νόσου (κυρίως τη φλεγμονή στο δέρμα), πρέπει να τονιστεί ότι η έξαρση της νόσου μπορεί να προκληθεί από πλήθος παραγόντων, πολλές φορές μη σχετιζόμενων με τη διατροφή, όπως το στρες, οι αλλαγές στις καιρικές συνθήκες και οι αλλαγές στη φαρμακευτική αγωγή. Για τον λόγο αυτόν οι ασθενείς πρέπει, πριν αποκλείσουν συγκεκριμένα τρόφιμα ή ομάδες τροφίμων από το διαιτολόγιό τους, να συμβουλευτούν τον γιατρό και τον διαιτολόγο τους για να αποφευχθούν τυχόν διατροφικές ανεπάρκειες.

Η εξασφάλιση ενός ισορροπημένου τρόπου ζωής και διατροφής είναι απαραίτητη για τους ασθενείς με ψωρίαση. Η υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνθηκών, ο έλεγχος του σωματικού βάρους και η αποχή από το κάπνισμα και το αλκοόλ συμβάλλουν στην καλύτερη διαχείριση των συμπτωμάτων της νόσου.

Γενικά, οι ασθενείς με ψωρίαση πρέπει να:

- Καταναλώνουν μικρά γεύματα πολλές φορές μέσα στην ημέρα και να ρυθμίζουν τις ποσότητες τροφής που καταναλώνουν με σκοπό την επίτευξη και τη διατήρηση του βάρους τους εντός των φυσιολογικών ορίων. Έχει φανεί ότι η απώλεια βάρους μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση των συμπτωμάτων της ψωρίασης σε παχύσαρκους και υπέρβαρους ασθενείς.
- Προσθέτουν χρώμα στη διατροφή τους με ποικιλία φρούτων και λαχανικών, τα οποία είναι εξαιρετικά πλούσια σε φυτικές ίνες και αντιοξειδωτικά συστατικά
- Προτιμούν άπαχες επιλογές κρέατος (κοτόπουλο, άπαχο χοιρινό και μοσχαρίσιο κρέας) με σκοπό να μειώσουν τα λιπαρά ζωικής προέλευσης και τη χοληστερόλη στη διατροφή τους
- Αυξήσουν την κατανάλωση ψαριών, με σκοπό την ενίσχυση της πρόσληψης ω-3 λιπαρών οξέων, τα οποία συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της φλεγμονής
- Μειώσουν το αλάτι και να χρησιμοποιούν μπαχαρικά και μυρωδικά για περισσότερη γεύση στο φαγητό



ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ

Δεδομένου ότι το σκληρόδερμα μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορα συμπτώματα, συγκεκριμένες διατροφικές συστάσεις γι' αυτό δεν υπάρχουν και οι διατροφικές συμβουλές στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών πρέπει να είναι εξατομικευμένες.

Το σκληρόδερμα μπορεί να προκαλέσει πλήθος παρενεργειών που σχετίζονται με τη διατροφή και απαιτούν ειδικούς διατροφικούς χειρισμούς. Γι' αυτό η συνεργασία με έναν κλινικό διαιτολόγο κρίνεται απαραίτητη. Ας δούμε όμως τους διατροφικούς χειρισμούς σε συνήθη προβλήματα των ασθενών με σκληρόδερμα.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΓΗΤΟΥ

Σε περίπτωση που το σκληρόδερμα έχει προσβάλει το δέρμα στα δάχτυλα και τα χέρια, η προετοιμασία του φαγητού μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να είναι προβληματική. Στην περίπτωση αυτήν οι ασθενείς πρέπει:

1. Να χρησιμοποιούν μαγειρικά εργαλεία και μαχαιροπέρουν με ελαστική λαβή, τα οποία είναι πιο εύκολα στον χειρισμό
2. Να δοκιμάζουν διάφορα ποτήρια και κούπες, μέχρι να βρουν αυτό που μπορούν να χειριστούν πιο εύκολα
3. Να προμηθεύονται λαχανικά και φρούτα που απαιτούν λιγότερη προσπάθεια για να κοπούν και να καταναλωθούν

ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑ

Σε περίπτωση που το σκληρόδερμα έχει προκαλέσει μειωμένη παραγωγή σάλιου και ξηροστομία, ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται:

1. Να καταναλώνει άφθονα υγρά καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας
2. Να λαμβάνει υγρά από μπουκάλι, ειδικά αν είναι δύσκολη η κίνηση των χειλιών
3. Να καταναλώνει τσίχλες χωρίς ζάχαρη και καραμέλες, αν αυτό είναι εφικτό

ΔΥΣΚΑΤΑΠΟΣΙΑ

Συχνά οι ασθενείς με σκληρόδερμα εμφανίζουν προβλήματα στην κατάποση του φαγητού. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να:

- Καταναλώνουν την τροφή τους αργά και να καταναλώνουν μικρές ποσότητες υγρών κατά τη διάρκεια του γεύματος, για να διευκολύνουν την κατάποση.
- Να μασούν καλά και να επιλέγουν μαλακά ή πολτοποιημένα τρόφιμα (πουρέ, μουσκεμένο ψωμί, κ.λπ., πολτοποιημένο κρέας και λαχανικά).

ΠΕΠΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η διάρροια και η δυσκοιλιότητα αποτελούν συχνά συμπτώματα στους ασθενείς με σκληρόδερμα, όταν έχουν προσβληθεί οι μύες στο λεπτό ή στο παχύ έντερο.

Διάρροια

Η διάρροια αποδίδεται στη χρήση αντιβιοτικών, στην αδυναμία των μυών του γαστρεντερικού συστήματος ή στη δυσπορρόφηση ορισμένων τροφίμων.

Σε περίπτωση διάρροιας ο ασθενής πρέπει να αποφεύγει τα προϊόντα ολικής άλεσης, τα ωμά λαχανικά, τα φρούτα με τη φλούδα και τα λιπαρά τρόφιμα και επιδόρπια.

Η ενίσχυση του διαιτολογίου με διαλυτές φυτικές ίνες μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων. Διαλυτές φυτικές ίνες περιέχουν τρόφιμα όπως οι μπανάνες, τα μήλα, η βρώμη και τα δαμάσκηνα.

Δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα οφείλεται σε αδυναμία των μυών του παχέος εντέρου και μπορεί να αντιμετωπιστεί με:

1. Αύξηση της πρόσληψης υγρών
2. Αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, αν αυτό είναι δυνατόν
3. Αύξηση της κατανάλωσης φυτικών ινών μέσω της κατανάλωσης ολικής άλεσης προϊόντων, όπως και φρούτων και λαχανικών

ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΚΗ ΘΡΕΨΗ

Η ακούσια απώλεια βάρους και η κακή θρέψη αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο για τους ασθενείς με σκληρόδερμα. Για την πρόληψη της απώλειας βάρους και τη διασφάλιση της καλής θρέψης του ασθενούς συνιστάται:

- Η λήψη μικρών γευμάτων πολλές φορές μέσα στην ημέρα
- Η λήψη πυκνών ενεργειακά τροφίμων, όπως τυρί, μαργαρίνη, παγωτό, κρέμα γάλακτος
- Η επιλογή πλήρων γαλακτοκομικών προϊόντων
- Αν η ενίσχυση του διαιτολογίου δεν επαρκεί, συνιστάται η χορήγηση εξειδικευμένων συμπληρωμάτων διατροφής, πάντα με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ιατρού
- Η επαρκής κάλυψη των αναγκών σε ασβέστιο, δεδομένου ότι η χρόνια λήψη κορτικοστεροειδών αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης οστεοπόρωσης στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Τρόφιμα πλούσια σε ασβέστιο είναι τα γαλακτοκομικά προϊόντα, τα τυριά, το μπρόκολο, τα αμύγδαλα και οι εμπλουτισμένοι με ασβέστιο χυμοί φρούτων.

