**Έλεγχος Προδιάθεσης Σακχαρώδη Διαβήτη ii3(ζ)**

Για τη διερεύνηση των ορίων στο σάκχαρο - την ύπαρξη ή όχι διαβήτη - καθώς και για τυχόν πιθανότητες εμφάνισης διαβήτη στο επόμενο χρονικό διάστημα είναι απαραίτητες οι κάτωθι αιματολογικές εξετάσεις:

1. Εξέταση σακχάρου (μέθοδος οξειδάσης της γλυκόζης ή εξοκινάσης)

Αν ένα τυχαίο δείγμα σακχάρου (ανεξάρτητα από το προηγούμενο γεύμα είναι >200 mg/dL και συνυπάρχουν κλινικές ενδείξεις, τίθεται η διάγνωση του διαβήτη.

Αν το δείγμα νηστείας (τουλάχιστον 8 ωρών) είναι <110 είναι φυσιολογικό. Αν είναι >126 mg/dL = πρόχειρη διάγνωση διαβήτη ή μεταξύ 110-126 =διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας, προχωρούμε για επιβεβαίωση σε:

2. Δοκιμασία ανοχής γλυκόζης

3. Έλεγχος γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (έλεγχος της ρύθμισης της γλυκόζης)

4. Έλεγχος των λιπιδίων (όχι όμως σε περίοδο απορρύθμισης, όπου αυξάνουν τα τριγλυκερίδια)

5. Έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας (προσδιορισμός ουρίας, κρεατινίνης, ουρικού οξέος, αιματοκρίτη, ανίχνευση λευκώματος στα ούρα - ειδικά της μικροαλβουμίνης, καθώς και μικροβιουρίας.

6. Ανίχνευση αντισωμάτων που ενέχονται στην παθογένεια κυρίως του διαβήτη τύπου 1 (έναντι νησιδιακών κυττάρων -ICA, έναντι ινσουλίνης-ΙΑΑ, έναντι της αποκαρβοξυλάσης του γλουταμινικού οξέος-GADA, και έναντι του ενδοκυτταρικού τμήματος του παγκρεατικού ενζύμου της τυροσινοφωσφατάσης- ΙΑ-2ic): ως δείκτες πρόβλεψης και σε μέλη οικογενειών με διαβητικά άτομα.

Κριτήρια για τη διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη:

1. Τυχαία μέτρηση γλυκόζης: >200 mg/dl και συμπτώματα Σ.Δ.

ή

2. Γλυκόζη νηστείας >126 mg/dl

ή

3. Γλυκόζη 2 ώρες μετά τη λήψη 75 gr γλυκόζης >200 mg/dl

**ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ**

**ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ**

Σακχαρώδης διαβήτης είναι μία μεταβολική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από υπεργλυκαιμία, δηλαδή από αύξηση της γλυκόζης του αίματος.

Πού οφείλεται η αυξημένη γλυκόζη αίματος στα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη;

Η υπεργλυκαιμία στα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη μπορεί να οφείλεται:

1) σε ελαττωμένη έκκριση ινσουλίνης,

2) σε ελαττωμένη δραστικότητα της ινσουλίνης και

3) σε συνδυασμό μειωμένης έκκρισης και δραστικότητας της ινσουλίνης.

Τι είναι η ινσουλίνη;

Η ινσουλίνη είναι μία ορμόνη που εκκρίνεται από το πάγκρεας. Το πάγκρεας είναι ένας αδένας που βρίσκεται στη κοιλιακή κοιλότητα και παράγει ένζυμα για τη πέψη των τροφών (εξωκρινής μοίρα) και ορμόνες (ενδοκρινής μοίρα). Η ινσουλίνη παράγεται από ειδικά κύτταρα του παγκρέατος, τα β κύτταρα.

Ποιος είναι ο ρόλος της ινσουλίνης για τον ανθρώπινο οργανισμό;

Η ινσουλίνη είναι απαραίτητη για την είσοδο της γλυκόζης στα περισσότερα κύτταρα. Μόνο τα κύτταρα του νευρικού συστήματος, του αμφιβληστροειδούς χιτώνα του οφθαλμού, των νεφρών και των επινεφριδίων δε χρειάζονται ινσουλίνη για την είσοδο της γλυκόζης.

Η ινσουλίνη διεγείρει επίσης την αποθήκευση της γλυκόζης με τη μορφή γλυκογόνου, την σύνθεση λίπους από την περίσσεια των υδατανθράκων και την σύνθεση πρωτεϊνών. Με τις λειτουργίες αυτές η ινσουλίνη αποτρέπει την αύξηση της γλυκόζης του αίματος.

Τι είναι η γλυκόζη και ποια είναι η σημασία της για τον ανθρώπινο οργανισμό;

Η γλυκόζη είναι ένας μονοσακχαρίτης (απλό σάκχαρο) που περιέχεται στις τροφές ή παράγεται κατά τη λειτουργία της πέψης από τη διάσπαση των σύνθετων υδατανθράκων (σακχάρων) των τροφών. Ακόμα και οι άλλοι μονοσακχαρίτες της διατροφής, όπως η φρουκτόζη και η γαλακτόζη, πρέπει να μετατραπούν σε γλυκόζη για να χρησιμοποιηθούν από τον ανθρώπινο οργανισμό.

Η γλυκόζη από την κυκλοφορία του αίματος εισέρχεται στα κύτταρα όπου μεταβολίζεται και έτσι παράγεται η απαραίτητη ενέργεια για τη λειτουργία τους. Η γλυκόζη που περισσεύει αποθηκεύεται στα κύτταρα του ήπατος (συκωτιού) και των μυών με τη μορφή γλυκογόνου.

Στα άτομα που δεν έχουν Διαβήτη παρατηρούνται σημαντικές διακυμάνσεις στη γλυκόζη του αίματος;

Όχι και είναι αξιοθαύμαστο πώς επιτυγχάνεται αυτό. Η γλυκόζη του αίματος, τόσο μετά τα γεύματα όσο και σε περιόδους νηστείας, είναι σχετικά σταθερή κυμαινόμενη μεταξύ 60 και 125 mg/dl.

Πώς επιτυγχάνει ο ανθρώπινος οργανισμός την διατήρηση σταθερών επιπέδων γλυκόζης στο αίμα;

Αυτό επιτυγχάνεται με την έκκριση από το πάγκρεας της απαραίτητης ποσότητας ινσουλίνης. Ταυτόχρονα σχεδόν με την έναρξη των γευμάτων το πάγκρεας εκκρίνει την αναγκαία ποσότητα ινσουλίνης, έτσι ώστε να χρησιμοποιείται η γλυκόζη από τον οργανισμό και να μην αυξάνεται στο αίμα. Είναι αξιοσημείωτο όμως ότι ακόμα και σε περιόδους νηστείας το πάγκρεας εκκρίνει μικρή ποσότητα ινσουλίνης τη λεγόμενη βασική έκκριση. Η βασική έκκριση είναι απαραίτητη για την προμήθεια γλυκόζης από τα αποθέματα γλυκογόνου του ήπατος, μεταξύ των γευμάτων ή τη νύχτα.

Υπάρχουν πολλές μορφές Σακχαρώδη Διαβήτη;

Ναι, αλλά πιο συχνές είναι δύο, ο Διαβήτης τύπου 1 και ο Διαβήτης τύπου 2.

Τι είναι ο Διαβήτης τύπου 1;

Ο Διαβήτης τύπου 1 οφείλεται στη μερική ή πλήρη καταστροφή των β κυττάρων του παγκρέατος με συνέπεια τη μερική ή ολική ανεπάρκεια ινσουλίνης. Η μορφή αυτή του Διαβήτη ονομαζόταν παλαιότερα Iνσουλινοεξαρτώμενος Σακχαρώδης Διαβήτης και Νεανικός Διαβήτης. Εκδηλώνεται συνήθως πριν τα 35 χρόνια της ζωής και πιο συχνά στη παιδική και εφηβική ηλικία.

Τι είναι ο Διαβήτης τύπου 2;

Ο Διαβήτης τύπου 2 χαρακτηρίζεται από αντίσταση των κυττάρων στην ινσουλίνη. Δηλαδή η ινσουλίνη εκκρίνεται σε φυσιολογικές ή λίγο ελαττωμένες ποσότητες αλλά δεν είναι δραστική. Η μορφή αυτή του Διαβήτη ονομαζόταν παλαιότερα μη Ινσουλινοεξαρτώμενος Σακχαρώδης Διαβήτης και Διαβήτης τύπου ενηλίκου. Εκδηλώνεται συνήθως μετά τα 35-40 χρόνια της ζωής και δεν απαιτεί τις περισσότερες φορές τη χορήγηση ινσουλίνης.

Τα παιδιά ή οι έφηβοι με Διαβήτη έχουν πάντοτε Διαβήτη τύπου 1;

Τις περισσότερες φορές ναι. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να εκδηλωθεί στη παιδική ή εφηβική ηλικία μία κληρονομική μορφή Διαβήτη που μοιάζει με το Διαβήτη τύπου 2, ο Διαβήτης MODY. Στο Διαβήτη MODY ο ένας από τους γονείς παρουσίασε Διαβήτη πριν τα 25 χρόνια της ζωής του και δεν χρειάστηκε εξαρχής ή καθόλου ινσουλίνη.

Πώς δημιουργείται ο Διαβήτης τύπου 1;

Τα β κύτταρα του παγκρέατος, που παράγουν την ινσουλίνη, καταστρέφονται βαθμιαία με ανοσολογικό μηχανισμό. Το ανοσολογικό σύστημα του ανθρώπου που έχει σαν αποστολή την προστασία του οργανισμού από τα μικρόβια, τους ιούς και τη δημιουργία όγκων κάνει λάθος και καταστρέφει τα β κύτταρα.

Ποιοι παράγοντες πυροδοτούν τη καταστροφή των β κυττάρων στο Διαβήτη τύπου 1;

Η καταστροφή των β κυττάρων συμβαίνει σε άτομα με γενετική προδιάθεση με την επίδραση διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων.

Ο Διαβήτης τύπου 1 κληρονομείται;

Όχι, αφού δεν έχει διαπιστωθεί κανένας από τους γνωστούς τύπους κληρονομικότητας. Εμφανίζεται όμως σε άτομα που έχουν γενετική προδιάθεση.

Τα άτομα που εμφανίζουν Διαβήτη τύπου 1 έχουν στα χρωμοσώματά τους γονίδια που ευνοούν ή δεν έχουν γονίδια που προφυλάσσουν. Μικρός αριθμός των ατόμων με γενετική προδιάθεση θα εμφανίσουν Διαβήτη. Πάντως οι συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με Διαβήτη τύπου 1 έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο.

Ποιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες ευθύνονται για την παθογένεια του Διαβήτη τύπου 1;

Αρκετοί περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί αλλά η επιστημονική έρευνα έχει πολλά μυστικά να διερευνήσει ακόμα. Μερικοί ιοί (ερυθράς, παρωτίτιδας, Coxsackie, CMV, ρετροϊοί) υπάρχουν ενδείξεις ότι παίζουν ρόλο στη ανάπτυξη των αυτοάνοσων μηχανισμών. Ο μητρικός θηλασμός τους πρώτους μήνες της ζωής έχει διαπιστωθεί ότι προφυλάσσει, αντίθετα με το γάλα της αγελάδας που θεωρείται ότι ευνοεί. Ορισμένα συντηρητικά τροφίμων όπως οι νιτροζαμίνες αλλά και το stress έχουν ενοχοποιηθεί επίσης.

Είναι γνωστά τα γονίδια που παίζουν ρόλο στη παθογένεια του Διαβήτη τύπου 1;

Είναι γνωστά τα γονίδια που καθορίζουν το ½ περίπου της γενετικής προδιάθεσης. Αυτά είναι τα γονίδια του μείζονος συστήματος ιστοσυμβατότητας ή συστήματος HLA και το γονίδιο της ινσουλίνης. Η επιστημονική έρευνα είναι εντατική και είναι πιθανό σχετικά σύντομα να διερευνηθούν όλα τα γονίδια που σχετίζονται με το Διαβήτη τύπου 1.

Πόσο συχνός είναι ο Διαβήτης τύπου 1;

Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις διάφορες χώρες αλλά και μέσα στους ίδιους πληθυσμούς. Πιο συχνά παρατηρείται στις Σκανδιναβικές χώρες και πιο σπάνια στην Ιαπωνία. Η Ελλάδα ανήκει στις χώρες ενδιάμεσης συχνότητας. Κάθε χρόνο για κάθε 100.000 άτομα πληθυσμού ηλικίας 0-14 ετών εμφανίζονται 42,9 καινούργιες περιπτώσεις στην Φινλανδία και 2 καινούργιες περιπτώσεις στην Ιαπωνία. Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της Ευρωπαϊκής μελέτης Eurodiab (1992-1995) εμφανίστηκαν ετησίως στη περιοχή του λεκανοπεδίου Αττικής 10 νέες περιπτώσεις Διαβήτη τύπου 1 για κάθε 100.000 άτομα πληθυσμού 0-14 ετών.

Είναι χρόνια κατάσταση ο Διαβήτης τύπου 1;

Ναι, γιατί τα καταστραμμένα β κύτταρα δεν αναγεννώνται.

Με ποια συμπτώματα εκδηλώνεται ο Διαβήτης τύπου 1;

Με τα κλασικά συμπτώματα του Διαβήτη δηλαδή πολυδιψία, πολυουρία, μερικές φορές πολυφαγία και απώλεια βάρους. Μπορεί να δημιουργηθούν μυκητιάσεις των γεννητικών οργάνων, λοιμώξεις του δέρματος και νυχτερινή ενούρηση σε παιδιά που ελέγχουν τους σφιγκτήρες τους. Η μη έγκαιρη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε Διαβητική Κετοξέωση ή Διαβητικό Κώμα.

Τι είναι η Διαβητική Κετοξέωση;

Διαβητική Κετοξέωση είναι μία σοβαρή μεταβολική διαταραχή του οργανισμού που οφείλεται σε ανεπάρκεια ινσουλίνης. Χαρακτηρίζεται από υπεργλυκαιμία, κετοναιμία και μεταβολική οξέωση. Δημιουργείται συνήθως όταν δεν διαγνωστεί έγκαιρα ο Διαβήτης τύπου 1 ή όταν τα άτομα με γνωστό Διαβήτη τύπου 1 διακόψουν την ινσουλίνη ή δεχτούν την επίδραση ενός έντονου stress (λοίμωξη, τραύμα κλπ). Η διαβητική κετοξέωση αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα οδηγεί στο θάνατο. Ακόμα και σήμερα είναι το κύριο αίτιο θανάτου των παιδιών με Διαβήτη τύπου 1.

Ποια είναι τα συμπτώματα της διαβητικής κετοξέωσης;

Η διαβητική κετοξέωση εκδηλώνεται με ναυτία, εμετούς, κοιλιακά άλγη, βαθιές αναπνοές με απόπνοια οξόνης, εξάντληση και επηρεασμένο επίπεδο συνείδησης. Εάν δεν γίνει έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να καταλήξει σε διαβητικό κώμα.

Η καταστροφή των β κυττάρων συμβαίνει ταυτόχρονα με την εμφάνιση των συμπτωμάτων του Διαβήτη;

Όχι. Για να εμφανιστούν τα συμπτώματα πρέπει να έχουν καταστραφεί περισσότερα από το 80% των β κυττάρων ώστε να αυξηθεί η γλυκόζη του αίματος. Το χρονικό διάστημα από την έναρξη του Διαβήτη μέχρι την εμφάνιση των συμπτωμάτων μπορεί να είναι μεγάλο (μήνες, χρόνια ή από την ενδομήτρια ζωή).

Υπάρχει θεραπευτική αντιμετώπιση του Διαβήτη τύπου 1;

Ναι, και μάλιστα βελτιώνεται χρόνο με το χρόνο από τα επιτεύγματα της ιατρικής έρευνας και της τεχνολογίας. Αρκεί να σκεφτεί κανείς ότι μέχρι το 1922 όσοι είχαν Διαβήτη τύπου 1 οδηγούνταν στο θάνατο ενώ σήμερα διάγουν φυσιολογική ζωή.

Το προσδόκιμο επιβίωσης των παιδιών με Διαβήτη τύπου 1 είναι μικρότερο;

Όχι, εφόσον αποφευχθεί η δημιουργία επιπλοκών με τη πάροδο του χρόνου, δηλαδή βλαβών στα νεφρά, στα μάτια, στο νευρικό και στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Είναι εύκολο να αποτραπούν οι μακροχρόνιες επιπλοκές του Διαβήτη τύπου 1;

Ναι, εφόσον γίνεται σωστή ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος. Λέγοντας ρύθμιση του Διαβήτη εννοούμε τη διατήρηση της γλυκόζης του αίματος κοντά στα φυσιολογικά επίπεδα.

Πώς επιτυγχάνεται η σωστή ρύθμιση του Διαβήτη τύπου 1;

Τα παραδοσιακά θεραπευτικά μέσα είναι η χορήγηση ινσουλίνης, το προσεγμένο διαιτολόγιο και η άσκηση. Πάνω απ' όλα όμως είναι η εκπαίδευση των παιδιών και των οικογενειών τους ώστε να γνωρίζουν όλα τα μυστικά του Διαβήτη. Η εκπαίδευση πρέπει να είναι διαρκής και να γίνεται από εξειδικευμένη ομάδα. Η διαβητολογική ομάδα πρέπει να περιλαμβάνει γιατρό, νοσηλεύτρια, διαιτολόγο, ψυχολόγο και κοινωνική λειτουργό.

Πώς χορηγείται η ινσουλίνη;

Η ινσουλίνη χορηγείται προς το παρόν με υποδόριες ενέσεις γιατί καταστρέφεται από τα γαστρικά υγρά εάν ληφθεί από το στόμα. Οι ενέσεις γίνονται με ειδικές σύριγγες ινσουλίνης μιας χρήσεως ή με πένες ινσουλίνης. Μελλοντικά είναι πιθανόν ότι θα καταστεί δυνατόν να χορηγηθεί και με άλλους τρόπους.

Πόσες ενέσεις την ημέρα κάνουν τα άτομα με Διαβήτη τύπου 1;

Είναι απαραίτητο να γίνονται 2-4 ενέσεις την ημέρα, ανάλογα με το ακολουθούμενο σχήμα.

Πώς παράγονται οι ινσουλίνες που χρησιμοποιούνται από τα άτομα με Διαβήτη τύπου 1;Οι ζωικές ινσουλίνες έχουν πια εγκαταλειφθεί λόγω των παρενεργειών τους. Σήμερα χρησιμοποιούνται οι ανθρώπινες ινσουλίνες που παράγονται με μοριακές κυρίως ή ημισυνθετικές μεθόδους. Οι ανθρώπινες ινσουλίνες έχουν ίδια χημική δομή με την ινσουλίνη που εκκρίνει το πάγκρεας.

Πόσα είδη σκευασμάτων ινσουλίνης κυκλοφορούν;

Τα κυκλοφορούντα σκευάσματα ινσουλίνης διακρίνονται σε βραχείας, μέσης και παρατεταμένης διάρκειας δράσης. Σαν διάρκεια δράσης εννοείται το χρονικό διάστημα από την ένεση, που η ινσουλίνη κυκλοφορεί στο αίμα. Τα βραχείας διάρκειας δράσης σκευάσματα περιέχουν καθαρή ινσουλίνη ή το ανάλογο της ινσουλίνης Lispro. Τα ενδιάμεσης δράσης σκευάσματα περιέχουν συμπλέγματα ινσουλίνης με πρωταμίνη (ισοφανικές ινσουλίνες και ινσουλίνες τύπου ΝΡΗ) ή ψευδάργυρο (ινσουλίνες τύπου Lente). Τα παρατεταμένης διάρκειας δράσης σκευάσματα περιέχουν συμπλέγματα ινσουλίνης και ψευδαργύρου με τη μορφή κρυστάλλων (ινσουλίνες τύπου Ultralente).

