

Τόμος 1 • Συμπλήρωμα 1 • ΠΡΑΚΤΙΚΑ 11<sup>ΟΥ</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ-ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ 2011

# ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ Διατροφολογίας-Διατροφής

Εξαμηνιαία Έκδοση του Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων-Διατροφολόγων



ΠΑΡΑΡΤΗΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο
ΚΕΜΠ ΚΡ
Αριθμός Άδειας
117

ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ  
Αδριανείου 3 & Κατεχάκη – 115 25 ΑΘΗΝΑ

## Hellenic Journal of Nutrition and Dietetics

Volume 2, (Supplement) –  
11<sup>th</sup> Hellenic Congress of Nutrition and Dietetics) 2011



# ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ Διαιτολογίας-Διατροφής

Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής  
Hellenic Journal of Nutrition & Dietetics (Hellenic J Nutr Diet)

Επίσημο Επιστημονικό Περιοδικό του Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων-Διατροφολόγων

## ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ  
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ-ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΩΝ

## ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Πανόρμου 22, 115 22 Αθήνα,  
Τηλ.-Fax: 210-69 84 400  
e-mail: info:@hda.gr  
www.hda.gr  
www.hjnutrdiet.com  
hjnutrdiet@hda.gr

## ΕΚΔΟΤΗΣ

Κ.Α. Πούλια

## ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

### Πρόεδρος

Γ. Ρίσβας

### Αντιπρόεδρος

Κ.Α. Πούλια

### Γενικός Γραμματέας

Π. Βαραγιάννης

### Ταμίας

Β. Παμίκος

## ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

### Διαφημίσεις

Εγγραφές συνδρομητών-επιταγές:



**BETA Ιατρικές Εκδόσεις**  
ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΠΕ  
ΑΔΡΙΑΝΕΙΟΥ 3 & ΚΑΤΕΧΑΚΗ  
115 25 ΑΘΗΝΑ (Ν. ΨΥΧΙΚΟ)  
☎ 210-67 14 371 - 67 14 340  
FAX: 210-67 15 015  
E-mail: BetaMedArts@ho.gr  
E-shop: www.betamedarts.gr

## EN ISO 9001:2000

### Υπεύθυνος τυπογραφείου

Α. Βασιλάκου  
Αδριανείου 3 & Κατεχάκη 115 25  
Αθήνα (Ν. Ψυχικό),  
Τηλ. 210-67 14 371 - 210-67 14 340,  
Fax: 210-67 15 015

## ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ 2010-2011

(περιλαμβανομένου ΦΠΑ 5,5%)

### Διαιτολόγοι-

Λοιποί επιστήμονες	20,00 €
Φοιτητές	10,00 €
Εταιρείες-Οργανισμοί- Βιβλιοθήκες (5 τεύχη)	100,00 €
Ευρωπαϊκή Ένωση	40,00 €
Λοιπές Χώρες	50,00 €

## ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ

ALPHA BANK ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

164-00-2002-000-772

Αρχειοθέτηση IATROTEK, Google Scholar

## Ειδικός Γραμματέας Οργάνωσης

### & Συνδικαλισμού

Α. Τσαγκάρη

## Ειδικός Γραμματέας Δημοσίων

### Σχέσεων & Τύπου

Αικ. Βάμβουκα

## Ειδικός Γραμματέας Επιστη-

### μονικών Εκδηλώσεων & Δράσεων

Α. Ναούμη

## ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

### Διευθυντές Σύνταξης

Μ. Γιαννακούλια

Δ. Παναγιωτάκος

### Βοηθοί Σύνταξης

Χρ.Μ. Καστορίνη

Ευ. Φάππα

## Αναπληρωτές Διευθυντές

### Σύνταξης

Μ. Κοντογιάννη

Α. Ματάλα

Ε. Παπαδοπούλου

Κ.Α. Πούλια

## ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

U. Das

Π. Κόκκινος

Α. Σιμόπουλος

Ν. Ανδρικόπουλος

Σ. Αντωνοπούλου

Αικ. Βάμβουκα

Δ. Βαράκλα

Γ. Δεδούσης

Γ. Δημητριάδης

Κ. Δημόπουλος

Μ. Ελισάφ

Α. Ζαμπέλας

Θ. Καραγκιόζογλου

Β. Καραθάνος

Μ. Καψοκεφάλου

Π. Κοσμίδης

Π. Λάγιου

Ε. Λάππα

Γ. Λυρίτης

Β. Παπαμίκος

Ζ. Παφίλη

Χρ. Πίτσαβος

Λ. Συντώσης

Ι. Τριανταφυλλίδης

Α. Τριχοπούλου

Α. Τσαγκάρη

Α. Τσαρούχη

Μ. Χασαπίδου

Θ. Ψαλτοπούλου

## Στατιστικός Σύμβουλος Σύνταξης

Β. Μπουντζιούκα

## EDITED BY

THE HELLENIC DIETETIC  
ASSOCIATION

## ASSOCIATION'S ADDRESS

22, Panormou str., GR-115 22 Athens,  
Τηλ.-Fax: 210-69 84 400  
e-mail: info:@hda.gr  
www.hda.gr  
www.hjnutrdiet.com  
hjnutrdiet@hda.gr

## PUBLISHER

Κ.Α. Poulia

## ADVISORY BOARD

### President

G. Risvas

### Vice President

Κ.Α. Poulia

### General Secretary

P. Varagiannis

### Treasurer

V. Papamikos

## EDITING

Subscription and  
Advertising Enquiries:



**BETA Medical Publishers Ltd**  
3, ADRIANIOU STR.  
GR-115 25 ATHENS - GREECE  
☎ +30210-67 14 371 - 67 14 340  
FAX: +30210-67 15 015  
E-mail: BetaMedArts@ho.gr  
E-shop: www.betamedarts.gr

## EN ISO 9001:2000

### Printing supervision

Α. Βασιλάκου  
3, Adrianou str., GR-115 25 Athens,  
(N. Psychiko), Greece  
Tel.: (+30) 210-67 14 371 -  
(+30) 210-67 14 340  
Fax: (+30) 210-67 15 015

## ANNUAL SUBSCRIPTION 2010-2011

(VAT 5,5% included)

### Greece

Personal edition	20.00 €
Student edition	10.00 €
Library edition (5 copies)	100.00 €
European Union	40.00 €
Other Countries	50.00 €