Το σκληρόδερμα

μπορεί να προκαλέσει πλήθος παρενεργειών που σχετίζονται με τη διατροφή και απαιτούν ειδικούς διατροφικούς χειρισμούς. Γι' αυτό η συνεργασία με έναν κλινικό διαιτολόγο κρίνεται απαραίτητη





ASHLEY & HOLMES ATHENS

Στα αλλαντικά... η διατροφή άλλαξε

Τώρα πια τα αλλαντικά δεν είναι μια ενοχική απόλαυση. Είναι μια υγιεινή απόλαυση, γιατί η **Creta Farm** πέτυχε τη μέγιστη δυνατή υποκατάσταση του ζωικού λίπους με **εξαιρετικό παρθένο κρητικό ελαιόλαδο**, δημιουργώντας τη μοναδική σειρά αλλαντικών Εν Ελλάδι.

Η **Creta Farm** κατέκτησε για τα **Εν Ελλάδι Gourmet** ζαμπόν μπουτί ψητό και φιλέτο γαλοπούλας ψητό την αναγνώριση της **Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας**, διότι περιέχουν ελαιόλαδο και χαμηλά κορεσμένα λιπαρά. Η χαμηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά συμβάλλει στην πρόληψη των καρδιακών παθήσεων.



Τα προϊόντα **Εν Ελλάδι Gourmet** ζαμπόν μπουτί ψητό και φιλέτο γαλοπούλας ψητό από την **Creta Farm** φέρουν πλέον και το σήμα της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, μία ξεχωριστή σήμανση που έχει ως στόχο την αναγνώριση των προϊόντων που συμβάλλουν στην πρόληψη καρδιακών παθήσεων από το καταναλωτικό κοινό.

Για την αναγνώριση της **Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας**, ο κύριος **Δ. Κρεμαστινός, καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών** δήλωσε: «Είμαι ιδιαίτερα αισιόδοξος ότι αυτή η καινοτόμος προσπάθεια μιας ελληνικής εταιρείας να υποστηρίξει τη σωστή υγιεινή διατροφή και να συμβάλει με τα προϊόντα της στην καρδιοπροστασία, θα αναγνωριστεί από το καταναλωτικό κοινό». Επίσης, ο κύριος **Β. Πυργάκης, Πρόεδρος της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας**, σε σχετική του δήλωση, αναφέρθηκε στη συμβολή της μεσογειακής διατροφής, ως βασικού παράγοντα πρόληψης της στεφανιαίας νόσου, καθώς και στη σημασία αντίστοιχων πρωτοβουλιών από εταιρίες που έχουν ως γνώμονα τη βελτίωση του διατροφικού προφίλ του Έλληνα καταναλωτή και, κατά συνέπεια, την προστασία του κοινού από καρδιαγγειακές παθήσεις.



Τα αλλαντικά
της καρδιάς μας



Της
**ΑΣΤΕΡΙΑΣ
ΣΤΑΜΑΤΑΚΗ,
MSc**
Κλινικής
διαιτολόγου-
διατροφολόγου,
επιστημονικής
συνεργάτιδος της
Γαστρεντερολογικής
Κλινικής
του Γενικού
Νοσοκομείου Νίκαιας

«ΑΝΤΙΔΟΤΑ»

ΣΤΑ ΠΕΠΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ. Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΕΞΑΡΣΗΣ ΠΟΥ ΕΝΑΛΛΑΣΣΟΝΤΑΙ ΜΕ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΥΦΕΣΗΣ. ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΡΟ ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΔΥΟ ΝΟΣΟΙ, Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ Η ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ.

Στην ελκώδη κολίτιδα η φλεγμονή εντοπίζεται σε ορισμένα σημεία του παχέος εντέρου, ενώ στη νόσο του Crohn οποιοδήποτε σημείο του πεπτικού σωλήνα, από το στόμα μέχρι τον πρωκτό, μπορεί να φλεγμαίνει.

Τα συνήθη συμπτώματα της νόσου συμπεριλαμβάνουν πόνο στην κοιλιά (κοιλιακό άλγος), διάρροια, εντερική αιμορραγία, απώλεια πρωτεϊνών και πυρετό. Μέχρι σήμερα ελάχιστες είναι οι θετικές συσχετίσεις μεταξύ διαιτητικών παραγόντων και της νόσου.

Η μεγάλη κατανάλωση επεξεργασμένων (ραφιναρισμένων) υδατανθράκων έχει προταθεί από πολλούς ως ένας παράγοντας συνδεόμενος με τη νόσο του Crohn. Δεν είναι όμως σαφές εάν η μεγάλη κατανάλωση ζάχαρης προηγείται ή είναι συνέπεια της νόσου.