Ποια είναι τα σχήματα ινσουλινοθεραπείας του Διαβήτη τύπου 1;

Το συμβατικό ή σχήμα 2 ενέσεων και το εντατικοποιημένο ή σχήμα πολλαπλών ενέσεων.

Τι είναι το συμβατικό σχήμα ινσουλινοθεραπείας;

Είναι το σχήμα των δύο ενέσεων την ημέρα, πριν το πρωινό και το βραδινό γεύμα. Με κάθε ένεση χορηγείται μείγμα ινσουλινών βραχείας και ενδιάμεσης διάρκειας δράσης. Το συμβατικό σχήμα χρησιμοποιείται σχεδόν αποκλειστικά στα παιδιά και απαιτεί συγκεκριμένο ωράριο γευμάτων, που περιλαμβάνει τρία κύρια και τρία μικρά ενδιάμεσα γεύματα.

Πώς γίνονται τα μείγματα ινσουλινών;

Oι ινσουλίνες βραχείας διάρκειας δράσης και οι ισοφανικές (ενδιάμεσης διάρκειας δράσης) αναμιγνύονται στην ίδια σύριγγα με καθορισμένη τεχνική χωρίς να επηρεάζεται η δραστικότητα της κάθε ινσουλίνης. Επίσης κυκλοφορούν στο εμπόριο έτοιμα μείγματα ινσουλινών με διαφορετικές αναλογίες των ινσουλινών που περιέχουν. Τα έτοιμα μείγματα δεν προσφέρουν την ευελιξία καθημερινών αλλαγών στη δοσολογία τής κάθε ινσουλίνης του μείγματος.

Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των βραχείας διάρκειας δράσης ινσουλινών;

Διαλυτή Ινσουλίνη Ινσουλίνη Lispro

Έναρξη δράσης: ½ - 1 ώρα 0-15 λεπτά

Μέγιστη δράση: 2-4 ώρες 1 ώρα

Μέγιστη διάρκεια δράσης: 5-8 ώρες 3½ - 4 ώρες

Τι είναι το εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας;

Το σχήμα αυτό περιλαμβάνει 3 ενέσεις ινσουλίνης βραχείας διάρκειας δράσης πριν τα 3 ημερήσια γεύματα και μία 4η ένεση ημιβραδείας ή παρατεταμένης διάρκειας δράσης πριν το βραδινό ύπνο. Με το σχήμα αυτό δεν χρειάζεται να τηρείται ωράριο στα γεύματα. Η ένεση της προγευματικής ινσουλίνης γίνεται συνήθως με πένα ινσουλίνης και έτσι μπορεί να γίνει εκτός σπιτιού, σε οποιοδήποτε χώρο. Το εντατικοποιημένο σχήμα χρησιμοποιείται συνήθως από την εφηβική ηλικία και μετά.

Ποια είναι τα πλεονεκτήματα του εντατικοποιημένου σχήματος ινσουλινοθεραπείας;

Με το σχήμα αυτό μπορεί να επιτευχθεί καλύτερη ρύθμιση εφ' όσον γίνει σωστή εκπαίδευση. Η χορήγηση ινσουλίνης πριν τα γεύματα μιμείται την έκκριση του παγκρέατος. Η ελεύθερη επιλογή ωραρίου στα γεύματα και η χορήγηση της ινσουλίνης με πένα σε οποιοδήποτε χώρο προσφέρει καλύτερη ποιότητα ζωής.

Πώς καθορίζεται η δοσολογία της ινσουλίνης;

Εξατομικεύεται και τροποποιείται, ανάλογα με τις μετρήσεις της γλυκόζης του αίματος.

Πόσες μετρήσεις της γλυκόζης του αίματος πρέπει να γίνονται καθημερινά;

Οι μετρήσεις της γλυκόζης αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση της καλής ρύθμισης. Ανάλογα με τις μετρήσεις γίνονται αλλαγές στη δοσολογία της ινσουλίνης και διορθώνονται οι μη επιθυμητές διακυμάνσεις της γλυκόζης του αίματος. Ο ελάχιστος αριθμός μετρήσεων είναι 2-4 την ημέρα. Ιδιαίτερα χρήσιμες είναι οι μετρήσεις πριν τα γεύματα και 2 ώρες μετά τα γεύματα.

Πώς γίνονται οι μετρήσεις της γλυκόζης του αίματος σε καθημερινή βάση ;

Με ατομικές συσκευές που μετρούν τη γλυκόζη σε μία σταγόνα τριχοειδικού αίματος στα δάκτυλα των χεριών. Το τρύπημα του δακτύλου γίνεται με ειδική συσκευή σκαριφισμού που είναι σχετικά ανώδυνη. Τα ασφαλιστικά ταμεία χορηγούν δωρεάν τους μετρητές στα άτομα με Διαβήτη.

Τα παιδιά με Διαβήτη τύπου 1 ακολουθούν ειδικό διαιτολόγιο;

Τα παιδιά με Διαβήτη έχουν τις ίδιες ενεργειακές ανάγκες με τα παιδιά που δεν έχουν Διαβήτη. Το διαιτολόγιο τους πρέπει να περιέχει την ποσότητα και την αναλογία υδατανθράκων, λιπών και πρωτεϊνών που συνιστώνται για όλα τα παιδιά. Πρέπει να ακολουθείται όμως ωράριο στα γεύματα και η ποσότητα του κάθε γεύματος να είναι καθορισμένη. Εάν χρησιμοποιείται το εντατικοποιημένο σχήμα το ωράριο των καθορισμένων γευμάτων είναι ελεύθερο.

Ποια πρέπει να είναι η σύσταση της διατροφής των παιδιών με Διαβήτη τύπου 1;

Η σύσταση της διατροφής δεν διαφέρει από αυτή που συνιστάται σε όλα τα παιδιά. Σε ημερήσια βάση, το 50-55% των προσλαμβανομένων θερμίδων πρέπει να προέρχεται από υδατάνθρακες (σάκχαρα), το 30% από λίπη και το 15% από πρωτεΐνες. Επιπλέον η μείωση των κορεσμένων λιπών ζωικής προέλευσης καθώς και των πολυακόρεστων λιπών σε λιγότερο από το 10% των ημερήσιων θερμίδων έχει βρεθεί ότι προφυλάσσει από την αθηροσκλήρωση.

Τα μικρότερα των 2 ετών παιδιά με Διαβήτη τύπου 1 ακολουθούν το ίδιο διαιτολόγιο με τα μεγαλύτερα;

Ναι, όσον αφορά το ωράριο και τη ποσότητα των γευμάτων. Όχι, όσον αφορά τη σύσταση της διατροφής, αφού δεν συνιστάται περιορισμός του λίπους σε όλα τα παιδιά κατά τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής.

Είναι αλήθεια ότι τα παιδιά ή οι έφηβοι με Διαβήτη τύπου 1 δεν τρώνε ποτέ γλυκίσματα;

Όχι. Η πραγματικότητα είναι ότι δεν μπορούν να παίρνουν ελεύθερα γλυκίσματα γιατί περιέχουν ευαπορρόφητους υδατάνθρακες που προξενούν απότομη αύξηση της γλυκόζης του αίματος. Σε ειδικές περιπτώσεις όπως γιορτές, γενέθλια κ.λ.π. μπορούν να πάρουν ένα γλύκισμα που θα ενσωματωθεί στο διαιτολόγιό τους.

Τα διαβητικά τρόφιμα που κυκλοφορούν στο εμπόριο είναι κατάλληλα για τα παιδιά με Διαβήτη;

Δεν προσφέρουν κανένα πλεονέκτημα. Ένα άτομο με διαβήτη μπορεί να εντάξει στο διαιτολόγιό του όλα τα τρόφιμα. Εκτός αυτού πολλά από αυτά τα τρόφιμα έχουν αυξημένη περιεκτικότητα λίπους.

Τι είναι οι γλυκαντικές ουσίες; Μπορούν να τις χρησιμοποιούν τα παιδιά με Διαβήτη;

Είναι φυσικές ή συνθετικές ουσίες που προσδίδουν γλυκιά γεύση στα τρόφιμα. λλες από αυτές προσφέρουν ενέργεια (φρουκτόζη, σορβιτόλη, ξυλιτόλη) και άλλες όχι (ασπαρτάμη, ακεσουλφάμη Κ, σακχαρίνη). Οι γλυκαντικές ουσίες που δεν προσφέρουν θερμίδες, κυρίως η ασπαρτάμη και η ακεσουλφάμη Κ, μπορούν να χρησιμοποιηθούν με μέτρο.

Τα παιδιά και οι έφηβοι με Διαβήτη τύπου 1 μπορούν να παίρνουν τα αναψυκτικά και τα παγωτά τύπου light;

Ναι, εφ' όσον περιέχουν γλυκαντικές ουσίες που δεν προσδίδουν θερμίδες π.χ. ασπαρτάμη. Στα παγωτά χρειάζεται προσοχή γιατί επιπλέον πρέπει να έχουν μειωμένη περιεκτικότητα σε λίπος κατά 50% τουλάχιστον.

Τι είναι υπογλυκαιμία;

Είναι η πτώση της γλυκόζης του αίματος σε επίπεδα μικρότερα του 60 mg/dl. Η υπογλυκαιμία είναι η πιο συχνή άμεση επιπλοκή του Διαβήτη τύπου 1. Όλα τα άτομα που παίρνουν εξωγενή ινσουλίνη παρουσιάζουν λιγότερα ή περισσότερα υπογλυκαιμικά επεισόδια.

Πού οφείλονται τα υπογλυκαιμικά επεισόδια των ατόμων με Διαβήτη τύπου 1;

Σε έλλειψη συγχρονισμού της ινσουλίνης, της διατροφής και της σωματικής δραστηριότητας. Η μεγαλύτερη δοσολογία ινσουλίνης, η παράλειψη γευμάτων, η άσκηση ή ο συνδυασμός αυτών ευθύνονται τις περισσότερες φορές.

Ποια είναι τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας;

Τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας δεν είναι ίδια σε κάθε άτομο. Είναι απαραίτητο κάθε άτομο με διαβήτη να γνωρίζει τα δικά του υπογλυκαιμικά συμπτώματα. Τα συνηθέστερα είναι: ωχρότητα, κρύος ιδρώτας, ανησυχία, τρόμος, αίσθημα πείνας, αδυναμία συγκέντρωσης, διαταραχές συμπεριφοράς και στις πιο σοβαρές περιπτώσεις απώλεια συνειδήσεως και σπασμοί.

Πού οφείλονται τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας;

Είναι δύο ειδών:

- Τα συμπτώματα που οφείλονται στην υπερέκκριση των ορμονών που ανταγωνίζονται την ινσουλίνη (γλυκαγόνη, αδρεναλίνη, κορτιζόλη, αυξητική ορμόνη). Ο οργανισμός με την έκκριση των ορμονών αυτών προσπαθεί να διορθώσει την υπογλυκαιμία. Στο μηχανισμό αυτό οφείλονται η ναυτία, η ωχρότητα, ο κρύος ιδρώτας, ο τρόμος, η ανησυχία και τα μουδιάσματα.

- Τα συμπτώματα που οφείλονται στη δυσλειτουργία των εγκεφαλικών κυττάρων λόγω ελλείψεως γλυκόζης. Στο μηχανισμό αυτό οφείλονται η ζάλη, η κεφαλαλγία, οι διαταραχές της συμπεριφοράς και του επιπέδου συνείδησης και τέλος οι σπασμοί.

Πώς αντιμετωπίζεται η υπογλυκαιμία στα παιδιά με Διαβήτη τύπου 1;

Ο ασφαλέστερος τρόπος είναι να προηγηθεί μέτρηση της γλυκόζης του αίματος. Εάν επιβεβαιωθεί η υπογλυκαιμία ή εάν τα συμπτώματα είναι έντονα πρέπει να χορηγηθούν άμεσα ευαπορρόφητοι υδρογονάνθρακες όπως γλυκόζη, ζαχαρόνερο, μέλι ή χυμός φρούτων. Πιο αποτελεσματική είναι η γλυκόζη που κυκλοφορεί σε χάπια και αυξάνει σε 10-15 λεπτά τα επίπεδα του αίματος. Κάθε παιδί με Διαβήτη πρέπει πάντα να έχει μαζί του χάπια γλυκόζης.

Πώς αντιμετωπίζεται η υπογλυκαιμία ενός παιδιού με Διαβήτη το οποίο δεν μπορεί να καταπιεί, είναι σε κώμα ή κάνει σπασμούς;

Με ένεση γλυκαγόνης. Οι γονείς ή το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον πρέπει να διαθέτουν πάντοτε γλυκαγόνη. Δεν πρέπει να επιχειρείται η χορήγηση υδατανθράκων σε ένα παιδί που είναι σε κώμα ή αδυνατεί να καταπιεί.

Πώς πρέπει να αντιδράσει όποιος αντιμετωπίσει ένα παιδί με Διαβήτη που δεν αισθάνεται καλά;

Η καλύτερη αντίδραση είναι να χορηγήσει αμέσως ευαπορρόφητους υδρογονάνθρακες όπως ζάχαρη, μέλι ή χυμό φρούτων. Στη συνέχεια πρέπει να ενημερώσει τους γονείς ή να απευθυνθεί σε ειδικούς.

Είναι δυνατόν να μην εκδηλωθούν τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας;

Ναι, στα άτομα που παθαίνουν συχνά υπογλυκαιμίες. Στις περιπτώσεις αυτές τα προειδοποιητικά συμπτώματα εκδηλώνονται σε πιο χαμηλά επίπεδα γλυκόζης αίματος γιατί ο οργανισμός έχει προσαρμοστεί στις συχνές υπογλυκαιμίες. Είναι έτσι δυνατόν να παρουσιασθούν αιφνίδια συμπτώματα δυσλειτουργίας του εγκεφάλου. Η ελλιπής αντίληψη των υπογλυκαιμιών είναι επικίνδυνη και μπορεί να οδηγήσει σε ατυχήματα.

Πώς αντιμετωπίζεται η ελλιπής αντίληψη των υπογλυκαιμιών;

Με προσπάθεια μικρής ανόδου των τιμών της γλυκόζης του αίματος, και φυσικά με αποφυγή των υπογλυκαιμιών. Σε μικρό χρονικό διάστημα θα αρχίζουν βαθμιαία να ξαναεμφανίζονται τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας.

Συμβαίνουν υπογλυκαιμίες τη νύχτα στα παιδιά με Διαβήτη;

Ναι, αρκετά συχνά. Η βραδινή ινσουλίνη είναι δραστική στη διάρκεια της νύχτας και μπορεί να μειώσει τη γλυκόζη περισσότερο από το επιθυμητό. Αρκετά παιδιά ξυπνούν ή παρουσιάζουν διαταραχές του ύπνου και ειδοποιούν τούς γονείς τους. Σε άλλες περιπτώσεις η υπογλυκαιμία δεν γίνεται αντιληπτή και διορθώνεται με την έκκριση των αντιρυθμιστικών ορμονών και τη βαθμιαία μείωση της δραστικότητας της ινσουλίνης. Πιο σπάνια το παιδί μπορεί να εμφανίσει σπασμούς ή να μη ξυπνάει το πρωί.

Μπορούν να αποφευχθούν οι νυχτερινές υπογλυκαιμίες των παιδιών με Διαβήτη;

Σε σημαντικό βαθμό, εάν γίνεται καλή ρύθμιση. Η μέτρηση του σακχάρου και η χορήγηση μικρού γεύματος με βραδέως απορροφούμενους υδατάνθρακες πριν τον ύπνο προφυλάσσει αρκετά. Επί αμφιβολιών πρέπει να γίνονται μετρήσεις τη νύχτα.

Τα παιδιά με Διαβήτη τύπου 1 μπορούν να συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες ;

Ναι, μπορούν να πάρουν μέρος σε όλες τις αθλητικές δραστηριότητες. Η συστηματική άσκηση μάλιστα έχει ευνοϊκή επίδραση στη ρύθμιση του Διαβήτη.

Η άσκηση μειώνει τη γλυκόζη του αίματος στα άτομα με Διαβήτη τύπου 1;

Όχι πάντα. Εάν δεν έχει χορηγηθεί η αναγκαία ποσότητα ινσουλίνης η γλυκόζη του αίματος θα αυξηθεί. ¶σκηση χωρίς ινσουλίνη δημιουργεί μεταβολική απορύθμιση. Γι' αυτό το λόγο δεν συνιστάται άσκηση εάν η γλυκόζη του αίματος είναι μεγαλύτερη από 270-290 mg/dl. Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να χορηγηθεί βραχείας δράσης ινσουλίνη.

Πότε συμβαίνει υπογλυκαιμία στα άτομα με Διαβήτη τύπου 1 που αθλούνται;

Μπορεί να συμβεί στη διάρκεια έντονης άσκησης, αμέσως μετά ή πολλές ώρες μετά.

Ποια είναι η σημασία της άσκησης στη ρύθμιση του Διαβήτη τύπου 1;

Δρα ευνοϊκά με πολλούς τρόπους:

1) Μειώνει, όπως σε όλα τα άτομα τον κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων,

2) Μειώνει τον κίνδυνο παχυσαρκίας,

3) Αυξάνει την ευαισθησία της ινσουλίνης, εφ' όσον γίνεται συστηματικά 3-4 φορές την εβδομάδα.

Η άσκηση δεν θεωρείται αυτοτελώς θεραπευτικό μέσο του Διαβήτη, αλλά δρα υποβοηθητικά στη ρύθμιση.

Ποια μέτρα πρέπει να λαμβάνει ένα παιδί με Διαβήτη τύπου 1 προκειμένου να πάρει μέρος σε αθλητικές δραστηριότητες;

Κατά την έναρξη των αθλητικών δραστηριοτήτων πρέπει να κάνει μετρήσεις της γλυκόζης του αίματος πριν, στη διάρκεια και μετά την άσκηση. Οι μετρήσεις αυτές θα αποτελέσουν τη πυξίδα για την ακολουθούμενη πρακτική. Για την αποφυγή υπογλυκαιμιών λαμβάνονται αναλόγως τα εξής μέτρα:

1) Μικρό γεύμα πριν ή και κατά τη διάρκεια της άσκησης π.χ. 10-20 γραμμάρια υδατανθράκων για κάθε ½ ώρα άσκησης μετά τη πρώτη ½ ώρα.

2) Ελάττωση της δοσολογίας της ινσουλίνης που δρα κατά το χρόνο της άσκησης.

3) Είναι πιθανό να χρειασθεί μείωση της ινσουλίνης που δρα μετά την άσκηση.

Οι συνηθισμένες ασθένειες της παιδικής ηλικίας επιδρούν στη ρύθμιση του Διαβήτη;

Ναι, μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος. Η λοίμωξη, ο πυρετός ή το σωματικό stress αυξάνουν τις ανάγκες σε ινσουλίνη, αλλά εάν το παιδί έχει ανορεξία η δοσολογία της ινσουλίνης παραμένει σταθερή. Εάν υπάρχουν εμετοί ή διάρροιες είναι δυνατόν να μειωθούν οι ανάγκες σε ινσουλίνη.

Πώς αντιμετωπίζεται ένα παιδί με Διαβήτη τύπου 1 όταν αρρωστήσει από οποιαδήποτε αιτία ;

Η οποιαδήποτε ασθένεια θα αντιμετωπιστεί σύμφωνα με τις οδηγίες του παιδιάτρου. Η ρύθμιση του Διαβήτη θα γίνει από τους γονείς. Σε περιόδους ασθένειας πρέπει να γίνονται συχνότερες μετρήσεις και ανάλογη τροποποίηση της δοσολογίας της ινσουλίνης. Επί υπεργλυκαιμίας θα χορηγηθεί επιπλέον ινσουλίνη, ενώ επί ελαττωμένων τιμών γλυκόζης θα μειωθεί η δοσολογία της ινσουλίνης.

