



» Η Τεχνητή Νοημοσύνη
στην εξωσωματική
γονιμοποίηση

» Καινοτομίες
γεννούν ελπίδα

Ο αλγόριθμος της ζωής

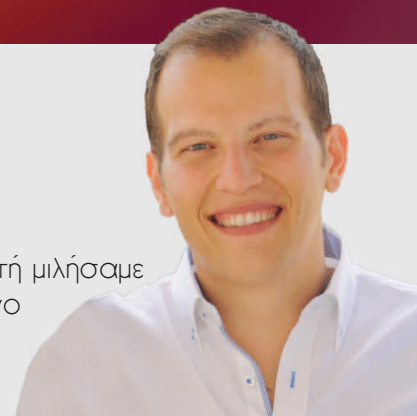
Η Πυρηνική Ιατρική
στην υπηρεσία
των Χανιωτών

» Η Χριστίνα Φραγκάκη μιλά
για τις αναβαθμισμένες υπηρεσίες
του Νοσηλευτικού Ιδρύματος
του νομού Χανίων



Ελπίδες
για τη θεραπεία
του Πάρκινσον

» Για την ανακάλυψη αυτή μιλήσαμε
με τον Δρ. Κωνσταντίνο
Παληκαρά



Editorial



ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ ΠΕΡΑΚΗΣ
perakisp@haniotika-nea.gr

Ενα μεγάλο παράδοξο ζούμε στην εποχή μας: την ώρα που οι τεχνολογικές εξελίξεις “τρέχουν”, βελτιώνοντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, υπάρχουν άνθρωποι που δαιμονοποιούν αυτή την πρόοδο και πέφτουν θύματα της συνωμοσιολογίας. Η επιστημονική κοινότητα πλέον είναι έτοιμη να κάνει πραγματικότητα έναν κόσμο που πριν μερικά χρόνια φάνταζε “ουτοπία”. Κι όμως, η Τεχνητή Νοημοσύνη μπαίνει για τα καλά και στις ιατρικές πράξεις, ενώ υπηρεσίες όπως η πυρηνική ιατρική φτάνουν πλέον και στα επαρχιακά νοσοκομεία.

Έρευνα- καινοτομία- ελπίδα περιλαμβάνει το 2ο τεύχος του Eu Zην, της περιοδικής έκδοσης για την υγεία, που κυκλοφορεί δωρεάν με τα “Χ.ν”.

Εξελίξεις που πλέον τις παρακολουθούμε και στα Χανιά, χάρη στο υψηλό επίπεδο των γιατρών και επιστημόνων που δραστηριοποιούνται στον τόπο μας.

Ευχή μας, η επιστημονική γνώση να γίνει κτήμα όλων και οι νέες παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες να είναι προσβάσιμες σε όλους τους πολίτες.

Περιεχόμενα

Υδροκέφαλος Φυσιολογικής Πίεσεως » Γράφει ο Θεόφιλος Μαχίνης	ΣΕΛ. 3
Ναι μεν Κορωνοϊός αλλά... μην ξεχνάμε και τον Κυτταρομεγαλοϊό » Γράφει ο Δρ. Εμμανουήλ Μ. Καραβιτάκης	ΣΕΛ. 5
Εμβόλια κατά της Covid-19 και μυοκαρδίτιδα στους εφήβους » Γράφει η Λιάπη- Βιζυράκη Όλγα	ΣΕΛ. 6-7
Η ανάπτυξη και ο ρόλος της ενσυναίσθησης » Γράφει ο Γιώργος Ν. Βαγιωνής	ΣΕΛ. 8-9
Ελπίδες για τη θεραπεία του Πάρκινσον	ΣΕΛ. 10-12
Η Πυρηνική Ιατρική στην υπηρεσία των Χανιωτών	ΣΕΛ. 13-15
Αλλαγή κουλτούρας και σχέδιο για την επανεκκίνηση του συστήματος μεταμοσχεύσεων » Γράφει ο Βαγγέλης Παπαδάκης	ΣΕΛ. 17
Σακχαρώδης Διαβήτης: “Κάλλιο προλαμβάνειν παρά θεραπεύειν” » Γράφει ο Αναστάσιος Θ. Καϊσίδης	ΣΕΛ. 18-19
Ο αλγόριθμος της ζωής	ΣΕΛ. 20-21
125.000.000 οι ασθενείς με ψωρίαση παγκοσμίως	ΣΕΛ. 22-23
Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να προληφθεί » Γράφει ο Δρ. Σταύρος Κατσούλης	ΣΕΛ. 24-27
Κίνδυνος καρκίνου από την κατάχρηση αντιβιοτικών.	ΣΕΛ. 29
Η σπουδαιότητα του Αντιγριπικού εμβολιασμού » Γράφει η Θεοδώρα Φουρκιώτη	ΣΕΛ. 30-31
Απώλεια- Πένθος: Πώς μιλάμε στο παιδί για τον θάνατο του σημαντικού άλλου	ΣΕΛ. 32-33
Η νυχτερινή βάρδια βλάπτει την υγεία...	ΣΕΛ. 34
Διασύνδεση απώλειας ύψους με πρόωπο θάνατο	ΣΕΛ. 35
Ελληνικές βιολογικές ελιές σε έρευνα Πανεπιστημίου των ΗΠΑ	ΣΕΛ. 36-37
Η νέα “πυξίδα” φαγητού » Γράφει ο Παύλος Δρακόπουλος	ΣΕΛ. 38-39

Χανιώτικα νέα

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ:
ΧΑΝΙΩΤΙΚΑ ΝΕΑ - ΕΚΤΥΠΩΤΙΚΗ Α.Ε.

ΙΔΡΥΤΗΣ: Γιάννης Ε. Γαρεδάκης

ΕΚΔΟΤΗΣ: Μανώλης Α. Γαρεδάκης

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Παρασκευάς Ν. Περάκης

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ “ΔΙΑΔΡΟΜΩΝ”:
Ελευθερία Μ. Κουμή

ΣΥΝΤΑΞΗ: Γιάννης Λυβιάκης,
Γιάννα Μαρουλοσπράκη

ΡΕΠΟΡΤΑΖ: Ηλίας Κάκανος,
Γιώργος Κώνστας, Δημήτρης Μαριδάκης, Βασίλική Τωμαδάκη, Ελένη Φουντουλάκη

ΑΘΛΗΤΙΚΑ: Γιώργος Δρακάκης

ΔΙΟΡΘΩΣΕΙΣ: Νεκτάριος Κακατσάκης

ΣΕΛΙΔΟΠΟΙΗΣΗ: Άρτεμις Αρχοντάκη,
Νίκη Ξυφανταράκη, Γεωργία Αδικημενάκη,
Δέσποινα Βάλλα,

ΠΙΣΤΕΞ: Hussein Rajaiftikhar
Γιάννης Περάκης, Γιώργος Στεφανάκης

ΣΥΝΤΑΞΗ:
Εμπορικό Κέντρο “Ερμής” (Μπουνιαλή)
τηλ. 2821051003 - 6, fax 2821051007
e-mail: info@haniotika-nea.gr

ΓΡΑΦΕΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ:
Καραϊσκάκη 49
τηλ. 2821070563 - 6,
FAX 2821091900

ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ:
Εύα Κουμή
τηλ.: 2821070.563 - 6,
FAX 2821091900
e-mail: ads@haniotika-nea.gr

www.haniotika-nea.gr

[haniotika.nea](https://www.facebook.com/haniotika.nea)

[HaniotikaNea](https://twitter.com/HaniotikaNea)

[haniotikanea](https://www.instagram.com/haniotikanea)

[haniotikanea](https://www.youtube.com/haniotikanea)



Αν πιστεύεις
πως ο γάιδαρος
πετάει...

Αν η κατοίκα σου μασάει ταραμά...

Αν θεωρείς
“γαλλική” τη μύτη
του Πινόκιο

Τότε αυτή η ιστοσελίδα **ΔΕΝ** είναι για σένα.

www.haniotika-nea.gr

Δημοσιογραφικό **αντίδοτο** στα fake news

Υδροκέφαλος Φυσιολογικής Πίεσεως

» Μια αντιμετώπισιμη αιτία δυσκολίας στη βάδιση και στη μνήμη, που συχνά μένει αδιάγνωστη

Ο υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσεως (Normal Pressure Hydrocephalus) αποτελεί πάθηση του εγκεφάλου που χαρακτηρίζεται κλινικά από διαταραχές βάδισης, πτώση νοητικών λειτουργιών/μνήμης και ακράτεια ούρων. Πολλοί ασθενείς έχουν μόνο το ένα ή τα δυο από τα παραπάνω συμπτώματα. Για την ακρίβεια, μόνο το 1/3 περίπου των ασθενών έχει και τα τρία.

Είχα την τύχη να συνεργαστώ επί σειρά ετών στο Πανεπιστήμιο VCU των ΗΠΑ, όπου έκανα ειδικότητα και μετά εργάστηκα ως επίκουρος καθηγητής νευροχειρουργικής, με τον Ελληνοαμερικανό καθηγητή Anthony Marmarou, παγκόσμια αυθεντία στη διάγνωση και αντιμετώπιση του υδροκέφαλου φυσιολογικής πίεσεως.

Η ασθένεια αυτή, εξαιτίας των μη ειδικών συμπτωμάτων της, πολύ συχνά δεν διαγιγνώσκεται εγκαίρως. Οι ασθενείς τις περισσότερες φορές θεωρείται ότι πάσχουν από Alzheimer, ή κάποιας άλλης μορφής άνοια, ή από προβλήματα στη μέση και τη σπονδυλική στήλη γενικότερα, που πιστεύουν ότι τους εμποδίζουν στη βάδιση. Η έγκαιρη όμως διάγνωσή της και άρα αντιμετώπισή της οδηγεί τις περισσότερες φορές, όπως θα δούμε παρακάτω, σε μεγάλη βελτίωση των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

Η παθοφυσιολογία της νόσου δεν είναι απόλυτα σαφής. Πιστεύεται ότι το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) που φυσιολογικά κυ-

κλοφορεί στις κοιλίες του εγκεφάλου, δεν απορροφάται με σωστό τρόπο. Αυτό οδηγεί σε συσσώρευση μεγαλύτερης ποσότητας υγρού στις κοιλίες του εγκεφάλου (υδροκέφαλος), ασκώντας με αυτόν τον τρόπο πίεση και στον ίδιο τον εγκέφαλο. Η πίεση αυτή εκδηλώνεται με κάποιο ή και όλα από τα τρία συμπτώματα που αναφέραμε. Η βάδιση περιγράφεται συνήθως σαν αργή, με δυσκολία, πολλές φορές σαν να περπατάει ο ασθενής σε βάρκα. Συχνά σέρνει τα πόδια, και γέρνει το κορμί μπροστά, αλλά υπάρχουν πολλές παραλλαγές στο πώς νιώθει ή περιγράφει ο ασθενής τη δυσκολία αυτή. Η πτώση των νοητικών λειτουργιών, ήπια στην αρχή, αφορά κυρίως σε προβλήματα μνήμης και πιο «αργή» διαδικασία σκέψης. Η ακράτεια ούρων συνήθως εκδηλώνεται πιο αργά στην πορεία της νόσου, στην αρχή ως συχνουρία.

Όταν υπάρχει κλινική υποψία για υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης, ο ασθενής υποβάλλεται σε αξονική ή μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Εάν στην απεικόνιση αυτή

παρατηρηθούν διατεταμένες κοιλίες, τότε προχωράμε σε οσφυονωτιαία παρακέντηση με αφαίρεση ικανής ποσότητας εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Δεν χρειάζεται εισαγωγή γι' αυτήν την παρακέντηση και ο ασθενής μπορεί να πάει σπίτι του. Εάν τις επόμενες ώρες ή 1-2 μέρες παρατηρηθεί βελτίωση, κυρίως στο περπάτημα, τότε τίθεται όντως η διάγνωση του υδροκέφαλου φυσιολογικής πίεσεως. Στην περίπτωση αυτή, η θεραπεία συνίσταται στη χειρουργική τοποθέτηση συστήματος κοιλιοπεριτοναικής παροχέτευσης (βαλβίδα), ώστε το υγρό που δεν απορροφάται σωστά από τον εγκέφαλο να παροχετεύεται από τις κοιλίες του εγκεφάλου με ειδικό λεπτό καθετήρα, που τοποθετείται κάτω από το δέρμα, μέχρι την περιτοναϊκή χώρα, όπου και τοποθετείται λαπαροσκοπικά.

○



Θεόφιλος Μαχίνης

Διευθυντής Νευροχειρουργικής
Μετροπόλιταν General
Επίκουρος Καθηγητής Νευροχειρουργικής, Virginia Commonwealth University,
Richmond, USA
Board Certified by the American Boards of Neurological Surgery

Ιατρείο Αθήνα:
Λεωφ. Μεσογείων 264,
Μετροπόλιταν General
Ιατρείο Χανιά:
Πλατεία Ελευθερίας 2,
Μέγαρο Φειδιάς

Email: tmachinis@yahoo.com
τηλ: 6944223257
Ιστοσελίδα: www.machinis.gr



ασθενής συνήθως λαμβάνει εξιτήριο την επόμενη μέρα. Το 85% περίπου των ασθενών βλέπουν σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων εντός ολίγων ημερών/εβδομάδων. Επομένως, συμπτώματα αστάθειας/δυσκολίας στη βάδιση που δεν εξηγούνται αλλιώς, κυρίως (αλλά όχι απαραίτητα) όταν συνοδεύονται από προβλήματα στη μνήμη ή/και ακράτεια ούρων, επιβάλλουν περαιτέρω διερεύνηση.

Εκπληξη! Έχεις τούρτα!



Γίνε χορηγός γενεθλίων για τα παιδιά της πόλης!

Η ομάδα στήριξης «συνάνθρωπος» προσφέρει στα παιδιά που φιλοξενούνται στις κοινωνικές δομές της πόλης, τη χαρά να γιορτάσουν τα γενέθλιά τους γεμάτα εκπλήξεις.

Μάθε πώς μπορείς να βοηθήσεις εσύ
ή η επιχείρησή σου.



συνάνθρωπος
ομάδα στήριξης

www.synanthropos.gr

☎ 2821400063

📘 ΣυνΑνθρωπος

📷 synanthropos.chania

είμαστε
όλοι πιο
γενναίοι
θα δεις σήμερα
γίνε ο Λόγος
να συνεχίσουμε έτσι.
γίνε οικονομικός
υιοθέτης.

γίνε οικονομικός υιοθέτης



ΓΙΝΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ ΥΙΟΘΕΤΗΣ

Τα Γενναία Παιδιά της ΕΛΕΠΑΠ με αναπηρία και αναπτυξιακές δυσκολίες αντιμετωπίζουν καθημερινά μία δύσκολη πραγματικότητα. Δίνουν το δικό τους αγώνα για μια καλύτερη ποιότητα ζωής, και κάθε μέρα μας χαμογελάνε! Γίνε Οικονομικός Υιοθέτης ενός Γενναίου Παιδιού με αναπηρία και βοήθησε στην κάλυψη μέρους των θεραπειών του. Έτσι, αυτά τα παιδιά μπορούν να κάνουν κάθε μέρα, έστω και μικρά βήματα προόδου. Αυτά που στην ΕΛΕΠΑΠ ονομάζουμε «βήματα Ζωής».

Με τη βοήθειά σου, το Γενναίο Παιδί που υιοθετείς θα μπορεί να πραγματοποιήσει τις θεραπείες του.

Στοιχεία Επικοινωνίας

Νεροκούρου, Χανιά

ΤΚ. 73 100

Τηλ: 28210 97499 / 28210 97699

Φαξ: 28210 97699

email: info_cha@elepap.gr /

elepapchania@gmail.com



ΕΛΕΠΑΠ

βήματα ζωής
για το παιδί με αναπηρία

Ναι μεν Κορωνοϊός αλλά... μην ξεχνάμε και τον Κυτταρομεγαλοϊό

**Δρ. Εμμανουήλ
Μ. Καραβιτάκης**

Παιδίατρος,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών
Επιμελητής Α' ΜΕΝΝ
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων



Δικαιολογημένα θα έλεγα, βλέποντας τον μέχρι σήμερα απολογισμό σε αθώες ανθρώπινες ζωές που αφήνει πίσω της η πανδημία. Ένας αόρατος εχθρός, όπως συχνά αναφέρεται από τα ΜΜΕ, που ταρακούνησε τα θεμέλια των κοινοτήτων όλων των κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων, όλων των συστημάτων υγείας και δημιούργησε γόνιμο έδαφος για την εμφάνιση όψιμων παρενεργειών, κυρίως στην ψυχική υγεία των ανθρώπων.

Μήπως όμως το μονοπώλιο του κορωνοϊού, που έχει κλέψει την παράσταση, μειώσει την ενημέρωση του κόσμου απέναντι σε άλλες διαχρονικές απειλές, όπως είναι το κάπνισμα, η χρήση απαγορευμένων ουσιών, η κατάχρηση αλκοόλ;

Μήπως εμείς οι λεγόμενοι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κρατήσουμε σε εγρήγορση τους συνανθρώπους μας απέναντι και σε άλλους αόρατους εχθρούς που μπορούν δυνητικά να πλήξουν συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες;

Πάνε πολλοί μήνες τώρα που όλη η επιστημονική κοινότητα ανά την υφήλιο αλλά και απλοί άνθρωποι έχουν στρέψει κατ' αποκλειστικότητα την προσοχή και το ενδιαφέρον τους στην πορεία της πανδημίας που έχει προκαλέσει ο, γνωστός πλέον σε όλους μας, κορωνοϊός SARS-CoV-2.

Σαν επαγγελματίας υγείας έρχομαι, ευτυχώς όχι συχνά, αντιμέτωπος με τις επιπλοκές της ενδομήτριας λοίμωξης από κυτταρομεγαλοϊό, ο λεγόμενος CMV στα δικά μας πηγαδάκια, από τον αγγλικό όρο **CytoMegalovirus**. Ένας ιός, που, όπως και οι περισσότεροι ιοί που κυκλοφορούν ανάμεσά μας, επιφέρει ήπια συμπτώματα λοίμωξης του αναπνευστικού στον υγιή πληθυσμό ή μπορεί τις περισσότερες φορές να διαδράμει εντελώς αθόρυβα. Αποβάλλεται για μεγάλο χρονικό διάστημα στα ούρα των μικρών παιδιών, κυρίως της προσχολικής εκπαίδευσης, αλλά και με το σάλιο.

Οι υποψήφιες μητέρες είναι μία ομάδα υψηλού κινδύνου, ειδικά αυτές που έρχονται σε στενή επαφή με τον παιδικό πληθυσμό. Ο κυτταρομεγαλοϊός, όταν πλήξει το έμβρυο κυρίως στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, μπορεί να επιφέρει σοβαρές επιπλοκές, συχνότερα στο νευρικό σύστημα, στην όραση αλλά και στην ακοή. Αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες νευροαισθητηριακής βαρηκοΐας και παιδικής κώφωσης, επηρεάζοντας έτσι την ομαλή ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού. Η έρευνα έχει στραφεί στην ανεύρεση ενός αποτελεσματικού εμβολίου που θα λύσει οριστικά το συγκεκριμένο σοβαρό υγειονομικό πρόβλημα, χρησιμοποιώντας νέες μεθόδους,

όπως η τεχνική mRNA, με ενθαρρυντικά μέχρι σήμερα αποτελέσματα. Μέχρι τότε όμως εμείς οι επαγγελματίες υγείας έχουμε την ευθύνη της πρωτογενούς πρόληψης, δηλαδή της σωστής ενημέρωσης των ειδικών πληθυσμιακών ομάδων, όπως είναι οι έγκυες, ώστε να αποφεύγουν την επαφή και με αυτόν τον αόρατο εχθρό που, παρά τα σοβαρά προβλήματα που δημιουργεί, έχει ξεφύγει από τα φώτα της δημοσιότητας.

Το πλύσιμο των χεριών με σαπούνι και νερό για 15-20 δευτερόλεπτα, ειδικά μετά την αλλαγή πάνα, τη σίτιση ή το σκούπισμα της μύτης ενός μικρού παιδιού, η αποφυγή επαφής με το σάλιο, όταν φιλάμε ένα παιδί, η αποφυγή κοινής χρήσης τροφίμων ή σκευών που χρησιμοποιούνται από παιδιά αποτελούν απλά αλλά σημαντικά μέτρα πρωτογενούς πρόληψης. Έτσι με αυτό τον τρόπο μπορεί να επιτευχθεί η μείωση της συχνότητας της ενδομήτριας λοίμωξης από τον κυτταρομεγαλοϊό, που σύμφωνα με το CDC (Center for Disease Control) αφορά ένα κάθε 200 νεογέννητα, ενώ περίπου ένα στα πέντε από αυτά που έχουν ενδομήτρια λοίμωξη θα εμφανίσουν τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές που προαναφέρθηκαν, τη νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα, τις διαταραχές όρασης και τα νευρολογικά προβλήματα.

Εμβόλια κατά της Covid - 19 και μυοκαρδίτιδα στους εφήβους

» Δεδομένα από την επιστημονική έρευνα

Για πρώτη φορά στην ιστορία των εμβολίων πραγματοποιήθηκε παραγωγή εμβολίων με εξαιρετική αποτελεσματικότητα και ασφάλεια σε λιγότερο από έναν χρόνο.

Τον Δεκέμβριο του 2020 ο Αμερικανικός Οργανισμός Φαρμάκων (FDA) έδωσε την έγκριση του για τη χορήγηση του εμβολίου mRNA της εταιρείας Pfizer/BioNTech σε άτομα ηλικίας > 16 ετών (1). Στις 10 Μαΐου 2021 εγκρίθηκε η χορήγηση του εμβολίου της ίδιας εταιρείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Φαρμάκων (FDA) στους εφήβους ηλικίας 12 ως 15 ετών (2), ενώ στις 12 Μαΐου 2021 το Κέντρο για την Αντιμετώπιση και Πρόληψη Ασθενειών (CDC) συνέστησε επίσης τη χορήγηση του εμβολίου σε όλους τους εφήβους της παραπάνω ηλικιακής ομάδας. Όπως τονίστηκε, σχετικά γρήγορα, σε πολλά Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, ιδιαίτερη ανησυχία προκάλεσαν τα «συχνά» περιστατικά περικαρδίτιδας και μυοκαρδίτιδας που παρατηρήθηκαν σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες στις ΗΠΑ μετά τη χορήγηση το εμβολίου. Οι επιστημονικές μελέτες ήταν αρχικά περιορισμένου αριθμού, δίνοντας μία μη αντικειμενική εικόνα στον επιστημονικό κόσμο. Σήμερα, κάποιους μήνες μετά και έχοντας εμβολιαστεί ένα μεγάλο ποσοστό εφήβων σε πολλές χώρες, η επιστημονική κοινότητα μπορεί να δώσει πιο σαφείς απαντήσεις σχετικά με την ασφάλεια του εμβολίου. **Κοινό μήνυμα της Αμερικανικής Παιδιατρικής Ακαδημίας (American Academy of Pediatrics, AAP) και της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας (American Heart Association, AHA) είναι η σύσταση του εμβολίου**

στους εφήβους > 12 ετών, καθώς τα οφέλη από τον εμβολιασμό είναι πολύ περισσότερα από τα σπάνια, όπως φαίνεται πλέον, περιστατικά περικαρδίτιδας και μυοκαρδίτιδας και τους κινδύνους αυτών.