Υπέρ του δεύτερου συνηγορεί η αύξηση με τον χρόνο της κατανάλωσης ζάχαρης που παρατηρήθηκε σε ασθενείς με νόσο Crohn ως συνέπεια των αυξημένων ενεργειακών αναγκών τους. Δύο μελέτες που ερευνήσαν την κατανάλωση της ζάχαρης σε ασθενείς με νόσο Crohn διαπίστωσαν ότι είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου. Προσπάθειες συσχέτισης της κατανάλωσης καφέ και οιοπνευματωδών ποτών με την ελκώδη κολίτιδα δεν απέδωσαν, εκτός μίας αμφιλεγόμενης αρνητικής συσχέτισης μεταξύ οιοπνευματωδών ποτών και εμφάνισης ελκώδους κολίτιδας. Η κατανάλωση δημητρια-

κών, τροφίμων με συντηρητικές ουσίες και τροφίμων από τα ταχυφαγεία (fast food) επίσης έχει προταθεί ως πιθανώς σχετιζόμενη με την ιδιοπαθή φλεγμονώδη εντερική νόσο.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η υγιεινή διατροφή είναι βασικός συντελεστής στη διατήρηση της υγείας του γενικού πληθυσμού. Όσον αφορά τους ασθενείς με νόσο του Crohn ή ελκώδη κολίτιδα, η σωστή διατροφή κρίνεται ως κάτι παραπάνω από απαραίτητη.

Είναι γεγονός ότι όσο καλύτερη θεωρείται η θρεπτική κατάσταση του ασθενούς τόσο καλύτερη είναι η ανταπόκρισή του στη φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, η εμφάνιση ελλειπών πρόσληψης θρεπτικών συστατικών (δυσθρεψίας) είναι κάτι συχνό σε αυτούς τους ασθενείς.

Η δυσθρεψία μπορεί να εμφανιστεί λόγω:

■ Μειωμένης πρόσληψης τροφής, ιδιαίτερα κατά τις περιόδους έξαρσης, και ανορεξίας. • Μειωμένης απορρόφησης των θρεπτικών συστατικών των τροφίμων, εξαιτίας της ύπαρξης φλεγμονής σε κάποια σημεία του πεπτικού σωλήνα.

■ Απώλειας θρεπτικών συστατικών μέσω διάρροιας ή αιμορραγίας.
■ Αλληλεπίδρασης μεταξύ φαρμάκων και θρεπτικών συστατικών.
· Χειρουργικής επέμβασης στο έντερο (εντερεκτομής).
Η αλήθεια είναι πως δεν υπάρχει κάποιο διαιτητικό πρόγραμμα που να μπορεί να εφαρμοστεί από όλους τους ασθενείς. Για να διαμορφωθεί μια δίαιτα θα πρέπει να ληφθούν υπόψη: ο εντοπισμός της νόσου (δηλαδή σε ποια σημεία του πεπτικού σωλήνα παρατηρείται φλεγμονή), η ύπαρξη εντερικής απόφραξης και η ύπαρξη του επονομαζόμενου συνδρόμου βραχέος εντέρου. Ωστόσο, η πρόσληψη θερμίδων και πρωτεϊνών θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να διατηρείται το σωματικό βάρος και να επιτυγχάνεται η κανονική ανάπτυξη στα παιδιά και στους εφήβους που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn.

ΟΛΕΣ ΟΙ ΟΜΑΔΕΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

Μια ισορροπημένη δίαιτα πρέπει να περιέχει τροφές από όλες τις ομάδες τροφίμων για να διασφαλιστεί με αυτόν τον τρόπο ο επαρκής εφοδιασμός του οργανισμού με υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και λίπος.

Οι **υδατάνθρακες** αποτελούν την κύρια πηγή ενέργειας του οργανισμού. Υπάρχουν δύο κατηγορίες υδατανθράκων: τα απλά σάκχαρα και οι σύνθετοι υδατάνθρακες (άμυλο και φυτικές ίνες).