Τα παιδιά με Διαβήτη τύπου 1 έχουν κάποιον αυξημένο κίνδυνο όταν αρρωσταίνουν;

Ναι, γιατί το stress του οργανισμού μπορεί να δημιουργήσει Διαβητική Κετοξέωση. Για το λόγο αυτό εάν υπάρχουν ναυτία ή εμετοί και επίμονη υπεργλυκαιμία θα πρέπει να εξετασθούν τα ούρα για οξόνη. Εάν ανεβρεθεί αρκετή ποσότητα οξόνης στα ούρα πρέπει να ενημερωθεί αμέσως ο γιατρός.

Τα παιδιά με Διαβήτη τύπου 1 που έχουν αρρωστήσει από οποιαδήποτε αιτία πότε πρέπει να μεταφερθούν στο νοσοκομείο;

1) Εάν κάνουν συνεχείς εμετούς.

2) Εάν διαπιστωθεί μεγάλη ποσότητα οξόνης στα ούρα ή απόπνοια οξόνης.

3) Εάν η γενική κατάσταση είναι επηρεασμένη.

4) Εάν η γλυκόζη του αίματος διατηρείται αυξημένη παρά την επιπλέον χορήγηση ινσουλίνης.

5) Εάν υπάρχουν επίμονοι κοιλιακοί πόνοι.

6) Εάν διαπιστωθούν βαθιές αναπνοές.

Είναι χρήσιμες οι μετρήσεις της γλυκόζης στα ούρα;

Όχι πια. Η ευρεία κυκλοφορία ατομικών συσκευών για τη μέτρηση της γλυκόζης του αίματος έχει περιορίσει την αξία της ανίχνευσης γλυκόζης στα ούρα. Η γλυκόζη αποβάλλεται με τα ούρα όταν ξεπεράσει ένα όριο τιμής στο αίμα, που είναι διαφορετικό σε κάθε παιδί (145-180 mg/dl). Η ανίχνευση γλυκόζης στα ούρα σημαίνει ότι η γλυκόζη του αίματος έχει υπερβεί αυτό το όριο κατά το χρόνο που μεσολάβησε από τη προηγούμενη ούρηση.

Τι είναι οι κετόνες ή κετονικά σώματα;

Είναι ουσίες που προέρχονται από μετασχηματισμό των λιπαρών οξέων στο ήπαρ (συκώτι). Παράγονται όταν υπάρχουν ελαττωμένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα ή ανεπάρκεια ινσουλίνης. Τα παιδιά με Διαβήτη τύπου 1 παράγουν κετονικά σώματα όταν έχουν ανεπάρκεια ινσουλίνης ή χαμηλή γλυκόζη αίματος όπως επί υποσιτισμού ή γαστρεντερίτιδας.

Τι είναι η οξόνη;

Η οξόνη είναι κετονικό σώμα που μπορεί εύκολα να ανιχνευθεί στα ούρα. Όταν υπάρχει μεταβολική απορύθμιση του Διαβήτη τύπου 1 (Διαβητική κετοξέωση) ανιχνεύεται σε μεγάλες ποσότητες.

Τι είναι η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη;

Είναι το ποσοστό της αιμοσφαιρίνης των ερυθρών αιμοσφαιρίων που έχει συνδεθεί με γλυκόζη. Εξαρτάται από τα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος κατά τη διάρκεια της ζωής των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Αντιστοιχεί στο μέσο όρο των τιμών της γλυκόζης του αίματος τους προηγούμενους 2-3 μήνες και είναι ένας αξιόπιστος δείκτης της ρύθμισης. Η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης γίνεται σήμερα με μία σταγόνα αίματος σε λίγα λεπτά.

Είναι δυνατόν να γίνει πρόληψη των μακροχρόνιων επιπλοκών του Διαβήτη τύπου 1;

Παρότι η δημιουργία των επιπλοκών εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, έχει τεκμηριωθεί ότι η καλή ρύθμιση μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο. Τα άτομα με Διαβήτη έχουν σήμερα στη διάθεσή τους πολλά μέσα που διευκολύνουν τη ρύθμιση. Ακόμα υπάρχουν τα μέσα για την έγκαιρη διάγνωση αλλά και την αντιμετώπιση των επιπλοκών.

Ο έλεγχος για επιπλοκές του Διαβήτη τύπου 1 πρέπει να γίνεται από τη παιδική ηλικία;

Ναι, 2-3 χρόνια από την διάγνωση μετά την εφηβεία και 5 χρόνια από τη διάγνωση στα προεφηβικά παιδιά. Περιλαμβάνει εξέταση του βυθού των ματιών, μέτρηση της λευκωματίνης στα ούρα και εξέταση του νευρικού συστήματος με ειδικές δοκιμασίες. Ο έλεγχος πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο.

**Τμήμα Ελέγχου Οστεοπόρωσης ii4(γ)**

Τι είναι οστεοπόρωση;

Η οστεοπόρωση (απώλεια οστικής μάζας) είναι μία νόσος, που μένει ασυμπτωματική, μέχρι να συμβεί

Κάταγμα.

Ποιοι κινδυνεύουν να πάθουν οστεοπόρωση;

Συνήθως οι γυναίκες λόγω της μείωσης των οιστρογόνων κατά την εμμηνόπαυση. Επίσης γυναίκες μετά την

ωοθηκεκτομή και παρατεταμένη αμηνόρροια. Άτομα που παίρνουν κορτικοειδή για μεγάλο διάστημα. Άτομα με

περιορισμένη σωματική δραστηριότητα κλπ.

Θεραπεύεται η οστεοπόρωση; Σήμερα υπάρχουν πολλά φάρμακα που περιορίζουν την εξέλιξη της οστεοπόρωσης

και μειώνουν τον κίνδυνο κατάγματος.Η θεραπεία να εξατομικευεται απο το γιατρο για καθε αρρωστο χωριστα.

Εκτελούνται οι αιματολογικές εξετάσεις:

B-Cross Laps ή CTX (C τελοπεπτίδιο)

PTH

BGP

25 (OH)2 Βιταμίνη D3

TP1NP

Ασβέστιο/φώσφορος ορού

ALP

λευκώματα ορού

Ασβέστιο/φώσφορος ούρων 24ώρου

υδροξυπρολίνη ούρων 24ώρου

VMA ούρων 24ώρου

**Οδηγίες για τον σίδηρο και την αναιμία ii5(ι)**

Είναι συχνό φαινόμενο κάποιοι να παραπονούνται για μειωμένη ενέργεια. Αυτό που βλέπουμε με μια πρώτη ματιά σε όσους εμφανίζουν αναιμία, είναι το χρώμα του δέρματός τους. Είναι χαρακτηριστικά ωχρό. Βέβαια δεν είναι μόνο αυτό.

Η αναιμία είναι μία παθολογική κατάσταση κατά την οποία μειώνεται η ποσότητα των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια είναι αυτά που περιέχουν την αιμοσφαιρίνη, την ουσία που μεταφέρει το οξυγόνο στους ιστούς και απομακρύνει το διοξείδιο του άνθρακα. Έτσι μπορεί κάποιος να πάθει ασφυξία, ενώ αναπνέει κανονικά.

Η αναιμία, εάν δεν πρόκειται για γενετική βλάβη όπως είναι η θαλασσαιμίες (μεσογειακή αναιμία κ.λπ.) μπορεί να προκληθεί με δύο τρόπους:

1.Με την απώλεια αίματος, οπότε και μιλάμε γενικά για αναιμία.

2.Με την έλλειψη σιδήρου από τον οργανισμό, είτε λόγω διατροφής, είτε λόγω κακής απορρόφησης, οπότε μιλάμε για σιδηροπενική αναιμία.

Ο σίδηρος είναι στοιχείο απαραίτητο για τη σύνθεση της αιμοσφαιρίνης.

Η αναιμία δεν είναι νόσος, είναι ένα σύμπτωμα και σύμφωνα με τους ειδικούς τα αίτια είναι πολλά. Εμφανίζεται σε περίπου 15-20% των προεμμηνοπαυσιακών γυναικών, το 50% των εγκύων και το 3% των ανδρών. Επίσης, είναι συχνή στην ηλικία ανάπτυξης.

Πως θα καταλάβουμε ότι έχουμε αναιμία;

Τα γενικά συμπτώματα με τα οποία μπορεί να εμφανιστεί μια αναιμία είναι:

1. Εύκολη κόπωση

2. Δύσπνοια, ειδικά σε άτομα με αναπνευστική ανεπάρκεια ή καπνιστές

3. Ταχυκαρδία

4. Πονοκέφαλος (ιδιαίτερα στη μετωπιαία χώρα)

5. Εμβοές στα αυτιά

6. Ανορεξία και εντερικές διαταραχές

7. Το δέρμα αποκτά μια ωχρότητα (κιτρινίζει)

8. Ζαλάδες

Επιπλέον, η χρόνια έλλειψη σιδήρου μπορεί να δώσει τέσσερα χαρακτηριστικά σημάδια:

·Νύχια γίνονται εύθραυστα και κοίλα (κοιλονυχία)

·Γλώσσα γίνεται ατροφική (δεν διακρίνονται οι θηλές της).

·Ξηροστομία

·Ευπάθεια σε λοιμώξεις

Το «σύμπτωμα» με τα… παγάκια

Eάν θέλετε συνεχώς να τρώτε παγάκια, πρέπει να ελέγξετε τα αποθέματα σιδήρου στον οργανισμό σας. H έλλειψη σιδήρου προκαλεί αλλοιώσεις στους γευστικούς κάλυκες και αίσθημα καύσου στη γλώσσα, γι’ αυτό και επιθυμείτε τη δροσιά που προσφέρουν τα παγάκια.

Τι συμβαίνει και εκδηλώνεται αναιμία;

Οι πιο συχνοί λόγοι για τους οποίος εμφανίζεται η αναιμία:

1. Η ελαττωμένη πρόσληψη σιδήρου από τις τροφές.

2. Η απώλεια αίματος, είτε συνεχής και σε μικρές ποσότητες, είτε οξεία και σε μεγάλη ποσότητα. Συχνά αναφέρονται απώλεια αίματος από αιμορροΐδες, ενεργό πεπτικό έλκος, εντερικούς πολύποδες, εκκολπωματίτιδα, διαφραγματοκήλη και καρκίνος του πεπτικού συστήματος.

3. Σημαντικές μεταβολές στο ανθρώπινο σώμα, κατά τις οποίες οι απαιτήσεις σε σίδηρο αυξάνονται κατά πολύ, όπως είναι η σωματική ανάπτυξη των εφήβων, η κύηση ο θηλασμός, αλλά και ειδικές κατάστασης όπως έντονης κόπωσης είτε από άσκηση είτε από εργασία ακόμη και από στρες.

4. Η κακή απορρόφηση του σιδήρου η οποία εντάσσεται στα πλαίσια κάποιων συνδρόμων δυσαπορρόφησης που εκδηλώνονται συνήθως από την παιδική ηλικία.

Υπάρχουν αρκετά είδη αναιμίας, όπως και τρόποι κατάταξης ανάλογα με την αιτία της, τη μορφολογία των ερυθρών αιμοσφαιρίων και την ανταπόκρισή της στη θεραπεία. Η σιδηροπενική είναι η πιο συχνή αναιμία και χαρακτηρίζεται από την έλλειψη σιδήρου στον οργανισμό.

Για ποιο λόγο μειώνεται ο σίδηρος;

Περίπου το 30% του ολικού σιδήρου του οργανισμού βρίσκεται αποθηκευμένο στο συκώτι, τον σπλήνα και το μυελό των οστών με τη μορφή ουσιών όπως η φεριτίνη και η αιμοσιδηρίνη.

Ο οργανισμός έχει αποθήκες σιδήρου στο σώμα και γι' αυτό μπορεί να «αντέξει» ένα χρονικό διάστημα στην έλλειψή του. Σύντομα όμως αυτές μπορεί να εξαντληθούν και να παρατηρηθεί η αναιμία.

Οι πιο συχνές περιπτώσει που μειώνεται ο σίδηρος είναι:

1. Δίαιτες πείνας με σκοπό την άμεση απώλεια κιλών.

Eάν κάνετε συχνά στερητικές δίαιτες, τότε είναι πολύ πιθανό να έχετε εξαντλήσει τα αποθέματα σιδήρου στον οργανισμό σας. Το ίδιο μπορεί να συμβεί εάν αποφεύγετε το κρέας και τα αυγά, ακολουθώντας μια χορτοφαγική διατροφή.

Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν αρκεί η αναπλήρωση του χαμένου σιδήρου με τα συμπληρώματα σιδήρου που θα συστήσει ο γιατρός, αλλά πρέπει να τροποποιήσετε και τις διατροφικές σας συνήθειες, ώστε να μην αντιμετωπίσετε ξανά αυτό το πρόβλημα.

2. Ο σίδηρος δεν απορροφάται επαρκώς

Η μειωμένη απορρόφηση του σιδήρου από το έντερο είναι κάτι που συνήθως παρουσιάζεται με την πρόοδο της ηλικίας, ενώ σπανιότερα οφείλεται σε κάποια πάθηση (π.χ. στη νόσο του Crohn). Γι’ αυτό, πολλοί ειδικοί συστήνουν στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας -άνω των 60 ετών- τη λήψη μιας πολυβιταμίνης, που συμβάλλει, μεταξύ άλλων, και στην καλύτερη απορρόφηση του σιδήρου από το έντερο.

3. Έμμηνος ρύση

Εάν έχετε έμμηνο ρύση και πολύ περισσότερο στις περιπτώσεις με αρκετή απώλεια αίματος.

4. Κατάχρηση φαρμάκων

Η κατάχρηση της ασπιρίνης καθώς και των άλλων μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων ενδέχεται να προκαλέσει γαστρεντερική αιμορραγία και ως εκ τούτου αναιμία.

Οι ειδικοί επισημαίνουν ότι εκτός από την ξαφνική γαστρορραγία που μπορεί να προκαλέσουν τα αντιφλεγμονώδη, είναι πιθανό να δημιουργήσουν και μικρές αφανείς αιμορραγίες στο πεπτικό, που τελικά γίνονται αντιληπτές από τη σημαντική αναιμία που προκαλούν.

Γι’ αυτό τα εν λόγω φάρμακα πρέπει να λαμβάνονται μόνο όταν είναι απαραίτητο και κατά κανόνα μετά το φαγητό ή με τη συνοδεία κάποιου γαστροπροστατευτικού φαρμάκου.

Η μέτρηση της αναιμίας

Μία απλή εξέταση αίματος αρκεί. Σε αυτή θα βρεθούν χαμηλός αιματοκρίτης, δηλαδή μικρή ποσότητα ερυθρών αιμοσφαιρίων, καθώς και χαμηλά επίπεδα αιμοσφαιρίνης και σιδήρου.

Ταυτόχρονα με την εξέταση αίματος θα διαπιστωθεί και η κατάσταση των αποθηκών του σιδήρου.

Ο γενικός κανόνας είναι ότι όταν η αιμοσφαιρίνη είναι κάτω από 10 g/dL στις γυναίκες και κάτω από 12 g/dL στους άνδρες, τότε υπάρχει αναιμία.

Επιπλέον, προσμετρώνται οι χαμηλές τιμές της φεριτίνης (30-250), που βοηθά στην αποθήκευση του σιδήρου, είναι ενδεικτικές των χαμηλών αποθεμάτων σιδήρου.

Γιατί είναι συχνότερη στις γυναίκες;

Οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες από τους άνδρες λόγω των απωλειών αίματος κατά την εμμηνορρυσία αλλά και εξαιτίας των μικρότερων αποθηκών σιδήρου που έχουν στον οργανισμό τους.

Κατά την εγκυμοσύνη, η αναιμία είναι έως ένα βαθμό «φυσιολογική», αφού η συγκέντρωση της αιμοσφαιρίνης υπολογίζεται σε μεγαλύτερο από πριν όγκο πλάσματος (πλάσμα: το αίμα χωρίς τα έμμορφα συστατικά του, δηλ. τα ερυθρά αιμοσφαίρια). Επειδή ακριβώς οι πιθανότητες ανάπτυξης σιδηροπενίας είναι αρκετά μεγάλες, γι' αυτό και αρκετοί γυναικολόγοι προτιμούν την προληπτική χορήγηση συμπληρωμάτων σιδήρου στις εγκύους και στις θηλάζουσες μητέρες.

Ιδιαίτερη κατάσταση στα παιδιά

Στα παιδιά και τους εφήβους μπορεί να έχουμε και άλλες εκδηλώσεις, όπως υπνηλία, ευερεθιστότητα, αδυναμία συγκέντρωσης και εξασθένιση του ανοσοποιητικού τους συστήματος.

Αν η κατάσταση δεν αντιμετωπιστεί γρήγορα, είναι πιθανή η μειωμένη σωματική ανάπτυξη και, σε βαρύτερες περιπτώσεις, η εκδήλωση καρδιακής ανεπάρκειας.

Η διάγνωσή της γίνεται πολύ εύκολα με μια απλή εξέταση αίματος, ενώ και σε αυτές τις περιπτώσεις φυσικά, το σημαντικό είναι να εντοπιστεί το αίτιο που οδήγησε σε αυτήν, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τους ενήλικες.

Περαιτέρω εξετάσεις που βοηθούν στη διερεύνησή της μπορεί να γίνουν κατά περίπτωση, ανάλογα με τη γνώμη του θεράποντος ιατρού.

Αντιμετώπιση και θεραπεία

Καταρχάς θα πρέπει να αντιμετωπιστεί το αίτιο που προκαλεί την αναιμία, σε περίπτωση που δεν είναι μόνο διατροφική διαταραχή.

Ακολούθως συστήνεται αυξημένη πρόσληψη σιδήρου μέσω της τροφής ή με τη χρήση κάποιου φαρμακευτικού σκευάσματος.

Στη δεύτερη περίπτωση, είναι πολύ πιθανό να εμφανιστούν πόνος στην κοιλιά, δυσκοιλιότητα ή διάρροια και χρώση των κοπράνων προς το μαύρο.

Η απορρόφηση του σιδήρου είναι καλύτερη αν ληφθεί με άδειο στομάχι, αν όμως ο ασθενής δεν μπορεί να το ανεχτεί, τότε μπορεί να πίνει λίγο χυμό πορτοκαλιού αμέσως μετά.

Η βιταμίνη C άλλωστε βοηθά την απορρόφησή του, ενώ το αντίθετο αποτέλεσμα έχουν το γάλα και τα αντιόξινα φάρμακα για την πέψη. Αν χρειαστεί, η θεραπεία γίνεται με ενδομυϊκές ενέσεις.

Η διάρκεια της θεραπείας, αν έχει αντιμετωπιστεί το αίτιο που προκάλεσε την αναιμία, είναι τουλάχιστον τρίμηνη, αφού απαιτείται η πλήρωση των αποθηκών σιδήρου στον οργανισμό.

Κατά την πορεία της, χρειάζεται κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση, για να διαπιστωθεί αν ο οργανισμός ανταποκρίνεται στη θεραπεία.

Κατά 25% απορροφάται από ζωικές πηγές, ενώ μόλις 6% από φυτικές πηγές. Εξαίρεση παοτελούν τα σατυρανθή λαχανικά (μπροκολο, κουνουπίδι, λαχανακαι Βρυξξελλών) που η απορρόφηση του φτάνει το 25% επίσης.

Η απορρόφηση του μπορεί να διπλασιαστεί ή ακόμα και να τριπλασιαστεί με ένα ποτήρι φυσικό χυμό πορτοκάλι.

Η διατροφή που αυξάνει το σίδηρο

Τροφές πλούσιες σε σίδηρο είναι το κόκκινο κρέας και κυρίως το συκώτι καθώς και τα όσπρια. Σε περιπτώσεις που αυτό δεν είναι αρκετό, χρησιμοποιείται η χορήγηση σιδήρου με τη μορφή χαπιών.

Επίσης, κατά την εγκυμοσύνη χορηγούνται πάντα σκευάσματα σιδήρου, εφόσον η διατροφή δεν επαρκεί συνήθως για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών.