## ASSOCIATION'S BANK ACCOUNT

IN ALPHA BANK

164-00-2002-000-772

Abstracted/Indexed in IATROTEK, Google Scholar

## Special Secretary

### of Organisation

A. Tsagkari

## Special Secretary

### of Public Relations

Aik. Vamvouka

## Special Secretary of Scientific

### Events

A. Naoumi

## EDITORIAL BOARD

### Editors-in-Chief

Μ. Yannakoulia

Δ. Panagiotakos

### Assistants

### of the Editors-in-Chief

Chr.M. Kastorini

Ev. Fappa

### Associate Editors

Μ. Kontogianni

Α. Matala

Ε. Papadopoulou

Κ.Α. Poulia

### Members

U. Das

P. Kokkinos

Α. Simopoulos

Ν. Ανδρικόπουλος

Σ. Αντωνοπούλου

Αικ. Vamvouka

Δ. Varakla

Γ. Dedoussis

Γ. Dimitriadis

Κ. Dimopoulos

Μ. Elisaf

Α. Zambelas

Θ. Karagiozoglou

Β. Karathanos

Μ. Kapsokefalou

Π. Kosmidis

Π. Lagiou

Ε. Lappa

Γ. Lyritis

Β. Papamikos

Ζ. Pafili

Χρ. Pitsavos

Λ. Sidossis

Ι. Triantafillidis

Α. Trichopoulou

Α. Tsagari

Α. Tsarouchi

Μ. Hasaridou

Θ. Psaltopoulou

### Statistical Editor

Β. Bountziouka



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ  
*Διαιτολογίας-Διατροφής*

HELLENIC JOURNAL OF  
*Nutrition and Dietetics*

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ 2011

SUPPLEMENT 2011

**Περιεχόμενα**

**ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ**

Ισοδύναμα φωσφόρου – μια νέα πραγματικότητα για τη ρύθμιση της υπερφωσφαταιμίας. <i>Μ.Κ. Χουρδάκης</i>	17
Εκτίμηση της κακής θρέψης στο νοσοκομειακό χώρο & συσχέτιση με παράγοντες κινδύνου παρουσίαση των διαθέσιμων εργαλείων καθώς & μελέτες επικύρωσης. <i>Κ.-Α. Πούλια</i>	18
Εναλλακτικές θεραπείες στο σακχαρώδη διαβήτη. <i>Π. Μήτρου</i>	19
Νεότερα δεδομένα για τη διατροφική αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη. <i>Αι. Παπακωνσταντίνου</i>	20
Argeting cachexia to treat the tumor. <i>A. Laviano</i>	21
Nutrition in acute pancreatitis-a guideline approach. <i>R. Meier</i>	22
Η διαχείριση του παχύσαρκου νεφροπαθούς ασθενούς: Το «παράδοξο της παχυσαρκίας». <i>Ζ. Παφίλη</i>	23
Η αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης με βάση βιοχημικούς δείκτες. <i>Σ. Αντωνοπούλου</i>	24
Διατροφικές συνήθειες, διατροφικές πρακτικές & υγεία των ηλικιωμένων στην Ελλάδα. <i>Στ. Τυροβολάς, Δ.Β. Παναγιωτάκος</i>	25
Η απλότητα της διατροφής στη μεσογείο και η πολυπλοκότητα της «μεσογειακότητας». <i>Αντ. Ματάλα</i>	26
Η μεσογειακή διατροφή: Συσχέτιση μεσογειακού σκορ & υγείας. <i>Μ. Κοντογιάννη</i>	27
Τροποποίηση συμπεριφοράς στη θεραπεία της παχυσαρκίας. <i>Ε. Μπαθρέλλου</i>	28
Η διατήρηση της απώλειας βάρους ως στόχος των παρεμβάσεων για την παχυσαρκία. <i>Μ. Γιαννακούλια</i>	29
Ο ρόλος του διαιτολόγου στη διαχείριση βάρους μετά από χειρουργικές επεμβάσεις νοσογόνου παχυσαρκίας. <i>Αν. Παπαλαζάρου</i>	30
Καταπολεμώντας την παιδική παχυσαρκία στην κοινότητα: Πρόγραμμα MEND. <i>Μ. Κολοτούρου, Ρ.Μ. Sacher, Ρ. Chadwick, D. Radley, T.J. Cole, M. Lawson, A. Lucas, A. Singhal</i>	31

Επιπολασμός παιδικής παχυσαρκίας. <i>Π. Φαρατζιάν</i>	32
Συνύπαρξη παχυσαρκίας και διατροφικών ανεπαρειών στον ελληνικό παιδικό πληθυσμό. <i>Γ. Μανιός</i>	33
The importance of evidence based practice for dietitians. <i>Anne de Looy</i>	35
Διατροφογενετική – διατροφογενωμική: Η προσέγγιση για τους διαιτολόγους. <i>Λ. Μελίστας</i>	36
Φυτικές στανόλες και μείωση χοληστερόλης: Νεότερα δεδομένα και χρήσεις στην καθημερινή διαιτολογική πράξη. <i>Χ. Γεωργακάκης</i>	37
Οι νέες οδηγίες της ευρωπαϊκής καρδιολογικής εταιρείας σε συνεργασία με την ευρωπαϊκή εταιρεία αθηροσκλήρωσης για την αντιμετώπιση των δυσλιπιδαιμιών τι καινούργιο υπάρχει στην διατροφική αντιμετώπιση και ποιοί είναι οι νέοι προβληματισμοί. <i>Αντ. Ζαμπέλας</i>	39
Διατροφή και υπέρταση. <i>Ντ. Σιαλβέρα</i>	40
Διατροφή και δευτερογενής πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων. <i>Π. Ντετοπούλου</i>	41
Utilization of the nutrition care process in international settings. <i>S. Escott-Stump</i>	42
Ο ρόλος του διαιτολόγου στην προετοιμασία επαγγελματιών ομάδων ποδοσφαίρου & αθλητών υψηλής απόδοσης. <i>Δ.Π. Μπερτζελέτος</i>	43
Dieting, weight, and exercise: finding a healthy balance. <i>N. Clark</i>	44
Διατροφή και άσθμα. <i>Φ. Αρβανίτη</i>	45
Διαγνωστική προσέλαση της τροφικής αλλεργίας. <i>Κ. Πίτσιος</i>	46
Απευαισθητοποίηση στα τρόφιμα. <i>Δ. Βούρδας</i>	47
Οικολογική επιβάρυνση της γης από τη διατροφή του ανθρώπου. <i>Π.Α. Βαραγιάννης</i>	48
Slow food-Η τροφή σαν πολιτική πράξη. <i>Π. Γεωργιάδης</i>	50
Μερίδες: Το Μέγεθος... μετράει. <i>Ι. Κατσαρόλη</i>	51
Heterogeneity of obesity. Effects of weight loss in metabolically healthy but obese individuals. <i>V. Mohamed-Ali</i>	52

**ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

- Η μέθοδος των εξάδων: Ένας νέος τρόπος αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας έξι εργαλείων ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου για τον εντοπισμό του κινδύνου δυσθρεψίας σε ηλικιωμένους ασθενείς.** Κ.Α. Πούλια, Μ. Γιαννακούλια, Δ. Καραγεώργου, Μ. Γκαμαλέτσου, Δ. Παναγιωτάκος, Ν. Σύψας, Α. Ζαμπέλας 53
- Η επίδραση της κατάστασης θρέψης και της συστηματικής φλεγμονώδους κατάστασης στην πρόγνωση ασθενών με μεταστατικό καρκίνο πνεύμονα.** Ν. Κόντου, Ι. Γκιουλμπασάνης, Κ. Καλμπάκης, Ζ. Γιαννούση, Μ. Μακρίδου, Π. Βλαχοστέργιος, Κ. Καμποσιώρας, Α. Πάλλης, Δ. Κάκαλου, Χ. Παπανδρέου 54
- Συσχέτιση της προμεταμοσχευτικής κατάστασης θρέψης ασθενών με μεταμόσχευση νεφρού με τη λειτουργία του μοσχεύματος κατά την άμεση μεταμοσχευτική περίοδο.** Β. Ιατρίδη, Μ. Κοντογιάννη, Μ. Δαρεμά, Π. Καϊσίδη, Κ.Α. Πούλια, Γ. Ζαββός, Ι. Μπολέτης 55
- Συσχέτιση της πρόσληψης φλαβονοειδών με κλινικούς και βιοχημικούς δείκτες σε παχύσαρκους ασθενείς.** Χ. Δερδεμένης, Δ. Κιόρτσος, Θ. Φιλιππάτος, Β. Τσιμικόδημος, Π. Βεζυράκη, Μ. Αργυροπούλου, Α. Τσελέπης, Α. Ευαγγέλου, Μ. Ελισάφ 56
- Εκτίμηση της διατροφικής πρόσληψης μακροθρεπτικών συστατικών και συσχέτισή τους με την παρουσία μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος (Nafld).** Ν. Τιλελή, Μ. Κοντογιάννη, Α. Μαργαρίτη, Μ. Γεωργούλης, Μ. Ντόιτς, Ρ. Ζαφειροπούλου, Ε. Γραμματικάκη, Ι. Μανιός, Γ. Παπαθεοδωρίδης 57
- Μείωση της πιθανότητας παρουσίας ινσουλινοαντίστασης σε παιδιά που συνδυάζουν αυξημένη φυσική δραστηριότητα και συχνότητα γευμάτων: Μελέτη healthy growth.** Χ. Μαυρογιάννη, Γ. Μοσχώνης, Ο. Ανδρούτσος, Β. Ιατρίδη, Χ. Κατσαρού, Α. Γιαννοπούλου, Ε. Αβλίκου, Ι. Μανιός 58
- Διατροφική παρέμβαση σε παχύσαρκα άτομα με διαβήτη τύπου 2: Σύγκριση μιας πολύ χαμηλών θερμίδων δίαιτας με μια υποθερμιδική χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη διατροφή.** Α. Πετρίδου, Δ. Βλάχος, Α. Γανοτοπούλου, Χ. Στάθη, Α. Κουτσοβασίλης, Δ. Δουλγεράκης, Ε. Διακουμοπούλου, Ν. Τεντολούρης, Α. Μελιδώνης 59
- Σχέση της δραστηριότητας της LP-PLA2 και της PAF-AH με διατροφικούς παράγοντες σε υγιή πληθυσμό.** Π. Ντετοπούλου, Τ. Νομικός, Ε. Φραγκοπούλου, Δ. Παναγιωτάκος, Σ. Αντωνοπούλου 60
- Η επίδραση της απώλειας σωματικού βάρους με ή χωρίς κατανάλωση αναψυκτικών στα ηπατικά ένζυμα, σε παχύσαρκα άτομα με μη αλκοολική λιπώδη εκφύλιση του ήπατος.** Δ. Καραγιάννης, Κ. Πλατσά, Β. Κατσάρα, Κ. Καρακούσης 61
- Παράληψη γεύματος λόγω φόρτου εργασίας και πιθανότητα παρουσίας οξέων στεφανιαίων συνδρόμων και εγκεφαλικών επεισοδίων αποτελέσματα μελέτης ασθενών-μαρτύρων.** Χ.Μ. Καστορίνη, Χ. Μηλιώνης, Α. Ιωαννίδη, Ε. Ντζιού, Ε. Μπίκα, Π. Σάββαρη, Β. Νικολάου, Κ. Βέμμος, Ι. Γουδέβενος, Δ. Παναγιωτάκος 62
- Αξιολόγηση 3μηνης εντατικής παρέμβασης διαχείρισης βάρους σε υπέρβαρα/παχύσαρκα παιδιά.** Ε. Μιχαλάκη, Π. Περβανίδου, Ε. Μαγκλής, Φ. Γιαννίση, Α. Γκουρογιάννη, Κ. Παπανικολάου, Γ. Χρούσος, Μ. Γιαννακούλια 63
- Η επίδραση της κατανάλωσης διαφορετικών δόσεων καφεϊνούχου καφέ στην ενεργειακή πρόσληψη ατόμων φυσιολογικού βάρους και υπέρβαρων/παχύσαρκων.** Α. Γαβριέλη, Ε. Καρφοπούλου, Θ. Καρδάτου, Ε. Σπυρέλη, Ειρ. Καλούδη, Ε. Φραγκοπούλου, Μ. Γιαννακούλια 64
- Κοινωνικό κεφάλαιο και μεσογειακή διατροφή στη μελέτη μητέρας-παιδιού Κρήτης. Μελέτη PEA. Ι.** Αποστολάκη, Γ. Κριτωτάκης, Μ. Βασιλάκη, Β. Γεωργίου, Α. Φιλαλήθης, Μ. Κογεβίνης, Α. Κούτης, Λ. Χατζή 65
- Εφαρμογή του healthy lifestyle diet index (hld-index) & συσχέτιση του με την εμφάνιση ινσουλινοαντίστασης και αυξημένου βάρους σε παιδιά 5ης & 6ης δημοτικού.** Α.Ι. Ναούμη, Γ. Μοσχώνης, Ε. Γραμματικάκη, Ε. Πολιτίδου, Γ. Κουρλαμπά, Ι. Μανιός 66
- Αύξηση της συμμόρφωσης σε ένα μεσογειακό διατροφικό πρότυπο βελτιώνει παραμέτρους της ποιότητας ζωής ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα.** Ε. Φάππα, Μ. Γιαννακούλια, Π. Ζαχάρης, Φ.Ν. Σκοπούλη 67
- Η επίδραση του βαθμού υιοθέτησης της μεσογειακής δίαιτας σε κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών με μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος (Nafld).** Μ. Γεωργούλης, Μ. Κοντογιάννη, Α. Μαργαρίτη, Ν. Τιλελή, Μ. Ντόιτς, Ε. Φραγκοπούλου, Ρ. Ζαφειροπούλου, Ι. Μανιός, Γ. Παπαθεοδωρίδης 68
- Προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή, τρόπος ζωής και σχολική επίδοση μαθητών λυκείου. Ι.** Βασιλούδης, Β. Κωσταρέλλη, Ν. Γιαννακούρης, Κ. Αποστολόπουλος 69
- Η ανίχνευση διατροφικού κινδύνου, όπως αυτή πραγματοποιείται με τον γηριατρικό δείκτη διατροφικού κινδύνου (geriatric nutritional risk index, gnri) αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ενδοσσοκομειακών λοιμώξεων σε νοσηλευόμενους ηλικιωμένους ασθενείς.** Κ.-Α. Πούλια, Μ. Γκαμαλέτσου, Δ. Καραγεώργου, Μ. Γιαννακούλια, Π. Ζιάκας, Α. Ζαμπέλας, Ν. Σύψας 70

**ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

- Αξιολόγηση παρέμβασης για τη διατήρηση των αλλαγών στον τρόπο ζωής και στο βάρος σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά.** Π. Καΐσαρη, Ε. Μιχαλάκη, Ε. Μαγκλής, Κ. Παπανικολάου, Π. Περβανίδου, Γ. Χρούσος, Μ. Γιαννακούλια 71
- Αλλαγή διατροφικών συνθηκών μετά από καινοτόμο πρόγραμμα διατροφικής παρέμβασης στο σχολείο.** Φ. Κοκκίνου, Ν. Ευσταθίου, Γρ. Ρίσβας, Β. Μπουντζιούκα, Α. Ζαμπέλας 72
- Κατανάλωση γρήγορου φαγητού (fast food) και παράγοντες επιρροής του σε δείγμα βρετανών και ελλήνων εφήβων.** Ζ. Τουμπακάρη, Α. Haase A 73
- Απώλεια σωματικού βάρους με ή χωρίς πρόγραμμα τροποποίησης της συμπεριφοράς και σεξουαλική λειτουργία σε παχύσαρκες γυναίκες.** Δ. Καραγιάννης, Κ. Πλατσά, Α. Παπαθανασίου, Κ. Σκριάπας 74
- Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν τον επιπολασμό της παχυσαρκίας στην Ελλάδα: η μελέτη greco.** Π. Φαρατζιάν, Β. Μπουντζιούκα, Γ. Ρίσβας, Δ. Παναγιωτάκος, Α. Ζαμπέλας 75
- Η επίδραση του ποσοστού σωματικού λίπους στην σωματική ανάπτυξη: Η μελέτη του Αγρινίου.** Ε. Μπρμπλής, Α. Σκιαδά, Δ. Μπουγατσάς, Ν. Κουτσομπίνας, Α. Ναούμης 76
- Μελέτη βιοχημικών παραμέτρων ενηλίκων ατόμων που συμμετείχαν σε επιδημιολογική έρευνα για τη διαπίστωση του ποσοστού παχυσαρκίας και των διατροφικών συνθηκών των Κυπρίων.** Ε. Ανδρέου, Φ. Χατζηγεωργίου, Κ. Κυριάκου, Θ. Αβραάμ, Γ. Τσιάππα, Π. Καλλής, Χ. Λαζάρου, Χ. Φιλίππου, Χ. Χριστοφόρου, Χ. Διογένους, Ρ. Κοκκινόφτα, Σ. Σάββα, Α. Καφάτος, Α. Ζαμπέλας 77
- Προστασία του μεσογειακού προτύπου διατροφής αναφορικά με την εκδήλωση οξέων στεφανιαίων σύνδρομων και ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων ακόμα και σε άτομα με υπέρταση αποτελέσματα μελέτης ασθενών-μαρτύρων.** Χρ.-Μ. Καστορίνη, Χ. Μπλιώνης, Κ. Καλαντζή, Ζ. Κονιδάρη, Μ. Συμεοπούλου, Α. Βέμμου, Β. Νικολάου, Κ. Βέμμος, Ι. Γουδέβενος, Δ.Β. Παναγιωτάκος 78
- Η επίδραση των διατροφικών συνθηκών στη σχέση της μεσογειακής διατροφής με τον κολοορθικό καρκίνο: ο τροποποιημένος MedDietScore.** Ν. Κόντου, Θ. Ψαλτοπούλου, Ε. Πολυχρονόπουλος, Δ. Ξυνόπουλος, Ν. Σούπος, Δ. Δημητρουλόπουλος, Δ. Παναγιωτάκος 79
- Η διαγνωστική ικανότητα του meddiet score σε σχέση με το φύλο στον κολοορθικό καρκίνο: αποτελέσματα μελέτης ασθενών-μαρτύρων.** Ν. Κόντου, Θ. Ψαλτοπούλου, Ευ. Πολυχρονόπουλος, Δ. Ξυνόπουλος, Ν. Σούπος, Δ. Δημητρουλόπουλος, Δ. Παναγιωτάκος 80
- Η προστατευτική δράση της μεσογειακής διατροφής στα επίπεδα του ουρικού οξέως μεταξύ των ατόμων με μεταβολικό σύνδρομο.** Χ. Κατσαγώνη, Β. Μπουντζιούκα, Α. Ευαγγελόπουλος, Α. Γιωτοπούλου, Ν. Βαλιάνου, Μ. Μπόνου, Ε. Βογιατζάκης, Ι. Μπαρμπετσέας, Π. Αυγερινός, Δ.Β. Παναγιωτάκος 81
- Η μέτρια κατανάλωση μύρας μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης ανεπάρκειας βιταμίνης D.** Β. Μπουντζιούκα, Α. Ακάλεστος, Α. Ευαγγελόπουλος, Ε. Βογιατζάκης, Α. Γιωτοπούλου, Ν. Βαλιάνου, Μ. Μπόνου, Ι. Μπαρμπετσέας, Π. Αυγερινός, Δ.Β. Παναγιωτάκος 82
- Ιδιοπάθειες θείες εμβοές και αντιοξειδωτικά: Αξιολογηση των διατροφικών συνθηκών.** Ά. Πετρίδου, Ε. Ζάγορα, Ε. Κουντούρης, Ε. Σταυριανού, Γ. Κοντοθανάση, Ε. Αναγνώστου 83
- Εκτίμηση ανθρωπομετρικών δεικτών θρέψης ασθενών, υποψηφίων για μεταμόσχευση νεφρού.** Λ. Τσιριγώτη, Β. Ιατρίδη, Μ. Δαρεμά, Κ.-Α. Πούλιτα, Μ. Κοντογιάννη, Ι. Μπολέτης 84
- Εκτίμηση του κινδύνου υποθρεψίας σε νοσηλευόμενους ασθενείς (Πρόδρομη μελέτη).** Ε. Πεχλαβανίδη, Μ. Μπτζάνη 85
- Η ικανότητα αυτοελέγχου ελλήνων ενηλίκων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.** Β. Κοντογιάννης, Κ. Μαλαχάς, Τρ. Πλιάκας, Μ. Χουρδάκης 87
- Επίδραση καινοτόμου προγράμματος διατροφικής αγωγής στο ψυχολογικό κλίμα της τάξης.** Ν. Ευσταθίου, Φ. Κοκκίνου, Γ. Ρίσβας, Β. Μπουντζιούκα, Α. Ζαμπέλας 88
- Ο ρόλος των διατροφικών υπηρεσιών, σε σχέση με την παρουσία παχυσαρκίας και υπερκολληστερολαιμίας ηλικιωμένων κατοίκων που ζουν σε επιλεγμένα νησιά της Μεσογείου.** Σ. Τυροβολάς, Ε. Πολυχρονόπουλος, Γ. Τούντας, Δ. Παναγιωτάκος 89
- Οι διατροφικές υπηρεσίες και η επίδρασή τους, στις διατροφικές συνήθειες και στην καρδιαγγειακή υγεία ηλικιωμένων κατοίκων που ζουν σε επιλεγμένα νησιά της Μεσογείου.** Σ. Τυροβολάς, Ε. Πολυχρονόπουλος, Γ. Τούντας, Δ. Παναγιωτάκος 90
- Κριτική αξιολόγηση των απόψεων του γενικού πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας για την διατροφολογική κατάσταση στην Ελλάδα.** Χρ. Παυλίδου, Α. Καραμήτρη, Ευ. Μπαράκου, Δ.Ν. Cooreg, Κ. Πουλός, Στ. Τοπούζης, Γ.Π. Πατρινός 91
- Αναγκαιότητα παρουσίας διαιτολόγου στο αλλεργιολογικό ιατρείο.** Λ. Δαμανίδη, Σ. Γιαβή, Ν. Δουλαδέρης, Μ. Μανουσάκης, Χ. Μιχοπούλου, Γ.Ν. Παπαδόπουλος 92

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Έχουμε την ιδιαίτερη τιμή και χαρά εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής να σας προσκαλέσουμε στο 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Διαιτολογίας Διατροφής που θα πραγματοποιηθεί φέτος, όπως κάθε 2 χρόνια, από 24 έως 27 Νοεμβρίου 2011, στο «Θέατρον», Κέντρο Πολιτισμού «Ελληνικός Κόσμος».

Όπως πάντα, φιλοδοξούμε μέσα από διαλέξεις, στρογγυλά τραπέζια, δορυφορικά συμπόσια και συζητήσεις με κορυφαίους Έλληνες και ξένους επιστήμονες να αναδείξουμε και να αναλύσουμε σε βάθος θέματα σημαντικά αλλά και αμφιλεγόμενα. Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί και στην ανάδειξη του ερευνητικού έργου που γίνεται στη χώρα μας, μέσω των προφορικών και αναρτημένων ανακοινώσεων και μέσω της αξιολόγησης και βράβευσης των καλύτερων εργασιών. Για πρώτη φορά φέτος θα λάβουν χώρα παράλληλα σεμινάρια για την απόκτηση και πιστοποίηση ειδικότερων γνώσεων, δεξιοτήτων και ανταγωνιστικότητας στην Κλινική Διατροφή (Long Life Learning LLL courses – <http://www.lllnutrition.com>) σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Κλινικής Διατροφής & Μεταβολισμού (ESPEN) και την Ελληνική Εταιρεία Ιατρικής Διατροφής. Επιπρόσθετα, θα διεξαχθούν σεμινάρια Δεξιοτήτων Επικοινωνίας για Διαιτολόγους σε συνεργασία με το Κέντρο Ψυχολογικών Εφαρμογών καθώς και κλινικά φροντιστήρια σε καίρια θέματα διατροφής από ειδικούς στο χώρο.