Αλλά ας δούμε αναλυτικά τα επιστημονικά δεδομένα που έχουμε στη διάθεσή μας. Όσον αφορά στις παρενέργειες του εμβολίου, γνωρίζουμε ότι:

- Ο CDC αναφέρει ότι ως τον Ιούνιο του 2021 έχουν χορηγηθεί 322 εκ. δόσεις εμβολίων, εκ των οποίων 79 παιδιά 16-17 ετών και 196 ενήλικες 18-24 ετών ανέπτυξαν μυοκαρδίτιδα/περικαρδίτιδα μετά τη χορήγηση του εμβολίου(3), ενώ ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός υπολόγισε τον κίνδυνο επίπτωσης μυοκαρδίτιδας από τα εμβόλια MRNA σε 1 στο εκατομμύριο. Σε άλλη έρευνα από το Ισραήλ φάνηκε ότι η πλειοψηφία (90%) των προσβεβλημένων ατόμων ήταν άνδρες (4). Καθώς το παρατηρούμενο ποσοστό ήταν μεγαλύτερο από τα αντίστοιχα ποσοστά στον γενικό πληθυσμό, εισήχθη η περι-/μυοκαρδίτιδα στη λίστα με τις σπάνιες παρενέργειες των mRNA εμβολίων, επιστώντας την προσοχή σε επαγγελματίες υγείας και τον γενικό πληθυσμό (5).

- Η πλειοψηφία των περιστατικών (90% των περιπτώσεων) παρατηρήθηκε μετά τη 2η δόση. Τα πιο κοινά συμπτώματα ήταν πόνος στο στήθος, συνοδευόμενος με πυρετό, και σπάνια δύσπνοια, βήχας ή πο-

Λιάπη - Βιζυράκη Ολγα

MD, PhD Παιδοκαρδιολόγος
- Παιδίατρος, Διδάκτωρ
Πανεπιστημίου Αθηνών
• Πτυχιούχος Παιδιατρικής
Καρδιολογίας, Εξειδίκευση στο
Καρδιοχειρουργικό Κέντρο της
Πανεπιστημιακής Κλινικής της
Κολωνίας, Γερμανία
• Ειδίκευση στην Παιδιατρική
στην Γερμανία
• Πτυχιούχος Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών

Μέγαρο Φειδία, Πλατεία
Ελευθερίας 2, 73132, Χανιά
Τηλ: 2821027360,
Κινητό: 6945182578
e-mail: olgaliapi@gmail.com



νοκέφαλος. Η έναρξη των συμπτωμάτων παρατηρήθηκε 1-7 ημέρες μετά το εμβόλιο. Στις περισσότερες των περιπτώσεων παρατηρήθηκε αύξηση των καρδιακών ενζύμων και αλλοιώσεις στο ηλεκτροκαρδιογράφημα και στον υπέρηχο καρδιάς. Οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν φαρμακευτικά, ενώ σε όλους τους ασθενείς τα συμπτώματα υποχώρησαν 1-3 εβδομάδες αργότερα.

Αν και οι παραπάνω παρενέργειες φοβίζουν ίσως τους γονείς, βλέπουμε από τα παραπάνω νούμερα ότι το ποσοστό εμφάνισης τους είναι

ιδιαίτερα μικρό και μέχρι στιγμής φαίνεται αυτές οι επιπλοκές να υποχωρούν πλήρως. Από την άλλη πλευρά, τα οφέλη του εμβολιασμού κατά της Covid-19 φαίνεται να είναι πολλά, τόσο για τα ίδια τα παιδιά όσο και για το κοινωνικό σύνολο. Ας δούμε τα δεδομένα αναλυτικά, όπως τα παραθέτει το CDC(6):

- Οι έφηβοι και νεαροί ενήλικες ως 25 ετών εμφανίζουν τη μεγαλύτερη επίπτωση νόσησης για την Covid-19. Μέχρι στιγμής έχουν νοσήσει 7,7 εκατομμύρια νέοι 12-29 ετών.
- Έως μισοί από αυτήν την ηλικιακή ομάδα ανέφεραν συμπτώματα

όπως δύσπνοια, ακόμη και ένα μήνα μετά τη νόσηση.

- Σοβαρές παρενέργειες, όπως το σύνδρομο υπερφλεγμονώδους νόσου (MIS-C), παρατηρήθηκε σε 1 στους 3200 νοσούντες, με ποσοστό 36% στις ηλικίες 12-20 ετών. Από το σύνολο αυτών των ασθενών, το 60-70% μεταφέρθηκε σε μονάδες εντατικής και το 1-2% κατέληξε σε θάνατο.

- Θάνατοι σχετιζόμενοι με νόσο Covid-19 συνεχίζουν να παρατηρούνται και σε νεαρές ηλικίες. 2767 θάνατοι έχουν καταγραφεί μέχρι στιγμής στις ηλικίες 12-29 ετών.

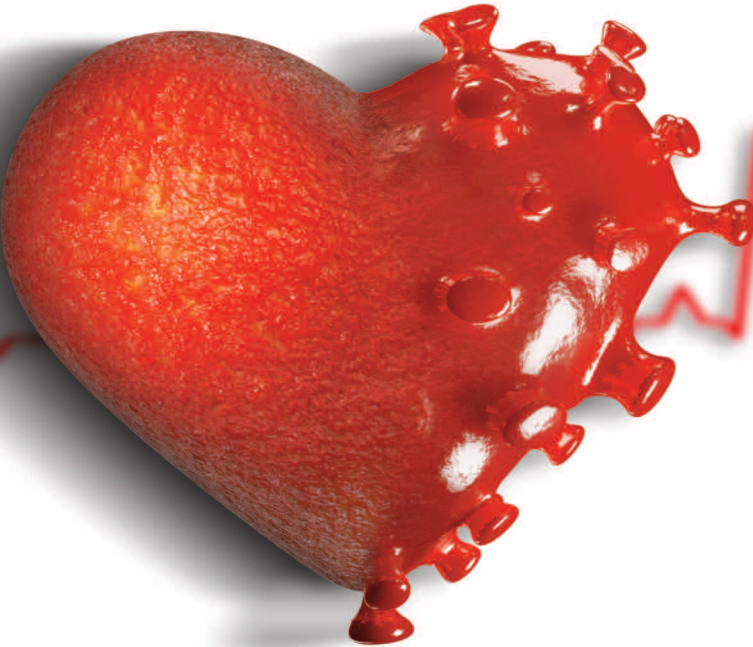
- Η αποτελεσματικότητα του εμ-

βολίου κατά της εισαγωγής στο νοσοκομείο είναι 100%

- Τα υψηλά ποσοστά εμβολιασμού στην κοινότητα μειώνουν τόσο τη μεταδοτικότητα του ιού όσο και τον κίνδυνο νέων μεταλλάξεων, ενώ κατ' επέκταση μειώνονται και τα ποσοστά νοσηλείας και σοβαρών επιπλοκών από τη νόσο.

Συνοψίζοντας, φαίνεται και αριθμητικά ότι τα οφέλη του εμβολιασμού των εφήβων υπερτερούν κατά πολύ των μειωμένων ανεπιθύμητων ενεργειών αυτών. Αυτός είναι και ο λόγος άλλωστε που όλοι οι διεθνείς και εθνικοί οργανισμοί υγείας συνιστούν τη χορήγηση του εμβολίου στις παραπάνω ηλικιακές ομάδες. Επισημαίνεται και τονίζεται ότι μόνο σε περίπτωση εμφάνισης συμπτωμάτων (για παράδειγμα πόνος στο στήθος, δύσπνοια, αίσθημα παλμών ζάλη ή λιποθυμία) και ιδιαίτερα μετά την 2η δόση και σε νεαρούς εφήβους, θα πρέπει πάντα οι εμβολιαζόμενοι να απευθύ-

νονται άμεσα στον παιδίατρο ή τον παθολόγο τους για περαιτέρω έλεγχο, ενώ σε υποψία εμφάνισης περι-/μυοκαρδίτιδας συνίσταται άμεσα καρδιολογικός έλεγχος.



Βιβλιογραφία

1. Oliver, S.E.; Gargano, J.W.; Marin, M.; Wallace, M.; Curran, K.G.; Chamberland, M.; McClung, N.; Campos-Outcalt, D.; Morgan, R.; Mbaeyi, S.; et al. The Advisory Committee on Immunization Practices' interim recommendation for use of Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine—United States, December 2020. *MMWR Morb. Mortal Wkly Rep.* 2020, 69, 1922-1924
2. Wallace, M.; Woodworth, K.R.; Gargano, J.W.; Scobie, H.M.; Blain, A.E.; Moulia, D.; Chamberland, M.; Reisman, N.; Hadler, S.C.; MacNeil, J.R.; et al. The Advisory Committee on Immunization Practices' Interim Recommendation for using Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine in Adolescents Aged 12-15 Years—United States, May 2021. *MMWR* 2021, 70, 749-752
3. Recent Update on mRNA Vaccine. Available online: <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/slides-2021-06.html> (accessed on 26 June 2021).
4. Vogel, G.; Couzin-Frankel, J. Israel reports link between rare cases of heart inflammation and COVID-19 vaccination in young men. *Science* 2021
5. Source: [ema.europa.eu](https://www.ema.europa.eu/en/news/comirnaty-spikevax-possible-link-very-rare-cases-myocarditis-pericarditis). Available online: <https://www.ema.europa.eu/en/news/comirnaty-spikevax-possible-link-very-rare-cases-myocarditis-pericarditis> (accessed on 12 July 2021)
6. COVID-19 mRNA vaccines in adolescents and young adults: Benefit-risk discussion. Dr. Megan Wallace and Dr. Sara Oliver, ACIP Meeting, June 23, 2021. [cdc.gov/coronavirus](https://www.cdc.gov/coronavirus)

Η ανάπτυξη και ο ρόλος της ενσυναίσθησης

Η λέξη ενσυναίσθηση (empathy) είναι ορισμένη στη διεθνή βιβλιογραφία [1] ως η διαδικασία/ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται, κατανοεί, συμμετάσχει στις συναισθηματικές αντιδράσεις των άλλων. Ως εκ τούτου, έχει θεωρηθεί ως ένας θεμελιώδης λίθος όχι μόνο των ικανοτήτων αυτορύθμισης αλλά γενικότερα μιας υγιούς κοινωνικοσυναισθηματικής ανάπτυξης, διαδραματίζοντας έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην κοινωνική εκμάθηση, στην επικοινωνία και στην επιτυχή ένταξη σε σύνολα/ομάδες.

Οι κύριες συνιστώσες της ενσυναίσθησης είναι (α) η γνωστική και (β) η συναισθηματική ενσυναίσθηση. Η πρώτη (γνωστική ενσυναίσθηση) είναι η ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει και να ταυτοποιεί σαφώς τα συναισθήματα του άλλου, κατανοώντας επαρκώς την οπτική γωνία του συνομιλητή του. Συνεπώς, η γνωστική ενσυναίσθηση είναι μία σύμπλοκη, εκούσια και εξεζητημένη/ανώτερη γνωστική λειτουργία που έχει ως συνοδό την ικανότητα διαχωρισμού ανάμεσα στα συναισθήματα του υποκειμένου και του εκάστοτε "άλλου". Η δεύτερη (συναισθηματική ενσυναίσθηση) είναι η εκάστοτε συναισθηματική αντίδραση που έχει προκληθεί από τα συναισθήματα ενός τρίτου. Αυτή η μεταβολή δε, εμπεριέχει όχι μόνο την απόκριση στο εκάστοτε ψυχικό γεγονός αλλά και την ικανότητα της μετάδοσης του συναισθηματικού τόνου ανάμεσα στα άτομα.

Από τις νευροαπεικονιστικές έρευνες οι δύο κύριοι τύποι ενσυναίσθησης (γνωστική και συναισθηματική) μοιάζουν όχι μόνο να διαφοροποιούνται φυλογενετικά, αλλά και να εδράζονται σε διαφορετικές τοπογραφίες του κεντρικού νευρικού συστήματος, παρά τις αμφίδρομες διασυνδέσεις τους. Έτσι, η μεν συναισθηματική ενσυναίσθηση είναι σχετισμένη με δομές του μεταχιαματικού συστήματος όπως η αμυγδαλή

και ο φλοιός του προσαγωγίου, η δε γνωστική ενσυναίσθηση με τη σειρά της είναι σχετισμένη με τον προμετωπιαίο και περιοχές αισθητηριακής επεξεργασίας όπως η άνω κροταφική αούλακα.

Τα παιδιά διανύοντας τα διάφορα αναπτυξιακά στάδια κατακτούν όλο και περισσότερες εναισθητικές δεξιότητες. Μάλιστα, λίγες μόλις ώρες μετά τη γέννηση ενός βρέφους, αυτό είναι ικανό να δείξει δείγματα συναισθηματικής ευαισθησίας, κλαίγοντας λόγω χάρη όταν κλαίει ο φροντιστής του (αντανακλαστικό ή μεταδιδόμενο κλάμα[3]). Ανάλογα, τα νήπια δείχνουν σταδιακά μια αυξανόμενη πολυπλοκότητα στη συναισθηματική τους διάδραση (αναγνωρίζοντας τη μιμητική του προσώπου, τη στάση του σώματος, τον τόνο της φωνής), με όλο και περισσότερο παλλόμενα συναισθήματα σε απάντηση στο θυμικό του άλλου. Αυτή δε η "εναισθητική μέριμνα" απέναντι στους άλλους, κατά την παιδική ηλικία βοηθά και στην ανάπτυξη προ-κοινωνικών βοηθητικών/αλτρουιστικών συμπεριφορών (με σκοπό την ανακούφιση του στρες ενός άλλου ατόμου). Άξιο αναφοράς είναι πως ήδη από τα τρία έτη περίπου τα παιδιά δείχνουν τα πρώτα σημάδια μιας μεγαλύτερης πολυπλοκότητας στις αντιδράσεις ανακούφισης, περνώντας από την απλή αγκαλιά σε λεκτικές

Γιώργος Ν. Βαγιωνής

Ο Γιώργος Βαγιωνής γεννήθηκε, ζει και εργάζεται στα Χανιά της Κρήτης. Ιατρός - Παιδοψυχίατρος στο επάγγελμα, είναι μέλος του Δ.Σ. της Εταιρείας Προστασίας Ανηλίκων Χανίων, της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδας και του Διατομεακού Συμβουλίου Τομέων Ψυχικής Υγείας της 7ης Υ.Π.Ε.

Τζανακάκη 74 Χανιά Κρήτης
Τηλ.:28210-44400



μεθόδους με/και τεχνικές μεταβολής της εστίασης της προσοχής του πληγέντα. Παράλληλα, προχωρώντας ηλικιακά, εκφράσεις του προσώπου, όπως η θλίψη, μπορούν να αναγνωριστούν/ταξινομηθούν με σαφήνεια, ενώ από τα μέσα της παιδικής ηλικίας η αντίληψη σύνθετων συναισθηματικών εκφράσεων όπως η αγδία/αποτροπιασμός έχει κατακτηθεί.

Η λέξη ιδιοσυγκρασία (temperament) αναφέρεται σε διακριτά πρότυπα συναισθημάτων και συμπεριφορών που προέρχονται από τη φύση του παιδιού και εμφανίζονται νωρίς στην ανάπτυξη[4]. Η σχέση της ιδιοσυγκρασίας με την ενσυναίσθηση, ενώ έχει υποθεθεί σε πολλαπλές έρευνες, δεν έχει οδηγήσει σε αποκρυσταλλωμένα ερευνητικά αποτελέσματα. Αντίθετα η συναισθηματική θερμότητα και η ικανοποιητική



ψυχική ανταπόκριση του φροντιστή στις ανάγκες του βρέφους, ειδικά κατά το πρώτο έτος της ζωής του παιδιού, μεταβάλλει σημαντικά την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης. Επιπρόσθετα, πρακτικές γονικής κοινωνικοποίησης, όπως ο σεβασμός, η αλληλεγγύη, η απαντητικότητα στις ψυχικές ανάγκες του, έχουν καταστεί ένα μόνιμο βίωμα του ανήλικου και διευρύνουν την εναισθητική ικανότητα.

Παθολογίες, όπως η εναντιωματική προκλητική διαταραχή, η διαταραχή της διαγωγής και αργότερα η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας και πτυχές της ναρκισσιστικής διαταραχής της προσωπικότητας, έχουν σχετιστεί με μια ανεπαρκή ανάπτυξη της ενσυναίσθησης. Έτσι, δεν είναι σπάνιο παιδιά και έφηβοι με μία από τις παραπάνω δυσκολίες να μοιάζουν στον παρατηρητή σκληρά, με ένα

συναισθηματικό τόνο που μοιάζει αμετάβλητος από τη δυσφορία του τρίτου, παραβατικά σε πολλαπλά πλαίσια, με λιγότες εκφράσεις συμπόνιας και αλτρουισμού. Εύκολα, λοιπόν, το ευρύτερο οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον αποδίδει στο άτομο τον ρόλο του "κακού", που συνεχώς οχλεί και όλοι προσπαθούν -άμεσα ή έμμεσα- να αποφύγουν. Η αντιμετώπιση αυτή, όμως, λειτουργώντας ως μια αυτοεκπληρούμενη προφητεία, που οδηγεί στα αντίθετα αποτελέσματα, μια που το παιδί/έφηβος αντί να βλέπει μια εναισθητική αποδοχή και συμπεριληψη, αντικρίζει μια καθρεπτική αναπαραγωγή της δικής του παθογόνου αρχικής δυσχέρειας, δηλαδή της μειωμένης ενσυναίσθησης.

Παρά το γεγονός ότι έχει υπάρξει

μια υποχώρηση αναχρονιστικών σχημάτων αντίληψης-εργμηνείας του ψυχικού κόσμου των παιδιών και μία μεγαλύτερη εξοκείωση του γενικού πληθυσμού (κύρια στην ορολογία της ψυχικής υγείας), απομένουν ακόμα αρκετές προκαταλήψεις και φόβοι αφήγησης της -καθόλα ανθρώπινης- ευαλωτότητάς μας. Μια όμως τόσο σημαντική συνιστώσα του ψυχισμού, όπως αυτό της ενσυναίσθησης, αρχίζει υποχρεωτικά από την ακρόαση ενός άλλου, διαδικασία όπου το παιδί/έφηβος θα υπάρξει ελεύθερα και αυθεντικά, εκφράζοντας τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις εμπειρίες του, οποιοσδήποτε και να είναι αυτές.

Βιβλιογραφία

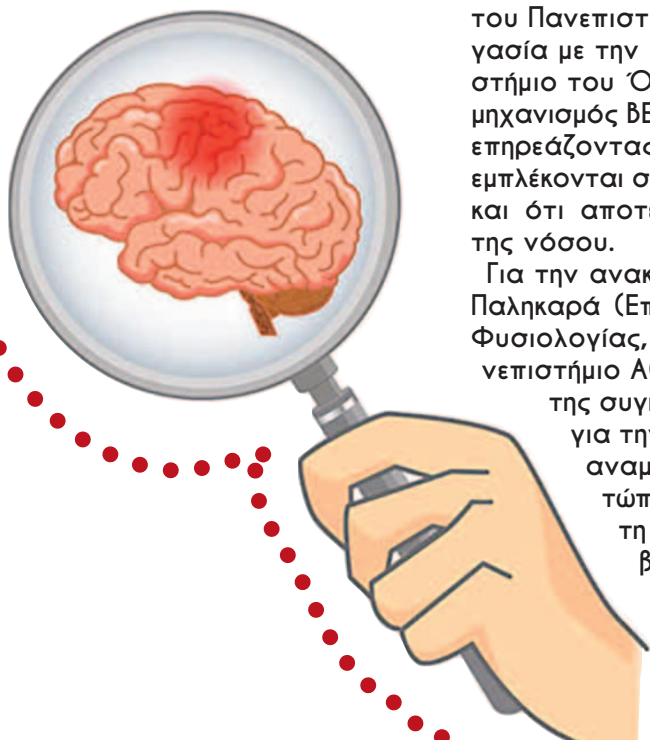
- 1) de Waal FBM, Preston SD. Mammalian empathy: behavioural manifestations and neural basis. *Nat Rev Neurosci.* 2017 Aug;18(8):498-509.
- 2) Eisenberg N, Spinrad TL, Morris A. 2014. Empathy-related responding in children. *Handbook of Moral Development*, ed. M Killen, JG Smetana, pp. 184-207. London/New York: Psychol. Press
- 3) Geangu E, Benga O, Stahl D, Striano T. Contagious crying beyond the first days of life. *Infant Behav Dev.* 2010 Jun;33(3):279-88.
- 4) Kagan, J., Snidman, N., Arcus, D., & Reznick, J. S. (1994). *Galen's prophecy: Temperament in human nature.* Basic Books.

Ελπίδες για τη Θεραπεία του Πάρκινσον

» Συνεργασία επιστημόνων από Κρήτη- Αθήνα- Οσλο

Γιάννης
Λυβιάκης

lyviakis@gmail.com



Ένα σημαντικό βήμα στη μάχη για την ανάπτυξη θεραπειών απέναντι στη νόσο του Πάρκινσον αλλά και για την αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων που συνοδεύουν τη γήρανση, έγινε από επιστήμονες της Κρήτης σε συνεργασία με ερευνητές του εξωτερικού.

Οι επιστήμονες εντόπισαν τον κυτταρικό μηχανισμό ο οποίος παίζει ρόλο στη γέννηση της νόσου και αποτελεί κεντρικό ρυθμιστή της.

Η ανακάλυψη αυτή είναι εξαιρετικά σημαντική, καθώς η κατανόηση αυτού του μηχανισμού μπορεί να οδηγήσει σε θεραπευτικές παρεμβάσεις για πρώτη φορά.

Η έρευνα έγινε με τη διεθνή συνεργασία ερευνητών του Ινστιτούτου Μοριακής Βιολογίας και Βιοτεχνολογίας (IMBB) του Ιδρύματος Τεχνολογίας και Έρευνας (ΙΤΕ) της Κρήτης, της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ) και του Πανεπιστημίου του Όσλο της Νορβηγίας και τα αποτελέσματά της δημοσιεύθηκαν πρόσφατα σε ένα από τα πιο έγκριτα διεθνή επιστημονικά περιοδικά το Cell Reports.