Oι «καλοί» και οι «κακοί» συνδυασμοί

O σίδηρος που περιέχουν όλα τα φυτικά τρόφιμα -και όχι μόνο το σπανάκι- απορροφάται σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με το ζωικό σίδηρο, γι’ αυτό και πρέπει να προσέχετε με ποια τρόφιμα τον συνδυάζετε, ώστε να μειώσετε τις «απώλειες».

Oι καλοί συνδυασμοί

Για να αυξήσετε την απορρόφηση του φυτικού σιδήρου, συνδυάστε τα τρόφιμα που τον περιέχουν με:

• Xυμό πορτοκάλι, γκρέιπφρουτ, πεπόνι, φράουλες, ακτινίδια κλπ., δηλαδή φρούτα πλούσια σε βιταμίνη C.

• Mπρόκολο, λαχανάκια Bρυξελλών, ντομάτα και χυμό ντομάτας, πατάτες, πράσινες και κόκκινες πιπεριές, δηλαδή λαχανικά πλούσια σε βιταμίνη C.

• Λευκό κρασί, οι πολυφαινόλες του οποίου ευνοούν την απορρόφηση του σιδήρου.

• Kρέας, ψάρι ή πουλερικά, δηλαδή πηγές ζωικού σιδήρου.

Oι κακοί συνδυασμοί

Η απορρόφηση του φυτικού σιδήρου μειώνεται όταν αυτός συνδυάζεται με:

• Kαφέ, τσάι, αναψυκτικά τύπου κόλα και σοκολάτα.

• Kόκκινο κρασί.

• Γάλα, τυρί, γιαούρτι, καθώς και συμπληρώματα ασβεστίου.

• Φυτικές ίνες, π.χ. σιτηρά ολικής άλεσης.

• Σόγια και προϊόντα σόγιας.

• Παντζάρια, γλυκοπατάτα και σπανάκι.

• Kρόκο αυγού.

Tα μυστικά του σιδήρου

• 4-5 γρ. σιδήρου περιέχει ο οργανισμός ενός υγιούς ενηλίκου (40-50 mg ανά κιλό σωματικού βάρους).

• Tο 70% του σιδήρου στο σώμα μας είναι σε «άμεση χρήση» (περιέχεται στην αιμοσφαιρίνη) και το 18% είναι αποθηκευμένο (στη φερριτίνη).

• 1-1,2 mg είναι οι ημερήσιες ανάγκες μας σε σίδηροκαι αντιστοιχούν στις ημερήσιες απώλειες από τα υγρά του οργανισμού (στις γυναίκες η έμμηνος ρύση είναι πρόσθετη αιτία απώλειας σιδήρου).

• H συνολική ποσότητα του σιδήρου στον οργανισμό μας παραμένει σταθερή, εφόσον οι μικρές ημερήσιες απώλειες αναπληρώνονται με την τροφή.

• 10-30 mg σιδήρου λαμβάνονται κατά μέσο όρο με την τροφή, εκ των οποίων απορροφάται μόνο το 10% (1-3mg).

• Όταν μειώνονται τα αποθέματα σιδήρου στον οργανισμό μας, τότε αυξάνεται έως και κατά δέκα φορές η απορρόφησή του από το έντερο (ο οργανισμός μας, δηλαδή, προσπαθεί να αναπληρώσει το κενό - εφόσον, βέβαια, βρίσκει διαθέσιμο σίδηρο στο έντερο, προερχόμενο από τις τροφές που καταναλώνουμε).

**Έλεγχος Συνδρόμου DOWN ii6(η)**

A-TEST (15-22 εβδομάδα, DOWN/NTD)

Ο έλεγχος του Συνδρόμου Down & βλαβών του νωτιαίου σωλήνα (Α-Test) γίνεται από τη 15η έως την 22η εβδομάδα της εγγυμοσύνης. Εάν υπάρχει προηγούμενη κύηση με NTD ή DOWN συνιστάται αμνιοκέντηση ευθυς εξ’ αρχής.

Απαραίτητα στοιχεία Συμπληρωματικά στοιχεία

1. Ηλικία μητέρας

2. Ηλικία εμβρύου: BPD (αμφιβρεγματική διάμετρος) ή

ΤΕΡ (τελευταία έμμηνος ρύση)

1. Βάρος της μητέρας

2. Σακχαρώδης διαβήτης εξαρτώμενος από ινσουλίνη

3. Δίδυμη κύηση

Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει τις εξετάσεις:

1. a-FP

2. b-hCG (β-χοριακή)

3. Ελεύθερη Οιστριόλη (Ε3)

Από τη σχετική βιβλιογραφία γνωρίζουμε ότι ο εργαστηριακός έλεγχος για το σύνδρομο DOWN μπορεί να ανιχνεύσει δύο στις τρεις των περιπτώσεων. Επιβεβαιωμένο 100% αποτέλεσμα μπορούμε να έχουμε με καρυότυπο ύστερα από αμνιοκέντηση, διαδιακσία που εγκυμονεί κίνδυνο αυτόματης αποβολής σε ποσοστό 0,5-2%.

Αποτελέσματα της εργαστηριακής εξέτασης

Δίδονται οι τιμές των εργαστηριακών μετρήσεων (α-FP, β-HCG, Ε3) και δίπλα από αυτές αναγράφεται η εκτίμηση σε MOM της παραμέτρου (MOM = Multiple Of the Median = Πολλαπλάσιο της μέσης τιμής). Όταν έχουμε 1,40 ΜΟΜ π.χ. στην α-Fpσημαίνει ότι η μετρηθείσα τιμή στατιστικά είναι 1,4 φορές μεγαλύτερη από την μέση στατιστική τιμή της α-FP για την ανάλογη ηλικία κυήσεως. Η κλασική εικόνα του συνδρόμου DOWN σε ΜΟΜ είναι:

1. a-FP = 0,75 ΜΟΜ

2. b-hCG = 2.15 ΜΟΜ

3. (Ε3) = 0,75 ΜΟΜ

Συμπεράσματα του ελέγχου DOWN

Το συμπέρασμα του ελέγχου επικεντρώνεται στο στατιστικά εκτιμώμενο κίνδυνο. Ο κίνδυνος DOWN με βάση την ηλικία και μόνο της μητέρας όπως και ο κίνδυνος για NTD αναφέρεται στη σχετικη΄βιβλιογραφία. Ειδικότερα:

Εκτιμώμενος κίνδυνος DOWN βάσει της ηλικίας της μητέρας Αυτή η πιθανότητα δίδεται από τη σχετική βιβλιογραφία π.χ. για ηλικία μητέρας 25 έτη είναι 1:1300, για 30 έτη 1:860 και για 35 έτη 1:350.

Εκτιμώμενος κίνδυνος DOWN στατιστικά Εδώ συμπυκνώνεται η ουσία της εξέτασης. Το όριο θετικού / αρνητικού είναι το 1:1250. Τιμές σε αρνητική περιοχή κοντά στο όριο πρέπει να επανεξετάζονται (π.χ. 1:1310).

Εκτιμώμενος κίνδυνος NTD Αναφέρεται στην στατιστική πιθανότητα για βλάβες τουνωτιαίου σωλήνα και ανεγκεφαλίας του εμβρύου. Τιμές της α-FP πάνω από 2,00 ΜΟΜ δεν είναι επιθυμητές και συνιστάται περαιτέρω έλεγχος (επανάληψη εξέτασης ή αμνιοκέντηση).

B-TEST (13-22 εβδομάδα, DOWN/NTD)

Ο έλγχος του Συνδρόμου DOWN & βλαβών του νωτιαίου σωλήνα (Β-Test) γίνεται από τη 13η έως την 22η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Τα απαραίτητα και συμπληρωματικά στοιχεία της εξέτασης είναι τα ίδια με αυτά του Α-test. Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει τις εξετάσεις:

1. a-FP

2. free b-hCG (ελεύθερη β-χοριακή)

με όριο θετικού / αρνητικού το 1:250.

PAPP-A TEST (10-14 εβδομάδα, DOWN)

Ο Έλεγχος του Συνδρόμου DOWN με το PAPP-A Test γίνεται από την 10η έως την 14η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Η επίσπευση του χρόνου εκτέλεσης της δοκιμασίας αποτελεί το βασικότερο πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής, τόσο για ιατρικούς όσο και για ψυχολογικούς λόγους. Το απαραίτητα και συμπληρωματικά στοιχεία της εξέτασης είναι τα ίδια με αυτά του Α-test. Επιπλέον επιθυμητό αλλά όχι απαραίτητο στοιχείο είναι η μέτρηση της αυχενικής διαφάνειας του εμβρύου. Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει τις εξετάσεις:

1. PAPP-A (πρωτεϊνη Α)

2. free b-hCG (ελεύθερη β-χοριακή)

με όριο θετικού / αρνητικού το 1:250

**Υπογονιμοτητα ii8(α)**

Για μια γυναικα με καθ εξιν αποβολες η υπογονιμοτητα προτινονται οι εξετασεις:

-Ελεγχος θρομβοφιλιας

-Κυστικη Ινωση

-Αντιπατρικα αντισωματα

-Καρυοτυπος περιφερικου αιματος ζευγους

-Μοριακος μικροβιακος ελεγχος σπερματος(Μυκοπλασμα-Χλαμιδια-Ερπητοοι)

-Εξεταση σπερματος

**Η σωστή διατροφή βελτιώνει τη γονιμότητα των ανδρών**

Οι άνδρες που τρώνε υγιεινές τροφές, έχουν αυξημένες πιθανότητες να έχουν και πιο υγιές σπέρμα, σύμφωνα με μια νέα ισπανική επιστημονική μελέτη, που αναδεικνύει τη σημασία της σωστής διατροφής για την ανδρική γονιμότητα. Η έρευνα έγινε από ερευνητές του πανεπιστημίου της Μούρθια. Μια υγιής και ισορροπημένη δίαιτα δεν είναι σημαντική μόνο για την αποφυγή ασθενειών όπως ο διαβήτης, η υψηλή χοληστερίνη ή υπέρταση, αλλά επίσης μπορεί να είναι χρήσιμη για τη διατήρηση ή τη βελτίωση της αναπαραγωγικής υγείας. Άλλες μελέτες είχαν και στο παρελθόν επισημάνει ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην κατανάλωση ορισμένων τροφών και στην ανδρική γονιμότητα. Σε προηγούμενη έρευνά τους, οι ίδιοι ισπανοί ερευνητές είχαν ανακαλύψει ότι οι άνδρες που τρώνε περισσότερα γαλακτοκομικά προϊόντα και κρέας, καθώς επίσης λιγότερα λαχανικά και φρούτα, είναι πιο πιθανό να έχουν χειρότερη ποιότητα σπέρματος.

Στη νέα τους έρευνα, οι επιστήμονες, αφού απομόνωσαν την επίδραση άλλων παραγόντων (κάπνισμα, βάρος, έκθεση σε τοξικά χημικά), επιβεβαίωσαν ότι η διατροφή παραμένει σημαντικός παράγοντας για την κατάσταση του σπέρματος. Αναλύοντας την επίδραση επιμέρους τροφών, διαπίστωσαν ότι όσοι άνδρες τρώνε περισσότερους υδρογονάνθρακες, φυτικές ίνες, φολικό οξύ, βιταμίνη C και λυκοπένιο (βασικό συστατικό της ντομάτας), έχουν φυσιολογικό σπέρμα. Επίσης οι άνδρες με υγιές σπέρμα τρώνε λιγότερα λίπη και πρωτεϊνες. Από την άλλη, χαμηλά επίπεδα αντιοξειδωτικών θρεπτικών ουσιών (που υπάρχουν κυρίως στα φρούτα και λαχανικά) στη διατροφή φαίνεται να έχουν αρνητική επίδραση στην ποιότητα του σπέρματος, σύμφωνα με τους ερευνητές. Όλο και περισσότερες επιστημονικές μελέτες δείχνουν ότι η ποιότητα του σπέρματος και η ανδρική γονιμότητα έχουν μειωθεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Σε ορισμένες χώρες της βόρειας Ευρώπης, όπως η Δανία, υπολογίζεται ότι το 40% των ανδρών έχουν ποιότητα σπέρματος χαμηλότερη από την ενδεδειγμένη για γονιμότητα. Ο τρόπος ζωής, η έκθεση σε τοξικά χημικά, η μόλυνση του περιβάλλοντος και η κακή διατροφή συμβάλλουν στην αρνητική αυτή εξέλιξη.

**ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ii9(ε)**

Ποια είναι;

AIDS

Μαλακό έλκος

Χλαμύδια

Ψείρες εφηβαίου

Γονόρροια

Ηπατίτιδα Β, C

Έρπης

Ιός papilloma (θηλώματα, κονδυλώματα)

Μολυσματική τέρμινθος

Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα

Σύφιλις

Κολπίτιδα

Πως μπορεί να γίνει η διάγνωση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων;

Με ειδικές εξετάσεις αίματος, κολπικών υγρών, ουρηθρικού υγρού και σπέρματος.

Χλαμύδια, γονόρροια

Για τις γυναίκες χρειάζεται τραχηλικό δείγμα.

Για τους άνδρες σπέρμα, ούρα ή ουρηθρικό έκκριμα.

Τα χλαμύδια ανιχνεύονται 30 ώρες μετά την προσβολή και η γονόρροια 48 ώρες μετά.

HIV (AIDS)

Γίνεται εξέταση αίματος. Ο ιός ανιχνεύεται 6 εβδομάδες - 6 μήνες μετά την ύποπτη επαφή με φορέα του AIDS.

Σύφιλη

Γίνεται εξέταση αίματος. Τα αντισώματα ανιχνεύονται 3-90 ημέρες μετά την προσβολή.

Έρπης

Γίνεται εξέταση αίματος και καλλιέργεια της προσβεβλημένης περιοχής.

Πως μπορώ να προφυλαχθώ;

Περιορίστε τους ερωτικούς συντρόφους

Χρησιμοποιήστε πάντα προφυλακτικό, αν κι' ακόμη κι αυτό δεν μας προφυλάσσει 100%, σε κάθε μορφή σεξουαλικής επαφής.

Θυμηθείτε ότι όλα τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα δεν δίνουν πάντα φανερά συμπτώματα.

Πλύνετε τα γεννητικά όργανα με σαπούνι και νερό και ουρήστε μετά το σεξ.

Ποια είναι τα συνηθισμένα συμπτώματα;

Κολπικές ενοχλήσεις (φαγούρα, κάψιμο, δύσοσμες εκκρίσεις κ.α.)

Πόνος στην σεξουαλική επαφή ή κατά την ούρηση.

Φυσαλίδες επώδυνες μέσα στο στόμα ( σ' άτομα που κάνουν στοματικό σεξ).

Πόνος στον πρωκτό (σ' άτομα που κάνουν πρωκτικό σεξ).

Μαλακά έλκη (κόκκινες, επώδυνες δερματικές βλάβες στα γεννητικά όργανα, πρωκτό, γλώσσα ή και στο λαιμό).

Εξανθήματα σαν λέπια στις παλάμες και τα πέλματα.

Σκούρα ούρα σαν τσάι, απώλεια βάρους, αποχρωματισμένα κόπρανα, κίτρινα μάτια και δέρμα).

Μικρές φυσαλίδες που γίνονται έλκη (πληγές) στα γεννητικά όργανα.

Διογκωμένοι λεμφαδένες, πυρετός, μυαλγίες.

Ασυνήθιστες λοιμώξεις, νυχτερινές εφιδρώσεις, απώλεια βάρους.

**ΣΥΦΙΛΗ (Treponema Pallidum)**

Η Σύφιλη είναι πάθηση η οποία οφείλεται στο βακτήριο «Ωχρά Σπειροχαίτη» (Treponemα pallidum) και μεταδίδεται μεσω της σεξουαλικής επαφής. Μπορεί επίσης να μεταδοθεί από τη μητέρα στο έμβρυο καθώς και με τη μετάγγιση μολυσμένου αίματος.

Η σύφιλη παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων, μπορεί να προσβάλλει όλα τα όργανα και συστήματα του οργανισμού και μιμείται έτσι τα συμπτώματα πολλών άλλων παθήσεων.

Παθοφυσιολογία – Συμπτώματα

Το T pallidum είναι ένα ευαίσθητο σπειροειδές βακτήριο μήκους 6-15 χιλιοστών . Οι διαστάσεις του είναι τόσο μικρές που απαιτείται δυνατό μικροσκόπιο για να αναγνωριστεί. Το βακτήριο αυτό δεν μπορεί να επιζήσει για ώρα έξω από το σώμα∙ έτσι η μετάδοσή του γίνεται σχεδόν πάντοτε με άμεση επαφή με την μολυσμένη πληγή. Το βακτήριο T pallidum διεισδύει εύκολα στο εκτριμμένο δέρμα ή τις βλεννώδεις μεμβράνες και στη συνέχεια διαδίδεται ταχύτατα μέσω του αίματος και του λεμφικού ιστού χωρίς να εμφανίζονται άμεσα συμπτώματα.

Η φυσική πορεία της σύφιλης, περιλαμβάνει 4 κύρια στάδια. Εδώ πρέπει να τονίσω ότι λαμβάνοντας έγκαιρα τη σωστή φαρμακευτική αγωγή(πενικιλίνη) επέρχεται συνήθως ίαση χωρίς η πορεία της νόσου να εμφανίσει την κλινική εικόνα και των 4 σταδίων.

Πρωτογενής σύφιλη:

Η πρωτογενής σύφιλη χαρακτηρίζεται από τη δημιουργία μιας μικρής ανώδυνης πληγής (συφιλιδικό έλκος) στο σημείο της αρχικής μόλυνσης (συχνότερα στη γεννητική περιοχή και σπανιότερα στο στόμα, στη γλώσσα ή και αλλού) η οποία εμφανίζεται μέσα σε ένα χρονικό διάστημα 3 εώς 6 εβδομάδων . Η πληγή αυτή δεν πονάει, είναι σκληρή στην αφή και έντονα μολυσματική αλλά επουλώνεται 4 με 6 εβδομάδες από τη στιγμή που δημιουργείται χωρίς συνήθως να αφήνει σημάδι. Συνήθως η πληγή αυτή συνοδεύεται από ένα πρήξιμο των λεμφαδένων δίπλα στα γεννητικά μας όργανα, που λαικά αποκαλούνται «ελιές». Χαρακτηριστικό είναι ότι οι «ελιές» αυτές είναι απλώς πρησμένες χωρίς να είναι ερεθισμένες ή να πονάνε και συνήθως μένουν πρησμένες ακόμη και όταν η πληγούλα επουλωθεί.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η πληγή μπορεί να μην εμφανισθεί αν έχουμε πάρει προηγουμένως αντιβιοτικά για κάποια άλλη αιτία. ‘Ετσι, μπορεί να εκδηλωθεί το δεύτερο στάδιο της νόσου χωρίς να το πάρουμε είδηση.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν παρατηρήσουμε τέτοιου είδους πληγή στα γεννητικά μας όργανα δεν προσπαθούμε να την θεραπεύσουμε μόνοι μας με πούδρες, κρέμες ή αντισηπτικά, γιατί η πληγή ούτως ή άλλως σε 2-4 εβδομάδες επουλώνεται από μόνη της. Έτσι θα πιστέψουμε οτι θεραπευτήκαμε με την αγωγή που χρησιμοποιήσαμε ενώ η νόσος προχωράει στο επόμενο στάδιο. Γι’ αυτό, αν αντιληφθούμε μια αντίστοιχη πληγή απευθυνόμαστε άμεσα στον ειδικό γιατρό.

Δευτερογενής σύφιλη:

Η δευτερογενής σύφιλη αναπτύσσεται περίπου 4 με 10 εβδομάδες μετά την εμφάνιση της πρωτογενούς πληγής και μπορεί να προκαλέσει μια ποικιλία από συμτώματα. Κατά τη διάρκεια του σταδίου αυτού το βακτήριο της ωχρούς σπειροχαίτης πολλαπλασιάζεται και εξαπλώνεται σε όλο το σώμα. Στο στάδιο αυτό το βακτήριο είναι ανιχνεύσιμο στο αίμα, σε αντίθεση με το προηγούμενο στάδιο της ασθένειας που μόνο εξετάσεις τοπικά πάνω στην πληγή μπορούν να ανιχνεύσουν το βακτήριο.