Ευελπιστούμε ότι το ευρύτατο φάσμα θεμάτων που θα παρουσιαστούν σε συνδυασμό με όλα τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα στην επιστήμη της διατροφής, θα αποτελέσουν την αφορμή για ενημέρωση, συζήτηση και ανταλλαγή απόψεων μεταξύ των συναδέλφων Διαιτολόγων Διατροφολόγων, αλλά και για εποικοδομητική συνεργασία γενικότερα των επαγγελματιών που κινούνται στους χώρους της Υγείας και της Διατροφής. Άλλωστε, τα σύγχρονα προβλήματα στους τομείς της υγείας και της διατροφής, όπως τα υψηλότατα ποσοστά παχυσαρκίας, τα αυξανόμενα ποσοστά σακχαρώδους διαβήτη και καρκίνου και τα διατροφικά σκάνδαλα επιβάλλουν και απαιτούν την ενημέρωση και τη συνεργασία όλων των ειδικών επιστημόνων.

Ως Οργανωτική Επιτροπή, λοιπόν, σας καλούμε να συμμετέχετε ενεργά στις εργασίες του συνεδρίου και να καταθέσετε τις ερευνητικές σας προσπάθειες. Σας περιμένουμε για ένα εποικοδομητικό τετραήμερο σε έναν υπερσύγχρονο, άνετο και πολυτελή συνεδριακό χώρο.

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής

Ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής  
Δρ. Λάμπρος Μελίστας



Η Πρόεδρος της Επιστημονικής Επιτροπής  
Δρ. Αιμιλία Παπακωνσταντίνου



## ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ & ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής: **Δρ. Μελλίστας Λάμπρος**  
Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής: **Δρ. Παπακωνσταντίνου Αιμιλία**  
Γεν. Γραμματείς: **Δημακόπουλος Γιάννης, Ναούμη Ανθή-Ισμήνη**

### Μέλη:

**Αδαμίδου Ιωάννα**  
**Δημητρίου Μελίνα**  
**Κατσαρού Αλεξία**  
**Κουτράκος Θεωδωρής**  
**Μιχάλη Ηλιάνα**  
**Δρ. Μπαθρέλλη Ειρήνη**

**Δρ. Ντετοπούλου Παρασκευή**  
**Παπαβασιλείου Γεωργία**  
**Παπαμίκος Βασίλης**  
**Πατερουλάκης Γιώργος**  
**Πούλια Καλλιόπη - Άννα**  
**Δρ. Χουρδάκης Μιχάλης**

## ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ - ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΩΝ



Πρόεδρος  
**Δρ. Ρίσβας Γρηγόρης**  
Αντιπρόεδρος  
**Πούλια Καλλιόπη - Άννα**  
Γενικός Γραμματέας  
**Βαραγιάννης Παναγιώτης**

Ταμίας  
**Παπαμίκος Βασίλης**

Ειδική Γραμματέας Επιστημονικών Εκδηλώσεων και Δράσεων  
**Ναούμη Ανθή - Ισμήνη**

Ειδική Γραμματέας Δημοσίων Σχέσεων και Τύπου  
**Βάμβουκα Κατερίνα**

Ειδική Γραμματέας Συνδικαλιστικών και Οργανωτικών Θεμάτων  
**Δρ. Τσαγκάρη Αμαλία**

## ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



Αθλητική Διατροφή  
Διαδικασία Διατροφικής Φρονιάδας  
Διατροφή & Αλλεργία  
Διατροφή & Καρδιαγγειακές Παθήσεις  
Διατροφή & Καρκίνος  
Διατροφή & Σακχαρώδης Διαβήτης  
Διατροφική Αξιολόγηση & Νοσοκομειακή δυσθρεψία  
Διατροφική διαχείριση Παγκρεατίτιδας  
Διατροφή & Γονίδια  
Διατροφή στην τρίτη ηλικία  
Διατροφή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας  
Παχυσαρκία - Διατήρηση βάρους & Συμπεριφορική Θεραπεία  
Εθνική Διατροφική Πολιτική  
Ειδικά Θέματα Ασθενών με νεφροπάθειες  
Μεσογειακή Διατροφή  
Νομοθεσία & Διατροφή  
Οικολογία & Διατροφή  
Παιδιατρικά Θέματα & Διατροφή

# ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 24/11/2011

## ΕΝΑΡΞΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

### ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΝΤΙΓΟΝΗ

Προ-συνεδριακές εργασίες

15.00 – 17.00

17.00 – 18.00

#### ΕΓΓΡΑΦΕΣ – ΠΑΡΑΛΛΑΒΗ ΥΛΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

#### ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ – ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

- Λ. Μελίστας** – Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής 11ου Πανελληνίου Συνεδρίου Διατροφής & Διαιτολογίας
- Δ. Αναγνωστόπουλος** – Πρύτανης Χαροκόπειου Πανεπιστημίου
- Κ. Φεγγερός** – Πρύτανης Γεωπονικού Πανεπιστημίου
- P. Singer** – Chairman of the executive committee of ESPEN
- Ε. Μανωλαράκης** – Πρόεδρος ΕΔΔΕ
- Γ. Ρίσβας** – Πρόεδρος ΠΣΔΔ

#### ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

#### ΕΘΝΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Πρόεδρος: **Γ. Ρίσβας**

- Διατροφική πολιτική και πρόληψη παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας – **Γ. Χρούσος**
- Η παραδοσιακή Ελληνική διατροφή ως μοντέλο Προαγωγής Υγείας – **Α. Λινού**
- Δράσεις της Ευρωπαϊκής Πλητφόρμας για την Διατροφή και την Φυσική Δραστηριότητα – **Α. Παπαγεωργίου**

19.00 – 20.00

#### ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

#### ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ & ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΔΥΣΘΡΕΨΙΑ

Πρόεδρος: **Μ. Χουρδάκης**

- Εκτίμηση της κακής θρέψης στο νοσοκομειακό χώρο & συσχέτιση με παράγοντες κινδύνου. Παρουσίαση των διαθέσιμων εργαλείων καθώς & μελέτες επικύρωσης – **Κ. Α. Πούλια**
- “NutritionDay”. Worldwide initiative from ESPEN. History, benefits and perspectives from it – **P. Singer**

### ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ 1

13.00 – 17.00

#### ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

#### LLL Course – Module 8:

#### Approach to oral and enteral nutrition

Course director: **P. Singer**

**Module 8.1** Indications, Contraindications, Complications and Monitoring of EN  
– **P. Singer**

**Module 8.2** Oral and Sip Feeding

– **Μ. Χουρδάκης**

**Module 8.3** Techniques of Enteral

Nutrition – **St. Klek**

**Module 8.4** Formulae for Enteral

Nutrition – **Μ. Χουρδάκης**

**Module 8.5** Complications and

Monitoring of Enteral Nutrition

– **Μ. Θεοδωρακοπούλου**

### ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ 2

14.30 – 15.30

Παρουσίαση δράσης υπό την αιγίδα του ΠΣΔΔ

#### ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΦΗ by ERODE –

Πρόγραμμα πρόληψης παιδικής παχυσαρκίας

Εισηγητές: **Ε. Στάμου,**

**Μ. Χατζηδημητρίου**

15.30 – 16.30

Παρουσίαση δράσης υπό την αιγίδα του ΠΣΔΔ

«Μερίδες. Το μέγεθος... μετράει» – medNutrition

Συντονίστρια: **Ν. Καρακώστα**

Εισηγητές: **Ι. Κατσαρόλη, Ν. Ζέρβας,**

**Π. Παπαχρήστος**



# ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25/11/2011

## ΠΡΩΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΝΤΙΓΟΝΗ	ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ 1	ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ 2
9.30 – 10.45	<b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <b>ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ</b> Πρόεδρος: Γ. Δημητριάδης <ul style="list-style-type: none"><li>• Εναλλακτικές θεραπείες στο Σακχαρώδη Διαβήτη – Π. Μήτρου</li><li>• Νεότερα δεδομένα για τη διαιτητική αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη – Α. Παπακωνσταντίνου</li><li>• Ο ρόλος του λιπώδους ιστού στο μεταβολισμό γλυκόζης &amp; λιπιδίων – Β. Λαμπαδίδη</li></ul>	09.30 – 13.30 <b>ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ</b> <b>Αρχές Συγγραφής Επιστημονικής Εργασίας</b> Εισηγητές: Δ. Παναγιωτάκος, Β. Μπουντζιούκα, Χ. Καστορίνη	09.00 – 10.30 <b>ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ</b> Προεδρεύει: Π. Ντετοπούλου (N=6)
10.45 – 11.15	<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b> Πρόεδρος: Α. Lavinio Nutrition in Acute Pancreatitis –A Guideline Approach – R. Meier		11.00 – 12.00 <b>ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ</b> <b>Η επίδραση του stress στην σχέση του ατόμου με την τροφή</b> Εισηγητές: Α. Ζαφειροπούλου, Α. Κατσαρού
11.15 – 11.45 11.45 – 12.15	<b>ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ</b> <b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b> Πρόεδρος: Μ. Χουρδάκης Nutrition in cancer: treating cachexia to treat the tumor – A. Lavinio		12.00 – 13.15 <b>EFAD &amp; ICDA</b> <b>Ενημέρωση για τις εξελίξεις του επαγγελματία</b> Εισηγητές: Ε. Μπαθρέλλου, Α. Τσαγκάρη
12.15 – 13.15	<b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <b>ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ</b> Πρόεδρος: Κ. Α. Πούλια <ul style="list-style-type: none"><li>• Ισοδύναμα φωσφόρου – μια νέα πραγματικότητα για τη ρύθμιση της υπερφωσφαταιμίας – Μ. Χουρδάκης</li><li>• Η διαχείριση του παχύσαρκου νεφροπαθούς ασθενούς: Το παράδοξο της παχυσαρκίας – Ζ. Παφίτη</li></ul>		13.15 – 14.15 <b>ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ</b> <b>Χειρισμός Διατροφικών Διαταραχών</b> Εισηγητές: Γ. Τσίτσας, Χ. Βλάχακη
13.15 – 14.15	<b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <i>Με την ευγενική χορηγία της Coca-Cola 3E με τα προϊόντα "Εύλη" από την Amita</i> Πρόεδρος: Κ. Βαμβούκα <ul style="list-style-type: none"><li>• Health benefits of sufficient vitamin D intake– W. B. Grant</li><li>• Health benefits of prebiotics – I. Rowland</li></ul>		

# ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25/11/2011

## ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΝΤΙΓΟΝΗ	ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ 1	ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ 2
<b>ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ</b> – <i>Buffet lunch με την ευγενική χορηγία της Candarel Green</i>	14:00 – 18:00 <b>ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ</b> <b>LLL Course – Module 26: Nutritional support in cancer</b> Course director: <b>A. Laviano</b> <b>Module 26.1</b> Mechanisms of Wasting in Cancer Cachexia – <b>K. Szepanek</b> <b>Module 26.2</b> Cancer Anorexia – <b>A. Laviano</b> <b>Module 26.3</b> Benefits and Limitations of Conventional Nutritional Support for Cancer Patients – <b>K. Α. Πούλια</b> <b>Module 26.4</b> Pharmacological and Multimodal Therapy for Cancer Cachexia – <b>R. Meier</b>	14:15 – 14:45 <b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b> <i>Με την ευγενική χορηγία της Candarel Green</i> <b>Στέβια: Το γλυκό δώρο της φύσης</b> – <b>Κ. Ξένος</b>
<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b> Πρόεδρος: <b>Κ. Α. Δημόπουλος</b> Αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης με βάση βιοχημικούς δείκτες – <b>Σ. Αντωνοπούλου</b>		
<b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <b>ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ</b> Πρόεδρος: <b>Δ. Παναγιωτάκος</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Η απλότητα της διατροφής στη Μεσόγειο &amp; η πολυπλοκότητα της «Μεσογειακότητας» – <b>Α. Ματάλη</b></li><li>• Συσχέτιση μεσογειακού σκωρ &amp; υγείας – <b>Μ. Κοντογιάννη</b></li><li>• Συσχέτιση μεσογειακού σκωρ &amp; γενετικού-γονδιακού σκωρ με την υγεία – <b>Ν. Παννακούρης</b></li></ul>		
<b>ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ</b>		
<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b> Πρόεδρος: <b>Ε. Μπαθρέλλη</b> Heterogeneity of obesity. Effects of Weight loss in metabolically healthy but obese individuals – <b>V. Mohamed – Ali</b>		
<b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <b>ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ</b> Πρόεδρος: <b>Α. Κόκκινος</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Τροποποίηση συμπεριφοράς στη θεραπεία της παχυσαρκίας – <b>Ε. Μπαθρέλλη</b></li><li>• Η διατήρηση της απώλειας βάρους ως στόχος των παρεμβάσεων για την παχυσαρκία – <b>Μ. Παννακούλια</b></li><li>• Ο ρόλος του διαίτηλου στη διαχείριση βάρους μετά από χειρουργικές επεμβάσεις νοσογόνου παχυσαρκίας – <b>Α. Παπαλαζάρου</b></li></ul>		
14:15 – 16:00		
16:00 – 16:30		
16:30 – 18:00		
18:00 – 18:30		
18:30 – 19:00		
19:00 – 20:30		

# ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 26/11/2011

## ΠΡΩΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΛΙΘΟΥΣΑ ΑΝΤΙΓΟΝΗ	ΛΙΘΟΥΣΑ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ 1	ΛΙΘΟΥΣΑ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ 2
9.30 – 10.45	<b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <b>ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ</b> Πρόεδρος: <b>Μ. Κωνσταντινίδου</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Καταπολεμώντας την παιδική παχυσαρκία στην Κοινότητα - Πρόγραμμα MEND – <b>Μ. Κοψοτούρου</b></li><li>Επιπολασμός παιδικής παχυσαρκίας – <b>Π. Φαρατζιάν</b></li><li>Συνύπαρξη παχυσαρκίας &amp; διατροφικών ανεπαρκειών στον Ελληνικό παιδικό πληθυσμό – <b>Ι. Μανιός</b></li></ul>	09.30 – 13.30 <b>ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ</b> <b>LLL Course - Module 3:</b> <b>Nutritional assessment, body composition and energy balance</b>  Course director: <b>R. Meier</b> <b>Module 3.1</b> Nutritional Screening – <b>R. Meier</b> <b>Module 3.2</b> Body Composition – <b>R. Meier</b> <b>Module 3.3</b> Energy Balance – <b>Μ. Χουρδάκης</b>	09.00 – 10.30 <b>ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ</b> Προεδρεύει: <b>Θ. Κουτράκος (N=6)</b>
10.45 – 11.15	<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b> Πρόεδρος: <b>Α. Τσαγκάρη</b> Evidence based practice in dietetics – <b>A. de Looy</b>		
11.15 – 11.45	<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b> <b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b> <i>Με την ευγενική χορηγία της ΜΙΝΕΡΒΑ</i> Πρόεδρος: <b>Α. Μεηλίστας</b> Φυτικές στανόλες και μείωση χοληστερόλης : Νεότερα δεδομένα και χρήσεις στην καθημερινή διατροφολογική πράξη- <b>Χ. Γεωργακάκης</b>		11.15 – 12.45 <b>ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ</b> <b>Διαιτητικός χειρισμός βαριατρικού ασθενούς</b> <i>Υπό την Αιγίδα της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής της Παχυσαρκίας &amp; Μεταβολικών Νόσων</i> Εισηγητές: <b>Χ. Παπής, Α. Κατσαρού, Α. Χατζηδημητρίου</b>
12.15 – 13.30	<b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <b>ΚΑΡΔΙΑΓΓΒΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ</b> Πρόεδρος: <b>Α. Ραηλίδης</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Διαιτητική αντιμετώπιση δυσλιπιδαιμιών: Νέες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Αθροοσκληρώσεως – <b>Α. Ζαμπέλιας</b></li><li>Διατροφή &amp; Υπέρταση – <b>Θ. Σιαθίβερα</b></li><li>Διατροφή &amp; δευτερογενής πρόληψη – <b>Π. Νίετοπούλου</b></li></ul>		13.00 – 14.30 <b>ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ</b> <b>Χειρισμός δόσεων ινσουλίνης &amp; υδατανθράκων στο Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1</b>  Εισηγητές: <b>Α. Παπακωνσταντίνου, Π. Χαλιβασιώτης</b>
13.30 – 14.30	<b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <b>ΓΟΝΙΔΙΑ &amp; ΔΙΑΤΡΟΦΗ</b> Πρόεδρος: <b>Γ. Δεδούσης</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Large scale epigenetic studies in twins – <b>P. Deloukas</b></li><li>Διατροφγενετική – Διατροφγενετική: η προσέγγιση για τους διαπολιγόνους – <b>Α. Μεηλίστας</b></li></ul>		

# ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**ΣΑΒΒΑΤΟ 26/11/2011**

## ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

	ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ 1	ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ 2
14.30 – 15.45 15.45 – 16.15	<b>ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΝΤΙΓΟΝΗ</b> <b>ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ</b> <b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b> <i>ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΓΕΝΙΚΗ ΧΑΡΗΓΙΑ ΤΩΝ BRANDS ΛΟΥΜΙΔΗΣ ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΣ &amp; NESCAFÉ</i> Πρόεδρος: <b>Π. Καστανάς</b> Καφές: διάθεση και αντιπράρθεση – <b>Μ. Γιαννακούλια</b>	
16.15 – 17.15	<b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <b>ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ</b> Πρόεδρος: <b>Γ. Ρίβας</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Διατροφικές συνήθειες, διατροφικές πρακτικές &amp; υγεία των ηλικιωμένων στην Ελλάδα – <b>Δ. Παναγιωτάκος</b></li><li>• Σύσταση σώματος, σαρκοπενική παχυσαρκία &amp; γήρανση – <b>Ι. Κεχαγιάς</b></li></ul>	<b>16.00 – 20.00</b> <b>ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ</b> <b>Δεξιότητες Επικοινωνίας για Διαιτολόγους</b> Εισηγητές: <b>Α. Σωτήρχου, Ν. Κακέτοη</b>
17.15 – 17.45	<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b> Πρόεδρος: <b>Ι. Αδαμίδου</b> Standardized Nutrition Terminology – Making It a Universal Reality – <b>S. Escott-Stump</b>	
17.45 – 18.15 18.15 – 18.45	<b>ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ</b> <b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b> <i>ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΓΕΝΙΚΗ ΧΑΡΗΓΙΑ ΤΗΣ Coca-Cola</i> Πρόεδρος: <b>Α. Κατσαρού</b> Μέτρηση πρόσληψης και απώλειας νερού στον ελληνικό πληθυσμό: Ανάπτυξη μεθοδολογίας και νέα δεδομένα – <b>Μ. Καψοκεφάλλου</b>	
18.45 – 20.00	<b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <b>ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ</b> Πρόεδρος: <b>Α. Ι. Νασύμην</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ο ρόλος του διαιτολόγου στην προετοιμασία επαγγελματιών ομάδων ποδοσφαίρου &amp; αθλητών υψηλής απόδοσης – <b>Δ. Μπερτζελέτος</b></li><li>• Ο ρόλος του διαιτολόγου στην προετοιμασία αθλητών Υπερμαραθωνίου &amp; Τριθέλου – <b>Κ. Αναστασίου</b></li><li>• Ο ρόλος του διαιτολόγου στους αθλητές των Special Olympics – <b>Β. Παπαμίκος</b></li></ul>	
20.00 – 20.30	<b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b> Πρόεδρος: <b>Σ. Κάβουρας</b> Dieting, Weighting & Exercise: finding a healthful balance – <b>N. Clark</b>	

# ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΚΥΡΙΑΚΗ 27/11/2011

## ΠΡΩΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΝΤΙΓΟΝΗ	ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ 1	ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ 2
<p>10.00 – 11.15</p> <p><b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <b>ΔΙΑΤΡΟΦΗ &amp; ΑΛΛΕΡΓΙΑ</b> Πρόεδρος: <b>Α. Βασιλοπούλου</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Διατροφή και Άσθμα – <b>Φ. Αρβανίτη</b></li><li>• Διαγνωστική προσπέλαση της τροφικής αλλεργίας – <b>Κ. Πίτσιος</b></li><li>• Απευαισθητοποίηση στα τρόφιμα – <b>Δ. Βούρδας</b></li></ul>	<p>09.30 – 13.30</p> <p><b>ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ</b> <b>Χειρισμός Διατροφικών Δεδομένων με τη χρήση του SPSS</b></p> <p>Εισηγητές: <b>Δ. Παναγιωτάκος, Β. Μπουντζούκα, Γ. Πούνης, Ε. Γεωργουσοπούλου</b></p>	<p>09.30 – 11.00</p> <p><b>ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ</b> Προεδρεύει: <b>Μ. Δημητρίου (N=6)</b></p>
<p>11.15 – 11.45</p> <p><b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b> <i>Με την ευγενική χορηγία της Rottapharm Hellas A.E.</i> Πρόεδρος: <b>Γ. Ρίθβας</b> Nutraceuticals: Μια νέα ενδηλιακή διαχείριση της δυσλιπιδαιμίας – <b>Α. Ζαμπέτας</b></p>		
<p>11.45 – 12.15</p> <p><b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b></p>		
<p>12.15 – 13.30</p> <p><b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <b>ΕΝΙΣΙΩΣ ΦΟΡΕΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΡΟΦΙΜΩΝ</b> Πρόεδρος: <b>Ε. Μανωλιράκης</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ευρωπαϊκές δράσεις για την Διατροφή και τα Τρόφιμα</li><li>• Ιαχυρισμοί Υγείας στα τρόφιμα και η επικοινωνία τους</li><li>• Επικοινωνία διατροφικού κινδύνου</li></ul>	<p>12.00 – 13.30</p> <p><b>Καταστατική συνέλευση Π.Σ.Δ.Δ.</b></p>	
<p>13.30 – 14.30</p> <p><b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <b>ΟΙΚΟΛΟΓΙΑ &amp; ΔΙΑΤΡΟΦΗ – ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ</b> Πρόεδρος: <b>Γ. Πατερούλακης</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Η οικολογική επιβάρυνση της Γης από τη διατροφή του ατόμου – <b>Π. Βαραγιάννης</b></li><li>• Slow Food – Η τροφή σαν πολιτική πράξη – <b>Π. Γεωργιάδης</b></li></ul>		
<p>14.30 – 15.00</p> <p><b>ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ</b></p>		

# ΞΕΝΟΙ & ΕΛΛΗΝΕΣ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ

## **Clark Nancy, MS, RD, CSSD**

Sports Dietitian, Sports Nutrition Services,  
Boston, Massachusetts, USA

## **Prof. De Looy Anne**

Professor of Dietetics and Head of the School of Health Professions, University of Plymouth

## **Deloukas Panos, PhD**

Senior Group Leader, Genetics of Complex Traits in Humans, Department of Human Genetics

## **Escott-Stump Sylvia, MA, RD, LDN**

President, American Dietetic Association,  
Dietetic Internship Director, East Carolina University

## **Grant B. William, PhD**

Sunlight, Nutrition, and Health Research Center (SUNARC)

## **Kehayias Joseph, PhD**

Director, Body Composition Laboratory USDA Human Nutrition Research Center on Aging at Tufts University

## **Prof. Laviano Alessandro**

Chairman of the Educational and Clinical Practice Committee of ESPEN/Assoc. Professor of Medicine, Sapienza University, Rome, Italy/Research Visiting Professor, SUNY Upstate Medical University, Syracuse, NY, USA