Οι ερευνητές του IMBB του ΙΤΕ, Δρ. Κωνσταντίνος Παληκαράς (τώρα Επ. Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ) και Δρ. Νεκτάριος Ταβερναράκης (Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης και Πρόεδρος του ΙΤΕ), σε συνεργασία με την ερευνητική ομάδα της Δρ. Hilde Nislen (Πανεπιστήμιο του Όσλο της Νορβηγίας), έδειξαν, ειδικότερα, ότι ο μηχανισμός BER δυσλειτουργεί κατά τη διάρκεια της γήρανσης, επηρεάζοντας την επιβίωση των νευρικών κυττάρων που εμπλέκονται στη νόσο Πάρκινσον (ντοπαμινεργικοί νευρώνες), και ότι αποτελεί κεντρικό ρυθμιστή της παθοφυσιολογίας της νόσου.

Για την ανακάλυψη αυτή μιλήσαμε με τον Δρ. Κωνσταντίνο Παληκαρά (Επίκουρος Καθηγητής, Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών), ο οποίος τονίζει ότι τα αποτελέσματά της συγκεκριμένης μελέτης είναι καθοριστικής σημασίας για την κατανόηση της διαδικασίας της γήρανσης και αναμένεται να βοηθήσουν σημαντικά στην αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων που συνοδεύουν τη γήρανση και χαρακτηρίζονται από συσσώρευση βλαβών στο DNA, όπως ο καρκίνος και οι νευροεκφυλιστικές ασθένειες.



Ο Δρ. Κωνσταντίνος Παληκάρης, Επίκουρος Καθηγητής, Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

•Τι ακριβώς έχετε πετύχει στο ΙΤΕ σε σχέση με τη νόσο του Πάρκινσον.

Η νόσος Πάρκινσον είναι η δεύτερη πιο συχνά εμφανιζόμενη νευροεκφυλιστική διαταραχή μετά τη νόσο Αλτσχάιμερ. Πρόκειται για μια προοδευτική νόσο του κεντρικού νευρικού συστήματος που σχετίζεται με τη δυσλειτουργία και την απώλεια των ντοπαμινεργικών νευρώνων. Αποτελεί μια ιδιοπαθή νόσο που χαρακτηρίζεται από κινητικές και μη κινητικές εκδηλώσεις. Μολονότι πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η ηλικία, το γενετικό υπόβαθρο και η έκθεση σε τοξίνες και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες αποτελούν σημαντικούς ρυθμιστές για την εμφάνιση και εξέλιξη της νόσου, μέχρι σήμερα δεν έχουν απο-

σαφηνιστεί τα ακριβή της αίτια. Η νόσος αφορά ένα εκατομμύριο ανθρώπους στην Ευρώπη, ενώ αναμένεται έως το 2030 ο αριθμός αυτός να διπλασιαστεί, καθιστώντας επιτακτική την ανάγκη για έρευνα στο πεδίο.

Τα νευρικά κύτταρα, όπως οι ντοπαμινεργικοί νευρώνες, αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα παραγωγής εξαιρετικά οξειδωτικών παράγωγων οξυγόνου, λόγω της έντονης μεταβολικής τους δραστηριότητας καθώς και της χαμηλής αντιοξειδωτικής τους ικανότητας, που προκαλούν βλάβες στα κυτταρικά μακρομόρια, συμπεριλαμβανομένου του DNA, και οδηγούν στον κυτταρικό θάνατο. Ο μοριακός μηχανισμός της επιδιορθωτικής εκτομής βάσεων (BER: Base Excision Repair) αποτελεί τον κύριο μηχανισμό για την αποκατάσταση βλαβών του DNA από το οξειδωτικό στρες και προστατεύει τους νευρώνες από τις κυτταροτοξικές ή μεταλλαξιογόνες δράσεις τους.

Στη συγκεκριμένη μελέτη, η οποία αποτελεί μια διεθνή επιστημονική συνεργασία ερευνητών της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, του Ινστιτούτου Μοριακής Βιολογίας και Βιοτεχνολογίας του Ιδρύματος Τεχνολογίας και Έρευνας και του Πανεπιστημίου του Όσλο της Νορβηγίας, αποκαλύψαμε τον ρόλο του μοριακού μηχανισμού της επιδιορθωτικής εκτομής βάσεων στην παθογένεση της νόσου Πάρκινσον. Χρησιμοποιώντας ως πειραματικό σύστημα τον νηματώδη σκώληκα *Caenorhabditis elegans* και δείγματα ιστού προερχόμενα από ασθενείς με Πάρκινσον, δείξαμε ότι η απορρύθμιση του μηχανισμού της επιδιορθωτικής εκτομής βάσεων κατά τη γήρανση έχει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη και εξέλιξη της νόσου.

•Τί είναι ο νηματώδης

Caenorhabditis;

Ο *Caenorhabditis elegans* είναι ένας μη παρασιτικός νηματώδης που ζει στο έδαφος και το σώμα του αποτελείται από 959 κύτταρα μεταξύ των οποίων τα 302 είναι νευρώνες. Η ανάπτυξη του *C. elegans* στο εργαστήριο πραγματοποιείται σε στερεά ή υγρά θρεπτικά μέσα και ως τροφή χρησιμοποιείται το αργά αναπτυσσόμενο και μη παθογόνο στέλεχος του βακτηρίου *Escherichia coli*. Το μικρό του μέγεθος (μήκος 1.3 mm και διάμετρο 100μm), το διάφανο σώμα του, ο σύντομος αναπαραγωγικός κύκλος (2.5 μέρες όταν αναπτύσσεται στους 25°C) και ο σχετικά μικρός χρόνος ζωής (μέγιστο προσδόκιμο ζωής άγριου τύπου ζώων είναι τρεις εβδομάδες) είναι τα βασικά χαρακτηριστικά που καθιστούν τον συγκεκριμένο νηματώδη έναν από τους πιο διαδεδομένους οργανισμούς που χρησιμοποιούνται στα ερευνητικά εργαστήρια. Η χρήση του *C. elegans* ως πειραματικού μοντέλου έχει συμβάλει ιδιαίτερα στη διερεύνηση των μοριακών μηχανισμών του κυτταρικού θανάτου, της απόκρισης στο στρες, της γήρανσης και του νευροεκφυλισμού.

•Η έρευνά σας οδηγεί σε Θεραπείες του Πάρκινσον;

Η νόσος Πάρκινσον είναι μια χρόνια ασθένεια για την οποία όμως δεν έχει βρεθεί έως σήμερα αποτελεσματική θεραπεία. Παρόλα αυτά υπάρχουν κάποιες φαρμακευτικές ουσίες, η δράση των οποίων επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου και βελτιώνει τα συμπτώματά της. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας είναι σε θέση να βοηθήσουν στη συγκεκριμένη κατεύθυνση. Το γεγονός ότι οι μοριακοί μηχανισμοί που ελέγχουν τη δραστηριότητα του μονοπατιού της

επιδιορθωτικής εκτομής βάσεων είναι εξελικτικά συντηρημένοι από τον νηματώδη ως και τον άνθρωπο, υπογραμμίζει τον κεντρικό του ρόλο στη διατήρηση της κυτταρικής ομοιόστασης μεταξύ των ειδών. Τα ευρήματα αυτής της έρευνας αποκαλύπτουν την κρίσιμη συμβολή του μονοπατιού της επιδιορθωτικής εκτομής βάσεων στην παθοφυσιολογία της νόσου Πάρκινσον, και αναδεικνύουν στο συγκεκριμένο μονοπάτι ως έναν πιθανό στόχο για την ανάπτυξη νέων στρατηγικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.

•Μπορεί να προληφθεί η νόσος;

Μολονότι πρόσφατες μελέτες έχουν καταδείξει την παρουσία συγκεκριμένων μορίων RNA ή αλλαγές στην ποσότητα κάποιων παραγώγων του μεταβολισμού στο αίμα και το εγκεφαλονωτιαίο υγρό ασθενών με Πάρκινσον, δεν υπάρχει καθιερωμένη αιματολογική ή βιοχημική εξέταση για την πρόληψη της νόσου. Για τον λόγο αυτό, ακρογωνιαίο λίθο στην αντιμετώπιση της νόσου Πάρκινσον αποτελούν η πλήρης νευρολογική εξέταση και το αναλυτικό ιστορικό για την έγκαιρη διάγνωση, η χορήγηση κατάλληλου φαρμακευτικού

σχήματος καθώς και η χρήση σύγχρονων θεραπευτικών μεθόδων που μπορούν να καθυστερήσουν αισθητά την εξέλιξη της νόσου.

•Ποια θα είναι τα επόμενα βήματά σας σε σχέση με την έρευνα αυτή και την αξιοποίησή της;

Τα αποτελέσματά της συγκεκριμένης μελέτης είναι καθοριστικής σημασίας για την κατανόηση της διαδικασίας της γήρανσης και στον άνθρωπο. Επομένως, αναμένεται να βοηθήσουν σημαντικά στην αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων που συνοδεύουν τη γήρανση και χαρακτηρίζονται από συσσώρευση βλαβών στο DNA, όπως ο καρκίνος και οι νευροεκφυλιστικές ασθένειες. Στο πλαίσιο αυτό έχουμε ήδη ξεκινήσει συνεργασία με φαρμακευτικές εταιρείες και εργαστήρια του εξωτερικού, προκειμένου να εντοπιστούν χημικά μόρια που θα μπορούν να δράσουν αποτρεπτικά στην

των μηχανισμών επιδιόρθωσης του DNA και να προστατεύσουν τους νευρώνες από τον κυτταρικό θάνατο.

•Η έρευνά σας και η συνεργασία σας διευρύνεται και σε άλλα θέματα;

Τα ερευνητικά μας ενδιαφέροντα εστιάζονται στη μελέτη των μοριακών μηχανισμών που διέπουν τη λειτουργία και την παθοφυσιολογία του νευρικού συστήματος. Η έρευνα είναι μια συνεχής προσπάθεια και ένα επίπονο εγχείρημα, όμως τα αποτελέσματα της προσπάθειας αυτής αποζημιώνουν κάθε μας θυσία. Η συνεργασία των ερευνητικών ομάδων της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, του IMBB και του Πανεπιστημίου του Όσλο διευρύνεται για την κατανόηση των μονοπατιών που ελέγχουν την εμφάνιση και εξέλιξη παθολογικών καταστάσεων, όπως η νόσος Ατσχάιμερ, η νόσος Χάντινγκτον και η πλάγια μυατροφική σκλήρυνση. Τέτοιες διεθνείς συνεργασίες είναι απαραίτητες, καθώς ενισχύεται η εξωστρέφεια των ελληνικών πανεπιστημιακών ιδρυμάτων και ενδυναμώνεται το ερευνητικό τους έργο.



Η Πυρηνική Ιατρική στην υπηρεσία των Χανιωτών

» Η Επιμελήτρια Τμήματος Πυρηνικής Ιατρικής του Νοσοκομείου Χανίων Χριστίνα Φραγκάκη μιλά για τις αναβαθμισμένες υπηρεσίες του Νοσηλευτικού Ιδρύματος του νομού Χανίων

Ελένη
Φουντουλάκη



Πολύτιμο έργο για την έγκαιρη διάγνωση αλλά και θεραπεία πολλών νοσημάτων σε ενήλικες αλλά και παιδιατρικούς ασθενείς επιτελεί ο Τομέας Πυρηνικής Ιατρικής που λειτουργεί στο Νοσοκομείο Χανίων. Από το 2018 οι Χανιώτες μπορούν να εξυπηρετηθούν, άριστα και με τα πλέον εξειδικευμένα μέσα, στον τόπο τους, χωρίς να χρειάζεται να μεταβούν σε άλλα νοσοκομεία της Ελλάδας π.χ. για μια σειρά από σπινθηρογραφήματα ή για θεραπείες με Ραδιενεργό Ιώδιο για Καλοήθεις Παθήσεις του Θυρεοειδούς Αδένα σε ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό. Για τις σημαντικές ιατρικές υπηρεσίες που προσφέρει το τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής μας μιλά η Χριστίνα Φραγκάκη, Πυρηνικός Ιατρός, Διδάκτορας Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιμελήτρια Τμήματος Πυρηνικής Ιατρικής του Νοσοκομείου Χανίων.

•Τι είναι η Πυρηνική ιατρική και τι ανιχνεύει; Τι προσφέρει η συγκεκριμένη ειδικότητα της Ιατρικής;

Η Πυρηνική Ιατρική είναι μία ιατρική ειδικότητα που χρησιμοποιεί πολύ μικρές ποσότητες ραδιενεργών ουσιών ή/και ραδιοφαρμάκων, για να εξετάσει τη λειτουργία και τη μορφολογία των οργάνων και χρησιμοποιείται για να βοηθήσει στη διάγνωση αλλά και στη θεραπεία πολλών νοσημάτων. Η Πυρηνική Ιατρική μπορεί να βοηθήσει ενήλικες αλλά και παιδιατρικούς ασθενείς, καθώς για την απεικόνιση των οργάνων, το γνωστό Σπινθηρογράφημα με SPECT-γ-κάμερα, αλλά και για τη θεραπεία χρησιμοποιούνται δόσεις προσαρμοσμένες στον κάθε ασθενή.

•Τι έχει αλλάξει για τους ασθενείς της Δυτικής Κρήτης από το 2018, όταν και εγκαινιάστηκε το Τμήμα Πυρηνικής

Ιατρικής του Νοσοκομείου Χανίων; Μπορείτε να μας αναφέρετε στατιστικά στοιχεία για το πόσοι ασθενείς έχουν εξυπηρετηθεί όλο αυτό το διάστημα;

Ήδη από το 2014, όπου εκπονήθηκε μελέτη αναγκαιότητας, ενεργοποίησης και λειτουργίας του Τμήματος Πυρηνικής Ιατρικής, φάνηκε ότι ετησίως οι εξετάσεις Πυρηνικής Ιατρικής, που παραπέμπονταν μόνο από τις κλινικές του νοσοκομείου, ανέρχονταν περίπου στις 1.400.

Πλέον γνωρίζουμε ότι το Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής εξυπηρετεί όλο τον Νομό Χανίων και μεγάλο μέρος του Νομού Ρεθύμνου και στο διάστημα από 30/10/2018 έως 31/12/2020, με μία δικέφαλη γ-κάμερα SPECT διενήργησε 2.757 Σπινθηρογραφήματα.

Να σημειωθεί ότι από 15/3/2020 έως 10/5/2020 το Τμήμα ανέστειλε

πλήρως την Ολοήμερη λειτουργία του και η Πρωινή λειτουργία εξυπηρετούσε μόνο επείγοντα περιστατικά, σε συμμόρφωση με τα μέτρα για τον περιορισμό της διάδοσης του κορωνοϊού COVID-19. Το 2021 (μέχρι σήμερα) έχουν γίνει περί τις 1.100 εξετάσεις. Νομίζω ότι γίνεται σαφές ότι οι συμπολίτες μας μπορούν πια να εξυπηρετηθούν, άριστα και με τα πλέον εξειδικευμένα μέσα, στον τόπο τους, χωρίς να χρειάζεται να μεταβούν σε άλλα νοσοκομεία της Ελλάδας.

•Ποιες εξετάσεις διενεργούνται σήμερα στο Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής του Νοσοκομείου Χανίων;

Οι εξετάσεις που πραγματοποιούνται σήμερα στο Τμήμα μας καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος των διαγνωστικών εξετάσεων της ειδικότητας μας. Ενδεικτικά θα



αναφέρω:

- Σπινθηρογράφημα οστών ολόσωμο
- Σπινθηρογράφημα οστών τριών φάσεων και ολόσωμο
- Σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου
- Σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου για έλεγχο Αμυλοείδωσης
- Σπινθηρογράφημα παραθυρεοειδών αδένων
- Σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς με Tc-99m Pertechetate
- Στατικό Σπινθηρογράφημα νεφρών με Tc-99m DMSA
- Δυναμικό Σπινθηρογράφημα νεφρών με Tc-99m DTPA ή MAG-3
- Σπινθηρογράφημα μελέτης Βασικών Γαγγλίων Εγκεφάλου με I-123 (DaTscan)
- Σπινθηρογράφημα αιμάτωσης πνευμόνων

- Σπινθηρογράφημα για ανεύρεση φρουρού λεμφαδένων σε κακοήθεια μαστού και Μελάνωμα με λήψη δεδομένων στην γ-Camera και επιπλέον με διεγχειρητικό ανιχνευτή γ-ακτινοβολίας (γ-probe Ραδιοκατευθυνόμενη χειρουργική)

- Σπινθηρογράφημα με Οκτρεοτίδιο (Octreotide)
- Ολόσωμο Σπινθηρογράφημα με Ιώδιο (I-131 και I-123)
- Ολόσωμο Σπινθηρογράφημα με Γάλλιο (Ga-67)
- Ανίχνευση Αιμορραγίας πεπτικού με Tc-99m-επισημασμένα ερυθρά
- Σπινθηρογράφημα εντόπισης έκτοπου γαστρικού βλεννογόνου (Μεκελείου απόφυσης)
- Σπινθηρογράφημα Σιελογόνων Αδένων

Επίσης, θα ήθελα να αναφέρω ότι στα πλαίσια ενός προγράμματος ενεργειακής αναβάθμισης που πρόσφατα εντάχθηκε το Νοσοκομείο Χανίων, εγκρίθηκε η αντικατάσταση και αναβάθμιση της υπάρχουσας SPECT-γ-κάμερας με νέας τεχνολογίας SPECT/CT-γ-κάμερα, η οποία πιστεύουμε ότι θα τοποθετηθεί στο Νοσοκομείο μας μέχρι το τέλος του 2022.

Η διαγνωστική αξία του SPECT/CT έναντι του SPECT χωρίς Αξονικό τομογράφο (CT) αυξάνεται σε ποσοστό >50%, ιδίως όταν ελέγχεις ειδικά νοσήματα.

Με τη νέα κάμερα, οι εξετάσεις που θα πραγματοποιούνται θα καλύπτουν όλο το εύρος των Σπινθηρογραφημάτων και το Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής του Νοσοκομείου Χανίων δεν θα έχει να ζηλέψει τίποτα από τα μεγάλα νοσοκομεία

της χώρας μας.

• Έχει περατωθεί το in vitro εργαστήριο του Τμήματος όπως είχε αρχικά σχεδιαστεί; Τι ισχύει για τους δύο ειδικούς θαλάμους νοσηλείας, έχουν ολοκληρωθεί; Εάν ναι, γίνονται θεραπευτικές χορηγήσεις ραδιοϊσότοπων σε συμπολίτες μας που τα χρειάζονται, όπως είχε προγραμματιστεί αρχικά; Μπορείτε να μας πείτε πώς ακριβώς και σε ποιους ασθενείς λειτουργεί η συγκεκριμένη θεραπεία;

Όσον αφορά στο in vitro εργαστήριο του τμήματος μας έχουν γίνει οι απαραίτητες ενέργειες για την ολοκλήρωση του και ελπίζουμε ότι σύντομα θα μπορέσουμε να το λειτουργήσουμε. Όσον αφορά στους θαλάμους νοσηλείας για χορήγηση θεραπευτικών δόσεων, θα ήθελα να διευκρινίσω ότι μετά από μελέτη των πραγματικών αναγκών και για τη γρηγορότερη εξυπηρέτηση των πολιτών, έχει αποφασιστεί ήδη από την έναρξη λειτουργίας του τμήματος μας η δημιουργία και λειτουργία ενός θεραπευτικού θαλάμου. Οι απαραίτητες μελέτες, χωροθέτησης, ακτινοπροστασίας, διαχείρισης ραδιενεργών αποβλήτων κ.λπ., έχουν ολοκληρωθεί και ελπίζουμε ότι σύντομα θα αρχίσει η κατασκευή του. Μην ξεχνάτε ότι τα τελευταία δύο χρόνια με την πανδημία, κάποιες διαδικασίες χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να ολοκλη-



Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής



Αίθουσα Κοπώσεων

ρωθούν.

Θα ήθελα όμως εδώ να σας ενημερώσω ότι στο Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής του Νοσοκομείου Χανίων έχει ξεκινήσει η θεραπεία με Ραδιενεργό Ιώδιο (I-131) με δόσεις έως 555MBq (15mCi) για Καλοήθεις Παθήσεις Του Θυρεοειδούς Αδένα σε ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό, όπως τοξική διάχυτη βρογχοκήλη (νόσος Graves), μονήρες τοξικό αδένωμα, τοξική πολυοζώδη βρογχοκήλη (νόσος Plummer), ασθενείς με μεγάλη μη-τοξική βρογχοκήλη (NTG), ευθυρεοειδικούς ασθενείς που μπορούν να επωφεληθούν από τη μείωση του όγκου του θυρεοειδούς κ.λπ.

• Ποιο θεωρείτε ότι είναι το μέλλον της Τεχνητής Νοημοσύνης στην Ιατρική;

Στο εγγύς μέλλον, θα είναι διαθέσιμη για κλινική εφαρμογή η αυτοματοποίηση εργασιών που, ενώ χρειάζονται πολύ χρόνο για να γίνουν, δεν απαιτούν ιδιαίτερη γνώση ή ικανότητα, όπως π.χ. η επεξεργασία εικόνων και δεδομένων ή η εύρεση προηγούμενων εξετάσεων σε διαφορετικά συστήματα αρχειοθέτησης (PACS). Η αυξανόμενη χρήση πολλών ψηφιακών δεδομένων στην ιατρική

θα δημιουργήσει την ανάγκη για νέες δεξιότητες, ειδικά σε διαγνωστικούς κλάδους όπως είναι η Πυρηνική Ιατρική. Νομίζω ότι η Τεχνητή Νοημοσύνη θα μεταμορφώσει το ιατρικό επάγγελμα και ειδικότερα την ιατρική απεικόνιση, και ενώ οι γιατροί δεν θα αντικατασταθούν ποτέ από την Τεχνητή Νοημοσύνη, είναι σχεδόν σίγουρο ότι οι γιατροί που θα την απορρίψουν θα αντικατασταθούν από άλλους που την ενστερνίζονται.

• Ποιούς σταθμούς της επιστημονικής σας πορείας ξεχωρίζετε;

Θεωρώ τον εαυτό μου τυχερό που μετά τη φοίτηση μου σε μια από τις καλύτερες ιατρικές σχολές της Ευρώπης, του Semmelweis University, έκανα την ειδικότητα μου σε δύο από τα μεγαλύτερα Νοσοκομεία της χώρας μας, το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών και το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός». Μετά και την ολοκλήρωση της Διδακτορικής μου Διατριβής στην Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, πήγα στην Αμερική για μετεκπαίδευση, στο Πανεπιστήμιο του Μαϊάμι ως «Research Scholar» στο τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής του Jack-

son Memorial Hospital και του UMHC (University of Miami Hospital & Clinics/Sylvester Cancer Center). Επιστρέφοντας στην Ελλάδα εργάστηκα για 13 χρόνια στον ιδιωτικό τομέα σε μεγάλους ομίλους υγείας, όπως την EUROMEDICA, τη ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ και το METROPOLITAN HOSPITAL.