Το κύριο σύμπτωμα και η πρώτη εκδήλωση του δευτερογενούς σταδίου της σύφιλης είναι η ροδάνθη. Το χαρακτηριστικό αυτό εξάνθημα αποτελείται από κηλίδες ρόδινου χρώματος συμμετρικά κατανεμημένες. Οφείλεται δε στην αφθονία των βακτηρίων Treponemα pallidum, τα οποία και εισβάλλουν στα τριχοειδή αγγεία του δέρματος προκαλώντας μικρές εμβολές. Οι κηλίδες μπορεί να εμφανιστούν σε όλο το σώμα εκτός του προσώπου. Συχνότερα εντοπίζονται στον θώρακα και στην κοιλιά ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να επεκταθούν στις παλάμες, στα πέλματα και στη στοματική κοιλότητα. Χαρακτηριστικό του εξανθήματος αυτού είναι ότι δεν παρουσιάζει κνησμό. Όταν πιέσουμε τις κηλίδες με το δάχτυλο, τότε αυτές εξαφανίζονται.

Άλλες τυπικές ενδείξεις στο στάδιο αυτό αποτελούν: αδιαθεσία, μυαλγίες (πόνος στους μύες), αρθραλγίες (πόνος στις αρθρώσεις). Είναι δυνατό να βρούμε τη σπλήνα μας πρησμένη, ή ακόμα να ψηλαφίσουμε πρησμένους αδένες σε όλο μας το σώμα και ιδιαίτερα στο λαιμό ή κάτω από τις μασχάλες. Μπορεί να παρατηρούνται έντονοι πονοκέφαλοι, νευρικότητα και άγχος. Πιο σπάνια έχει παρατηρηθεί νεφρίτιδα ή και ίκτερος, δηλαδή ο άρρωστος κιτρινίζει στα μάτια και στο σώμα.Από άποψη μεταδοτικότητας η δευτερογενής θεωρείται η πιο επικίνδυνη περίοδος της νόσου. Η ροδάνθη διαρκεί από τρεις έως οκτώ εβδομάδες και βαθμιαία εξαφανίζεται ακόμα και χωρίς θεραπεία. Εδώ χρειάζεται πολύ προσοχή να μην πιστέψουμε οτι επρόκειτο για κάποιο ανώδυνο παροδικό εξάνθημα. Στην περίπτωση που παρουσιάσουμε ένα αντίστοιχο εξάνθημα απευθυνόμαστε άμεσα σε ειδικό ιατρό.

Ένα άλλο πιθανό σύμπτωμα είναι η αλωπεκία. Όταν λέμε αλωπεκία εννοούμε τη διαταραχή τριχοφυΐας ή πιο απλά το πέσιμο των μαλλιών. Αυτό δεν συμβαίνει ομοιόμορφα αλλά σε τμήματα μικρών πλακών, κατά τόπους, στο τριχωτό της κεφαλής. Πρέπει να τονισθεί ότι το πέσιμο των μαλλιών είναι προσωρινό και οι τρίχες ξαναβγαίνουν μετά από ένα ορισμένο διάστημα δυο εβδομάδων έως μερικών μηνών. Σε ορισμένες περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί να πέφτουν οι τρίχες στο πρόσωπο, στα γεννητικά όργανα και τις μασχάλες.

Ενδέχεται να έχουμε μελαχρώσεις, κιτρινοκαφέ απόχρωσης, κυρίως στο λαιμό. Η μελάχρωση παραμένει συνήθως για ορισμένους μήνες και εξαφανίζεται σταδιακά. Χαρακτηριστικό επίσης είναι σ’ αυτό το στάδιο η εμφάνιση των συφιλιδικών πλακών. Αυτές είναι διαβρώσεις, γεμάτες μικρόβια της σύφιλης και συνήθως, εμφανίζονται στη γλώσσα, στις αμυγδαλές, στα γεννητικά όργανα, και στις πτυχές του δακτυλίου.

Λανθάνουσα σύφιλη: Στη φάση αυτή ενώ οι εξετάσεις για σύφιλη είναι θετικές, δεν παρουσιάζονται οποιαδήποτε συμπτώματα. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν επανεμφάνιση του εξανθήματος της δευτερογενούς φάσης της σύφιλης. Περίπου ένας στους τρείς ασθενείς που δεν θα λάβουν θεραπεία θα περάσει στο επόμενο στάδιο της τριτογενούς σύφιλης, ενώ οι υπόλοιποι θα παραμείνουν ασυμπτωματικοί (χωρίς να εμφανίζουν συμπτώματα της νόσου)

Τριτογενής σύφιλη:

Εμφανίζεται 3-10 χρόνια μετά τη λοίμωξη και μπορεί να προσβάλλει και να προξενήσει βλάβες στο δέρμα, στους βλεννογόνους, στο κυκλοφορικό, στα οστά, στους μύες και στα ζωτικά όργανα. Ανάλογα με το πού εντοπίζεται, παίρνει και την αντίστοιχη ονομασία η κατάσταση του ασθενούς, με χαρακτηριστικότερες την καρδιαγγειακή σύφιλη και τη νευροσύφιλη.

Η καρδιαγγειακή σύφιλη εκδηλώνεται τουλάχιστον 10 χρόνια μετά την πρωταρχική μόλυνση από το μικρόβιο. Η συνηθέστερη εκδήλωση είναι ο σχηματισμός ανευρύσματος στην ανιούσα αορτή που οφείλεται στην καταστροφή από χρόνια φλεγμονή των τριχοειδών αγγείων.

Η νευροσύφιλη έχει περισσότερες εκφάνσεις. Εάν το βακτήριο Ωχρά Σπειροχαίτη προσβάλλει το Κεντικό Νευρικό σύστημα (CNS) προκαλεί συφιλιτική μηνιγγίτιδα. Η συφιλιτική μηνιγγίτιδα συνήθως εμφανίζεται σε σύντομο χρονικό διάστημα, περίπου εντός 6 μηνών από την αρχική μόλυνση. Εκείνο που έχει σημασία είναι ότι οι εκδηλώσεις στο δέρμα στην τριτογενή σύφιλη δεν είναι μολυσματικές. Εμφανίζονται στα χέρια, στις κνήμες, στο κεφάλι και στο θώρακα, κάτω από το δέρμα, μικρά γρομπαλάκια, το οποία σιγά σιγά μεγαλώνουν και μπορούν να φτάσουν μέχρι το μέγεθος αυγού. Αργότερα αυτά μαλακώνουν, ανοίγουν και εκκρίνουν ένα γλοιώδες υγρό. Στη συνέχεια επουλώνονται και αφήνοντας μια ουλή.

Συγγενής σύφιλη ονομάζεται η σύφιλη που μεταδίδεται από τη μολυσμένη μητέρα στο έμβρυο μέσω του πλακούντος. Αυτό γίνεται τον τέταρτο περίπου μήνα της κύησης. Οι εκδηλώσεις της συγγενούς σύφιλης από το δέρμα ή τα σπλάχνα, είναι δυνατό να εμφανιστούν αμέσως μετά τη γέννηση του μωρού ή να λείπουν κατά τη γέννηση και να παρουσιαστούν μετά από μήνες ή και χρόνια.

Στην πρώιμη συγγενή σύφιλη έχουμε τη λεγόμενη συφιλιδική πέμφυγα, δηλαδή μεγάλες φυσαλίδες με διαυγές υγρό και αργότερα πυώδες, γεμάτο μικρόβια της σύφιλης. Αυτές οι φυσαλίδες εντοπίζονται κυρίως στις παλάμες και τα πέλματα και είναι χαρακτηριστικές. Έχουμε επίσης εκδηλώσεις από τους βλεννογόνους, τα σπλάχνα, τα μάτια, τα αυτιά και το συκώτι. Ο όρος όψιμη συγγενή σύψιλη αναφέρεται στην περίπτωση που το βρέφος από μητέρα συφιλιδική είναι φαινομενικά υγιές. Οι εκδηλώσεις της σύφιλης μπορεί να παρουσιαστούν αργότερα κατά την παιδική, την εφηβική και την ώριμη ηλικία.

Πότε να αναζητήσετε ιατρική βοήθεια

Επικοινωνήστε με τον ιατρό σας εάν αντιληφθείτε κάποια ύποπτη πληγή στα γεννητικά σας όργανα. Μιλήστε στο γιατρό σας για οποιοδήποτε εξάνθημα που δεν υποχωρεί μέσα σε μια ή δύο μέρες. Επικοινωνήστε άμεσα με το ιατρό σας εάν παρατηρήσετε κάποιο νέο εξάνθημα, ξηρό λαιμό, πρήξιμο στις αρθρώσεις, πυρετό ή οποιοδήποτε νέο σύμτωμα κατά τη διάρκεια ή μετά από θεραπεία για τη σύφιλη.

Διάγνωση και εξετάσεις

Η σύφιλη μπορεί να διαγνωστεί λανθασμένα ως κάποια άλλη ασθένεια. Για αυτό το λόγο, ο ιατρός θα σας σημειώσει με προσοχή όλα τα συμπτώματα, θα σας ρωτήσει για την χρονική στιγμή της εμφάνισής τους και θα ζητήσει ένα ιστορικό της σεξουαλικής σας δραστηριότητας. Πιθανότατα θα σας ρωτήσει για την χρήση ή μη προφυλακτικού και εάν ο σύντροφός σας εμφάνισε αντίστοιχα συμπτώματα. • Κατά την πρωτογενή λοίμωξη, ο ιατρός θα αναζητήσει μια μικρή ανώδυνη πληγή στη γεννητική και περιπρωκτική περιοχή ή στην στοματική κοιλότητα. Οι λεμφικοί αδένες κοντά στο σημείο αυτό ενδέχεται να είναι διογκωμένοι. Στη συνέχεια θα λάβει ένα δείγμα από την πληγή αυτή το οποίο θα υποβάλλει σε εξέταση κάτω από ένα ισχυρό μικροσκόπιο.

• Η δευτερογενής σύφιλη παρουσιάζεται με ένα διάχυτο εξάνθημα και διογκωμένους (πρησμένους) λεμφικούς αδένες. Ο ιατρός θα σας ρωτήσει για την εξέλιξη του εξανθήματος αυτού. Οι ακριβείς και περιγραφικές σας απαντήσεις είναι πολύ σημαντικές. Lesions στις παλάμες ή τα πέλματα των ποδιών ενισχύουν την πιθανότητα για σύφιλιδική λοίμωξη. Οι εξετάσεις αίματος αποτελούν βασική προϋπόθεση για την διάγνωση της σύφιλης. Ο ιατρός θα σας υποδείξει μια από τις ακόλουθες εξετάσεις:

RPR (rapid plasma reagin) •

VDRL (venereal disease research laboratory) •

FTA-ABS (fluorescent treponemal antibody absorption) •

• Κατά την διάρκεια της τριτογενούς λοίμωξης, ο ιατρός ενδέχεται να σας ζητήσει δείγμα του νωτιαίου υγρού ώστε να ελεγχθεί για πιθανή μόλυνση και να μετρηθεί η επιτυχία της θεραπευτικής αγωγής.

Φαρμακευτική Θεραπεία

Όσο περίπλοκη μπορεί να είναι διάγνωση, τόσο εύκολη είναι η θεραπεία. Κατά την πρωτογενή, τη δευτερογενή και τα αρχικά στάδια της λανθάνουσας σύφιλης μια ενέσιμη δόση πενικιλίνης συνήθως αρκεί για τη θεραπεία της νόσου. Για όσους εμφανίζουν αλλεργία στην πενικιλίνη συνίσταται αγωγή με άλλα αντιβιοτικά που χορηγούναται από το στόμα για περίπου δύο εβδομάδες. Ο ιατρός θα σας συμβουλεύσει να απέχεται από κάθε σεξουαλική δραστηριότητα εώς ότου οι εξετάσεις αίματος δείξουν οτι δεν υπάρχει πλέον κίνδυνος να μολύνεται τον σύντροφό σας. Αυτό θα πάρει περίπου 2-3 μήνες.Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να ενθαρρύνεται τον σύντροφό σας να κάνει εξετάσεις για σύφιλη, καθώς όπως προαναφέραμε είναι πιθανό να μην παρουσιάζει συμπτώματα αλλά παρόλα αυτά να έχει μολυνθεί από την ασθένεια.

**Μοριακός Έλεγχος HPV**

Η μόλυνση από τον ιό του Ανθρώπινου Θηλώματος (Human Papilloma Virus – HPV)

αποτελεί την κύρια αιτία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και της πρόδρομης

τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (CIN).

Ένα ποσοστό μεγαλύτερο του 99% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας παγκοσμίως αποδίδεται στην παρουσία του HPV. Υπάρχουν περισσότεροι από 100 διαφορετικοί γονότυποι του HPV. Ωστόσο, μόνο μια υποομάδα αυτών σχετίζονται συχνά με καλοήθειες ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις χαμηλού βαθμού ή κονδυλώματα.

Δεκατρείς τύποι HPV (13, 16, 18, 31, 33, 35, 40, 42, 45, 52, 58, 59, 68) θεωρούνται υπεύθυνοι για την ανάπτυξη καρκινωμάτων και υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου μήτρας και ονομάζονται υψηλού κινδύνου (HPV ΥΚ). Αν και η πλειοψηφία των μολύνσεων HPV έχουν παροδικό χαρακτήρα, η χρονίως παραμένουσα μόλυνση από ένα HPV ΥΚ αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη σοβαρών προκαρκινικών αλλοιώσεων και διηθητικού ακανθοκυτταρικού καρκινώματος τραχήλου μήτρας.

Το test Παπανικολάου έχει συμβάλει ουσιαστικά στη μείωση των κρουσμάτων του τραχηλικού καρκίνου. Εντούτοις τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών δείχνουν ότι η ευαισθησία του δεν μπορεί να θεωρηθεί επαρκής σήμερα για την αποτελεσματική πρόληψη του τραχηλικού καρκίνου και πρέπει να συμπληρωθεί με τον έλεγχο του HPV DNA με την αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR). Σύμφωνα με συγκριτική μελέτη μεγάλου αριθμού περιπτώσεων, η ευαισθησία εντοπισμού της δυσπλασίας υψηλού βαθμού (HSIL) ανέρχεται στο 68.1% για την συμβατική κυτταρολογική εξέταση, 87.8% για την κυτταρολογία υγρής φάσης και σχεδόν 100% για τον συνδυασμένο έλεγχο του HPV DNA με το test Παπανικολάου. Σύμφωνα με πρόσφατη πρόταση ειδικής επιτροπής του FDA των ΗΠΑ, το HPV DNA οφείλει να είναι πρωταρχικό εργαλείο μαζικού ελέγχου σε συνδυασμό με το test Παπανικολάου, σε γυναίκες άνω των 30 ετών. Ο έλεγχος του HPV DNA σε συνδυασμό με το Pap test προσφέρει ευαισθησία 100% και σχεδόν 100% αρνητική προβλεπτική αξία στην ανίχνευση προκαρκινικών αλλοιώσεων και καρκίνου τραχήλου της μήτρας.

Η εξέταση DNA με PCR είναι μια ευαίσθητη και μη επεμβατική μέθοδος για τον προσδιορισμό της παρουσίας μιας ενεργής τραχηλικής HPV μόλυνσης. Η τεχνική PCR είναι η πλέον ευαίσθητη μέθοδος ανίχνευσης των HPV ιών, δεδομένου ότι βασίζεται στην ενίσχυση του αριθμού των αντιγράφων του υπάρχοντος ιϊκού DNA με εκκινητές (primers) κατά χιλιάδες φορές, με αποτέλεσμα την άμεση και εύκολη ανίχνευση του. Η τεχνική PCR εφαρμόζεται άριστα σε κύτταρα που λαμβάνονται από την περιοχή πρωτίστως πέριξ της μεταβατικής ζώνης και ευρύτερα από τον εξωτράχηλο και ενδοτράχηλο καθώς και σε τραχηλικές βιοψίες φρέσκου ιστού ή μονιμοποιημένου και σε παραφίνη.

Στην αποτελεσματικότερη πρόληψη του τραχηλικού καρκίνου συμβάλλουν ουσιαστικά ο εντοπισμός και αντιμετώπιση των συμπαραγόντων στην ανάπτυξή του και ιδίως της λοίμωξης από ερπητοϊούς και χλαμύδια, η ανίχνευση των οποίων μπορεί να γίνει στο εναιώρημα των κολποτραχηλικών κυττάρων ταυτόχρονα με τον έλεγχο του HPV DNA.

Εφαρμογές του ελέγχου του HPV DNA

§ Ως βασική μέθοδος μαζικού ελέγχου (screening) σε γυναίκες άνω των 30 ετών ανά έτος σε συνδυασμό με το Pap test.

§ Σε περιπτώσεις με ASCUS στην κυτταρολογική εξέταση.

§ Σε περιπτώσεις LSIL με αρνητική κολποσκόπηση.

§ Παρακολούθηση ασθενών μετά από θεραπεία υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακής αλλοίωσης πλακώδους επιθηλίου τραχήλου.

§ Σε κάθε περίπτωση ασυμφωνίας μεταξύ κυτταρολογικής εξέτασης, κολποσκόπησης και ιστολογικής εξέτασης.

§ Στην εκτίμηση της πιθανότητας υποτροπής μετά από θεραπευτική αφαίρεση της βλάβης.

**ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ - ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ (Neisserria Gonorrheae)**

Η Γονόρροια – Βλεννόρροια είναι μια λοίμωξη που προκαλείται από το βακτήριο του γονόκοκκου (neisserria gonorrheae), το οποίο ζει σε υγρές και ζεστές περιοχές των βλεννογόνων. Τα συμπτώματα της ασθένειας εμφανίζονται μέσα σε διάστημα από 2 έως 21 ημέρες μετά τη σεξουαλική επαφή, και θεωρείται από τις πιο συχνές σεξουαλικώς μεταδιδόμενες παθήσεις.

Προσβάλλει τους βλεννογόνους των ανδρών και των γυναικών καθώς και τους ορογόνους θύλακες. Σε περίπτωση που αφεθεί χωρίς θεραπεία, η γονόρροια μπορεί να εξαπλωθεί στο ανθρώπινο σώμα και να προκαλέσει σημαντικές βλάβες.

Υπολογίζεται οτι ένας άνδρας που έχει σεξουαλική επαφή με γυναίκα που είναι φορέας του μικροβίου της γονόρροιας – βλεννόριας έχει περίπου 20% πιθανότητα να κολλήσει, ενώ μια γυναίκα που έρχεται σε επαφή με άνδρα φορέα του μικροβίου έχει περίπου 50% πιθανότητα να κολλήσει τη νόσο. Η μητέρα φορέας του μικροβίου πιθανότατα θα μολύνει το μωρό της κατά τον τοκετό.

Συμπτώματα:

Τα συμπτώματα της γονόρροιας βλεννόριας εμφανίζονται μέσα σε διάστημα 2 εώς 10 ημερών μετά την επαφή με το μολυσμένο άτομο. Στις γυναίκες το διάστημα αυτο μπορεί να φθάσει εως και τις 3 εβδομάδες, προσβάλλοντας το αιδοίο, τον κόλπο, την ουρήθρα και τον τράχηλο της μήτρας. Συκεκριμένα στη γυναίκα η λοίμωξη δεν γίνεται εύκολα αντιληπτή, ενώ στο 30 με 40% των περιπτώσεων δεν παρατηρείται κανένα σύμπτωμα. Ενδείξεις ή συμπτώματα της μόλυνσης αποτελούν:

Μόλυνση και ερεθισμός του τράχηλου της μήτρας

Συχνοουρία

Αίσθημα κνησμού (φαγούρα) και κάυσου (κάψιμο) στην περιοχή της μήτρας, συνήθως συνοδευόμενη από παχύρρευστη κιτρινωπή εώς πρασινωπή έκκριση πύου.

Ενοχλήσεις στην περιπρωκτική περιοχή

Αιμορραγία μεταξύ των περιόδων ωορρηξίας.