Τα απλά σάκχαρα μπορεί να προέρχονται από τη ζάχαρη, το μέλι, τη μαρμελάδα, τις καραμέλες, τα γλυκά, τα κουλουράκια και τα φυσικά σάκχαρα που προέρχονται από το γάλα και τα φρούτα ή τους χυμούς.

Τα απλά σάκχαρα μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα στα ασθενείς, καθώς η μεγάλη κατανάλωσή τους μπορεί να προκαλέσει (ή να αυξήσει) τη διάρροια. Η διάρροια μπορεί να ελεγχθεί σε κάποιο βαθμό με τη μείωση της κατανάλωσης γλυκών, πλήρων αναψυκτικών και συμπυκνωμένων φρουτοχυμών.

Οι **πρωτεΐνες** αποτελούν το δομικό υλικό των κυττάρων του ανθρώπινου σώματος, ενώ βοηθούν στην ανάπλαση των ιστών και συμβάλλουν στην παραγωγή ενζύμων απαραίτων για την πέψη και την απορρόφηση θρεπτικών συστατικών.

Τροφές πλούσιες σε υψηλής βιολογικής αξίας πρωτεΐνη είναι το κρέας, το κοτόπουλο, το ψάρι, τα αυγά, τα γαλακτοκομικά προϊόντα και τα όσπρια.

Ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη εντερική νόσο συνηθίζουν να εμφανίζουν πρωτεϊνική απώλεια λόγω της σοβαρής διάρροιας. Σημάδια της ανεπαρκούς πρωτεϊνικής πρόσληψης είναι η απώλεια δυνάμεων και τα θαμπά και αδύναμα νύχια.

Το λίπος αποτελεί συμπυκνωμένη μορφή ενέργειας, «μονώνει»

τον οργανισμό και προστατεύει τα ζωτικά όργανα. Άτομα τα οποία έχουν πρόβλημα με το βάρος τους (λιποβαρείς) συστήνεται να καταναλώνουν τροφές που περιέχουν ωφέλιμα είδη λίπους, όπως τα λιπαρά ψάρια, οι φυτικές μαργαρίνες, το ελαιόλαδο και οι ξηροί καρποί. Το λίπος, όμως, μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα σε ασθενείς που παρουσιάζουν φλεγμονή σε μεγάλα τμήματα του λεπτού εντέρου ή έχουν υποβληθεί σε

Η πρόσληψη θερμίδων και πρωτεϊνών θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να διατηρείται το σωματικό βάρος και να επιτυγχάνεται η κανονική ανάπτυξη στα παιδιά και στους εφήβους που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn

εντερεκτομή. Στα άτομα αυτά, επειδή υπάρχει δυσσαπορρόφηση (δηλαδή ελλιπής απορρόφηση) λίπους, συστήνεται διατροφή φτωχή σε λίπος.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

1. Να πίνετε πολλά υγρά (8-10 ποτήρια την ημέρα) για να αποφύγετε την αφυδάτωση σε περίπτωση έντονης διάρροιας και να προληφθεί η δυσκοιλιότητα.

2. Όταν η νόσος σας βρίσκεται σε ύφεση, να καταναλώνετε τρόφιμα πλούσια σε φυτικές ίνες. Αν όμως υπάρχει στένωση εντέρου, να αποφεύγετε τα ωμά φρούτα και λαχανικά.

3. Αν η νόσος σας βρίσκεται σε έξαρση, να ακολουθείτε μια δίαιτα φτωχή σε υπόλειμμα (δηλαδή με λίγους υδατάνθρακες από ρύζι, μακαρόνια, πατάτες, ψωμί) για να δώσετε στο έντερο σας τον χρόνο να ξεκουραστεί.

4. Να αποφεύγετε τα γαλακτοκομικά προϊόντα, εάν παρουσιάζετε δυσανεξία στη λακτόζη (είναι το σάκχαρο του γάλακτος).

5. Να κάνετε συχνά και μικρά γεύματα που να περιλαμβάνουν τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνη (όπως ψάρι ή κοτόπουλο).

6. Να περιορίσετε την καφεΐνη, το αλκοόλ και τη σορβιτόλη (είναι μία γλυκαντική ύλη).