• Το όραμά σας;

Όταν το 2018 ήρθα στα Χανιά, τη γενέτειρά μου, το Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής υπήρχε μόνο στα χαρτιά. Με τους εξαιρετικούς συναδέλφους μου και την αδιάλειπτη βοήθεια της Διοίκησης, από τότε έως σήμερα έχουμε δημιουργήσει, κυριολεκτικά από το μηδέν, ένα τμήμα που οργανώθηκε και λειτουργεί με τα νεότερα και διεθνώς εφαρμοζόμενα πρωτόκολλα της Πυρηνικής Ιατρικής.

Το όραμα μου, λοιπόν, θα έλεγα ότι είναι, παρά τις δυσκολίες που έχει η εργασία στην περιφέρεια και σε ένα Νοσοκομείο δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, το Τμήμα αυτό να γίνει ισάξιο με τα μεγαλύτερα Τμήματα Πυρηνικής Ιατρικής της χώρας μας και να μπορεί να προσφέρει στην Κρήτη και ιδιαίτερα στην πόλη των Χανίων, όλες τις εξειδικευμένες υπηρεσίες Πυρηνικής Ιατρικής.



ορίζοντας

σύλλογος εθελοντικής προσφοράς και στήριξης

Γίνε **Εθελοντής**
και διεύρυνε τον
"ορίζοντα"



**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ - ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ
ΑΓΓΕΛΕΓΓΥΗΣ ΧΑΝΙΩΝ**

Το Κοινωνικό Ιατρείο- Φαρμακείο Αλληλεγγύης Χανίων, (Κ.Ι.Φ.Α.Χ), λειτουργεί στην πόλη μας από το 2012, προσφέροντας εθελοντικά Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε συμπολίτες μας που ζουν κάτω από τα όρια της φτώχειας, σε αστέγους, πρόσφυγες, μετανάστες.

Ενισχύστε την προσπάθεια μας, προσφέροντας φάρμακα που πιθανόν δεν σας είναι απαραίτητα.

Το Κ.Ι.Φ.Α.Χ. βρίσκεται στην Πλατεία Κολοκοτρώνη 10, στο κέντρο της πόλης και λειτουργεί κάθε **Δευτέρα και Τετάρτη πρωί 10.30 έως 12.30** και **Τρίτη- Πέμπτη 18:00-20:00** το απόγευμα.

Τις ώρες αυτές μπορούν οι ενδιαφερόμενοι να κλείνουν ραντεβού στο τηλέφωνο 28215-02754.

Προχωράμε όλα αυτά τα χρόνια, χέρι-χέρι.

Αλλαγή κουλτούρας και σχέδιο για την επανεκκίνηση του συστήματος μεταμοσχεύσεων

Με αφορμή την πανελλήνια ημέρα εορτασμού της δωρεάς οργάνων και ιστών 1/11/2021, θα ήθελα πρώτα από όλα, ως ελάχιστο φόρο τιμής, να συγχαρώ όλους όσοι επιλέγουν να γίνουν δωρητές οργάνων και ιστών, όλους τους ζώντες αλλά και τις οικογένειες των θανούντων δωτών οργάνων και ιστών, που βρήκαν τη δύναμη μέσα στην οδύνη και στον πόνο τους, να προχωρήσουν σε αυτή τη μεγαλειώδη πράξη αλληλεγγύης και ανθρωπιάς, δίνοντας ζωή σε πάσχοντες συνανθρώπους μας.

Η μεταμόσχευση οργάνων και ιστών, αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής επιστήμης τον 20ο αιώνα. Ενώ όμως ολοένα και περισσότερο χρησιμοποιείται η μεταμόσχευση οργάνων και ιστών ως ιατρική θεραπεία, παραμένει περιορισμένη η χρήση της σήμερα, πάρα τις προσπάθειες που καταβάλλονται σε εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο, λόγω της έλλειψης διαθέσιμων οργάνων.

Το πολύτιμο μέσο για τη μεταμόσχευση είναι η δωρεά οργάνων. Δωρεά οργάνων μπορεί να γίνει μετά τον θάνατο, αλλά και από ζώντες δότες μπορεί να δοθεί ένα νεφρό και μέρος του ήπατος τους.

Η δωρεά οργάνων και ιστών αποτελεί δώρο ζωής και ελπίδας, πράξη ανθρωπιάς και αλληλεγγύης προς τον συνάνθρωπο. Τα νεφρά είναι το όργανο που συχνότερα χρησιμοποιείται σε μεταμοσχεύσεις, δίνοντας δώρο ζωής στους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Άλλα όργανα είναι το συκώτι, οι πνεύμονες, η καρδιά, το λεπτό έντερο, το πάγκρεας, ενώ συνεχώς αναπτύσσονται νέα είδη μεταμοσχεύσεων.

Η δωρεάν οργάνων και ιστών διέπεται από συγκεκριμένο νομικό πλαίσιο, κατευθυντήριες οδηγίες, σχέδιο δράσης, συντονισμό και εφαρμογή, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο! Τα παραπάνω την καθιστούν ως δια-

δικασία νόμιμη και ασφαλή.

Οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν ζωτικής σημασίας κομμάτι, όχι μόνο μιας επιτυχούς μεταμόσχευσης, αλλά και της προώθησης γενικότερα της ιδέας της δωρεάς οργάνων και ιστών.

Η ημιμάθεια, ο φόβος και η άγνοια αποτρέπουν τους ανθρώπους να γίνουν δωρητές οργάνων και ιστών. Το πρόβλημα αυτό πρέπει να αντιμετωπιστεί με τη βοήθεια της πολιτείας και των αρμόδιων φορέων (εθνικός οργανισμός μεταμοσχεύσεων- εθνικό μητρώο δωρητών οργάνων και ιστών κ.λπ.). Ο ρόλος των επιστημόνων-επαγγελματιών υγείας στην κατεύθυνση αυτή είναι σημαντικός τόσο κατά την προ-μεταμοσχευτική όσο και στην μετα-μεταμοσχευτική φάση, με τη σωστή προσέγγιση, πληροφόρηση, ψυχολογική υποστήριξη και θεραπευτική πρακτική. Η συνεχής έρευνα σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις και η συνεχής και σωστή ενημέρωση του κοινού σχετικά με το θέμα της δωρεάς οργάνων και ιστών θα δώσει λύση στο πρόβλημα της έλλειψης προσφοράς, μειώνοντας τους θανάτους των εν αναμονή ασθενών.

Ο πολίτης μπορεί με ασφάλεια να λάβει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τη δωρεά οργάνων και ιστών από τους αρμοδίους φορείς αλλά και τους αρμοδίους επαγγελματίες υγείας των υγειονομικών δομών, επιλέγοντας συνειδητά να

Βαγγέλης Παπαδάκης

Νοσηλευτής - Οικονομολόγος
Πρόεδρος του Περιφερειακού
Τμήματος Κρήτης της Ένωσης
Νοσηλευτών Ελλάδος



γίνει δωρητής οργάνων και ιστών, δωρητής ζωής σε πάσχοντες συνανθρώπους του. Ο καθένας μπορεί εύκολα να δηλώσει την πρόθεσή του να γίνει Δωρητής Οργάνων, συμπληρώνοντας τη σχετική κάρτα στην ιστοσελίδα του ΕΟΜ.

Η ημιμάθεια, ο φόβος και η άγνοια για ένα τόσο σημαντικό θέμα, όπως η δωρεά οργάνων και ιστών, είναι καιρός να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά!

Το 2021 μπορεί και πρέπει να αποτελέσει έτος επανεκκίνησης του συστήματος μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας! Η υλοποίηση ενός εθνικού σχεδίου δράσης, όπως αυτή που σχεδιάζεται, είναι πολλά υποσχόμενη, όπως πολλά υποσχόμενο παρουσιάζεται να είναι και το δανεισμένο από το Βρετανικό Σύστημα Υγείας (NHS), εκπαιδευτικό πρόγραμμα «Οργανιτέζ» (Orgamites2) στα σχολεία της χώρας μας, με σκοπό τη γνωριμία και την εξοικείωση των μαθητών της β', γ', δ', ε' και στ' Δημοτικού, με τα όργανα του σώματός μας, τις λειτουργίες τους, το πώς να τα διατηρούμε υγιή, εισάγοντας έτσι τα παιδιά με απλά λόγια στη θαυμαστή ιδέα της μεταμόσχευσης!

“Κάλλιο προλαμβάνειν παρά θεραπεύειν”

Αναστάσιος Θ. Καϊσίδης

Επισκέπτης Υγείας
Διαβητολογικό Κέντρο
Γ.Ν. Βενιζέλειο- Πανάνειο



Θέμα της Παγκόσμιας Ημέρας Διαβήτη 2021-2023 είναι η πρόσβαση στη φροντίδα του ΣΔ 100 χρόνια μετά την ανακάλυψη της ινσουλίνης, εκατομμύρια άνθρωποι με διαβήτη σε όλο τον κόσμο δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα που χρειάζονται, γεγονός που επιτάσσει τον επαναπροσδιορισμό των πολιτικών υγείας και την επικαιροποίηση των στρατηγικών διαχείρισης της πάθησης από τα συστήματα υγείας και τους επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται σε αυτήν.

Ο ΣΔ με αριθμούς

537 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως πάσχουν από κάποια μορφή ΣΔ, ενώ οι εκτιμήσεις των Επιστημονικών Εταιρειών και Φορέων για το 2045 ανέρχονται στα 784 εκατομμύρια. 1 στους 10 ανθρώπους παγκοσμίως, ηλικίας 20-79 πάσχει από ΣΔ, ενώ 541 εκ. άνθρωποι παγκοσμίως βρίσκονται σε προδιαβητικό στάδιο. Πάνω από 1.110.100 παιδιά κάτω των 20 ετών πάσχουν από ΣΔ και 1 στις 6 γεννήσεις παιδιών σχετίζονται με ΣΔ κατά την κύηση.

Για την Ελλάδα, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της ΗΔΙΚΑ, το πλήθος των μοναδικών πασχόντων που έχουν ενταχθεί σε τουλάχιστον ένα θεραπευτικό πρωτόκολλο Σακχαρώδη Διαβήτη ανέρχεται στους 1.050.635, αριθμός που αντιστοιχεί στο 10% του πληθυσμού της χώρας. Η νόσος επιπρόσθετα έχει και σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις, καθώς το 10% του υγειονομικού κόστους παγκοσμίως αφορά στη διαχείριση της νόσου και των επιπλοκών της.

Τι προβλήματα δημιουργεί η υπεργλυκαιμία;

Η μακροχρόνια υπεργλυκαιμία προκαλεί σοβαρές μικροαγγειακές και μακροαγγειακές επιπλοκές. Στις μικροαγγειακές επιπλοκές περιλαμβάνονται η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια που αποτελεί κύρια αιτία τύφλωσης παγκοσμίως, νεφροπάθεια που αποτελεί κύρια αιτία τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας και η νευροπάθεια που αποτελεί κύρια αιτία ακρωτηριασμού των κάτω άκρων. Επίσης, τα άτομα με ΣΔ έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακών συμβαμάτων, όπως Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου, Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο και Περιφερική Αγγειακή Νόσο.

Πως εκδηλώνεται η πάθηση;

Ο ΣΔτ2 μπορεί να παραμένει αδιάγνωστος για μεγάλο διάστημα, ακόμα και για χρόνια, με αποτέλεσμα η νόσος να διαγιγνώσκεται, όταν πλέον υπάρχουν συμπτώματα ή έχουν αναπτυχθεί επιπλοκές.

Η εκσεσημασμένη υπεργλυκαιμία προκαλεί πολουουρία, πολυδιψία, πολυφαγία, ξαφνική απώλεια βάρους, παρατεταμένη κόπωση, θολή όραση, συχνές λοιμώξεις, κνησμός γεννητικών οργάνων ή ακόμα και καθυστερημένη επούλωση τραυμάτων.

Μπορούμε να προλάβουμε την εκδήλωση του ΣΔ τύπου 2

Μια από τις βασικότερες αιτίες πρόκλησης του ΣΔ, κυρίως του τύπου 2, είναι η αύξηση της παχυσαρκίας και η περιορισμένη σωματική άσκηση, καθώς ο οργανισμός δεν μπορεί να ανταποκριθεί στην αύξηση των επιπέδων σακχάρου, λόγω της μεγάλης αντίστασης στην ινσουλίνη.

Οι στοχευμένες υγειονομικές παρεμβάσεις, που αποσκοπούν στη μείωση του σωματικού βάρους και την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, θα είχαν ευεργετικές επιδράσεις και θα μπορούσαν να αποτρέψουν την εκδήλωση του ΣΔτ2 ή να καθυστερήσουν την εκδήλωση του.

Όλες οι μεγάλες μελέτες που στόχευαν στην αλλαγή του τρόπου ζωής, εστιάζοντας στη μείωση των θερμίδων και στην αύξηση της σωματικής δραστηριότητας σε τουλάχιστον 150 λεπτά την εβδομάδα, έδειξαν ότι αυτό το δομημένο πρόγραμμα αλλαγής τρόπου ζωής, στο οποίο οι συμμετέχοντες πέτυχαν απώλεια βάρους 5 έως 7% του σωματικού τους βάρους, μείωσε τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου 2 κατά 58% σε ενήλικες με υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης της πάθησης.

Τα ευεργετικά αυτά αποτελέσματα, μάλιστα, διατηρήθηκαν ακόμη και

για χρόνια μετά την παρέμβαση, καθώς οι συμμετέχοντες εξακολουθούσαν να έχουν κατά 1/3 λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διαβήτη τύπου 2, σε σχέση με τα άτομα που έλαβαν εικονικό φάρμακο..

Ποιος είναι ο ρόλος και η συμβολή των Επισκεπτών Υγείας στην πρόληψη και διαχείριση του ΣΔ;

Οι Επισκέπτες Υγείας, ως αναπόσπαστα μέλη της θεραπευτικής ομάδας των Διαβητολογικών Κέντρων και Ιατρείων αλλά και των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, των Σχολικών μονάδων και των φορέων υλοποίησης Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας των Δημόσιων Δομών Υγείας αλλά και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και διαχείριση της νόσου.

Με παρεμβάσεις τόσο σε θεσμικό, κοινωνικό και ατομικό επίπεδο, με ομιλίες, Προγράμματα Αγωγής Υγείας αλλά και με την κοινωνική τους δράση στοχεύουν στην έγκυρη και έγκαιρη παροχή τεκμηριωμένων γνώσεων για τον ΣΔ, στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας και την έγκαιρη ανίχνευση των συμπτωμάτων, την αλλαγή του τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς, τη λήψη αποφάσεων για υιοθέτηση υγιεινών έξεων και συμπεριφορών (απώλεια βάρους και αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, διακοπή καπνίσματος κ.α.) και τελικά τη μεταλαμπάδευση όλης της πληροφορίας που πρέπει και μπορεί να θέσει τις βάσεις για την πρόληψη της πάθησης.

Καθοριστικές επίσης είναι και οι παρεμβάσεις τους σε θεσμικό επίπεδο, ως εξειδικευμένοι στην Αγωγή Υγείας επαγγελματίες, τόσο για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την προσβασιμότητα των υπηρεσιών όσο και για την ανάπτυξη

ενός δικτύου ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και προάσπισης των δικαιωμάτων των ατόμων με ΣΔ.

Συγκεκριμένα ένας Επισκέπτης Υγείας σε ένα Διαβητολογικό Ιατρείο παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπως:

- Την αξιολόγηση των αναγκών, την επανεκπαίδευση στις υγιεινοδιαιτητικές συστάσεις και την υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής.

- Την εκπαίδευση στον αυτοέλεγχο (μετρητές σακχάρου, συσκευές συνεχούς καταγραφής γλυκόζης, διαχείριση λογισμικών εξαγωγής αποτελεσμάτων αυτομέτρησης).

- Την εκπαίδευση στην τεχνική χορήγησης ενέσιμων θεραπειών (ινσουλίνη, GLP1).

- Την εφαρμογή καινοτόμων διαδραστικών εργαλείων για την ομαδική εκπαίδευση των διαβητικών ατόμων (π.χ. χάρτες συζήτησης).

- Την έγκαιρη ανίχνευση τυχόν προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρονιότητα και τις απαιτήσεις της νόσου (burnout Διαβήτη, κατάθλιψη) που επηρεάζουν τη συμμόρφωση στο θεραπευτικό σχήμα και γενικότερα τον γλυκαιμικό έλεγχο.

- Την ψυχολογική ενίσχυση των ατόμων με ΣΔ καθώς και την παραπομπή τους για παρακολούθηση από ειδικό, όπου απαιτείται.

- Την εφαρμογή όλων των τεχνολογικών εξελίξεων (Αντλίες ινσουλίνης, CGM) και επιτευγμάτων στην καθημερινή κλινική πρα-

κτική και την καθημερινότητα των ατόμων με ΣΔ.

- Την επαναξιολόγηση των πρακτικών δεξιοτήτων και της προσκόλλησης των ατόμων με ΣΔ στο θεραπευτικό σχήμα.

- Την πρόληψη εμφάνισης αλλά και την έγκαιρη ανίχνευση των μικρο-μακροαγγειακών επιπλοκών της νόσου π.χ. διαβητικό πόδι, αλλά και οξέων καταστάσεων, όπως υπεργλυκαιμίες, υπογλυκαιμίες, λιποδυστροφίες, παρενέργειες της θεραπείας κ.α.

- Τη συνεργασία με τις υπόλοιπες ειδικότητες και δομές υγείας (κοινωνικούς λειτουργούς, κοινωνικές υπηρεσίες, θεσμικούς φορείς, επίσημους φορείς) για την πληρέστερη κάλυψη των αναγκών των ατόμων με ΣΔ.

- Την αξιολόγηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων παρέμβασης με στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς των ατόμων με ΣΔ.



Βιβλιογραφία

- IDF ATLAS 2019 & 2021
- Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διαχείριση του ατόμου με Σακχαρώδη Διαβήτη, ΕΔΕ. 2021
- Σύγχρονη Διαβητολογία. ΕΔΕ, Εκδόσεις Σελίδα. 2019
- Σακχαρώδης Διαβήτης, Κυριάκος Καζάκος, Εκδόσεις Broken Hill. 2016
- The Diabetes Prevention Program (DPP), Diabetes Care. 2002 Dec; 25(12): 2165-2171.
- 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study, Lancet. 2009 Nov 14;374(9702):1677-86.
- Οι Επισκέπτες Υγείας στην πρώτη γραμμή διαχείρισης του Σακχαρώδη Διαβήτη, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα του Πανελληνίου Συλλόγου Επισκεπτών Υγείας: www.psey.gr

Ο αλγόριθμος της ζωής

» Η Τεχνητή Νοημοσύνη στην Εξωσωματική

» Ο Κλινικός Εμβρυολόγος Διαμαντής Δαφνής παρουσιάζει τις καινοτομίες που γεννούν... ελπίδα

Ενας αλγόριθμος που θα χαρίζει ζωή, χαμόγελα κι ευτυχία στους ανθρώπους. Αυτή είναι η μεγάλη καινοτομία για την οποία μιλά στο "Ευ ζην" και στα "Χανιώτικα νέα" ο Κλινικός Εμβρυολόγος και επιστημονικός Διευθυντής στο Μεσογειακό Κέντρο Γονιμότητας στα Χανιά, Διαμαντής (Ντάνυ) Δαφνής.

Πρόκειται για μια σημαντική καινοτομία στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αποτέλεσμα των ραγδαίων τεχνολογικών εξελίξεων, οι οποίες σύντομα θα βάλουν την τεχνητή νοημοσύνη σε πολλές πτυχές της ζωής μας.



Από το 2010, ο Διαμαντής Δαφνής εργάζεται στο Μεσογειακό Ινστιτούτο Γονιμότητας στα Χανιά ως επιστημονικός διευθυντής.

• Ποιες είναι οι νεότερες εξελίξεις στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής;

Τα τελευταία χρόνια, οι τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής συνοδεύονται από συνεχείς καινοτομίες. Για παράδειγμα, η ενδοκυτταροπλασματική έγχυση σπέρματος (ICSI), η χρονική παρακολούθηση της μορφολογικής του εμβρύου και ο Προεμφυτευτικός Γενετικός Έλεγχος (PGD/PGT-A) είναι καινοτόμες τεχνικές που αύξησαν την επιτυχία της εξωσωματικής.

• Οι τεχνολογικές εξελίξεις, όσα ακούμε για την Τεχνητή Νοημοσύνη, πώς επηρεάζουν τον τομέα σας;

Στην ίδια τάση, η χρήση τεχνικών τεχνητής νοημοσύνης ερευνάται εντατικά στην επιλογή εμβρύου. Έχουν δημοσιευθεί πολλές μελέτες, και η χρήση της τεχνητής νοημοσύνης σε κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν είναι ακόμη πραγματικότητα. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στις διαφορετικές τεχνικές τεχνητής νοημοσύνης που προτείνεται να χρησιμοποιηθούν στην καθημερινή ρουτίνα των κλινικών, γεγονός που προκαλεί κάποια αβεβαιότητα στη



χρήση τους.

• **Τι θα αλλάξει λοιπόν πρακτικά στη δική σας δουλειά, του Κλινικού Εμβρυολόγου;**

Επί του παρόντος ο κλινικός εμβρυολόγος ταξινομεί κάθε έμβρυο στηριζόμενος κυρίως σε μορφολογικά κριτήρια με βάση την εμπειρία του. Σύντομα οι χρήστες αλγορίθμων τεχνητής νοημοσύνης θα πραγματοποιούν μία στατιστική ανάλυση με σκοπό τη συσχέτιση των μορφολογικών κριτηρίων ταξινόμησης με την πιθανότητα επίτευξης επιτυχούς κύησης. Με την τεχνητή νοημοσύνη θα επιτυγχάνεται η αυτοματοποίηση και η βελτίωση της διαδικασίας επιλογής των βιώσιμων εμβρύων, που μέχρι σήμερα στηρίζεται στην υποκειμενική κρίση του εξειδικευμένου κλινικού εμβρυολόγου.