Το πιο συνηθισμένο μέρος όπου εντοπίζεται στον άνδρα είναι η ουρήθρα όπου και προκαλεί την οξεία ή χρόνια ουρηθρίτιδα. Αναλυτικότερα ενδείξεις και συμπτώματα παρακάτω:

Τσιμπήματα στην ουρήθρα του πέους, πόνος ή κάψιμο κατά τη διάρκεια της ούρησης, θολά ούρα στις περισσότερες περιπτώσεις

Πόνο κατά την στύση

Παχύρρευστη κιτρινωπή έκκριση πύου από το πέος στο 50% των περιπτώσεων

Φλεγμονή των όρχεων

Φλεγμονή του προστάτη

Ερεθισμός των βλεννογόνων του ματιού που ονομάζεται γονοκοκκική οφθαλμία (πάθηση που αν αφεθεί χωρίς θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση).

Κάποιες φορές είναι δυνατόν να παρατηρηθεί μία ύφεση στην οξύτητα των συμπτωμάτων. Ο πόνος γίνεται μαλακότερος ή εξαφανίζεται και το τρέξιμο του πύου από το στόμιο της ουρήθρας γίνεται ελάχιστο ή απλώς έχουμε μια μικρή πυώδη σταγόνα το πρωί. Έτσι, πολλοί άρρωστοι χωρίς να συμβουλευτούν γιατρό και βλέποντας αυτή την «βελτίωση» πιστεύουν ότι ήταν κάποιος περαστικός ερεθισμός.

Δυστυχώς όμως σε αυτές τις περιπτώσεις συμβαίνει το εντελώς αντίθετο. Ο γονόκοκκος, όπως αναφέραμε και νωρίτερα προσβάλλει όλους τους βλεννογόνους του σώματος και μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές.

Στον άνδρα προχωρεί και προσβάλλει την επιδιδυμίδα η οποία πρήζεται, πονάει και προκαλεί πυρετό. Μετά τη φλεγμονή που υποχωρεί και αν δεν εφαρμοστεί κατάλληλη θεραπεία φράζει ο σπερματικός πόρος και υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να οδηγήσει σε στειρότητα. Επίσης μπορεί να προσβάλλει τον προστάτη και να προκαλέσει τη βλεννορριακή προστατίτιδα.

Στη γυναίκα προσβάλλει την ουρήθρα ή τον τράχηλο της μήτρας και μπορεί να προκαλέσει ουρηθρίτιδα και μητρίτιδα αντίστοιχα. Η γονόρροια μπορεί να προκαλέσει πυελονεφρίτιδα (μια σοβαρή παθολογική κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει σε στειρότητα).

Στις επιπλοκές της βλεννόρροιας περιλαμβάνονται επίσης προσβολή των αρθρώσεων και της καρδιάς ακόμη με την πρόκληση γονοκοκκικής ενδοκαρδίτιδας.

Πρόκειται για μια ιδιαίτερα επικίνδυνη ασθένεια αν αφεθεί χωρίς θεραπεία. Για αυτό το λόγο πρέπει αμέσως να καταφεύγουμε σε ειδικό γιατρό και να αποφεύγονται οι πρακτικές θεραπείες και τα γιατροσόφια.

Επισκεφθείτε άμεσα έναν ειδικό ιατρό εάν υποψιάζεστε μόλυνση από γονόρροια-βλεννόρροια και συνυπάρχουν τα παρακάτω σημάδια ή συμπτώματα:

• Πυρετός

• Πόνος στην κοιλιακή χώρα

• Πυώδεις εκκρίσεις από το πέος ή την είσοδο του κόλπου

• Πόνος κατά την ούρηση

• Αρθρίτιδα, πόνος στις αρθρώσεις

• Εμφάνιση εξανθήματος με σκούρο κέντρο

• Λήθαργος

• Πόνος στην περιοχή του πρωκτού

• Ξερός λαιμός, Φαρυγγίτιδα

Πρόληψη

• Χρησιμοποιείτε πάντοτε προφυλακτικό κατά την σεξουαλική επαφή.

• Αποφύγετε σεξουαλικές επαφές με άτομα υψηλού κινδύνου.

Θεραπεία Γονόρροιας – Βλεννόρροιας

Η γονόρροια θεραπεύεται με τη χρήση αντιβιοτικών φαρμάκων στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων. Η θεραπεία εκλογής είναι η πενικιλίνη σε μεγάλες δόσεις πέντε, έξι μέρες. Υπάρχει πιθανότητα ανθεκτικότητας, οπότε δίνουμε ερυθρομικίνη ή άλλα αντιβιοτικά

**Έλεγχος Θρομβοφιλίας ii12(β)**

Η θρομβοφιλία αφορά σε διαταραχή του συστήματος πήξης του αίματος με συχνότητα εμφάνισης 1/7 στον Ελληνικό πληθυσμό.

Η παρουσία θρομβοφιλίας πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης μιας σειράς διαταραχών του κυκλοφορικού συστήματος μεταξύ των οποίων η φλεβική θρόμβωση, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και επιπλοκές κύησης (αποκόλληση πλακούντα, πρώιμες αποβολές, ελλειποβαρή έμβρυα κ.α).

Μπορεί να οφείλεται σε περιβαλλοντικούς ή γενετικούς παράγοντες. Στην δεύτερη περίπτωση ο κίνδυνος εμφάνισης θρομβοφιλίας και γενικά καρδιαγειακών νοσημάτων συνδέεται με μεταλλάξεις ενός ή περισσότερων παραγόντων πήξεως.

Στο Ιατρείο μας εκτελούνται οι παρακάτω δύο κατηγορίες εξετάσεων:

Κλασσικός έλεγχος εξετάσεων:

PT

PTT

Πρωτεϊνη C

Πρωτεϊνη S

Αντιθρομβίνη ΙΙΙ

Factor VIII

Factor IX

Ομοκυστεϊνη

APC-Resistance

D-Dimmers

Αντιπηκτικού λύκου

Προσδιορισμός καρδιολιπίνης (IgG, IgM)

VDRL

Δραστικότητα του αναστολέα του ενεργοποιητή του πλασμξινογόνου (PAI-1)

Αντισώματα β2 γλυκοπρωτείνης (IgG, IgM)

Αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα = 14, 15, 16

Μοριακός έλεγχος με τις παρακάτω μεταλλάξεις:

Μετάλλαξη παράγοντα VLeiden (arg506gln)

Mετάλλαξη παράγοντα V-R2 (μετάλλαξη R2 H1299A)

Mετάλλαξη προθρομβίνης (FactorII, G20210A)

Mετάλλαξη παράγοντα XIII (μετάλλαξη V34L)

Mετάλλαξη ομοκυστεϊ̈́νης MTHFR-1 (C677T)

Mετάλλαξη ομοκυστεϊ̈́νης MTHFR-2 (A1298C)

Πολυμορφισμός γλυκοπρωτεϊ̈́νης GP1a (μετάλλαξη C807T)

Πολυμορφισμός γλυκοπρωτεϊ̈́νης GPIIIa (μετάλλαξη HPA-1 L33P)

Μετάλλαξη PAI-1 (αναστολέας ενεργ. πλασμινογόνου)

Μετάλλαξη ινωδογόνου-β (μετάλλαξη -455 G>A)

Μετάλλαξη μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης (ACE, I/D)

Μετάλλαξη απολιποπρωτεΪ̈́νης Β (μετάλλαξη R3500Q)

Μετάλλαξη απολιποπρωτεΪ̈́νης E (τύποι Ε2/Ε3/Ε4)

**ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑ (mycoplasma Hominis) ii13(θ)**

**ΟΥΡΕΟΠΛΑΣΜΑ (ureaplasma urealyticum)**

ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑ (Mycoplasma Hominis)

Τα Μυκοπλάσματα αποτελούν τους μικρότερους οργανισμούς που έχουν μέχρι στιγμής ταυτοποιηθεί στη φύση. Το στέλεχος Mycoplasma hominis είναι ένα βακτήριο που ενδημεί στη γεννητική περιοχή κυρίως γυναικών αλλά και ανδρών. Υπό συγκεκριμένες συνθήκες μπορεί να γίνει παθογόνο και να δημιουργήσει λοιμώξεις όπως ενδομητρίωση, σαλπιγγίτιδα, χοριοαμνιονίτιδα, υπογονιμότητα και φλεγμονώδη πυελική νόσο. Έχει επίσης συσχετιστεί με τη γέννηση νεογνών με μικρό βάρος γέννησης, αυτόματες αποβολές, πρόωρη ρήξη των μεμβρανών, γέννηση νεκρών εμβρύων, επιλόχειες λοιμώξεις και πυρετό.

Στους άνδρες προκαλεί ουρηθρίτιδα, επιδιδυμίτιδα και προστατίτιδα, παθήσεις οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και σε υπογονιμότητα.

Από κολποτραχηλικά επιχρίσματα ασυμπτωματικών και σεξουαλικά ενεργών γυναικών έχει απομονωθεί σε ποσοστό 21-53%. Αυτός o επιπoλασμός είναι κάπως μικρότερος στους άνδρες. Έχει επίσης απομονωθεί από το αίμα σε περίπου 10% των γυναικών με επιλόχειο πυρετό, αλλά όχι από απύρετες γυναίκες που είχαν αποβολές ή από υγιείς γυναίκες που ήταν έγκυες.

Όσον αφορά τις έξω-γεννητικές λοιμώξεις, το M. Hominis είναι υπεύθυνο για περιπτώσεις πυελονεφρίτιδας, μετεγχειρητικές λοιμώξεις της πληγής αλλά και λοιμώξεις σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.

Δειγματοληψία

Η εξέταση μπορεί να γίνει σε κολπικό-τραχηλικό υγρό, οφθαλμικό υγρό, αίμα, σπέρμα, ούρα, ιστό περιόδου και αμνιακό υγρό.

ΟΥΡΕΟΠΛΑΣΜΑ (Ureaplasma Urealyticum)

Αυτό είναι ένα βακτήριο που ανήκει στο είδος Mycoplasmataceae. Το Ureaplasma urealyticum αποτελεί μέρος των μικροοργανισμών που ζουν σε υγιή άτομα συμπεριλαμβανομένων ανδρών και γυναικών. Από κολποτραχηλικά επιχρίσματα ασυμπτωματικών και σεξουαλικά ενεργών γυναικών έχει απομονωθεί το στέλεχος Ureaplasma Urealyticum σε ποσοστό 40-80%. Αυτός o επιπoλασμός είναι κάπως μικρότερος στους άνδρες. Η συχνότητα απομόνωσης του μικροβίου αυτού σε σχέση με το M. Hominis είναι 4 φορές μεγαλύτερη.

Το U. Urealyticum είναι τόσο συχνό, ώστε το βρίσκουμε περίπου στο ένα τρίτο (30%) όλων των νεογέννητων κοριτσιών. Μετά την εφηβεία, η προσβολή από ουρεόπλασμα συμβαίνει κυρίως μέσω σεξουαλικών επαφών.

Αν και το ουρεόπλασμα έχει ενοχοποιηθεί ήδη από τη δεκαετία του 1960 για αυτόματες αποβολές στις έγκυες (επειδή βρέθηκε σε υλικό αποβολών), δεν έχει επιβεβαιωθεί μια αιτιολογική συσχέτιση. Και αυτό επειδή είναι πιθανότερη η επιμόλυνση του υλικού με το ουρεόπλασμα, κατά τη διέλευση από τον τράχηλο και τον κόλπο.

Δειγματοληψία

Η εξέταση μπορεί να γίνει σε κολπικό-τραχηλικό υγρό, οφθαλμικό υγρό, αίμα, σπέρμα, ούρα, ιστό περιόδου και αμνιακό υγρό.

**ΧΛΑΜΥΔΙA (Chlamydia Trachomatis)**

Η λοίμωξη αυτή προκαλείται από το βακτηρίδιο Chlamydia trachomatis το οποίο πολλαπλασιάζεται μέσα στα κύτταρα του οργανισμού που προσβάλλει. Τα χλαμύδια αποτελούν το πιο συχνό αφροδίσιο νόσημα της κατηγορίας των βακτηρίων.

Μπορεί να μεταδοθεί μετά από κολπική, πρωκτική ή στοματική σεξουαλική επαφή. Τα χλαμύδια αποτελούν γενικά μια «σιωπηρή νόσο» επειδή το 75% των γυναικών και το 50% των ανδρών που έχουν μολυνθεί δεν εμφανίζουν συμπτώματα. Άλλες φορές (μετά από μόλυνση του τραχήλου ή της ουρήθρας) μπορεί να προκληθούν ασυνήθιστες εκκρίσεις από τον κόλπο ή το πέος και καύσος κατά την ούρηση.

Πώς μεταδίδονται τα χλαμυδια;

Τα χλαμύδια συμπεριλαμβάνονται στα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα, τα οποία μεταδίδονται με σεξουαλική επαφή.

Ποια είναι τα συμπτώματα των χλαμυδίων;

Τα συμπτώματα στις γυναίκες, μολονότι σε μεγάλο ποσοστό δεν εκδηλώνονται, είναι τα εξής:

έκκριση από τον κόλπο

πόνος στο ορθό και αυξημένες εκκρίσεις

φαγούρα ή πόνος κατά την ούρηση

πόνος ή κράμπες στο κάτω μέρος της κοιλιάς

πόνος στο κάτω μέρος της κοιλιάς

πόνος κατά τη διάρκεια της συνουσίας.

Τα συμπτώματα που εκδηλώνονται στους άνδρες είναι τα εξής:

έκκριση από το πέος

φαγούρα ή πόνος κατά την ούρηση

πόνος στο ορθό και αυξημένες εκκρίσεις.

Τι είδους επιπλοκές μπορούν να προκαλέσουν τα χλαμύδια;

Στις γυναίκες μπορεί να προκαλέσει τις εξής:

σαλπιγγίτιδα με κίνδυνο στείρωσης, φλεγμονώδη νόσο της πυέλου, πρωκτίτιδα

εξωμήτρια κύηση

μπορεί να προκαλέσει επιπεφυκίτιδα ή πνευμονία στο νεογέννητο βρέφος

υπογονιμότητα.

Στους άνδρες μπορεί να προκαλέσει τις εξής:

ουρηθρίτιδα

μόλυνση στην επιδιδυμίδα με φλεγμονή και πόνο κοντά στους όρχεις

στειρότητα.

Πώς γίνεται η διάγνωση των χαλμυδίων;

Η διάγνωση για τα χλαμύδια γίνεται με κλινική εξέταση και ειδικό εργαστηριακό έλεγχο των εκκρίσεων στο μικροσκόπιο.

Πώς θεραπεύονται τα χλαμύδια;

Η θεραπεία για τα χλαμύδια περιλαμβάνει λήψη αντιβιοτικών, τα οποία εκριζώνουν το βακτήριο μετά από 1-3 εβδομάδες. Η θεραπεία, ωστόσο, θα πρέπει να εφαρμοστεί και στον ερωτικό σύντροφο προκείμενου να εξαλειφθεί το ενδεχόμενο επαναμόλυνσης.

Πώς μπορούν να προληφθούν τα χλαμύδια;

Τα χλαμύδια, όπως όλα τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα, προλαμβάνονται με την ασφαλή σεξουαλική επαφή. Ωστόσο, ο καλύτερος τρόπος για να αποφύγετε τη μετάδοση της νόσου είναι να αποφύγετε τη σεξουαλική επαφή μέχρι να καταπολεμήσετε τη λοίμωξη. Μην εκθέτετε την περιοχή του κόλπου σε υγρασία (ιδρώτας, βρεγμένο μαγιό) και σε μικρόβια, φορώντας ακατάλληλα εσώρουχα ή χρησιμοποιώντας ξένη πετσέτα. Κάνετε τακτικά τεστ Παπανικολάου και επισκεφθείτε το γιατρό σε περίπτωση που παρουσιάσετε συμπτώματα όπως φαγούρα, αύξηση κολπικών υγρών κ.τ.λ.

**Η Γρίπη Α (Γρίπη των χοίρων) ii16(δ)**

Τι είναι ο νέος ιός της γρίπης Α/Η1Ν1;

Ο νέος ιός της γρίπης Α/Η1Ν1 που απομονώθηκε για πρώτη φορά πρόσφατα είναι ένας νέος υπότυπος του ιού της γρίπης που προσβάλλει και τους ανθρώπους. Περιέχει γονίδια από τον ιό της γρίπης των χοίρων, των πτηνών και των ανθρώπων σε ένα συνδυασμό που δεν είχε εμφανισθεί ποτέ έως τώρα. Επίσης, είναι πλέον βέβαιο ότι ο ιός μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο.

Ποιες είναι οι επιπτώσεις στην ανθρώπινη υγεία;

Η νέα γρίπη Α είναι μία οξεία νόσος του αναπνευστικού. Τα γενικά κλινικά συμπτώματα είναι παρόμοια με την εποχιακή γρίπη αλλά η αναφερόμενη κλινική κατάσταση κυμαίνεται ευρέως, από την ασυμπτωματική μόλυνση ως τη βαριάς μορφής πνευμονία με συνέπεια το θάνατο.

Τρόποι μετάδοσης του ιού

Η μετάδοση της νόσου γίνεται όπως και η μετάδοση της κοινής γρίπης: Σταγονίδια από το αναπνευστικό σύστημα του ασθενούς μεταφέρονται με το φτάρνισμα, το βήχα, ή και την ομιλία, αλλά και την άμεση επαφή (φιλιά, χειραψία), όπως επίσης και έμμεση επαφή, δηλαδή επαφή με επιφάνειες και υλικά στα οποία έχουν προσκολληθεί μικροσταγονίδια που περιέχουν τον ιό. Η μετάδοση γίνεται και μέσω επαφής των μικροσταγονιδίων με τον επιπεφυκότα. Η περίοδος της μεταδοτικότητας είναι 1-7 ημέρες μετά την εκδήλωση των συμπτωμάτων.

Είναι ασφαλές να τρώει κανείς χοιρινό ή προϊόντα από χοίρους;

Ναι. Η γρίπη Α δεν έχει αποδειχθεί πως μεταδίδεται στους ανθρώπους μέσω αυτού του τρόπου. Ο ιός της γρίπης Α σκοτώνεται από τις θερμοκρασίες μαγειρέματος (περίπου 70°C), που αντιστοιχούν στις γενικές οδηγίες για την προετοιμασία του χοιρινού κρέατος.

Πόσο πρέπει να ανησυχούμε;

Για την νέα περίπτωση της γρίπης Α, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προειδοποιεί ότι είναι σοβαρή και ότι δυνητικά μπορεί να οδηγήσει σε παγκόσμια πανδημία. Τονίζει όμως ότι είναι ακόμα πολύ νωρίς για να αξιολογηθεί σωστά η εξέλιξη της κατάστασης. Είναι ενθαρρυντικό ότι, αντίθετα με τα φονικά κρούσματα στο Μεξικό, σε άλλες χώρες (ιδίως τις ΗΠΑ που έχουν και τα περισσότερα λόγω γειτνίασης) τα συμπτώματα των ασθενών είναι πιο ήπια, γεγονός που ίσως σημαίνει ότι κάτι ασυνήθιστο συμβαίνει στο Μεξικό. Πιθανώς υπάρχει σε αυτή τη χώρα εν δράσει ένας δεύτερος άσχετος τοπικός ιός, που όμως δεν θα επηρεάσει τον υπόλοιπο κόσμο. Ένδειξη πάντως ότι κάτι ασυνήθιστο συμβαίνει, είναι ότι η νέα γρίπη Α πλήττει κυρίως νέους (που έχουν λιγότερα αντισώματα) και όχι ηλικιωμένους, όπως η συνήθης περιοδική γρίπη.