7. Να αποφεύγετε τα τρόφιμα που παράγουν πεπτικά αέρια (όπως μπρόκολο, λάχανο, κουνουπίδι, λαχανάκια Βρυξελλών, φακές, κρεμμύδια, πιπεριές και ανθρακούχα ροφήματα).

8. Να περιορίσετε την κατανάλωση λιπαρών τροφών.

9. Συμβουλευθείτε τον θεράποντα ιατρό ή τον διαιτολόγο σας μη τυχόν και χρειάζεστε κάποιο συμπλήρωμα διατροφής. Μην πάρετε όμως κανένα δίκως τη σύμφωνη γνώμη τους. ■

Τι παθαίνει ο οργανισμός εάν η διατροφή είναι ανεπαρκής

ΕΛΕΙΨΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗΣ	ΣΥΝΕΠΕΙΑ
Σίδηρος, βιταμίνη B12, φολικό οξύ	Αναιμία
Βιταμίνη Κ	Αιμορραγία, μώλωπες
Κακή πέψη υδατανθράκων και λίπους	Φούσκωμα, διάρροια, αέρια
Ενέργεια, πρωτεΐνες, λίπος, υδατάνθρακες	Καθυστερημένη ανάπτυξη
Θερμίδες, πρωτεΐνες, σίδηρος	Διαταραχές στην έμμηνο ρύση
Θερμίδες, πρωτεΐνες, λίπος, υδατάνθρακες	Απώλεια μυϊκής μάζας

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΕ ΟΛΗ ΤΗ ΧΩΡΑ

ΑΤΤΙΚΗ

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ**

Υψηλάντου 45 - 47, Αθήνα 106 75
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Ανάλογα με τα ραντεβού, 08.00-14.00

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ**

Βασ. Σοφίας 114, Αθήνα 115 27
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Τρίτη και Πέμπτη, 09.00-13.00

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΙΚΟ**

Αγ. Θωμά 17, Αθήνα 115 27
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Ανάλογα με τα ραντεβού

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ**

Βασ. Παύλου 1, Βούλα 166 73
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Δευτέρα, 08.30-14.00 και
 Πέμπτη, 10.00-14.00

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΑΤΤΙΚΗΣ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ**

Σισμανόγλου 1, Μαρούσι 151 26
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Καθημερινά εκτός Τετάρτης, 10.00-13.00

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ
(ΓΕΝΙΚΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ)**

Μεσογείων 154, Χολαργός 115 27
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Κατόπιν συνεννόησης με τους γιατρούς

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟ**

Ρίμινι 1, Χαϊδάρι 124 62
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Ρευματολογικό Ιατρείο Δ'
 Πανεπιστημιακής Παθολογικής
 Κλινικής, ανάλογα με τα ραντεβού

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ**

Λ. Γεννηματά, Μαγούλα 196 00
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 1535 (πρόγραμμα Ίασις)

Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Ανάλογα με τα ραντεβού

401 ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Λεωφ. Π. Κανελλοπούλου 1,
 Αθήνα 115 25
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 210-7494.090
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Δευτέρα και Πέμπτη, 10.00-14.00

**251 ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ**

Μεσογείων και Κατεχάκη,
 Αθήνα 115 25
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 210-7463.300
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Δευτέρα και Τετάρτη, 09.00-13.00

ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Δεινοκράτους 70, Αθήνα 115 21
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 210-7261.615 και 210-7261.606
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Καθημερινά, 09.00-13.00

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΧΕΠΑ**

Σπλ. Κυριακίδη 1,
 Θεσ/νίκη 546 36
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Καθημερινά, 09.00-13.00

**ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ**

Σπλ. Κυριακίδη 1,
 Θεσ/νίκη 546 36
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Ανάλογα με τα ραντεβού

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ**

Κων/πολεως 49, Θεσ/νίκη 546 42
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 2310-850.850
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Ρευματολογικό Ιατρείο και
 Ρευματολογικό Ιατρείο Οστεοπόρωσης,
 ανάλογα με τα ραντεβού

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ**

Εθνικής Άμυνας 41, Θεσ/νίκη 546 35
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Τετάρτη, 09.00-13.00

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ**

Περ. Οδός Ν. Ευκαρπίας,
 Θεσ/νίκη 562 49
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 2310-693.229
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Καθημερινά, 08.30-14.30