• **Πώς θα ξεχωρίζουν τα βιώσιμα έμβρυα;**

Η επίτευξη του στόχου αυτού πραγματοποιείται χάρη στην εφαρμογή ενός αλγορίθμου που

καταγράφει την ανάπτυξη του κάθε εμβρύου ξεχωριστά. Τα έμβρυα θα αναπτύσσονται υπό συνεχή παρακολούθηση από κάμερες, οι οποίες θα εκτιμούν την κατάσταση των εμβρύων κατά τις 5 ημέρες της επώασής τους σε ειδικούς κλιβάνους. Οι κάμερες αυτές θα τραβούν φωτογραφίες κάθε 10 λεπτά, οι οποίες θα αναλύονται από ένα μηχάνημα τεχνητής νοημοσύνης. Η Τεχνητή Νοημοσύνη θα εξετάζει αυτές τις εικόνες και θα βαθμολογεί τα έμβρυα, επιλέγοντας αυτά που έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να οδηγήσουν σε εγκυμοσύνη, ώστε να μεταφερθούν στη μήτρα.

• **Τι πλεονέκτημα δίνει αυτό στη διαδικασία της γονιμοποίησης;**

Η μέθοδος στηρίζεται στην εξατομικευμένη προσέγγιση κάθε περιστατικού, αφού κάθε ζευγάρι εμπεριέχει μία ιδιαίτερη μοναδικότητα, συμβάλλοντας στην αύξηση του ποσοστού εμφύτευσης του εμβρύου από την 1η εμβρυομεταφορά.

• **Είναι δεδομένη η αποτελεσματικότητα των αλγορίθμων;**

Οι προτεινόμενοι αλγόριθμοι έχουν επιτύχει ικανοποιητική ακρίβεια, αποδεικνύοντας τις δυνατότητες ενός ευρέος φάσματος τεχνικών τεχνητής νοημοσύνης. Ωστόσο, η αξιολόγηση όλων των μελετών υποδηλώνει την ανάγκη για πιο τυποποιημένη έρευνα για την επικύρωση των προτεινόμενων μοντέλων και των αλγορίθμων τους.

• **Πότε, λοιπόν, να περιμένουμε να εφαρμοστεί στην πράξη;**

Η συνήθης χρήση της τεχνητής νοημοσύνης σε κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι απλώς θέμα χρόνου. Ωστόσο, η επιλογή της τεχνικής τεχνητής νοημοσύνης που θα χρησιμοποιηθεί υποστηρίζεται από την καλύτερη κατανόηση των αρχών που εξαρτώνται από κάθε τεχνική, δηλαδή την ευρωστία, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της.

1 25.000.000 οι ασθενείς με ψωρίαση παγκοσμίως

«Συνεργαζόμαστε, ενημερωνόμαστε, κερδίζουμε» ήταν το φετινό μήνυμα της Παγκόσμιας Ημέρας Ψωρίασης (29 Οκτωβρίου) και ταυτόχρονα το μήνυμα των 125 εκατομμυρίων ασθενών με ψωρίαση παγκοσμίως.

Στη χώρα μας, ο αριθμός των ασθενών με ψωρίαση αγγίζει τους 223.000, περίπου δηλ. 2,5% του πληθυσμού, τόνισε ο κ. Κώστας Λούμος κατά τη διάρκεια διαδικτυακής Συνέντευξης Τύπου που οργάνωσε το Σωματείο Υποστήριξης Ανθρώπων με Ψωρίαση «ΚΑΛΥΨΩ» με την ευγενική υποστήριξη των εταιρειών Leo και Φαρμασέρβ-Lilly.

Όπως αναφέρει ενημερωτικό σημείωμα από το Σωματείο Υποστήριξης Ανθρώπων με Ψωρίαση και Ψωριασική Αρθρίτιδα «ΚΑΛΥΨΩ», έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας από την εταιρεία Leo φέτος, σε ασθενείς με ψωρίαση έδειξε ότι ο μέσος όρος του διαστήματος που χρειάζεται για τη διάγνωση αγγίζει τα 17 χρόνια, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας κατά τη διάγνωση είναι τα 37 έτη. Άλλα σημαντικά ευρήματα της πρόσφατης έρευνας έδειξε ότι 4 στους 10 ασθενείς έχουν πολύ σοβαρά συμπτώματα, 7 στους 10 ασθενείς λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή είτε βιολογικούς παράγοντες (13%) είτε αλοιφές για τοπική χρήση (44%), ενώ 3 στους 10 ασθενείς δεν λαμβάνουν καμία θεραπεία, ανέφερε ο Πρόεδρος του ΚΑΛΥΨΩ.

Η ψωρίαση είναι μια χρόνια, μη μεταδοτική, αυτοάνοση φλεγμονώδης δερματοπάθεια με περιοδικές υφέσεις και εξάρσεις. Περιβαλλοντικοί παράγοντες (τραύμα,

λοιμώξεις, φάρμακα, ορμόνες, stress, αλκοόλ, κάπνισμα) δρουν ως εκλυτικά αίτια εμφάνισης ψωρίασης σε ασθενείς με γενετική προδιάθεση (κληρονομικότητα) και δημιουργείται μια ανοσολογική απάντηση που οδηγεί στην εκδήλωσή της. Σημαντικό ρόλο στην πορεία της νόσου παίζουν και διάφοροι εποχιακοί παράγοντες.

Έτσι η ψωρίαση συνήθως παρουσιάζει ύφεση κατά τους θερινούς μήνες λόγω της αύξησης της θερμοκρασίας και της ευεργετικής επίδρασης του ήλιου. Αντίθετα, το ψυχρό και υγρό κλίμα του χειμώνα κατά κανόνα την επιδεινώνει. Η μετάβαση στον χειμώνα εισάγει επίσης την εποχή του κρυολογήματος, της γρίπης



και άλλων λοιμώξεων που δρουν επιβαρυντικά, αναφέρει η κα Χαριτωμένη Βαβούλη, Δερματολόγος- Αφροδισιολόγος (Επιμελήτρια Α', Α' Κλινική Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Νοσοκομείο «Α. ΣΥΓΓΡΟΣ»).

Για την αποφυγή και αντιμετώπιση των χειμερινών εξάρσεων συνιστώνται: εντατική ενυδάτωση του δέρματος, ρύθμιση της θερμοκρασίας και υγρασίας του χώρου, ντους με χλιαρό νερό, ένδυση με μαλακά υφάσματα, επαρκής πρόσληψη νερού, ισορροπημένη διατροφή, αποφυγή του αλκοόλ, σωματική άσκηση, διαχείριση του στρες, έλεγχος των συννοσηροτήτων, τακτικό τσεκάπ, εμβολιασμός και κυρίως προσαρμογή της θεραπείας από τον ειδικό ιατρό κατέληξε η κα Βαβούλη.

Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Αν πάσχεις από ψωρίαση θα πρέπει επίσης να προσέξεις και τι βάζεις στο πιάτο σου, επισημαίνει ο **Δρ. Δημήτρης Γρηγοράκης**, Κλινικός Διαιτολόγος-Διατροφολόγος MSc, PhD, Διδάκτωρ Χαροκοπείου Πανεπιστημίου, Επιστημονικός Συνεργάτης ΤΕΔΔ Χαροκοπείου Πα-

νεπιστημίου & Α' Νευρολογικής Κλινικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Καθηγητής ΚΕΔΙΒΙΜ ΕΚΠΑ. Μια υγιεινή διατροφή -πολλά φρούτα και λαχανικά, άπαχη πρωτεΐνη και δημητριακά ολικής αλέσεως- είναι μια καλή ιδέα για σχεδόν όλους.

Μερικοί ασθενείς με ψωρίαση αναφέρουν ότι οι διατροφικές τους συνήθειες μπορεί να επηρεάσουν το δέρμα τους. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η κατανάλωση ορισμένων τροφίμων συνδέεται με την επιδείνωση των συμπτωμάτων. Ορισμένα από αυτά είναι η ζάχαρη και γενικότερα οι επεξεργασμένες τροφές.

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

Επιπλέον οδηγίες οι οποίες μπορεί να είναι χρήσιμες για τους ασθενείς με ψωρίαση είναι οι ακόλουθες:

- **Περιορίστε το αλκοόλ:** Μελέτες δείχνουν ότι οι άνδρες που πίνουν πολύ δεν ανταποκρίνονται επίσης στις θεραπείες ψωρίασης. Και ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα που έχουν ψωρίαση και πίνουν πολύ μπορεί να διαπιστώσουν ότι το δέρμα τους γίνεται καλύτερο όταν σταματούν.

- **Τροφές που καταπολεμούν τη φλεγμονή:** Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι τα αντιοξειδωτικά, όπως η βιταμίνη C, η βιταμίνη E, το β-καροτένιο και το σελήνιο, μπορεί να κάνουν τη διαφορά. Και μερικές έρευνες δείχνουν ότι τα λιπαρά οξέα από το ιχθυέλαιο μπορούν να είναι χρήσιμα. Φρούτα και λαχανικά, ειδικά μούρα, κεράσια και φυλλώδη χόρτα. Σολομός, σαρδέλες και άλλα ψάρια πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα. Πλούσια σε αντιοξειδωτικά βότανα και μπαχαρικά όπως θυμάρι, φασκόμηλο, κύμινο και τζίντζερ. Πηγές λίπους που είναι υγιείς για την καρδιά, όπως ελαιόλαδο, σπόροι και ξηροί καρποί.

- **Χάστε βάρος:** Τα άτομα που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να προσβληθούν από ψωρίαση και τα συμπτώματά τους τείνουν να είναι χειρότερα.

- **Προσοχή στις «ανορθόδοξες» δίαιτες:** Μείνετε μακριά από ακραίες δίαιτες που ισχυρίζονται ότι θεραπεύουν την ψωρίαση με πράγματα όπως η νηστεία ή τα κλύσματα.

Σχετικά με το Σωματείο Υποστήριξης Ψωριασικών Ασθενών «ΚΑΛΥΨΩ»



Το Σωματείο «ΚΑΛΥΨΩ», είναι πανελλαδικός φορέας ενταγμένος στα εθνικά μητρώα φορέων παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και εθελοντικών ΜΗ.ΚΥ.Ο. Ιδρύθηκε το 2004 με σκοπό τη διαρκή ενημέρωση και τη ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με ψωρίαση και ψωριασική αρθρίτιδα. Η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, η κοινωνική αποστιγματοποίηση της νόσου, η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, η προάσπιση των δικαιωμάτων και η προαγωγή των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των ανθρώπων που τους συνδέει η κοινή νόσος αποτελούν βασικούς στόχους του Σωματείου «ΚΑΛΥΨΩ». Τηλέφωνο Ψυχολογικής Υποστήριξης: 210 721 2002

Τα στοιχεία επικοινωνίας του Σωματείου είναι: Χίου 29, 104 37 Αθήνα, www.kalipso.gr, e-mail: info@kalipso.gr

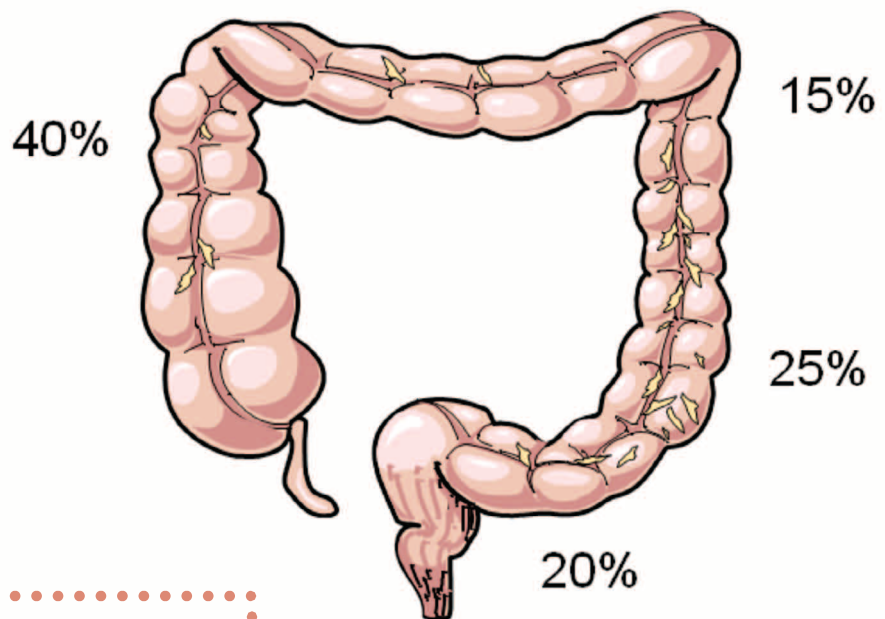
Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε επικοινωνήστε με την Alpha Public Relations τηλ. 210 3645 629, κα Ρούλα Μητά r.mita@apr.com.gr ή/και κα Καίτη Αντωνοπούλου k.antonompoulou@apr.com.gr

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να προληφθεί

Δρ. Σταύρος Κατσούλης

Διδάκτορας Παν/μίου Göttingen Γερμανίας
Επίκουρος Καθηγητής
Παν/μίου Ruhr Γερμανίας
Γαστρεντερολόγος- Ηπατολόγος
Επεμβατικός Ενδοσκόπος

Ιατρείο:
Παπαναστασίου 3 (& Καποδιστρίου) Δικαστήρια, Χανιά
Τηλ. 282.1023 | 19, Κιν. 6987560146



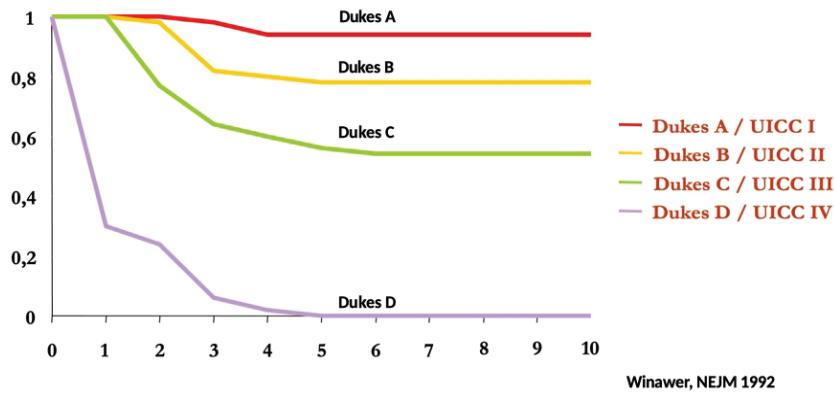
Ο καρκίνος του παχέος εντέρου (ΚΠΕ) είναι ένας κακοήθης όγκος που προσβάλλει το παχύ έντερο και το ορθό. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου ή ορθοκολικός καρκίνος είναι ο 3ος σε συχνότητα καρκίνος παγκοσμίως, και ο συχνότερος καρκίνος στην Ευρώπη. Κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 1,3 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως με καρκίνο του παχέος εντέρου.

Η υψηλότερη συχνότητα παρατηρείται στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, η χαμηλότερη στη Νότια και Κεντρική Ασία και την Αφρική. Προσβάλλει συχνότερα τους άνδρες σε αναλογία 1,5 προς 1 σε σχέση με τις γυναίκες. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο περίπου 700.000 ασθενείς παγκοσμίως πεθαίνουν από καρκίνο του παχέος εντέρου. Στην Ευρώπη είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο. Αν και η θνησιμότητα έχει μειωθεί σταδιακά από το 1990 σε πο-

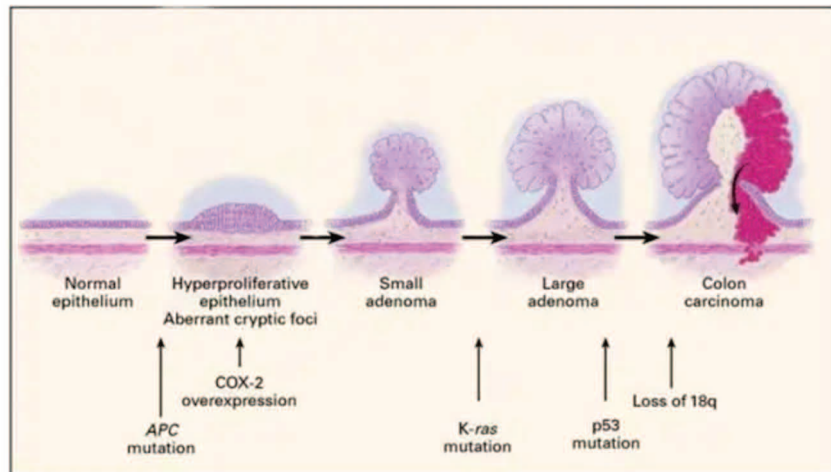
σοστό περίπου 3% ετησίως, τα τελευταία 15 χρόνια εξακολουθεί να παραμένει η δεύτερη πιο διαδεδομένη αιτία θανάτου στη χώρα μας. Στην Ελλάδα (στοιχεία 2012) έχουμε περίπου 3.900 νέες περιπτώσεις καρκίνου παχέος εντέρου τον χρόνο, με συχνότητα 36 ατόμων ανά 100.000 πληθυσμού, και περίπου 2.500 θανάτους το έτος. Ο συνολικός κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου για τον γενικό πληθυσμό είναι 6%, η μέση ηλικία έναρξης είναι 72 έτη για τους άνδρες και 75 έτη για τις γυναίκες. Πάνω από το 95% αυτών που έχουν προσβληθεί είναι ηλικίας άνω των 50 ετών κατά τη στιγμή της διάγνωσης. Τα 80% των ασθενειών επηρεάζουν το παχύ έντερο και 20% επηρεάζουν το ορθό. Περίπου το 40% όλων των καρκινωμάτων βρίσκονται εγγύς του Κάτιον.

Εδώ και αρκετό χρονικό διάστημα είναι γνωστό από επιστημονικές μελέτες ότι η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, καθώς και όλων των άλλων καρκινωμάτων, εξαρτάται σαφώς από το στάδιο που γίνεται η διάγνωση. Η πιθανότητα επιβίωσης είναι μεγαλύτερη, όταν η διάγνωση γίνει σε πρώιμα στάδια. Το 5ετές ποσοστό επιβίωσης για καρκίνο στο τοπικό στάδιο UICC I είναι πάνω από 90%. Στο στάδιο III με μεταστάσεις λεμφαδένων,

Ποσοστά επιβίωσης του ΚΠΕ ανάλογα με το στάδιο



Αλληλουχία αδενώματος-καρκινώματος λανθάνον χρόνος περίπου 10 έτη μέχρι τον καρκινωματώδη μετασχηματισμό



ωστόσο, είναι μόνο περίπου 55% και στο στάδιο IV με απομακρυσμένες μεταστάσεις είναι 5%.

Το 90% των καρκίνων του παχέος εντέρου προέρχονται από καλοήθεις, αδενωματώδεις πολύποδες που διαφοροποιήθηκαν, η οποία αναφέρεται ως αλληλουχία αδενώματος-καρκινώματος. Ο χρόνος από τον σχηματισμό ενός πολύποδα έως την ανάπτυξη καρκίνου είναι περίπου 10 χρόνια. Η φυσική πορεία ενός πολύποδα είναι ασαφής, επειδή οι πολύποδες αφαιρούνται ενδοσκοπικά, όταν ανακαλυφθούν.

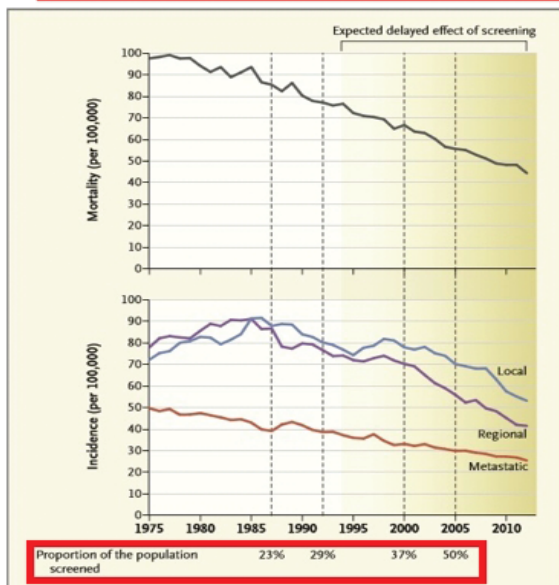
Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ΚΠΕ περιλαμβάνουν ηλικία, αρσενικό φύλο, κατανάλωση κόκκινου κρέατος (συμπεριλαμβανομένου χοιρινού κρέατος, βόειου κρέατος, αρνιού), παχυσαρκία, κάπνισμα, αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ και σακχαρώδη διαβήτη. Ένας παράγοντας κινδύνου αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου χωρίς απαραι-

τήτως από μόνος του να αποτελεί αιτία εμφάνισης καρκίνου.

Η κληρονομικότητα είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Περίπου 15-20% των ασθενών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του παχέος εντέρου έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό, δηλαδή υπάρχει ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου σε συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, παιδιά, αδέρφια). Η αύξηση του κινδύνου εξαρτάται από τον αριθμό και την ηλικία των πληγέντων συγγενών. Ο κίνδυνος να εμφανιστεί ΚΠΕ στους συγγενείς πρώτου βαθ-

μού ενός προσβεβλημένου διπλασιάζεται. Ο κίνδυνος αυξάνεται περαιτέρω, εάν έχουν περισσότεροι συγγενείς προσβληθεί ή εάν ένας συγγενής που έχει προσβληθεί είναι κάτω των 45 ετών. Στην πλειονότητα αυτών των περιπτώσεων, οι γενετικές αιτίες του αυξημένου κινδύνου καρκινώματος δεν είναι γνωστές, μιλάμε για οικογενειακό καρκίνο του παχέος εντέρου. Για άτομα που κινδυνεύουν από την παρουσία οικογενειακού ή κληρονομικού ΚΠΕ ισχύουν ξεχωριστές προληπτικές συστάσεις.

Καρκίνος του παχέος εντέρου 1975 - 2012: Μειωμένη θνησιμότητα και συχνότητα στις ΗΠΑ



Colorectal-Cancer Mortality (Top) and Stage-Specific Incidence (Bottom) among People 50 Years of Age or Older in the United States, 1975–2012. Data are from the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program 9 and are age-adjusted to the 2000 U.S. standard population. Total incidence is the sum of local, regional, and metastatic incidence.