Μπορεί να διαγνωσθεί η νόσος;

Οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι απαραίτητες για την επιβεβαίωσή της, διότι δεν μπορεί να γίνει διαφορική διάγνωση από τις άλλες οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού από την κλινική εικόνα. Υπάρχουν οι εξής μέθοδοι:

Ανοσολογικός έλεγχος (ταχεία δοκιμασία)

Μοριακός έλεγχος

Συνήθως εκτελείται ο ανοσολογικός έλεγχος, διότι είναι μέθοδος γρήγορη, οικονομική και αξιόπιστη. Λαμβάνεται ρινικό ή φαρυγγικό επίχρισμα στις 3 πρώτες ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων και το αποτέλεσμα είναι έτοιμο σε 20 περίπου λεπτά. Για δυσκολότερες περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν οι μοριακές μέθοδοι.

Έχετε ανοσία ή ευαισθησία;

Τα αντισώματα έναντι του ιού εμφανίζονται 1-3 εβδομάδες μετά την έναρξη της γρίπης. Ο προσδιορισμός των αντισωμάτων χρησιμοποιείται για τη διαπίστωση ευαισθησίας ή ανοσίας μετά από λοίμωξη ή εμβολιασμό. Τα αντισώματα αυτά μπορεί να παραμείνουν στον οργανισμό μέχρι ένα χρόνο.

Σημεία και συμπτώματα ύποπτων κρουσμάτων H1N1

Είναι όμοια με τα συμπτώματα της εποχιακής γρίπης:

Πυρετός, ρίγος

Λήθαργος, καταβολή δυνάμεων

Βήχας

Μυικά άλγη, κεφαλαλγία

Ανορεξία

Κυνάγχη

Ρινόρροια

Ναυτία, έμετοι, διάρροια

Πνευμονία, αναπνευστική ανεπάρκεια

Επιδείνωση χρόνιων, προϋπάρχουσων παθήσεων

Σημεία ενδεικτικά επείγουσας ιατρικής περίθαλψης

Α. Ενήλικες: Δύσπνοια, θωρακικό άλγος ή συσφιγκτικό αίσθημα στο θώρακα ή την κοιλιά, ξαφνική ζάλη, σύγχυση, σοβαροί ή επίμονοι έμετοι.

Β. Παιδιά: Δύσπνοια, ταχύπνοια, μελάγχρωση ή έντονη ωχρότητα δέρματος, δυσκολία αφύπνισης, επικοινωνίας, αλληλεπίδρασης, δυσκολία στην πρόσληψη υγρών, σύγχυση και έντονη ευερεθιστότητα, πυρετός που συνοδεύεται από εξάνθημα, δριμεία επανεμφάνιση συμπτωμάτων γρίπης, τα οποία φαινομενικά παρουσίαζαν ύφεση.

Υπάρχει θεραπεία;

Δύο συνήθη αντιγριπικά φάρμακα, το Tamiflu και το Relenza, φαίνεται να είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των μέχρι τώρα περιστατικών, σύμφωνα με τις αμερικανικές αρχές. Επειδή όμως ο ιός μπορεί να αναπτύξει αντίσταση, κανείς δεν μπορεί να είναι σίγουρος για πόσο καιρό τα φάρμακα αυτά θα είναι αποτελεσματικά. Είναι εξάλλου ακόμα αβέβαιο κατά πόσο μπορεί να είναι αποτελεσματικά τα αντιγριπικά εμβόλια κατά του νέου στελέχους, το οποίο είναι γενετικά διαφορετικό από άλλα στελέχη γρίπης. Από την άλλη, δεν υπάρχουν αποθέματα εμβολίων για το νέο ιό. Αμερικανοί επιστήμονες ήδη ετοιμάζουν ένα νέο εμβόλιο, όμως θα πάρει χρόνο για να τελειοποιηθεί και για να παραχθεί σε αρκετές ποσότητες από τις φαρμακευτικές εταιρίες, ώστε να καλύψει την τεράστια παγκόσμια ζήτηση - αν χρειαστεί. Αν πάντως ο ιός εμφανίσει διαδοχικά κύματα έξαρσης και υποχώρησης, όπως σε προηγούμενες περιπτώσεις, τότε θα υπάρχει περισσότερος χρόνος προετοιμασίας.

Έχει σχέση η γρίπη των χοίρων ή των πτηνών με το κοινό κρυολόγημα;

Πολύ συχνά δημιουργείται σύγχυση, επειδή τόσο η γρίπη όσο και το κρυολόγημα προκαλούνται από ιούς που φέρνουν παρόμοια συμπτώματα, οπότε είναι σχεδόν αδύνατη η διάκρισή τους με βάση μόνο τα συμπτώματα. Πάντως η γρίπη έχει πιο έντονα συμπτώματα (ιδίως πυρετό και αίσθημα εξάντλησης) και κυρίως μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρότερες επιπλοκές.

Μπορεί η γρίπη Α να φθάσει σε οποιαδήποτε χώρα;

Οι Αρχές πολλών χωρών (και στην Ελλάδα) ήδη παίρνουν προληπτικά μέτρα. Από τη στιγμή που τα ταξίδια είναι πια τόσο διαδεδομένα, είναι πιθανό ένας φορέας να τη μεταφέρει σε άλλη χώρα. Ο βαθμός επικινδυνότητας εξαρτάται από το τόσα εύκολα ο ιός μεταδίδεται σε άλλο άνθρωπο - κάτι που οι επιστήμονες ερευνούν. Τα συμπτώματα χρειάζεται μερικές μέρες για να εκδηλωθούν και στο μεταξύ ο ιός μπορεί να έχει εξαπλωθεί πριν την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων.

Μπορεί τελικά να υπάρξει κάποια στιγμή πανδημία;

Κάθε νέος ιός που μεταδίδεται μεταξύ των ανθρώπων προκαλεί τέτοιο φόβο, επειδή το ανοσοποιητικό σώμα των ανθρώπων δεν έχει κατάλληλα αντισώματα. Οι περισσότερες χώρες έχουν στα συρτάρια τους σχέδια για μια τέτοια περίπτωση, που περιλαμβάνουν φάρμακα, εμβόλια και μέτρα απομόνωσης των φορέων - κάτι που ήδη κάνει το Μεξικό, απαγορεύοντας τις δημόσιες συγκεντρώσεις, κλείνοντας τα σχολεία κ.ά.

Ποιες είναι οι κατάλληλες προφυλάξεις;

Καλός αερισμός του χώρου, συχνό πλύσιμο χεριών με σαπούνι, αποφυγή επαφής των χεριών με τη μύτη και το στόμα και τα μάτια, αποστάσεις ασφαλείας από αρρώστους, αποφυγή πολυσύχναστων χώρων, μάσκα προσώπου, προστατευτικά γυαλιά κλπ.

Γραμμή επικοινωνίας για ύποπτα περιστατικά:

Για οποιαδήποτε πληροφόρηση, που αφορά ύποπτο περιστατικό, λειτουργεί στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ η τηλεφωνική γραμμή επικοινωνίας 210-5212054 και 210-5222339.

**Συχνές ερωτήσεις**

Ποιες εξετάσεις περιλαμβάνει η γενική αίματος;

Η γενική αίματος περιλαμβάνει τη μέτρηση του αιματοκρίτη, της αιμοσφαιρίνης, των ερυθροκυτταρικών δεικτών, των ερυθρών και λευκών αιμοσφαιρίων, του τύπου των λευκών αιμοσφαιρίων, των αιμοπεταλίων και κάποιων παραμέτρων των αιμοπεταλίων.

Τι πρέπει να προσέξω για να κάνω γενική ούρων;

Η γενική ούρων καλό είναι να γίνεται με τα πρώτα πρωινά ούρα. Αφού πλύνουμε την περιοχή με απλό σαπούνι, συλλέγουμε το μέσο της ούρησης σε ουροσυλλέκτη. 10-15 ml είναι αρκετά. Τα ούρα πρέπει να προσκομιστούν σε χρόνο μικρότερο από 1 ώρα. Η τοποθέτηση στο ψυγείο (4° C) είναι απαραίτητη αν καθυστερήσει η μεταφορά.

Οι αιμοληψίες γίνονται μόνο το πρωί;

Οι αιμοληψία για τις συνηθισμένες βιοχημικές εξετάσεις (σάκχαρο, χοληστερίνη, τρυγκλικερίδια, σίδηρος κλπ) καλό είναι να γίνεται πρωινές ώρες, ώστε να είναι ο εξεταζόμενος νηστικός τουλάχιστον 12 ώρες. Επίσης κάποιες εξετάσεις επηρρεάζονται από την ώρα της ημέρας όπως π.χ. ο σίδηρος εχει κιρκαδιο ρυθμο το πρωι εχει την υψηλοτερη τιμη. Οι υπόλοιπες εξετάσεις μπορούν να γίνουν όσο το εργαστήριο είναι ανοιχτό.

Υπάρχουν εξετάσεις αίματος που μπορούν να γίνουν και απόγευμα;

Αρκετές εξετάσεις μπορούν να γίνουν οποιαδήποτε ώρα της ημέρας, πχ. η γενική αίματος, ομάδα αίματος, rhesus, εξετάσεις ορμονών, όπως η β-χοριακή γοναδοτροπίνη ή οι θυροειδικές ορμόνες, καλλιέργειες κλπ.

Είναι αναγκαία η επικοινωνία με το εργαστήριο και το κλείσιμο ραντεβού πριν έρθω για εξέταση;

Δεν είναι αναγκαίο να κλείσει κανείς ραντεβού για τις περισσότερες εξετάσεις. Για μερικές, όπως το σπερμοδιάγραμμα, καλό είναι να έχει προηγηθεί συνενόηση.

Τι πρέπει να προσέξω για να κάνω σπερμοδιάγραμμα;

Αποχή από σεξουαλική επαφή ή αυνανισμό 3-4 ημέρες.

Αποφυγή χρήσης υπερβολικής ποσότητας αλκοόλ.

Σχολαστικός καθαρισμός γεννητικών οργάνων με σαπούνι και νερό. Σκούπισμα με αποστειρωμένη γάζα.

Το σπέρμα συλλέγεται σε αποστειρωμένο κύπελο (ουροσυλλέκτης), μετά από αυνανισμό και όχι διακεκομμένη συνουσία.

Προσέχουμε να συλλέξουμε όλη την ποσότητα.

Τους χειμερινούς φροντίζουμε να μην εκτεθεί το σπέρμα σε χαμηλές θερμοκρασίες κατά τη μεταφορά του στο εργαστήριο, βάζοντας το πχ στην τσέπη.

Η μεταφορά στο εργαστήριο πρέπει να γίνει σε μισή ώρα.

Η εξέταση κολπικού εκκρίματος χρειάζεται κάποια προετοιμασία;

Είναι προτιμότερο να πλυθούμε σπίτι μας από την προηγούμενη το βράδυ με το σύνηθες σαπούνι (όχι αντισηπτικό), που χρησιμοποιούμε για την ατομική υγιεινή μας. Συνιστάται η αποφυγή της σεξουαλικής επαφής την ημέρα της εξέτασης.

Πόσες ώρες πρέπει να είμαι νηστικός για να κάνω τσεκ απ;

Είναι απαραίτητο να τηρήσουμε νηστεία 10 - 12 ώρες από τροφή (και χυμούς, καφέ, μαστίχες, καραμέλες), πριν την αιμοληψία. Καλό είναι να υπάρχει αποχή από αλκοόλ 2-3 ημέρες.

Μπορούμε να πιούμε νερό πριν την αιμοληψία;

Ναι, το νερό δεν επηρεάζει καμία εξέταση.

Μπορούμε να πάρουμε τα φάρμακα μας πριν την αιμοληψία;

Κάποια φάρμακα παρεμβαίνουν στο μεταβολισμό ορισμένων ουσιών ή στην αντίδραση της ανάλυσης. Τέτοια φάρμακα είναι:

Αγχολυτικά - υπνωτικά (Librium, Valium, Hipnosedon)

Σαλικυλικά (Ασπιρίνη, Salospir)

Αντισυλληπτικά (προκαλούν αύξηση του σιδήρου, της ολικής χοληστερόλης και μείωση της HDL-χοληστερόλης)

Αντιυπερτασικά - διουρητικά (Hygroton, Lasix)

To αντιεπιληπτικό φάρμακο Epanutin

Η κορτιζόνη (επηρεάζεται το σάκχαρο, η χοληστερίνη, τα τριγλυκερίδια κ.ά.)

Η έμμηνος ρύση επηρεάζει τις εξετάσεις;

Η χοληστερόλη πέφτει κατά την ωορρηξία και ο σίδηρος πριν και κατά την ωορρηξία.

Επηρεάζει το κάπνισμα τα αποτελέσματα των εξετάσεων;

Με το κάπνισμα ενός τσιγάρου διεγείρεται ο μυελός και ο φλοιός των επινεφριδίων. Η γλυκόζη αυξάνεται σε 10 λεπτά και η αύξηση κρατάει 1 ώρα. Η αυξητική ορμόνη διπλασιάζεται σε 30 λεπτά. Είναι προτιμότερο να μην καπνίσουμε πριν την αιμοληψία.

**Χοληστερίνη - ποιοι παράγοντες την επηρεάζουν**

Τι είναι χοληστερίνη;

Η χοληστερίνη είναι μια κηρώδης οργανική ουσία που ανήκει στην κατηγορία των λιπιδίων. Είναι απαραίτητη για τη σωστή λειτουργία του οργανισμού μας.

Ας δούμε σε τι χρησιμεύει η χοληστερίνη:

Είναι βασικό συστατικό των κυτταρικών μεμβρανών και είναι απαραίτητη για να ρυθμιστεί σωστά η διαπερατότητα της μεμβράνης.

Είναι δομικό συστατικό αρκετών ορμονών (ανδρογόνα, οιστρογόνα, κορτιζόλη, κορτικοστερόνη, αλδοστερόνη κλπ)

Στην παραγωγή της βιταμίνης D

Στην παραγωγή χολικών οξέων, που βοηθούν στην πέψη των λιπών

Στο μεταβολισμό των λιποδιαλυτών βιταμινών

Πότε βλάπτει;

Παρόλο που η χοληστερίνη είναι απαραίτητη για τον οργανισμό, υψηλά επίπεδά της στο αίμα συνδέονται με βλάβες των αγγείων και καρδιαγγειακές παθήσεις.

Μερικές φορές, ο οργανισμός μας παράγει περισσότερη χοληστερίνη από όση χρειάζεται, και αυτή η περίσσεια κυκλοφορεί στο αίμα. Τα υψηλά επίπεδα χοληστερίνης στο αίμα μπορούν να προκαλέσουν θρόμβωση των αιμοφόρων αγγείων και να αυξήσουν τον κίνδυνο για καρδιακή νόσο και εγκεφαλικό επεισόδιο.

Ο οργανισμός μας μπορεί να παράγει πολλή χοληστερίνη όταν τρώμε πολλά κορεσμένα λίπη - το είδος του λίπους που βρίσκεται στα ζωικά τρόφιμα όπως το κρέας και τα γαλακτοκομικά προϊόντα.

Εκτός από τη χοληστερίνη που παράγεται στο ήπαρ, ένα μικρό ποσοστό της χοληστερίνης που υπάρχει στον οργανισμό μας προέρχεται από τα τρόφιμα που τρώμε. Μόνο ζωικές τροφές, όπως το κρέας, τα αυγά και τα γαλακτοκομικά προϊόντα περιέχουν χοληστερίνη. Φυτικές τροφές όπως φρούτα, λαχανικά και δημητριακά δεν περιέχουν χοληστερίνη. Το 75% της χοληστερίνης παράγεται στον οργανισμό μας, κυρίως στο ήπαρ και το 25% προσλαμβάνεται με τις τροφές.

Ποια είδη χοληστερίνης υπάρχουν;

Η χοληστερίνη υπάρχει στο αίμα σε σύμπλοκα, τις λιποπρωτεΐνες. Υπάρχουν διάφορα είδη χοληστερίνης, που δεν είναι όλα επιβλαβή. Τα βασικά είναι:

Η LDL χοληστερίνη, που είναι βλαβερή, μεταφέρει τη χοληστερίνη από το ήπαρ στα κύτταρα. Όταν είναι αυξημένη είναι πιθανό να προκαλέσει απόφραξη των αγγείων, αυξάνοντας τον κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις

Η HDL χοληστερίνη είναι ωφέλιμη, αφού απομακρύνει την LDL χοληστερίνη από τα τοιχώματα των αγγείων και τη μεταφέρει στο συκώτι από όπου αποβάλλεται με τη χολή. Έτσι, ελαττώνεται ο κίνδυνος για εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων. Άτομα με υψηλά επίπεδα HDL χοληστερίνης έχουν χαμηλό κίνδυνο να πάθουν έμφραγμα και εγκεφαλικό επεισόδιο.

Φυσιολογικές τιμές χοληστερίνης

Φυσιολογικές τιμές χοληστερίνης σε ενήλικες

Ολική χοληστερίνη LDL-χοληστερίνη HDL-χοληστερίνη

<200 Επιθυμητή <100 Ιδανική >=60 Επιθυμητή

200-239 Οριακά υψηλή 100-129 Σχεδόν φυσιολογική <40 Χαμηλή

>=240 Υψηλή 130-159 Οριακά υψηλή

160-189 Υψηλή

>=190 Πολύ υψηλή

Φυσιολογικές τιμές χοληστερίνης σε παιδιά

Ολική χοληστερίνη LDL-χοληστερίνη HDL-χοληστερίνη

<170 Επιθυμητή <110 Επιθυμητή >40 Επιθυμητή

170-200 Οριακά υψηλή 110-130 Οριακά υψηλή

>200 Υψηλή >130 Υψηλή <35 Χαμηλή

Παράγοντες που ανεβάζουν τη χοληστερίνη

Παχυσαρκία

Διατροφή

Αλκοόλ

Κάπνισμα

Έλλειψη γυμναστικής

Κληρονομικότητα

**Παιδική Διατροφή**

Δεν χρειάζονται ιδιαίτερες γνώσεις στατιστικής, ούτε ιατρικη ανάλυση για να καταλάβουμε το πόσο σημαντικό ρόλο παίζει η γονική καθοδήγηση κα τα αντίστοιχα γονικά πρότυπα στη σωστή διατροφή των παιδιών.

Ακόμα μια θλιβερή πρωτιά ανήκει δικαιωματικά στην Ελλάδα. Σε περσινή έρευνα που διεξήχθη από την Ελληνική Παιδιατρική εταιρεία σε δείγμα 431 παιδιών με αυξημένο βάρος, φάνηκε ότι το 80% των παχύσαρκων παιδιών θα εξελιχθεί σε παχύσαρκους ενήλικες, ενώ ένα στα τρία παιδιά στην Ελλάδα είναι υπέρβαρα, αριθμός που κατατάσσει την χώρα μας πρώτη στην Ευρώπη στην παιδική παχυσαρκία. Η ίδια έρευνα έδειξε ότι παιδιά με αυξημένο βάρος έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν υπέρταση, αυξημένη χοληστερόλη, αυξημένη ινσουλίνη, διαβήτη τύπου 2 και θυρεοειδοπάθεια.

Δεν χρειάζονται ιδιαίτερες γνώσεις στατιστικής, ούτε ιατρική ανάλυση για να καταλάβουμε το πόσο σημαντικό ρόλο παίζει η γονική καθοδήγηση και τα αντίστοιχα γονικά πρότυπα στην σωστή διατροφή των παιδιών.

Τα «όχι»

Ο γρήγορος και αγχώδης τρόπος ζωής των γονέων και η έλλειψη ελεύθερου χρόνου είναι μια από τις κυριότερες αιτίες της παιδικής παχυσαρκίας.

Τα παιδιά καταναλώνουν γρήγορα και πρόχειρα γεύματα, με αποτέλεσμα να προσλαμβάνουν περίσσιες ποσότητες θερμίδων και λίπους, οι οποίες σε συνδυασμό με την πλήρη έλλειψη άσκησης οδηγούν στην παχυσαρκία.