ΥΠΟΛΟΙΠΗ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕΡΡΩΝ**

Αγ. Σοφίας 3, Σέρρες 621 00
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Δευτέρα, 09.00-13.00

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ**

Τέρμα Λ. Κασώνη, Γιαννιτσά 581 00
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Ανάλογα με τα ραντεβού

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ

Αμ. Ερυθ. Σταυρού 61,
 Καβάλα 652 01
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Καθημερινά, 09.00-13.00

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ**

Περιοχή Δραγιάνα,
 Αλεξανδρούπολη 681 00
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 25510-75461 - 64
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Τρίτη, Τετάρτη και Πέμπτη,
 09.00-13.00

ΗΠΕΙΡΟΣ

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

Λ. Πανεπιστημίου, Ιωάννινα 455 00
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 26510-99755
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Καθημερινά, 09.00-13.00

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

«Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»
 Λ. Μακρυγιάννη, Ιωάννινα 455 00
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Καθημερινά, 09.00-13.00

ΘΕΣΣΑΛΙΑ

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ**

Λάρισα 411 10
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Καθημερινά, 09.00-13.00

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ**

Τέρμα Ταυρωπού,
 Καρδίτσα 431 00
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Δευτέρα, Τρίτη και Τετάρτη, 09.00-13.00

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ (ΡΙΟ)**

Ρίο Πατρών, Πάτρα 265 00
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 2610-990.000
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Ρευματολογικό Ιατρείο (για πρώτη
 επίσκεψη): Πέμπτη, 09.20-11.00
 Ρευματολογικό Ιατρείο: Δευτέρα, Τρίτη
 και Τετάρτη, 09.20-11.20

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
«ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ»**

Τσερτίδου 1, Πάτρα 260 00
Τηλέφωνα για ραντεβού: 2610-63783
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Δευτέρα, Τρίτη και Πέμπτη, 10.00-13.00
 (τα ραντεβού είναι κλειστά μέχρι τέλη
 Αυγούστου)

ΝΗΣΙΑ ΙΟΝΙΟΥ

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΖΑΚΥΝΘΟΥ**

«ΑΓΙΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ»
 Περιβολά, Ζάκυνθος 291 00
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 26950-59171
Ημέρες λειτουργίας:
 Δευτέρα και Τετάρτη, 09.00-13.00

ΚΡΗΤΗ

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
(ΠΕΠΑΓΝΗ)**

Ηράκλειο 710 01
Τηλέφωνα για ραντεβού:
 2810-542107 - 09
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
 Δευτέρα και Πέμπτη, 08.30-13.00

ΔΕΡΜΟΚΑΛΛΥΝΤΙΚΑ
ΠΡΟΪΟΝΤΑ
ΜΕ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ
ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ



tol velvet



Η υγεία της επιδερμίδας στην καρδιά της tol velvet

Καθαρισμός, υγιεινή & εντατική ενυδάτωση

Καθημερινή χρήση για όλη την οικογένεια

Hygienic Shower

Ευαίσθητη Περιοχή, Πρόσωπο & Σώμα

- Καθαρίζει σε βάθος απομακρύνοντας δυσάρεστες οσμές
- Ιδανικό για μετά τον ήλιο, τη θάλασσα ή την πισίνα

Πιστοποιημένο προϊόν υψηλής δερματολογικής αξίας
με κλινική μελέτη από το νοσοκομείο Α. Συγγρός



Λ.Τ. €7,30Λ

Λ.Τ. €9,80Λ

Μόνο στα φαρμακεία

Body Soothing Cream

Κρέμα Εντατικής Ενυδάτωσης

- Ενυδατώνει και καταπραΰνει τους ερεθισμούς
- Δημιουργεί ένα φιλμ προστασίας και μειώνει την απώλεια υγρασίας μέχρι και 22%
- Ιδανικό για μετά τον ήλιο, την αποτρίχωση και το ξύρισμα

Πιστοποιημένο προϊόν υψηλής
δερματολογικής αξίας με κλινική
μελέτη από το Γερμανικό Ινστιτούτο
Derma Consult



yellow

Στον επόμενο πόνο,
ώρα για ενημέρωση.

ΨΩΡΙΑΣΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ
ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ

Ενημερωθείτε στο:

www.energitikotita.gr



Wyeth