Η μείωση της θνησιμότητας του ΚΠΕ από το 1975 εξηγείται κυρίως από 3 παράγοντες:

- **Αυξημένη διαλογή** (υπεύθυνη για **~53%** της μείωσης)
- **Υγιεινότερος τρόπος ζωής** (πιο υγιεινή διατροφή, περισσότερη άσκηση, περισσότερη θεραπεία αντικατάστασης ορμονών, λήψη περισσότερων μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακων (ΜΣΑΦ), λιγότερο κάπνισμα και χαμηλότερη κατανάλωση αλκοόλ) (υπεύθυνη για **~35%** της μείωσης)
- **Καλύτερη θεραπεία** (υπεύθυνη για **~12%** της μείωσης)

Strum, N Engl J Med 2016;374:1065-1075

Welch, N Engl J Med 2016;374:1605-1607

Μια άλλη ομάδα κινδύνου είναι οι ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (ΙΦΝΕ). Στην ελκώδη κολίτιδα, ο κίνδυνος καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτάται από τη διάρκεια και την έκταση της νόσου. Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με νόσο του Crohn και προσβολή του παχέος εντέρου έχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου. Τα τελευταία χρόνια, ο κίνδυνος καρκίνου σε ασθενείς με ΙΦΝΕ φαίνεται να έχει μειωθεί, ο οποίος οφείλεται εν μέρει και στον καλύτερο έλεγχο των ασθενειών.

Η καλύτερη στρατηγική κατά του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι κατά κύριο λόγο η πρόληψη του, και δεύτερον η ανίχνευση του το συντομότερο δυνατό. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι αποφεύγοντας τους παράγοντες κινδύνου με υγιεινό τρόπο ζωής μπορούν να μειώσουν κατά 35 % τον κίνδυνο ΚΠΕ, όμως δεν υποκαθιστούν τη συμμετοχή του πληθυσμού στον έλεγχο του ΚΠΕ.

Ο όρος διαλογή χρησιμοποιείται για να συνοψίσει την πρόληψη και την έγκαιρη ανίχνευση. Στην πρώιμη διάγνωση, μια διάγνωση καρκίνου στο πρώιμο στάδιο χωρίς συμπτώματα βελτιώνει μέγιστα την πρόγνωση. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του ΚΠΕ είναι ότι, εκτός από την έγκαιρη ανίχνευση, η πρόληψη είναι δυνατή μέσω της ανίχνευσης και της αφαίρεσης των πολύποδων

(αδενώματα).

Αντίστοιχα, με τις διαθέσιμες μεθόδους διαλογής, μπορεί να γίνει διάκριση μεταξύ μεθόδων που εντοπίζουν κυρίως καρκινώματα και εκείνων που επιτρέπουν επίσης την ανίχνευση αδενωμάτων.

Για την έγκαιρη ανίχνευση καρκινωμάτων χρησιμοποιούνται τεστ για την ανίχνευση απόκρυφου αίματος στα κόπρανα (τεστ κοπράνων *Maygel*). Αυτή η μέθοδος δοκιμής βασίζεται στο γεγονός ότι τα καρκινώματα συσσωρεύουν μικρές ποσότητες αίματος στα κόπρανα, που δεν είναι ορατά με γυμνό μάτι. Αναπτύχθηκαν ανοσολογικές μέθοδοι (FIT) που μπορούν να ανιχνεύσουν συγκεκριμένα ανθρώπινο αίμα στα κόπρανα σε σημαντικό ποσοστό και δεν είναι απαραίτητη καμία αλλαγή στη διατροφή ή στα φάρμακα του ασθενούς, και απαιτείται μόνο ένα δείγμα από μία αφόδευση. Μια μετα-ανάλυση 19 μελετών έδειξε ευαισθησία 79% και ειδικότητα 94% για την ανίχνευση καρκίνου του παχέος εντέρου. Δεδομένου ότι τα αδενώματα αιμορραγούν σημαντικά λιγότερο (ή καθόλου), η ευαισθησία του FIT για τα αδενώματα είναι χαμηλή (περίπου 10-20%). Αντίστοιχα, σε 3 από τις μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες δεν αποδείχθηκε μείωση της συχνότητας εμφάνισης καρκινώματος από το FIT.

Η κολονοσκόπηση αποτελεί την εξέταση εκλογής για τον έλεγχο του παχέος εντέρου τόσο σε συμπτωμα-

τικούς όσο και σε ασυμπτωματικούς ασθενείς. Εντοπίζει τις βλάβες και επιτρέπει την πολυτεκτομή και τη λήψη βιοψιών.

Εδώ και περίπου 20 χρόνια, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες συστήνουν την προληπτική κολonosκόπηση για άνδρες από την ηλικία των 50 και για γυναίκες από την ηλικία των 55 ετών. Εάν δεν ανιχνευθούν αδενώματα (πολύποδες) κατά τη διάρκεια της κολonosκόπησης, απαιτείται επανάληψη εξέτασης σε 10 χρόνια.

Η κολonosκόπηση έχει το πλεονέκτημα ότι μπορεί επίσης να ανιχνεύσει κακοήθειες που δεν αιμορραγούν. Επιπλέον, είναι η μόνη μέθοδος που επιτρέπει την πρωτογενή πρόληψη των καρκινωμάτων μέσω της ανίχνευσης και της αφαίρεσης των αδενωμάτων. Σε μια μελέτη ασθενών-μαρτύρων στις αρχές της δεκαετίας του 1990 αποδείχθηκε ότι η αφαίρεση των αδενωμάτων στην κολonosκόπηση μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου κατά 76-90%. Μια πιο πρόσφατη ανάλυση των δεδομένων έδειξε επίσης ότι η σχετική με τον ΚΠΕ θνησιμότητα στην ομάδα που αφαιρέθηκαν τα αδενώματα ήταν 53% χαμηλότερη από ότι σε μια ομάδα ελέγχου. Κατά τη διάρκεια μιας κολonosκόπησης, παρατηρείται ολόκληρο το παχύ έντερο, συμπεριλαμβανομένων των εγγύτερων τομών του. Για την πραγματοποίηση κολonosκόπησης απαιτούνται εντατικά καθαρτικά μέτρα. Η καλή προετοιμασία του εντέρου καθορίζει την ποιότητα, δυσκολία, ταχύτητα και ολοκλήρωση της εξέτασης. Επί κακής προετοιμασίας μπορούν να διαφύγουν πολύποδες και άλλες παθολογίες. Λόγω της ποσότητας του υγρού (μεταξύ 1 και 4 λίτρων ανάλογα με το παρασκεύασμα) και της γεύσης του, πολλοί ασθενείς θεωρούν αυτό το προπαρασκευαστικό μέτρο ως το πιο αγχωτικό μέρος της εξέτασης. Επίσης, σημαντικό για την άνεση του ασθενούς είναι η κολonosκόπηση να γίνεται με ελεγχόμενη εμφύσηση διοξειδίου του άνθρακα αντί του αέρα. Το διοξείδιο του άνθρακα διαφεύγει από το σώμα 150 φορές πιο γρήγορα από τον αέρα,

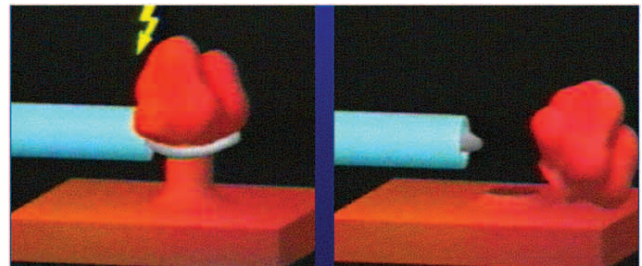
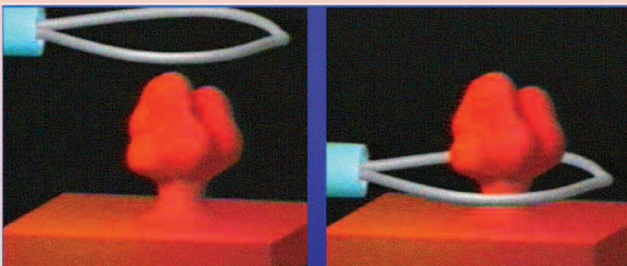
πράγμα που σημαίνει ότι οι ασθενείς έχουν πολύ λιγότερα αέρια και εντερική δυσφορία μετά την ολοκλήρωση της εξέτασης. Η εξέταση της κολonosκόπησης μπορεί να εκτελεστεί τελείως ανώδυνα με ενδοφλέβια εφαρμογή καταστολής. Το ποσοστό επιπλοκών με κολonosκόπηση είναι γενικά χαμηλό (0,28%). Εκτός από τις επιπλοκές της αιμορραγίας και της διάτρησης, η χρήση καταστολής μπορεί να προκαλέσει καρδιαγγειακές παρενέργειες. Η κολonosκόπηση έχει το πλεονέκτημα ότι τα νεοπλάσματα ολόκληρου του παχέος εντέρου μπορούν να ανιχνευθούν με αυτήν τη μέθοδο.

Η ενδοσκόπηση και η πολυποδεκτομή με βρόγχο παρέχουν έναν απλό τρόπο διαχείρισης των ορθοκολικών πολύποδων. Στην πράξη, όλοι οι πολύποδες θα πρέπει να αφαιρούνται, γιατί δεν είναι δυνατόν να καθοριστεί ο ιστολογικός τύπος του πολύποδα από την εμφάνισή του και μόνο. Ακόμα και μεγάλοι πολύποδες μπορούν να αφαιρεθούν με ασφάλεια σε εξωτερικούς ασθενείς στο ιατρείο. Ωστόσο, ο γαστρεντερολόγος πρέπει να έχει επαρκή εμπειρία και να είναι σε θέση να διαχειριστεί πιθανές επιπλοκές. Η εισαγωγή της πολυποδεκτομής έχει μειώσει σε σημαντικό βαθμό τη θνησιμότητα από καρκίνο του παχέος εντέρου.

Ο στόχος στο μέλλον θα πρέπει να είναι η αύξηση της αποδοχής της κολonosκόπησης στον γενικό πληθυσμό μέσω εκστρατείας ευαισθητοποίησης. Εάν αυτό επιτύχει, η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου μπορεί να μειωθεί ακόμα περισσότερο.

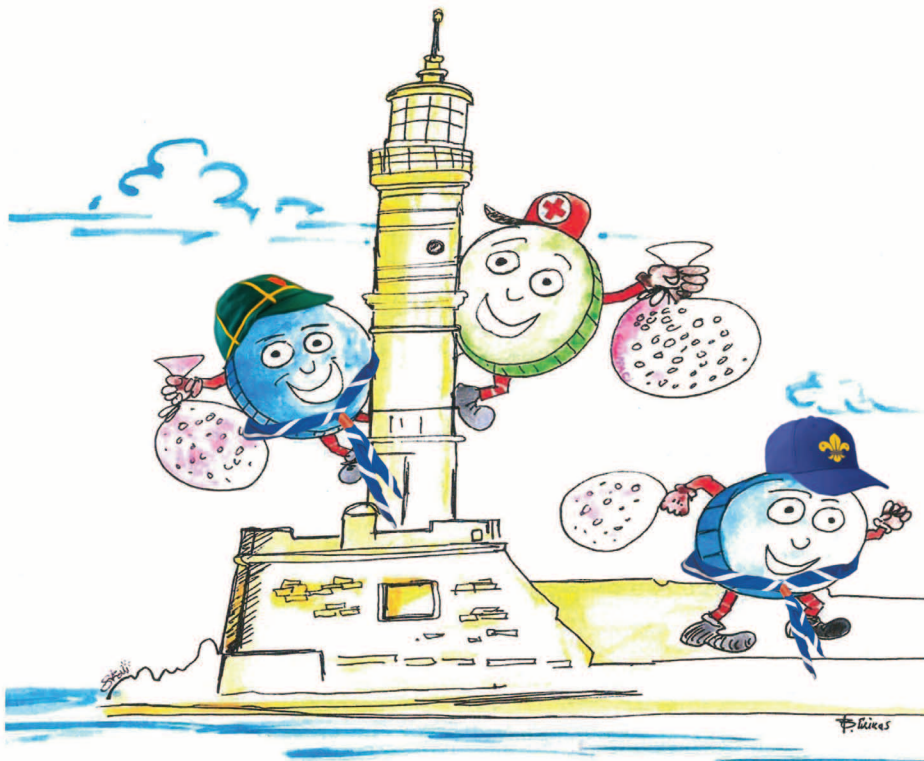
Βιβλιογραφία:

- Zauber AG, et al. *N Engl J Med* 2012; 366: 687-696
 Brenner H, et al. *Lancet* 2014; 383: 1490-502
 Brenner H, et al. *BMJ* 2014; 348: g2467
 Lee JK, et al. *Ann Intern Med* 2014; 160: 171-181
 Strum WB, *N Engl J Med* 2016;374:1065-1075
 Welch HC, et al. *N Engl J Med* 2016;374:1605-1607
 Brenner H, et al. *Dtsch Arztebl* 2016; 113: 101-106
 Grobbee EJ, et al. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2020; 18:667-675
 Lieberman, et al. *Gastroenterology* 2020; 158:862-874



Η αφαίρεση ενός πολύποδα με τον βρόγχο σε σχηματικό διάγραμμα

Κάθε Καπάκι μετράει!



 **Ελληνικός
Ερυθρός Σταυρός**
Περιφερειακό Τμήμα Χανίων
Ελευθερίου Βενιζέλου 126, 731 32 Χανιά

☎ (+30)2821052550 ✉ chania@samarites.gr

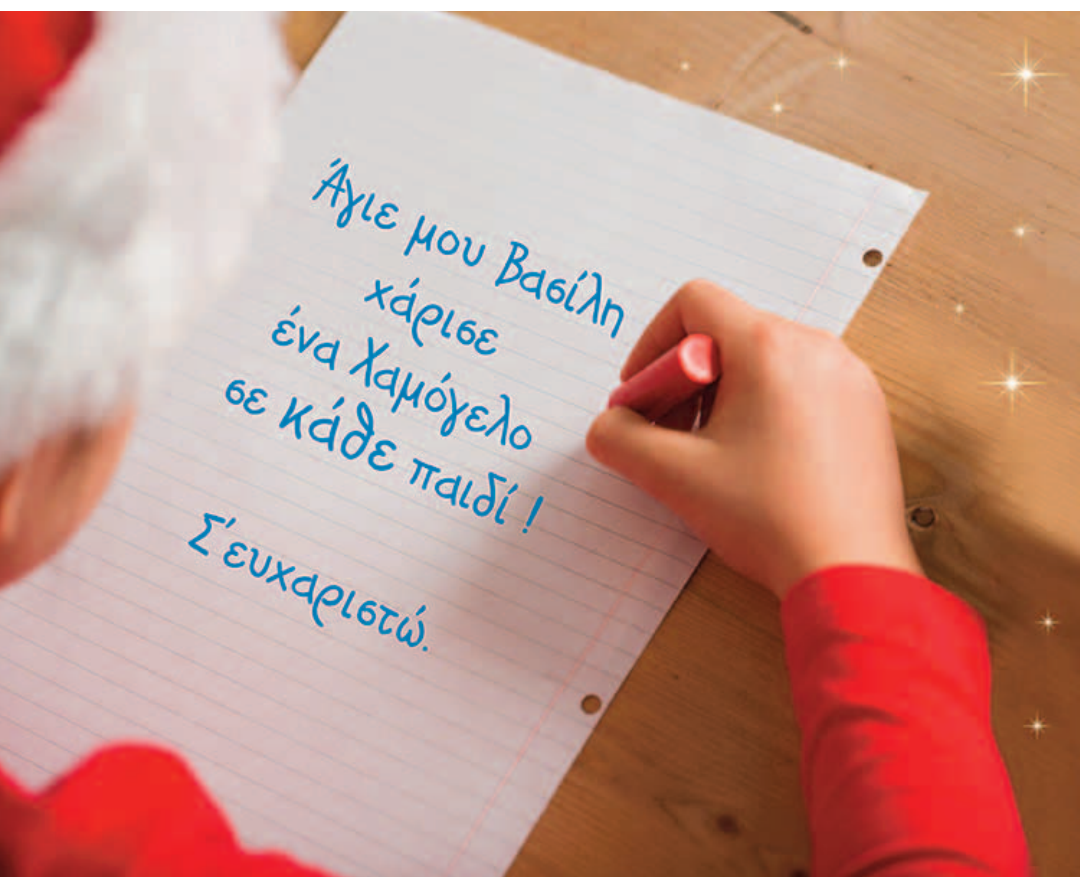


Σώμα Εθελοντών Σαμαρειτών, Διασωστών & Ναυαγοσωστών
<http://www.samarites.gr>

📄 <https://www.facebook.com/SamaritesChania>



**ΣΩΜΑ
ΕΛΛΗΝΩΝ
ΠΡΟΣΚΟΠΩΝ**



Άγιε μου Βασίλη
χάρισε
ένα χαμόγελο
σε κάθε παιδί!
Σ'ευχαριστώ.



hamogelo.gr

Κίνδυνος καρκίνου από την κατάχρηση αντιβιοτικών

Υπάρχει σαφής σχέση ανάμεσα στη συχνή λήψη αντιβιοτικών και στον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου μέσα στα επόμενα πέντε έως δέκα χρόνια, σύμφωνα με μια νέα σουηδική επιστημονική έρευνα.

Η επίπτωση των αντιβιοτικών στο μικροβίωμα ("οικοσύστημα" μικροοργανισμών) στο έντερο εκτιμάται ότι εξηγεί την αύξηση του κινδύνου για καρκίνο.

Οι ερευνητές του Πανεπιστημίου Ουμέα, με επικεφαλής τη δρ Σοφία Χαρλίντ, που έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου (Journal of the National Cancer Institute), ανέλυσαν στοιχεία για 40.000 περιστατικά καρκίνου, σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου 200.000 ατόμων χωρίς καρκίνο. Διαπιστώθηκε ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες που έπαιρναν αντιβιοτικά για περισσότερους από έξι μήνες, είχαν κατά μέσο όρο 17% μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης καρκίνου στο ανώτερο τμήμα του παχέος εντέρου (μετά το λεπτό έντερο), αλλά όχι στο κατώτερο τμήμα του (στο ορθό).

Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος για όσους έχουν πάρει τα περισσότερα αντιβιοτικά, αλλά παρατηρείται μια μικρή αύξηση του κινδύνου ακόμα και σε μερικούς ανθρώπους μετά από μία μόνο θεραπεία με



αντιβιοτικά.

Για να βεβαιωθούν, οι ερευνητές μελέτησαν ένα μη αντιβιοτικό βακτηριοκτόνο φάρμακο που χρησιμοποιείται κατά των ουρολοιμώξεων και το οποίο δεν επηρεάζει το μικροβίωμα του εντέρου. Διαπιστώθηκε ότι όντως το εν λόγω φάρμακο δεν αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου, κάτι που υποδηλώνει ότι είναι τα αντιβιοτικά αυτά, που εξαιτίας της επίπτωσής τους στο εντερικό μικροβιακό οικοσύστημα διευκολύνουν την εκδήλωση καρκίνου.

Μολονότι η μελέτη αφορούσε μόνο αντιβιοτικά

χορηγούμενα από το στόμα, οι ερευνητές επεσήμαναν ότι και τα ενδοφλέβια αντιβιοτικά μπορούν να επιδράσουν στο μικροβίωμα του εντέρου.

«Τα ευρήματα δείχνουν ότι υπάρχουν πολλοί λόγοι να είναι κανείς συγκρατημένος με τα αντιβιοτικά. Αν και σε πολλές περιπτώσεις είναι αναγκαία η θεραπεία με αυτά και σώζει ζωές, στην περίπτωση λιγότερο σοβαρών παθήσεων που αναμένεται να θεραπευτούν έτσι κι αλλιώς χρειάζεται επιφύλαξη. Πάνω απ' όλα για να αποτραπεί η ανάπτυξη

αντίστασης από τα βακτήρια, αλλά επίσης, όπως δείχνει η μελέτη μας, επειδή τα αντιβιοτικά μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο μελλοντικού καρκίνου του εντέρου», ανέφερε η Χαρλίντ. «Δεν υπάρχει πάντως απολύτως καμία αιτία για πανικό, απλώς επειδή έχετε πάρει αντιβιοτικά. Η αύξηση του κινδύνου για καρκίνο είναι μέτρια και η επίπτωση στον απόλυτο κίνδυνο για έναν άνθρωπο είναι σχετικά μικρή», πρόσθεσε.

Η σπουδαιότητα του Αντιγριπτικού εμβολιασμού

Θεοδώρα Φουρκιώτη

Επισκέπτρια Υγείας
4η ΤΟΜΥ Κατερίνης
Μέλος ΠΣΕΥ/ΝΠΔΔ

Η γρίπη είναι μια μεταδοτική νόσος του αναπνευστικού συστήματος και προκαλείται από τον ιό της γρίπης. Μπορεί να οδηγήσει από ήπια έως σοβαρή νόσο και κάποιες φορές ακόμα και στον θάνατο. Οι ηλικιωμένοι, τα μικρά παιδιά και άτομα που πάσχουν από ορισμένα χρόνια νοσήματα κινδυνεύουν περισσότερο από σοβαρές επιπλοκές της γρίπης.

Η διαχρονική παρακολούθηση του νοσήματος στην Ελλάδα δείχνει ότι η δραστηριότητα της εποχικής γρίπης συνήθως αρχίζει να αυξάνεται κατά τον Ιανουάριο, ενώ κορυφώνεται κατά τους μήνες Φεβρουάριο- Μάρτιο.

Οι εποχικές επιδημίες εμφανίζονται κυρίως κατά τη διάρκεια του χειμώνα, από τον Οκτώβριο έως τον Μάρτιο στο βόρειο ημισφαίριο και τον Απρίλιο έως τον Σεπτέμβριο στο νότιο ημισφαίριο. Σε τροπικές και υποτροπικές χώρες, η εποχική γρίπη μπορεί να εμφανιστεί όλο τον χρόνο.

Η εποχική γρίπη (ή «γρίπη») προκαλείται συχνότερα από ιούς γρίπης τύπου Α ή Β. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ξαφνική έναρξη πυρετού, βήχα (συνήθως ξηρός), πονοκέφαλο, πόνο στους μύες και στις αρθρώσεις, πονόλαιμο και καταρροή. Ο βήχας μπορεί να είναι σοβαρός και μπορεί να διαρκέσει 2 ή περισσότερες εβδομάδες. Οι περισσότεροι άνθρωποι αναρρώνουν από πυρετό και άλλα συμπτώματα μέσα σε μια εβδομάδα, χωρίς να χρειάζονται ιατρική φροντίδα. Ωστόσο, η γρίπη μπορεί να προκαλέσει σοβαρή ασθένεια ή θάνατο σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

Σημαντικός παράγοντας στην αύξηση ή επιδείνωση των περιστατικών γρίπης είναι και η κλιματική αλλαγή. Η κλιματική αλλαγή μπορεί να μεταβάλει τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των λοιμώξεων του αναπνευστικού, επηρεάζοντας τους φορείς και τις

ανοσολογικές αντιδράσεις του ξενιστή. Ορισμένες λοιμώξεις του αναπνευστικού, όπως η γρίπη, εμφανίζονται σε τοποθεσίες που δεν είχαν επηρεαστεί προηγουμένως, προφανώς λόγω της υπερθέρμανσης του πλανήτη.