Πιο συγκεκριμένα, το 77% των παιδιών δεν τρώει ποτέ μαζί με τους γονείς του, ενώ το 30% των ελληνόπουλων δεν έχει λάβει την απαραίτητη διατροφική ενημέρωση από το άμεσο οικογενειακό του περιβάλλον. Το αποτέλεσμα;

Τα παιδιά καταφεύγουν ως επί το πλείστον στην εύκολη λύση του junk food και το «σπιτικό» φαγητό αποτελεί σε αρκετά σπίτια είδος... πολυτελείας. Σύμφωνα μάλιστα με έρευνα του ΙΝΚΑ, το 7% με 42% των παιδιών τρώνε σε εστιατόρια junk food τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. Λαμβάνοντας υπόψη την περιεκτικότητα των έτοιμων γευμάτων σε τρανς λιπαρά, αλάτι και ζάχαρη, κατανοούμε το πόσο σημαντική είναι η απώλεια του «σπιτικού» φαγητού από το παιδικό διαιτολόγιο και πόσο επικίνδυνη η αντικατάστασή της από το «έτοιμο». Πολύ περισσότερο όταν το 51% των παιδιών που ερωτήθηκαν στην σχετική έρευνα του INKA δήλωσαν πως επίσης δεν καταναλώνουν όσπρια, φρούτα και λαχανικά σε επαρκείς ποσότητες.

Τα αναψυκτικά και τα κάθε λογής έτοιμα ροφήματα, αυξάνουν επίσης κατακόρυφα την ημερήσια θερμιδική πρόσληψη στις παιδικές ηλικίες. Προς το παρόν επίσημες έρευνες έχουν γίνει μόνο στην Αμερική από το Πανεπιστήμιο του Harvard, σύμφωνα με τις οποίες η μέση κατανάλωση ζαχαρούχων αναψυκτικών από τους εφήβους ανέρχεται στα 570 ml ημερησίως, δηλαδή 200 επιπλέον θερμίδες καθημερινά.

Τα αρνητικά πρότυπα από τους γονείς έχουν επίσης αρνητική επίδραση στην διατροφή των παιδιών. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που έχουν γονείς παχύσαρκους, αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο να γίνουν και τα ίδια παχύσαρκα. Πιο συγκεκριμένα, πρόσφατη έρευνα που μελέτησε 2374 παιδιά προσχολικής ηλικίας στην Ελλάδα, έδειξε ότι η πιθανότητα για ένα παιδί από ενός μέχρι πέντε ετών να είναι υπέρβαρο είναι 2.38 φορές μεγαλύτερη όταν και οι δύο γονείς είναι παχύσαρκοι. Αν εσείς ως γονείς δεν τρέφεστε σωστά, τότε είναι σχεδόν σίγουρο ότι και τα παιδιά σας θα κάνουν το ίδιο. Αν εσείς απεχθάνεστε την άσκηση, τότε και τα παιδιά είναι πολύ πιθανό να την αντιμετωπίσουν εχθρικά στο μέλλον ή και να την απαξιώσουν εντελώς.

Τα «ναι» της παιδικής διατροφής

Μιας και το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης για το πρόβλημα «βαραίνει» τους γονείς, η λύση εξαρτάται ως επί το πλείστον από αυτούς. Αρχικά, θα πρέπει να ενδιαφερθείτε περισσότερο για τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών εκτός σπιτιού και στο σχολείο. Από μικρή ηλικία τα παιδιά θα πρέπει να εξοικειωθούν με κάθε γεύση και τρόφιμο, έτσι ώστε το φαγητό να είναι για αυτά συνειδητή διαδικασία.

Σε γενικά πλαίσια:

• Εμπλουτίστε την διατροφή τους- αλλά και την δική σας- με φρέσκιες σαλάτες και φρούτα και καταφύγετε στο έτοιμο φαγητό μόνο όταν το μαγείρεμα δεν είναι εφικτό λόγω υποχρεώσεων. Καταναλώνοντας και εσείς οι ίδιοι τέτοια τρόφιμα βοηθάτε τα παιδιά να αναπτύξουν υγιεινές διατροφικές συνήθειες.

• Μην αμελείτε την σημασία του πρωινού. Πρόκειται για το πιο σημαντικό γεύμα της ημέρας για τους ενήλικες και πολύ περισσότερο για τα παιδιά. Εμπλουτίστε το πρωινό των παιδιών σας προσθέτοντας δημητριακά ολικής άλεσης με μέλι ή φρούτα και γάλα, βραστά αυγά με μαύρο ψωμί, χυμούς φρούτων, αποξηραμένα φρούτα, μαρμελάδες (με λιγότερη ζάχαρη) και νιφάδες βρώμης. Η μεγάλη περιεκτικότητα των παραπάνω τροφών σε θρεπτικά συστατικά όπως σίδηρο, ασβέστιο, φώσφορο, μαγνήσιο, βιταμίνες Α, C, B12, ριβοφλαβίνη και φυτικές ίνες, αποτελούν τον ιδανικό – διατροφικό – τρόπο για να ξεκινήσουν την ημέρα τους. Το πρωινό θα πρέπει να τους γίνει συνήθεια και όχι αγγαρεία.

• Το σωστό κολατσιό είναι εξίσου σημαντικό στην παιδική διατροφή, πολύ περισσότερο όταν οι περισσότερες σχολικές καντίνες προσφέρουν έτοιμα γεύματα με αρκετά λιπαρά. Μια θρεπτική και εύκολη επιλογή είναι το «κλασσικό» πλέον τοστ με γαλοπούλα και κασέρι, στο οποίο μπορείτε να προσθέσετε ντομάτα, μαρούλι ή αγγουράκι και να αντικαταστήσετε το ψωμί με ολικής άλεσης για να αυξήσετε την θρεπτική του αξία. Εναλλακτικά μπορείτε να τους φτιάξετε σπιτικές πίτες (σπανακόπιτα, χορτόπιτα, κοτόπιτα), να τους δώσετε κράκερς σικάλεως με τυρί χαμηλών λιπαρών, μπάρες δημητριακών ή/ και φρέσκα φρούτα.

• Όσον αφορά την προεφηβική διατροφή του παιδιού, αυτή θα πρέπει τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του να περιλαμβάνει αποκλειστικά γάλα, κατά προτίμηση μητρικό, στην διάρκεια του δεύτερου εξαμήνου της ζωής να εμπλουτίζεται σταδιακά με στέρεες τροφές, όπως τα φρούτα, τα δημητριακά, τα λαχανικά, το κοτόπουλο και το ψάρι, ενώ η προσθήκη αλατιού θα πρέπει να περιορίζεται. Τα παιδιά από 4 μέχρι 6 χρονών θα πρέπει ενδεικτικά να καταναλώνουν 100 θερμίδες ανά κιλό σωματικού βάρους (η τιμή αυτή αλλάζει ανάλογα με την ένταση της φυσικής δραστηριότητας), ενώ τα παιδιά από 7 μέχρι 10 ετών, 70-100 θερμίδες ανά κιλό σωματικού βάρους. Οι πρωτεΐνες θα πρέπει να παρέχουν το 13-15% των συνολικών ημερήσιων θερμίδων, οι υδατάνθρακες το 60% και η πρόσληψη λίπους δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το 30% ημερησίως.

Εισαγωγή

Τα παιδιά μεγαλώνοντας χρειάζονται περισσότερη ενέργεια και ποικιλία από τροφές ώστε να παίρνουν όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζονται. Αυτό θα τους εξασφαλίσει την καλή υγεία και τις σωστές διατροφικές συνήθειες για το υπόλοιπο της ζωής τους. Στην περίπτωση που αυτό δεν επιτευχθεί, το παιδί κινδυνεύει από έλλειψη κάποιων θρεπτικών συστατικών με επιπτώσεις στην ανάπτυξη και στην υγεία του. Έρευνες έχουν δείξει πως παιδιά με λανθασμένη διατροφή (έλλειψη ποικιλίας τροφών στο καθημερινό τους διαιτολόγιο, υποσιτισμός, υπερκατανάλωση τροφών πλούσιων σε λίπος , ζάχαρη, αλάτι), έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες μεγαλώνοντας να παρουσιάσουν ασθένειες όπως διαβήτη, καρδιοπάθειες, κυρίως αν οι ασθένειες αυτές έχουν ήδη παρουσιαστεί σε άλλα μέλη της οικογένειας τους.

Για να πετύχουμε για τα παιδιά μας μια σωστή διατροφή, εκτός από την άσκηση, η οποία πρέπει να υπάρχει

καθημερινά στο πρόγραμμά τους, τα παιδιά πρέπει καθημερινά να παίρνουν τροφές και από τις 4 κύριες ομάδες τροφών, που είναι:

(α) Γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα.

Το γάλα είναι η βασική τροφή για το παιδί. Συστήνεται η καθημερινή κατανάλωση τουλάχιστον 350 ml γάλακτος τη μέρα, ούτως ώστε να του παρέχονται τα 350 mg ασβεστίου που του είναι απαραίτητα (καθημερινά). Αυτή η ποσότητα γάλακτος μπορεί εύκολα να αντικατασταθεί με 2 μερίδες γαλακτοκομικών προϊόντων. 1 μερίδα γαλακτοκομικού προϊόντος είναι:

1 ποτήρι γάλα (200 ml) = 1 μικρό κεσεδάκι γιαούρτι (200 γρ) = 1 φέτα τυρί ή 1 φέτα χαλούμι (30 γρ - το μέγεθος κουτιού του σπίρτου). Μην προσπαθήσετε να δώσετε στο παιδί σας μεγαλύτερες ποσότητες γάλακτος γιατί αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα το παιδί να μην έχει όρεξη για άλλες τροφές . Μετά την ηλικία του ενός χρόνου μπορεί να μεταπηδήσετε από το γάλα του θηλασμού ή της φόρμουλας στο ολόπαχο αγελαδινό γάλα, αν η υπόλοιπη διατροφή το παιδιού είναι συμπληρωμένη.

Μη δίνετε άπαχα γαλακτοκομικά προϊόντα στα παιδιά σας πριν την ηλικία των 5 χρόνων. Μπορείτε όμως να χρησιμοποιείτε το ημιάπαχο γάλα από 2-5 χρόνων και το άπαχο γάλα μετά την ηλικία των 5. Αν χρησιμοποιήσετε ημιάπαχο ή άπαχο γάλα στο μαγείρεμα ενός φαγητού, π.χ. μακαρόνια στο φούρνο, δεν πειράζει να φάει το παιδί σας από αυτό!

(β) Τροφές πλούσιες σε άμυλο.

Δημητριακά προγεύματος, ρύζι, μακαρόνια, πλιγούρι, κριθαράκι, πατάτα, ψωμί, μπισκότα χαμηλά σε λιπαρά, μπιζέλι, κολοκάσι. Αυτές οι τροφές πρέπει να συμπεριλαμβάνονται σε κάθε γεύμα δηλαδή τουλάχιστον 4 μερίδες καθημερινά. Οι πατάτες είναι μια πολύ καλή πηγή βιταμίνης C για το παιδί σας. Πολλά από τα δημητριακά προγεύματος είναι εμπλουτισμένα με σίδηρο γι‘ αυτό να είστε προσεκτικοί να τα προτιμάτε.

(γ) Φρούτα και λαχανικά.

Τα φρούτα και τα λαχανικά είναι πλούσια σε βιταμίνες, άλατα και φυτικές ίνες. Εκτός τούτου, δίνουν χρώμα και γεύση στα γεύματα. Προσπαθήστε να δίνετε στα παιδιά σας 4 μερίδες καθημερινά. Προσπαθήστε να δίνετε φρεσκοστυμμένο χυμό στο παιδί ή χυμό «χωρίς πρόσθετη ζάχαρη» αραιωμένο με νερό. Προτιμάτε να δίνετε στο παιδί σας ωμά, παρά μαγειρεμένα λαχανικά. Δίνετε κομματάκια καρότου, πιπεριού ή μήλου ως ενδιάμεσα σνακ και προσφέρετε ποικιλία φρούτων και λαχανικών στο παιδί σας. Πλούσιες πηγές σε βιταμίνη C, απαραίτητη για το παιδί, είναι: πεπόνι, φράουλες, ανανάς, πορτοκάλι, χυμούς πορτοκαλιού και γκρέιπφρουτ, μπρόκολο, κουνουπίδι, ντομάτες, φασολάκι, μπιζέλι, παστά φρούτα, πιπεριές.

Αν το παιδί σας δεν προτιμά τα φρούτα και τα λαχανικά προσπαθήστε να τα συμπεριλάβετε στο διαιτολόγιο του, προσφέροντας τα π.χ. στην περίπτωση των φρούτων ως φρουτοσαλάτα, χυμό, μιλκσέικ με φρούτα, κρέμα με κομμένα φρούτα, φρουτογιαούρτι, παστά φρούτα αναμειγμένα στο γιαούρτι ή στα δημητριακά προγεύματος. Στην περίπτωση των λαχανικών: σε χορτόσουπα, στη σάλτσα των μακαρονιών, τριμμένα στο φαγητό π.χ. τριμμένο καρότο και μανιτάρι στους κεφτέδες, ως χυμό π.χ. χυμός καρότου.

(δ) Ομάδα κρέατος.

Οι πρωτεΐνες είναι εξίσου σημαντικές για την ανάπτυξη του παιδιού. Οι καθημερινές ανάγκες σε πρωτεΐνη στην ηλικία των 1-5 χρόνων είναι : 1.1 γραμμάρια για κάθε κιλό σωματικού βάρους. Το κρέας, τα αυγά, τα όσπρια, το ψάρι και τα θαλασσινά είναι πλούσια σε πρωτεΐνες και πρέπει να δίνονται 1-2 μερίδες στα παιδιά καθημερινά. Μη δίνετε ξηρούς καρπούς σε παιδιά πριν την ηλικία των 5 χρόνων. Προσπαθήστε να μαγειρεύετε το ψάρι τουλάχιστον 1 φορά την βδομάδα. Προτιμάτε από τα κρέατα στήθος κοτόπουλου, κουνέλι, γαλοπούλα, ψαχνό χοιρινό. Αφαιρείτε όλο το ορατό λίπος από το κρέας καθώς και το δέρμα πριν το μαγείρεμα. Σερβίρετε τα όσπρια τακτικά (2-3 φορές την βδομάδα), ώστε να μάθουν τα παιδιά να τα τρώνε από μικρή ηλικία.

Προσφέρετε στα παιδιά σας τροφές με διαφορετική υφή, γεύση, χρώμα και σε διαφορετικά σχήματα. Αφήστε το παιδί να χρησιμοποιήσει τα χέρια του για να φάει από μόνο του. Τα πιο πολλά παιδιά προσπαθούν να φάνε από μόνα τους μετά την ηλικία του ενός έτους.

Μερικές τροφές που το μωρό μπορεί να φάει χρησιμοποιώντας τα χέρια του είναι:

(α) Μπανάνα ή κομμένο και καθαρισμένο μήλο.

(β) Πίτα κομμένη σε μικρά κομματάκια.

(γ) Ψωμάκια αλειμμένα με μαλακό τυρί.

(δ) Ψημένα ή ωμά λαχανικά π.χ. φασολάκι ,καρότο, ντομάτα, αγγουράκι.

(ε) Κύβους από τυρί.

(ζ) Σάντουιτς με λεπτές φέτες ψωμιού και κομμένο σε μικρά κομματάκια.

(η) Ψαρομπουκιές ψημένες στη σχάρα ( fish fingers).

**Η hs-CRP στην πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων**

Τι είναι η hs-CRP;

ΚαρδιάΗ CRP (C-αντιδρώσα πρωτεΐνη) είναι μία πρωτεΐνη που παράγεται στο ήπαρ και δε βρίσκεται φυσιολογικά στο αίμα σε υψηλές συγκεντρώσεις. Αυξάνεται γρήγορα μετά από τραύμα, φλεγμονή, βακτηριακή ή μυκητιασική λοίμωξη και ελαττώνεται γρήγορα μόλις τα παραπάνω θεραπευτούν.

Υπάρχουν 2 διαφορετικοί τρόποι μέτρησης της CRP. Ο συνηθισμένος τρόπος μετράει μεγαλύτερο εύρος, αλλά δεν είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στις χαμηλές συγκεντρώσεις. Η hs-CRP (υψηλής ευαισθησίας CRP) μπορεί να μετρήσει με μεγαλύτερη ακρίβεια χαμηλότερες συγκεντρώσεις της πρωτεΐνης, και έτσι είναι χρήσιμη στην πρόγνωση καρδιαγγειακών παθήσεων σε υγιή άτομα. Η hs-CRP μπορεί να βοηθήσει στην εκτίμηση του κινδύνου πριν την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, εμφράγματος ή εγκεφαλικού επεισοδίου.

Πότε εκτελείται;

Η hs-CRP είναι μία συνηθισμένη εξέταση αίματος και τις περισσότερες φορές εκτελείται μαζί με άλλες εξετάσεις, όπως χοληστερίνη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL κλπ, που βοηθούν στην εκτίμηση του κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις.

Η φυσιολογία της αθηροσκλήρωσης

ΑθηροσκλήρωσηΕίναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι η LDL χοληστερίνη, η επονομαζόμενη «κακή», είναι η κυρίως υπεύθυνη μορφή χοληστερίνης για τη δημιουργία της αθηροσκλήρωσης των αρτηριών όταν είναι υψηλή η τιμή της στο αίμα. Η LDL χοληστερίνη στην οξειδωμένη μορφή της διαπερνά τον έσω χιτώνα των αρτηριών, εγκαθίσταται στο τοίχωμά τους και δημιουργεί τις αθηροσκληρωτικές πλάκες, που δυνητικά θα μπορούσαν να θεωρηθούν σα "βόμβες" οι οποίες, όταν εκραγούν, δημιουργούν, φράζοντας την αρτηρία, ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ένα εγκεφαλικό επεισόδιο. Η αστάθεια των αθηροσκληρωτικών πλακών, η οποία τις καθιστά επιρρεπείς στο σπάσιμο, εξαρτάται κυρίως από την κατάσταση στην οποία βρίσκεται το τοίχωμά τους από πλευράς φλεγμονής.

Τι σημαίνει το αποτέλεσμα;

Έτομα με υψηλότερες τιμές της hs-CRP έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις σε σχέση με άτομα με μικρότερες τιμές hs-CRP. Συγκεκριμένα, άτομα με τιμές κοντά στα ανώτερα όρια (περίπου 3mg/L) έχουν 1.5 έως 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να υποστούν έμφραγμα σε σχέση με άτομα στα οποία η hs-CRP είναι στα κατώτερα όρια. Η American Heart Association και το US Centers for Disease Control and Prevention έχουν καθορίσει τις ομάδες κινδύνου ως εξής:

Χαμηλός κίνδυνος: < 1.0mg/L

Μέσος κίνδυνος: 1.0 - 3.0mg/L

Υψηλός κίνδυνος: > 3.0mg/L

Η μέτρηση της hs-CRP είναι μόνο τμήμα της διαδικασίας εκτίμησης του κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις. Επιπλέον παράγοντες κινδύνου είναι οι υψηλές τιμές χοληστερίνης, LDL-C, τριγλυκεριδίων και σακχάρου. Το κάπνισμα, η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης επίσης αυξάνουν την πιθανότητα.

Η αυξημένη hs-CRP αντιμετωπίζεται;

Παράγοντες που ελαττώνουν τα επίπεδα της hs-CRP είναι απώλεια βάρους, τακτική άσκηση, υγιεινή διατροφή η αποφυγή αλκοόλ και η διακοπή καπνίσματος. Σε κάποιες περιπτώσεις η φαρμακευτική αντιμετώπιση είναι απαραίτητη.

**Η CRP είναι δείκτης φλεγμονής και έτσι είναι πολύ σημαντικό, το άτομο που κάνει την εξέταση αυτή να είναι υγιές, ώστε τα αποτελέσματα να είναι αξιόπιστα και να βοηθήσουν στην εκτίμηση του κινδύνου για στεφανιαία νόσο ή έμφραγμα. Οποιαδήποτε νόσος, τραύμα, μόλυνση ή φλεγμονή αυξάνουν τα επίπεδα της CRP και έτσι θα έχουμε ψευδώς αυξημένη εκτίμηση του κινδύνου.**