Συγκεκριμένα, η γρίπη επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την κλιματική αλλαγή μέσω της αλλαγής θερμοκρασίας. Ερευνητές ανέλυσαν τις εποχές της γρίπης και τις αλλαγές θερμοκρασίας και διαπίστωσαν ότι οι ζεστοί χειμώνες τείνουν να ακολουθούνται από σοβαρή και πρώιμη εμφάνιση γρίπης την επόμενη σεζόν. Μελέτες μοντελοποίησης έχουν δείξει ότι τα κρούσματα γρίπης έχουν θετική συσχέτιση με τις γεωγραφικές διαφορές στην ελάχιστη θερμοκρασία και την ειδική υγρασία.

Ο αποτελεσματικότερος τρόπος πρόληψης είναι ο εμβολιασμός με το αντιγριπτικό εμβόλιο, το οποίο, όταν χορηγηθεί σωστά και έγκαιρα, προφυλάσσει από τη μετάδοση του ιού της γρίπης, συμβάλλει στην προστασία από τις σοβαρές επιπλοκές της γρίπης και κατ'επέκταση στη μείωση απουσιών από την εργασία, το σχολείο και κάθε άλλη κοινωνική εκδήλωση. Όπως κάθε χρόνο, και επειδή ο ιός της γρίπης μεταλλάσσεται σε διαφορετικούς υπο-ορότυπους, έτσι και για την περίοδο 2021-2022 η σύνθεση του αντιγριπτικού εμβολίου περιέχει τα εγκεκριμένα στελέχη του ιού, σύμφωνα με τις συστάσεις του

Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ).

Ευπαθείς ομάδες

Σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών της χώρας μας, ο αντιγριπτικός εμβολιασμός πρέπει να εφαρμόζεται συστηματικά και κατά προτεραιότητα σε άτομα (ενήλικες και παιδιά) που ανήκουν στις παρακάτω ομάδες αυξημένου κινδύνου:

1. Άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω
2. Παιδιά (6 μηνών και άνω) και ενήλικες με έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω επιβαρυντικούς παράγοντες ή χρόνια νοσήματα:
 - Χρόνια νοσήματα αναπνευστικού (άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια,
 - Καρδιακή νόσο με σοβαρή αιμοδυναμική διαταραχή,
 - Ανοσοκαταστολή,
 - Μεταμόσχευση οργάνων και μεταμόσχευση μυελού των οστών,
 - Δρεπανοκυτταρική αναιμία,
 - Σακχαρώδη διαβήτη ή άλλο χρόνιο μεταβολικό νόσημα,
 - Χρόνια νεφροπάθεια,
 - Χρόνιες παθήσεις ήπατος,
 - Νευρολογικά-νευρομυϊκά νοσήματα.
 - Σύνδρομο Down
3. Έγκυες γυναίκες ανεξαρτήτως ηλικίας κύησης, λεχαιίδες και θηλάζουσες.
4. Άτομα με νοσογόνο παχυσαρκία.

5. Παιδιά που παίρνουν ασπιρίνη μακροχρόνια.

6. Άτομα που βρίσκονται σε στενή επαφή με παιδιά μικρότερα των 6 μηνών, ή φροντίζουν, ή διαβιούν με άτομα με υποκείμενο νόσημα, που αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών της γρίπης.

7. Κλειστοί πληθυσμοί, όπως πρωτογενείς και δευτερογενείς σπουδαστές, νεοσύλλεκτοι, ιδρύματα χρονίως πασχόντων και μονάδες φιλοξενίας ηλικιωμένων.

8. Εργαζόμενοι σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας και σε κέντρα διαμονής προσφύγων- μεταναστών.

9. Άστεγοι.

10. Κτηνίατροι, πτηνοτρόφοι, χοιροτρόφοι, εκτροφείς, σφαγείς και γενικά άτομα που έρχονται σε συστηματική επαφή με πτηνά ή χοίρους.

Σημειώνεται ότι αναμένεται πως κατά την προσεχή περίοδο γρίπης 2021-2022, ο ιός της γρίπης θα κυκλοφορήσει παράλληλα με τον ιό SARS-CoV-2, που προκαλεί τη νόσο από κορωνοϊό-2019 (COVID-19). Αυτή η ιδιαίτερη συγκυρία απαιτεί την πιο πλήρη εφαρμογή του αντιγριπικού εμβολιασμού κατά την προσεχή περίοδο με προτεραιότητα τον εμβολιασμό ατόμων που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου.

Συγχορήγηση με το εμβόλιο κατά του κορωνοϊού

Το αντιγριπικό εμβόλιο μπορεί να χορηγηθεί ακόμη και την ίδια μέρα με το εμβόλιο κατά του κορωνοϊού -αλλά σε διαφορετικά ανατομικά σημεία- όπως και οποιαδήποτε άλλη μέρα πριν και μετά το εμβόλιο κατά του κορωνοϊού.

Χρονικοί περιορισμοί χορήγησης του αντιγριπικού εμβολίου σε σχέση με τη λοίμωξη COVID-19

• Ασυμπτωματικοί ή προσυμπτωματικοί ασθενείς με θετικό εργαστηριακό έλεγχο COVID-19 πρέπει να κάνουν το αντιγριπικό εμβόλιο,

μόλις ολοκληρώσουν την απομόνωσή τους.

• Ασυμπτωματικά άτομα που ήρθαν σε επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 και έχουν αρνητικό εργαστηριακό έλεγχο μπορούν να εμβολιαστούν κανονικά.

• Συμπτωματικοί ασθενείς με λοίμωξη COVID-19 πρέπει να αναβάλουν τον εμβολιασμό τους μέχρι να ολοκληρωθεί η απομόνωσή τους και να υφεί η συμπτωματολογία της νόσου.

Τα οφέλη του Αντιγριπικού Εμβολιασμού

Ο αντιγριπικός εμβολιασμός είναι ο καλύτερος τρόπος για να προστατεύσετε τον εαυτό σας και τα αγαπημένα σας πρόσωπα από τη γρίπη και τις δυνητικά σοβαρές επιπλοκές της.

• Ο εμβολιασμός κατά της γρίπης μπορεί να σας εμποδίσει να αρρωστήσετε με γρίπη.

Ο εμβολιασμός κατά της γρίπης αποτρέπει εκατομμύρια ασθένειες και επισκέψεις σε γιατρούς που σχετίζονται με τη γρίπη κάθε χρόνο. Κατά τη διάρκεια του 2019-2020 ο εμβολιασμός κατά της γρίπης απέτρεψε περίπου 7,5 εκατομμύρια ασθένειες γρίπης, 3,7 εκατομμύρια ιατρικές επισκέψεις που σχετίζονται με τη γρίπη, 105.000 νοσηλεία που σχετίζονται με τη γρίπη και 6.300 θανάτους που σχετίζονται με τη γρίπη.

• Ο εμβολιασμός κατά της γρίπης έχει αποδειχθεί σε αρκετές μελέτες ότι μειώνει τη σοβαρότητα της νόσου και τις επιπλοκές της σε άτομα που εμβολιάζονται, αλλά εξακολου-

θούν να αρρωσταίνουν.

• Ο εμβολιασμός κατά της γρίπης μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο νοσηλείας που σχετίζεται με τη γρίπη.

Μια μελέτη του 2018 έδειξε ότι από το 2012 έως το 2015, ο εμβολιασμός κατά της γρίπης μεταξύ των ενηλίκων μείωσε τον κίνδυνο εισαγωγής σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) με γρίπη κατά 82%.

• Ο εμβολιασμός κατά της γρίπης είναι ένα σημαντικό προληπτικό εργαλείο για άτομα με συγκεκριμένες χρόνιες παθήσεις

Ο εμβολιασμός κατά της γρίπης έχει αποδειχθεί σε ξεχωριστές μελέτες ότι σχετίζεται με μειωμένες νοσηλείες, λόγω επιδείνωσης της χρόνιας κατάστασής ασθενών με Διαβήτη και Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια.

• Ο εμβολιασμός κατά της γρίπης βοηθά στην προστασία των εγκύων τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά την εγκυμοσύνη.

Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι εκτός από τη συμμετοχή στην προστασία των εγκύων από τη νόσο γρίπης, όταν το αντιγριπικό εμβόλιο χορηγείται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, βοηθά και στην προστασία του μωρού από τη γρίπη για αρκετούς μήνες μετά τη γέννηση.

Είναι πολύ σημαντικό να εμβολιαστείτε, τόσο για να προστατεύσετε τον εαυτό σας όσο και τους ανθρώπους γύρω σας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που είναι πιο ευάλωτοι σε σοβαρές ασθένειες της γρίπης, όπως μωρά και μικρά παιδιά, ηλικιωμένοι και άτομα με ορισμένες χρόνιες παθήσεις.

Σχετικά με τον Πανελλήνιο Σύλλογο Επισκεπτών Υγείας



Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Επισκεπτών Υγείας (ΝΠΔΔ) και ο επαγγελματίας Επισκέπτης Υγείας είναι ο καθ' ύλην αρμόδιος για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας μ' ένα αδιάλειπτο και συνεχόμενο έργο. www.psey.gr

Απώλεια- Πένθος: Πώς μιλάμε στο παιδί για τον θάνατο του σημαντικού άλλου

Από την Επιστημονική Ομάδα της Γραμμής 1 1525 & του Συμβουλευτικού Κέντρου της Ένωσης «Μαζί για το Παιδί»

Η καθημερινότητα μας, έτσι όπως πλέον έχει διαμορφωθεί και λόγω της πανδημίας της covid 19, φέρνει στην επιφάνεια θέματα που δυσκολεύουν και ασκούν ψυχική πίεση: ανεργία, εγκλεισμός, ασθένεια, θάνατος είναι μερικά από αυτά.

Ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου- ενός συγγενή, ενός φίλου αποτελεί μία εξαιρετικά δύσκολη κατάσταση που ασκεί καταλυτική επιρροή στο σώμα, το συναίσθημα, τη σκέψη και τη συμπεριφορά μας. Κάθε άνθρωπος αντιδρά διαφορετικά στον θάνατο, και έτσι το πένθος και ο θρήνος ως εμπειρία και βίωμα διαφοροποιείται από άνθρωπο σε άνθρωπο. Έρευνες δείχνουν πως η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος καθώς και η υιοθέτηση υγιών συνθηθειών συμβάλλουν στο να ξεπεραστεί ομαλά η απώλεια με την πάροδο του χρόνου.

Οι γονείς συχνά προσπαθούν να προστατεύσουν τα παιδιά τους από τη σκληρή πραγματικότητα της απώλειας και του θανάτου. Παρόλα αυτά, όσο και αν προσπαθούν είναι αδύνατον να αποτρέψουν τα παιδιά από το να βιώσουν την απώλεια ενός αγαπημένου τους προσώπου. Συχνά επιλέγουν, είτε να περιορίσουν τις συζητήσεις σχετικά με τον θάνατο είτε να αγνοήσουν την ανάγκη των παιδιών να μιλήσουν, να ρωτήσουν και να κατανοήσουν την απώλεια. Ωστόσο, συνήθως τα παιδιά έχουν μεγαλύτερη εξοικείωση με τον θάνατο απ' όσο νομίζουν οι ενήλικες, καθώς έχουν έρθει σε επαφή με αυτόν μέσω των παραμυθιών, του παιχνιδιού και γενικότερα της πραγματικότητας.

Αναφορικά με τα αναπτυξιακά στάδια και την αντίληψη του θανάτου και της απώλειας, ξεκινώντας από την προσχολική ηλικία (3- 6 ετών), είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα παιδιά που ανήκουν σε αυτό το ηλικιακό φάσμα δεν είναι συνήθως σε θέση να αντιληφθούν τη μονιμότητα του θανάτου και χαρακτηρί-

ζονται από "μαγική σκέψη", δηλαδή θεωρούν ότι μπορούν να προκαλέσουν τον θάνατο π.χ. με τη σκέψη. Επίσης, ενώ αντιλαμβάνονται την απουσία του ατόμου, τείνουν να πιστεύουν ότι εξακολουθεί να υπάρχει, να σκέφτεται και να ενεργεί σε κάποιο άλλο μέρος. Τα παιδιά σχολικής ηλικίας (6- 12 ετών) κατανοούν τη μονιμότητα της κατάστασης, όμως συνήθως σκέφτονται ότι είναι κάτι που μπορεί να συμβεί μόνο στους άλλους. Οι έφηβοι (12- 18 ετών), κατανοούν πλήρως τη μονιμότητα του θανάτου και πολλές φορές ασχολούνται με το μεταφυσικό κομμάτι που τον περιβάλλει (π.χ. μετά θάνατον ζωή). Μάλιστα συχνά στρέφονται σε φίλους και συγγενείς αποζητώντας συναισθηματική στήριξη κατά τη διάρκεια του θρήνου.

Πώς λοιπόν μιλάμε στα παιδιά για τον θάνατο;

- Ενημερώστε το παιδί έγκαιρα και μην αποκρύπτετε το γεγονός. Η απόκρυψη πληροφοριών, οι αναλήθειες καθώς και η σιωπή δημιουργούν

σύγχυση και άγχος στα παιδιά, τα οποία με τη σειρά τους μπορεί να προκαλέσουν συμπεριφορές απόσυρσης, επίμονης αναζήτησης, ευερεθιστότητα κ.α. Εξηγήστε με απλό και κατανοητό τρόπο τι και πώς συνέβη, προσαρμόζοντας την αφήγηση στο αναπτυξιακό στάδιο που βρίσκεται το παιδί τόσο νοητικά όσο και γνωστικά και λεκτικά.

- Χρησιμοποιήστε τις σωστές λέξεις και αποφύγετε να "αμβλύνετε" την πραγματικότητα

Μη φοβηθείτε και μην αποφύγετε να χρησιμοποιήσετε τις λέξεις "θάνατος", "πέθανε". Από την άλλη, δεν είναι καθόλου ωφέλιμο, ειδικά για τα παιδιά που δεν μπορούν ακόμα να αντιληφθούν το οριστικό του θανάτου να χρησιμοποιείτε λέξεις όπως "χάθηκε", "έφυγε", γιατί είναι πολύ πιθανό το παιδί να μπει σε μία διαδικασία αναζήτησης του προσώπου ή αναμονής για την επιστροφή του. Επίσης, είναι σημαντικό να περιγράψετε τι συμβαίνει στο ανθρώπινο σώμα, όταν ένας άνθρωπος πεθαίνει π.χ. "Σταματά να χτυπά η καρδιά του".

• Απενοχοποιήστε: Τα παιδιά έχουν την τάση να κατηγορούν τον εαυτό τους, όταν συμβαίνει κάτι αναπάντεχο και δύσκολο. Τονίστε ότι τίποτα απ' ό,τι σκέφτηκε, έκανε ή είπε δεν προκάλεσαν αυτό που συνέβη και ότι δεν υπάρχει τίποτα που θα μπορούσε να κάνει, για να αποτρέψει αυτή την έκβαση.

• Δώστε χώρο και χρόνο για να εκφράσουν απορίες και συναισθήματα. Απαντήστε στο παιδί σε ό,τι ακριβώς σας ρωτά, αφού πρώτα το ακούσετε προσεκτικά. Μη δίνετε παραπάνω πληροφορίες από αυτές που σας ζητά, και αν κάτι δεν το γνωρίζετε μη διστάσετε να απαντήσετε «Δεν ξέρω, έλα να το ψάξουμε

μαζί». Ακόμα, δώστε τους χώρο να εκφράσουν αυτό που νιώθουν, κάθοντάς τους ερωτήσεις, αλλά μιλώντας και εσείς οι ίδιοι για τα δικά σας συναισθήματα.

• Μιλήστε τους για το τι θα συμβεί από εδώ και πέρα. Η προετοιμασία του παιδιού για τις αλλαγές που θα συμβούν στη ζωή του, λόγω της απώλειας θα το βοηθήσουν να προσαρμοστεί ευκολότερα στις νέες συνθήκες.

• Δώστε τους την επιλογή να συμμετάσχουν σε οικογενειακές τελετές πένθους σε περίπτωση που το επιθυμούν.

• Τονίστε τους ότι είστε διαθέσιμοι να επεξεργαστείτε και να συζητήσετε οτιδήποτε τα δυσκολεύει και τα απασχολεί.

Είναι λογικό, το πένθος και η απώλεια να επηρεάζουν διαφορετικά ένα παιδί ή μια οικογένεια στο σύνολό της. Επομένως, μη διστάσετε να αναζητήσετε βοήθεια και στήριξη σε περίπτωση που η διαχείριση τούσ δυσκολεύει αρκετά.

Για τον λόγο αυτό μπορείτε να καλέσετε στο 11525 και να μιλήσετε με ειδικούς της ψυχικής υγείας. Η συμβουλευτική γραμμή λειτουργεί καθημερινά από Δευτέρα- Παρασκευή, από τις 09:00- 21:00.



Η επιστημονική ομάδα της Γραμμής 11525 της Ένωσης «Μαζί για το Παιδί» απαντά στα ερωτήματα σας από Δευτέρα έως Παρασκευή 9:00-21:00 στο 11525.

Τηλεοπτικό σποτ Γραμμής: <https://youtu.be/6Vurai6rRF8>

Λίγα λόγια για τη Γραμμή 11525 & το Συμβουλευτικό Κέντρο της Ένωσης «Μαζί για το Παιδί»

Η πανελλαδική Γραμμή 11525 του «Μαζί για το Παιδί» είναι μια τηλεφωνική γραμμή βοήθειας που απευθύνεται σε παιδιά, εφήβους, γονείς και εκπαιδευτικούς.

Έχει συμβουλευτικό και παραπεμπτικό χαρακτήρα και προσφέρει δωρεάν τις ακόλουθες υπηρεσίες:

- Συμβουλευτική για οποιοδήποτε πρόβλημα αντιμετωπίζει ένα παιδί ή ένας έφηβος έως 18 ετών
 - Λήψη ανώνυμων & επώνυμων καταγγελιών για περιστατικά κακοποίησης ανηλίκων
 - Παραπομπές & ενημέρωση για υπηρεσίες που προσφέρουν άλλοι φορείς για το παιδί και την οικογένεια σε πανελλαδικό επίπεδο
 - Πληροφορίες για τις υπηρεσίες της Ένωσης και των μελών της.
- Παράλληλα με τη Συμβουλευτική γραμμή λειτουργεί και Συμβουλευτικό Κέντρο για γονείς, το

οποίο διοργανώνει δωρεάν ομάδες γονέων για τη στήριξη και την καθοδήγηση τους, καθώς και δωρεάν ψυχο-εκπαιδευτικά σεμινάρια με στόχο την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση τους.

Ταυτόχρονα, πραγματοποιούνται συνεδρίες διαζώσης, είτε με όλη την οικογένεια, τους γονείς, ή τους εφήβους με στόχο την ψυχολογική στήριξη και καθοδήγηση γονέων, παιδιών & εφήβων για πληθώρα θεμάτων (σχολικά προβλήματα, εφηβεία, διαχείριση σχέσεων, ρόλων και συναισθημάτων κ.α.).

Επίσης, λειτουργούν διαδικτυακές ομάδες και σεμινάρια στήριξης γονέων.

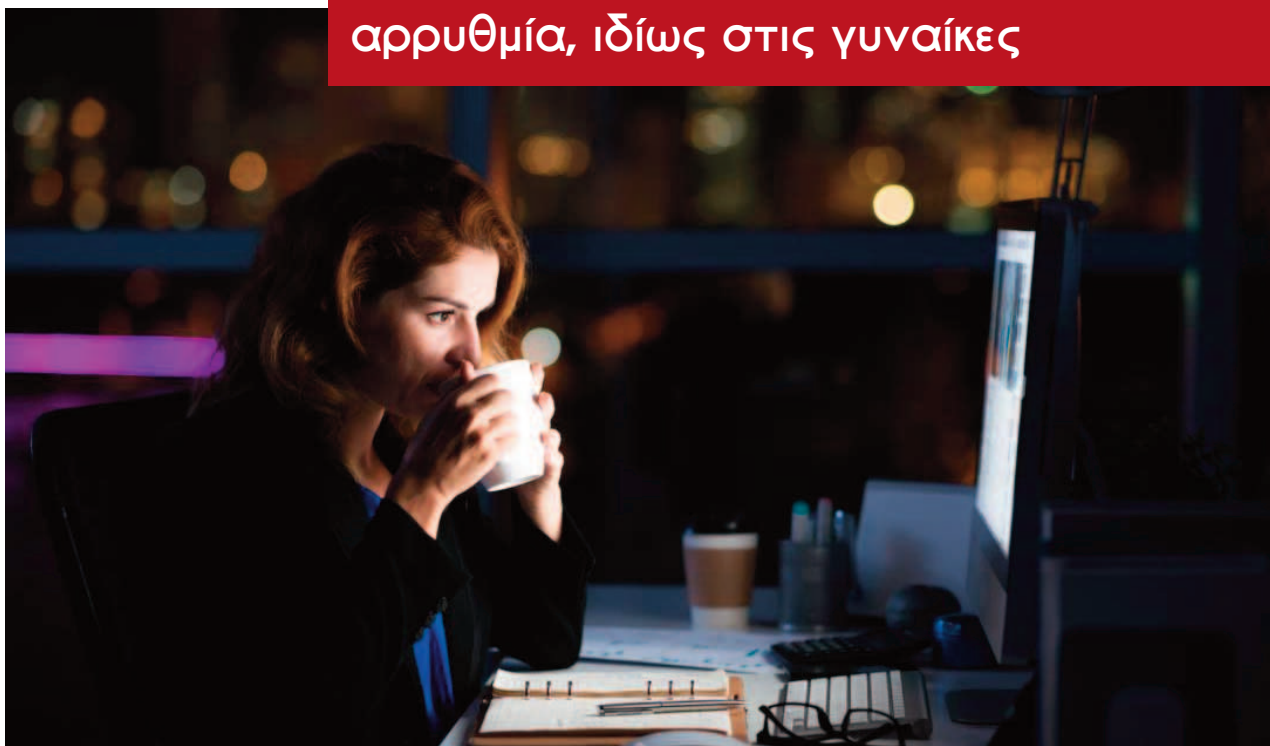
Ωράριο λειτουργίας και επικοινωνία: Η πανελλαδική Γραμμή 11525 της Ένωσης «Μαζί για το Παιδί» λειτουργεί από Δευτέρα έως Παρασκευή 9:00-21:00.

Οι κλήσεις στη «Γραμμή 11525» είναι εμπιστευτικές και δεν ηχογραφούνται, ενώ το επιστημονικό της προσωπικό απαρτίζεται αποκλειστικά από ψυχολόγους, συμβούλους ψυχικής υγείας και κοινωνικούς λειτουργούς που δεσμεύονται από κώδικα δεοντολογίας για την τήρηση απορρήτου.



Η νυχτερινή βάρδια βλάπτει την υγεία...

» Αυξημένος ο κίνδυνος για καρδιακή αρρυθμία, ιδίως στις γυναίκες



Οι άνθρωποι, ιδίως οι γυναίκες, που εργάζονται συχνά σε βάρδιες τα βράδια, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρδιολογικά προβλήματα και ειδικότερα για αρρυθμία (κολπική μαρμαρυγή), σύμφωνα με μια νέα έρευνα, την πρώτη που κάνει αυτή τη συσχέτιση.

Οι ερευνητές της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Τουλέιν της Νέας Ορλεάνης των ΗΠΑ και της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Τζιάο Τονγκ της Σαγκάης, οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό "European Heart Journal" της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καρδιολογίας, ανέλυσαν στοιχεία για σχεδόν 283.000 άτομα και βρήκαν ότι όσο συχνότερα και

για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα δουλεύει κάποιος σε νυχτερινές βάρδιες τόσο μεγαλώνει ο κίνδυνος για καρδιακή αρρυθμία.

Διαπιστώθηκε ότι οι άνθρωποι που δουλεύουν μόνιμα ή τακτικά τις νύχτες, έχουν κατά μέσο όρο 12% μεγαλύτερη πιθανότητα για καρδιακή αρρυθμία σε σχέση με όσους εργάζονται μόνο τα πρωινά. Ο κίνδυνος αυξάνεται κατά 18% μετά από πολλά χρόνια εργασίας σε νυχτερινές βάρδιες. Αν κάποιος εργάζεται σε νυχτερινή βάρδια τρεις έως οκτώ φορές τον μήνα για πάνω από δέκα χρόνια, ο κίνδυνος κολπικής μαρμαρυγής είναι μεγαλύτερος κατά 22% σε σχέση με όσους εργάζονται μόνο το πρωί.

Επίσης, οι γυναίκες εργαζόμενες τα βράδια βρέθηκαν να είναι πιο επιρρεπείς από ό,τι οι άνδρες στον κίνδυνο αρρυθμίας της καρδιάς. Ο κίνδυνος για τις πρώτες είναι αυ-

ξημένος έως κατά 64% σε σχέση με όσες δουλεύουν μόνο τη μέρα.

Η εργασία τα βράδια συνδέεται επίσης με αυξημένο έως κατά 37% κίνδυνο για στεφανιαία νόσο, αλλά όχι για εγκεφαλικό ή για καρδιακή ανεπάρκεια. Από την άλλη, η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η γενετική προδιάθεση για καρδιακή αρρυθμία δεν επηρεάζεται περαιτέρω από τη συστηματική νυχτερινή εργασία.

Οι ερευνητές ανέφεραν ότι «η μείωση τόσο της συχνότητας όσο και της διάρκειας της εργασίας σε βραδινές βάρδιες μπορεί να αποβεί επωφελής για την υγεία της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων». Ακόμα, τόνισαν τη σημασία της σωματικής άσκησης για όσους και όσες δουλεύουν συχνά τα βράδια.

Διασύνδεση απώλειας ύψους με πρόωρο θάνατο

» Ποιες γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο

Η μεγαλύτερη απώλεια ύψους όσο περνούν τα χρόνια συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο θανάτου στις γυναίκες, σύμφωνα με μία νέα σκανδιναβική επιστημονική έρευνα, η οποία δείχνει ότι ακόμα κι αν ασκείται μία γυναίκα έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνει πρόωρα, εάν όσο μεγαλώνει χάνει περισσότερο ύψος.

Οι ερευνητές από τη Σουηδία και τη Δανία βρήκαν ότι κάθε χαμένο εκατοστό ύψους, όσο μεγαλώνει κανείς, σχετίζεται με 15% μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου από οποιαδήποτε αιτία. Προηγούμενες έρευνες είχαν δείξει ότι οι πιο κοντοί άνθρωποι φαίνεται να κινδυνεύουν περισσότερο από καρδιοπάθειες.

Οι επιστήμονες, με επικεφαλής τη δρ Σοφία Κλίνγκμπεργκ της Σχολής Δημόσιας Υγείας του σουηδικού Πανεπιστημίου του Γκέτεμποργκ, που έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο βρετανικό ιατρικό περιοδικό «BMJ Open», σύμφωνα με τη «Γκάρντιαν», ανέλυσαν στοιχεία για 2.406 γυναίκες σε Σουηδία και Δανία, οι οποίες είχαν γεννηθεί μεταξύ 1908-1952. Μετρήσεις ύψους έγιναν στην αρχή της έρευνας, όταν οι συμμετέχουσες είχαν μέση ηλικία 47 και 44, αντίστοιχα, καθώς και 10 έως 13 χρόνια αργότερα. Στη συνέχεια οι γυναίκες παρακολουθήθηκαν για άλλα περίπου 18 χρόνια, έτσι ώστε να καταγραφεί η ηλικία και η αιτία θανάτου τους. Συνολικά,

625 γυναίκες πέθαναν (οι 157 από καρδιαγγειακή νόσο και οι 37 από εγκεφαλικό) και σε διάστημα 11 ετών η μέση απώλεια ύψους ήταν 0,8 εκατοστά.

Διαπιστώθηκε ότι όσες είχαν κοντύνει πάνω από δύο εκατοστά είχαν 74% αυξημένο κίνδυνο θανάτου από οποιαδήποτε αιτία στο μέλλον. Κατά μέσο όρο μία μείωση του ύψους κατά ένα εκατοστό σχετιζόταν με μία αύξηση του κινδύνου θανάτου κατά 15%. Ειδικότερα όσον αφορά στον θάνατο καρδιαγγειακής αιτιολογίας, κάθε χαμένο εκατοστό ύψος αύξανε κατά 21% την πιθανότητα

πρόωρου θανάτου, ενώ για όσες είχαν χάσει περισσότερα από δύο εκατοστά, ο κίνδυνος καρδιαγγειακού θανάτου ήταν υπερδιπλάσιος, ενώ ακόμα μεγαλύτερος ήταν ο κίνδυνος θανάτου από εγκεφαλικό (αν και το συγκεκριμένο δείγμα ήταν μικρό για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα).

Η μελέτη βρήκε, επίσης, ότι όσες γυναίκες ασκούσαν τακτικά και πιο εντατικά στον ελεύθερο χρόνο τους, εμφάνιζαν μικρότερη απώλεια ύψους.

«Οι άνθρωποι χάνουν ύψος καθώς γερνάνε, επειδή συμβαίνουν αλλαγές στη σπονδυλική στήλη τους, για παράδειγμα μειώνεται το ύψος των δίσκων μεταξύ των σπονδύλων. Η απώλεια ύψους πιθανώς δεν συνιστά αυτή καθαυτή παράγοντα κινδύνου, αλλά μάλλον είναι δείκτης για άλλες πραγματικές αιτίες», δήλωσε η δρ Κλίνγκμπεργκ.

Όπως πρόσθεσε, «η έντονη σωματική άσκηση πιθανότατα συνδέεται με μικρότερη απώλεια ύψους τόσο λόγω της μικρότερης απώλειας οστικής μάζας λόγω ηλικίας όσο και λόγω της αυξημένης μυϊκής δύναμης, καθώς και μίας πιο όρθιας στάσης του σώματος». Διευκρίνισε, όμως, ότι ακόμη και οι γυναίκες που ασκούνται, έχουν αυξημένο κίνδυνο θανάτου από τη στιγμή που χάνουν ύψος. Η κ. Κλίνγκμπεργκ συμβούλευσε τις μεσήλικες γυναίκες να ελέγχουν περιοδικά το ύψους τους και να κάνουν κατά καιρούς «τσεκ-απ».



ΓΙΑ ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Ελληνικές βιολογικές ελιές
σε έρευνα Πανεπιστημίου των ΗΠΑ

Ερευνητές από τη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Yale της Αμερικής, σε συνεργασία με ερευνητές από το τμήμα Καρδιολογίας, της Ιατρικής Σχολής του Yale, ανακοίνωσαν πως ξεκινά ένα νέο ερευνητικό έργο με θέμα τα οφέλη για την ανθρώπινη υγεία που σχετίζονται με την καθημερινή κατανάλωση επιτραπέζιων ελιών.

Το ερευνητικό έργο καθοδηγείται από δύο Έλληνες καθηγητές της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Yale, τον δρ Βασίλη Βασιλείου, διευθυντή του Τμήματος Περιβαλλοντικών Επιστημών Υγείας και τον δρ Τάσσο Κ. Κυριακίδη, ερευνητή Επιδημιολογίας, Βιοστατιστικής και Κλινικών Μελετών και διενεργείται στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την ίδρυση του Ινστιτούτου Επιστημών Ελιάς και Υγείας του Yale (Yale Olive Sciences and Health Institute - YOSHI).

Ο τίτλος της έρευνας είναι «OLIVES FOR HEALTH» (ΕΛΙΕΣ ΓΙΑ ΥΓΕΙΑ) και σκοπός της είναι να εκτιμήσει τα οφέλη στην ανθρώπινη υγεία, από την καθημερινή κατανάλωση επιτραπέζιων ελιών.

Το Ινστιτούτο Επιστημών Ελιάς και Υγείας του Yale κατευθύνει και συντονίζει τη μελέτη, την έρευνα και τη δημιουργική διεπιστη-

μο- νική εκ- παιδείωση και τις δραστη- ριότητες που σχετίζονται με την ελιά και τα προϊόντα της. Η ιδέα και η αποστολή του Ινστιτούτου έχει υποστηριχθεί ευρέως από πάνω από 70 διεθνείς ακαδημαϊ- κούς, ερευνητικούς και ιδιωτικούς φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό.

Για την έρευνα του Πανεπιστη- μίου Yale, επιλέχθηκαν οι βιολογι- κές επιτραπέζιες ελιές Καλαμών με υψηλή περιεκτικότητα φαινολών, των Βιολογικών Ελαιώνων Σακελ- λαρόπουλου, (www.bioarmonia.gr) από την Ελλάδα και τη Σπάρτη



Λα- κωνίας.

Ο Γιώρ- γος Σακελλα- ρόπουλος, ιδρυτής

και ιδιοκτήτης των ελαιώνων Σακελλαρόπουλου δήλωσε στο ΑΠΕ-ΜΠΕ: «Αποτελεί ιδιαίτερη τιμή να χρησιμοποιηθούν στη συγκεκριμένη έρευνα της σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Yale αποκλειστικά οι βιολογικές ελιές Καλαμών των ελαιώνων μας.

Οι επιστημονικές έρευνες και συ- νέργειες εντοπίζονται στον πυρ- ρήνα των ελαιώνων μας από το ξεκίνημα τους.

Η νέα έρευνα "ΕΛΙΕΣ ΓΙΑ ΥΓΕΙΑ" του Πανεπιστημίου του Yale απο- τελεί έναν καινοτόμο και αξιόπι-

στο τρόπο που ενδεχομένως να παράξει αποδεικτικά στοιχεία που θα διευκόλυναν την εδραίωση σε παγκόσμιο επίπεδο την κατανάλωση ελληνικής, βιολογικής επιτραπέζιας ελιάς με υψηλές φαινόλες, ως ένα υγιεινό, φυσικό τρόφιμο με αποδεδειγμένες υγειοπροστατευτικές ιδιότητες».

Σύμφωνα με τον κ. Σακελλαρόπουλο οι ελιές βιολογικής καλλιέργειας, χωρίς παστερίωση που επιλέχτηκαν, παράγονται με τη διαδικασία της φυσικής ζυμώσεως, χωρίς χημικά πρόσθετα ή συντηρητικά και διαθέτουν ανώτερα οργανοληπτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά που επιβεβαιώνονται διαρκώς από τις υψηλές βραβεύσεις που έχουν λάβει στους μεγαλύτερους διαγωνισμούς γευσιγνωσίας.

«Διαθέτουν **εξαιρετικά υψηλά επίπεδα φαινολών και συγκεκριμένα υδροξυτυροσόλης και τυροσόλης** (υγειοπροστατευτικών ουσιών), ουσίες στις οποίες έχουν αποδοθεί αντιοξειδωτικές και καρδιοπροστατευτικές ιδιότητες.

Βάσει αναλύσεων που έγιναν με τη μέθοδο του Πυρηνικού Μαγνητικού Συντονισμού (NMR), οι βιολογικές επιτραπέζιες ελιές μας, περιέχουν πάνω από 1700 mg/Kg φαινολών και έτσι η ημερήσια κατανάλωση 3 γραμμαρίων ελιών παρέχει περισσότερα από 5 mg υδροξυτυροσόλης, τυροσόλης ή παραγώγων τους, αντιστοιχώντας στην κατανάλωση 20 γραμμαρίων ελαιολάδου, που ανήκει στην κατηγορία των ελαιολάδων που προστατεύουν από την οξειδωση των λιπιδίων του αίματος, σύμφωνα με τον κανονισμό 432/2012 της Ευρωπαϊκής Ένωσης» λέει ο κ. Σακελλαρόπουλος και προσθέτει: «Αυτοί είναι και οι κύριοι λόγοι που επιλέχθηκαν οι βιολογικές ελιές μας να συμμετάσχουν αποκλειστικά στην έρευνα OLIVES FOR HEALTH στο Πανεπιστήμιο Yale της Αμερικής».

Σύμφωνα με τον ίδιο, αναμένονται και τα αποτελέσματα μιας άλλης έρευνας που πραγματοποιείται από το 2018 με τα βιολογικά ελαιόλαδα της εταιρείας, μέσω της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Harvard της Αμερικής, όπου χρησιμοποιούνται στην Παρεμβατική Μελέτη Μεσογειακής Διατροφής, που διενεργεί η Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου

Harvard, σε 1.000 εθελοντές πυροσβέστες, σε 44 Πυροσβεστικούς σταθμούς του IFD (Indianapolis Fire Department) και έχει την ονομασία «Feeding America's Bravest».

«Πίστευα και πιστεύω στην υψηλή υγειοπροστατευτική αξία των ελαιοπροϊόντων μας, θεωρώντας ότι ανήκουν στην κατηγορία των βιο- λειτουργικών τροφίμων και είναι μια μεγάλη τιμή για εμάς, η επιλογή και συμμετοχή σε έρευνες τόσο υψηλού επιπέδου πανεπιστημιακών ιδρυμάτων. Σκοπός και στόχος είναι να αποδειχθεί με επιστημονικό τρόπο ότι η αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες σε ομάδες ανθρώπων μειώνει τους κινδύνους ασθενειών σε εξαιρετικά υψηλά και ιδιαίτερα αξιοσημείωτα ποσοστά» κατέληξε ο κ. Σακελλαρόπουλος.

Η νέα “πυξίδα” φαγητού

» Το πιο ολοκληρωμένο σύστημα ταξινόμησης των τροφίμων από τα χειρότερα έως τα καλύτερα για την υγεία

Παύλος
Δρακόπουλος

/ΑΠΕ - ΜΠΕ



Η λεγόμενη «Πυξίδα Φαγητού» (Food Compass) -επίκαιρη λόγω της Παγκόσμιας Ημέρας Διατροφής (στις 16 Οκτωβρίου)- ταξινομεί τις τροφές από τις χειρότερες έως τις καλύτερες για την υγεία, αποτελώντας έτσι επίσης ένα χρήσιμο εργαλείο για εταιρείες τροφίμων, εστιατόρια, καφετέριες και πάσης φύσεως αρμόδιους για θέματα υγείας.

Οι ερευνητές της Σχολής Friedman Επιστήμης και Πολιτικής της Διατροφής του Πανεπιστημίου Ταφτς στη Βοστώνη της Μασαχουσέτης, με επικεφαλής τον καθηγητή **Νταρίους Μοζαφαριάν** και τη **Ρενάτα Μίχα** (αναπληρώτρια καθηγήτρια Διατροφής του Ανθρώπου στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας και επισκέπτρια αναπληρώτρια καθηγήτρια στο Πανεπιστήμιο Tufts), οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο επιστημονικό περιοδικό για θέματα διατροφής «Nature Food», χρειάστηκαν τρία χρόνια

Επιστήμονες στις ΗΠΑ, μεταξύ των οποίων σημαντική συμβολή είχε μια Ελληνίδα διατροφολόγος, δημιούργησαν ένα νέο -πιθανώς το πιο ολοκληρωμένο και επιστημονικό μέχρι σήμερα- σύστημα κατάταξης των τροφίμων με βάση το πόσο ανθυγιεινά ή υγιεινά είναι, φιλοδοξώντας να ξεκαθαρίσουν σε μεγάλο βαθμό τη σύγχυση των καταναλωτών.

μελέτης για να ενσωματώσουν στην «Πυξίδα» τις τελευταίες επιστημονικές ανακαλύψεις σχετικά με πόσο θετικά ή αρνητικά μια τροφή επιδρά στην υγεία.

Όπως είπε ο Μοζαφαριάν, «το κοινό είναι αρκετά μπερδεμένο σχετικά με το πώς να κάνει τις πιο υγιεινές επιλογές στο σούπερμαρκετ, στην καφετέρια ή στο εστιατόριο. Οι καταναλωτές, οι διαμορφωτές πολιτικής και οι ίδιες οι βιομηχανίες αναζητούν απλά εργαλεία που να καθοδηγούν τον καθένα προς τις πιο υγιεινές επιλογές».

Η «Πυξίδα» (**Food Compass Nutrient Profiling System**) χρησιμοποιεί μια βάση δεδομένων για 8.032 τρόφιμα και ποτά, αξιολογώντας 54 διαφορετικά χαρακτηριστικά τους, έτσι ώστε να δημιουργήσει ένα «προφίλ υγείας» για το καθένα. Στόχος των ερευνητών είναι οι άνθρωποι να τρώνε εν γνώσει τους πιο υγιεινά φαγητά, οι εταιρείες τροφίμων να ενθαρρυνθούν για να αναπτύξουν πιο υγιεινά προϊόντα, οι επενδυτές να έχουν καλύτερη επίγνωση για το ποιες επιπτώσεις μπορεί να έχουν

οι επιλογές τους στη βιομηχανία τροφίμων και οι κάθε είδους χώροι εστίασης να σερβίρουν πιο υγιεινά φαγητά.

Κάθε τρόφιμο ή ποτό βαθμολογείται από το 1 (πιο ανθυγιεινό) έως το 100 (πιο υγιεινό). Η βαθμολογία πάνω από 70 θεωρείται ένα λογικό «σκορ», για να ενθαρρυνθεί η παραγωγή και η κατανάλωση ενός προϊόντος. Τα τρόφιμα-ποτά με βαθμολογία 31 έως 69 πρέπει να καταναλώνονται με μέτρο, ενώ εκείνα που βαθμολογούνται από 30 και κάτω, πρέπει να καταναλώνονται όσο γίνεται λιγότερο.

Η μέση βαθμολογία των τροφίμων-ποτών της «Πυξίδας» υπολογίστηκε στο 43,2, κάτι που δείχνει πόσα περιθώρια υπάρχουν για να βελτιωθεί η διατροφή του μέσου ανθρώπου από άποψη ποιότητας και υγείας. Ομαδοποιημένα σε κατηγορίες, τη χαμηλότερη μέση βαθμολογία (16,4) έχουν τα σνακ και τα γλυκά, ενώ την υψηλότερη έχουν τα όσπρια και οι ξηροί καρποί (78,6), τα φρούτα (73,9 κατά μέσο όρο, αλλά μερικά όπως τα ωμά σμέουρα ή φραμπουάζ φθά-

νουν το 100%) και τα λαχανικά (69,1). Η μέση βαθμολογία για τα θαλασσινά είναι 67, για τα πουλερικά 42,7 και για το μοσχάρι 24,9, ενώ τα ποτά βαθμολογούνται από 27,6 (αναψυκτικά με ζάχαρη και ενεργειακά ροφήματα) ως 67 (χυμοί φρούτων και λαχανικών).

Από άποψη μεμονωμένων τροφίμων, τη χειρότερη βαθμολογία παίρνουν οι στιγμιαίες σούπες και τα στιγμιαία ζυμαρικά «νουντλς», καθώς επίσης οι πουτίγκες και τα «τσιμπέργκερ» των φαστ-φουντ.

Ο καφές παίρνει πολύ καλή βαθμολογία (74) και τα αλατισμένα αμύγδαλα ακόμα καλύτερη (90), αλλά η πίτσα κακή (26). Ενώ σχεδόν όλα τα ωμά φρούτα αγγίζουν

το 100, μερικά με πολλά σάκχαρα βαθμολογούνται χαμηλότερα (μπανάνες 83, σύκα 77, χουρμάδες κ.ά.), αλλά πάντως πάνω από 70. Ο ντοματοχυμός με λίγο νάτριο παίρνει 100, ο χυμός καρότου 84, ο χυμός μήλου 55, ενώ οι έτοιμοι συσκευασμένοι φρουτουχυμοί μόνο 19. Το ελαιόλαδο βρίσκεται στο 85, ενώ το ανάλατο βούτυρο μόλις στο 8 και η άσπρη ζάχαρη στο 1. Τα δημητριακά με βρώμη ολικής άλεσης βαθμολογούνται με 95, ενώ τα ζυμαρικά ολικής αλέσεως με 70 και το ψωμί ολικής αλέσεως με 60. Το λευκό ρύζι παίρνει μόλις 10 και οι πίτες 1.

Η Δρ Μίχα έλαβε το πτυχίο της στην Κλινική Διαιτολογία/Διατροφή

από το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών (2004) και το Διδακτορικό της στη Δημόσια Υγεία και Διατροφή από το King's College του Λονδίνου (2008), ενώ ακολούθως εργάστηκε ως μεταδιδακτορική ερευνήτρια στο Τμήμα Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Χάρβαρντ (2008-2011).

Από το 2014 έως σήμερα είναι ακαδημαϊκό μέλος του Friedman School of Nutrition Science and Policy του Πανεπιστημίου Tufts, ενώ από τον Απρίλιο του 2021 είναι αναπληρώτρια καθηγήτρια στο Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων & Διατροφής της Σχολής Γεωπονικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.



MUSEUM of TYPOGRAPHY

Yiannis & Eleni Gareidakis



Μουσείο ΤΥΠΟΓΡΑΦΙΑΣ

Γιάννη & Ελένης Γαρεδάκη



Ωράριο λειτουργίας:

Τρίτη & Πέμπτη: 10.00-15.00

Ομαδικές επισκέψεις πραγματοποιούνται και το Σαββατοκύριακο, με ραντεβού (6974020861)

ΒΙΟ. ΠΑ. Χανίων, Κτίριο 13-03, Χανιά 73200, Κρήτη
Τηλ.: 28210 80090 E-mail: info@typography-museum.gr



www.typography-museum.gr