## **Prof. Meier Remy**

Head Gastroenterology/Hepatology and Nutrition Department, University Hospital Kantonsspital Liestal  
Co-Director of LLL Program

## **Mohamed - Ali Vidya, PhD**

Senior Lecturer/ Group Leader Adipokines and Metabolism Research Group Centre for Clinical Pharmacology, Division of Medicine, University College London

## **Prof. Rowland Ian**

Professor of Human Nutrition, Hugh Sinclair Unit of Human Nutrition, Department of Food and Nutritional Sciences

## **Prof. Singer Pierre**

Chairman of the executive committee of ESPEN,  
Critical Care Medicine-Institute for Nutrition Research

## **Αδαμίδου Ιωάννα, MS, RD**

Διατροφολόγος-Διατροφολόγος & Βιολόγος,  
American Dietetic Association member, Ohio State University

## **Αναστασίου Κώστας, PhD**

Διατροφολόγος - Διατροφολόγος,  
Διδάκτωρ Χαροκόπειου Πανεπιστημίου

## **Αντωνοπούλου Σμαραγδή, PhD**

Καθηγήτρια Βιοχημείας, Τμήμα Επιστήμης Διατροφής - Διατροφής,  
Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

## **Αρβανίτη Φώφη, PhD**

Κλινική Διατροφολόγος-Διατροφολόγος,  
Διδάκτωρ Γεωπονικού Πανεπιστημίου, Βουλή των Ελλήνων

## **Βαραγιάννης Παναγιώτης, MSc**

Κλινικός Διατροφολόγος - Διατροφολόγος

## **Βασιλοπούλου Αιμιλία, PhD**

Κλινική Διατροφολόγος - Διατροφολόγος,  
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Αθηνών,  
Λέκτορας Τμ. Διατροφής Πανεπιστημίου Λευκωσίας

## **Βλάχακη Χρυσάνθη, MSc**

Διατροφολόγος - Διατροφολόγος,  
Υποψ. Διδάκτωρ Χαροκόπειου Πανεπιστημίου

## **Βούρδας Δημήτριος**

Ειδικός Αθλητρολόγος, Διευθυντής Αθλητρολογικού Τμήματος, ΓΝΑ 251, Γραμματέας Ελλήνων. Εταιρείας Αθλητρολογίας & Κλινικής Ανοσολογίας

## **Γεωργακάκης Χαράλαμπος, MSc**

Κλινικός Διατροφολόγος - Διατροφολόγος,  
Πρόεδρος Ελληνικού Ινστιτούτου Διατροφής

## **Γεωργιάδης Παύλος, MSc**

Εθνοβοτανολόγος,  
Υποψήφιος διδάκτωρ στο Ινστιτούτο Κοινωνικών Επιστημών του Αγροτικού Τομέα στο Πανεπιστήμιο Hohenheim.

## **Γεωργουσοπούλου Εκάβη, MSc**

Διατροφολόγος - Διατροφολόγος,  
MSc Βιοστατιστικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

## **Γιαννακούλια Μαίρη, PhD**

Επίκουρη Καθηγήτρια Διατροφής και Διαιτητικής Συμπεριφοράς,  
Τμήμα Επιστήμης Διατροφής - Διατροφής  
Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

## **Γιαννακούρης Νικόλαος, PhD**

Αναπληρωτής Καθηγητής Βιολογίας-Φυσιολογίας,  
Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

## **Δεδούσης Γεώργιος, PhD**

Αναπληρωτής Καθηγητής Κυτταρικής και Μοριακής Βιολογίας του Ανθρώπου,  
Τμήμα Επιστήμης Διατροφής - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

## **Δημακόπουλος Ιωάννης, MSc, RD**

Διατροφολόγος - Διατροφολόγος

## **Δημητριάδης Γεώργιος, MD, DPhil**

Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Μονάδας Έρευνας και Διαβητολογικού Κέντρου Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ "Αττικόν"

## **Δημητρίου Μελίνα, MMedSci**

Κλινική Διατροφολόγος-Διατροφολόγος,  
Υποψήφια Διδάκτωρ Χαροκόπειου Πανεπιστημίου

## **Δημόπουλος Κωνσταντίνος, PhD**

Καθηγητής Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, ΕΚΠΑ

## **Ζαμπέλης Αντώνης, PhD**

Καθηγητής Διατροφής του Ανθρώπου, Μονάδα Διατροφής του Ανθρώπου,  
Τμήμα Επιστήμης Τεχνολογίας Τροφίμων, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

## **Ζαφειροπούλου Αγγελική, MSc**

Ψυχολόγος

## **Ζέρβας Νίκος, MSc**

Διατροφολόγος - Διατροφολόγος

## **Κάβουρας Σταύρος, PhD, FACSM, FECSS**

Επίκουρος Καθηγητής Εργοφυσιολογίας & Διατροφικής Αγωγής Αθλουμένων,  
Τμήμα Επιστήμης Διατροφής - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

## **Κακέτη Νάνσυ, MSc**

Ψυχολόγος, Ειδικευόμενη Ψυχοθεραπεύτρια

## **Καστανάς Πασχάλης,**

Manufacturing Services Manager, ΛΟΥΜΙΔΗΣ

## **Καστορίνη Χριστίνα, MSc**

Διατροφολόγος - Διατροφολόγος, MSc Εφαρμοσμένη Διατροφή ΧΠ,  
Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΠΙ

## **Κατσαρού Αλεξία, MSc**

Διατροφολόγος - Διατροφολόγος,  
Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

## **Κατσαρόλη Ιωάννα, MSc**

Κλινική Διατροφολόγος - Διατροφολόγος

## **Κόκκινος Αλέξανδρος, PhD**

Λέκτορας Παθολογίας, α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ "Λαϊκό"

## **Κοιτοπούλου Μαρία, MSc**

Κλινική Διατροφολόγος - Διατροφολόγος

## **Κοντογιάννη Μερόπη, PhD**

Λέκτορας Κλινικής Διατροφής,  
Τμήμα Επιστήμης Διατροφής - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

## **Κουτράκος Θεόδωρος, MMedSci**

Κλινικός Διατροφολόγος - Διατροφολόγος

# ΞΕΝΟΙ & ΕΛΛΗΝΕΣ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ

## **Κωνσταντίδου Μαρία, MSc**

Διατολόγος – Διατροφολόγος

## **Λαμπαδιάρη Βάια, MD, PhD**

Λέκτορας Παθολογίας – Μεταβολισμού – Διαβήτη  
Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική,  
Π.Γ.Ν. "Αττικόν"

## **Λινού Αθηνά, PhD**

Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ,  
Πρόεδρος Επιτροπής Ελληνικής Διατροφής ΥΥΚΑ

## **Μανιός Γιάννης, PhD**

Επίκουρος Καθηγητής Διατροφικής Αγωγής και Αξιολόγησης,  
Τμήμα Επιστήμης Διατολογίας – Διατροφής,  
Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

## **Μανωλαράκης Εμμανουήλ**

Διατολόγος – Διατροφολόγος,  
Πρόεδρος Ένωσης Διατολόγων-Διατροφολόγων Ελλάδος

## **Ματάλη Αντωνία – Λήδα, PhD**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια της Ανθρωπολογίας της  
Διατροφής, Τμήμα Επιστήμης Διατολογίας – Διατροφής,  
Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

## **Μελίστας Λάμπρος, PhD**

Κλινικός Διατολόγος – Διατροφολόγος,  
Διδάκτωρ Χαροκόπειου Πανεπιστημίου

## **Μήτρου Παναγιώτα, MD, PhD**

Ειδικός Παθολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,  
ΕΚΕΔΙ, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Μονάδα  
Έρευνας του Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ "Αττικόν"

## **Μπαθρέλλη Ευρήνη, PhD**

Διατολόγος – Διατροφολόγος,  
Διδάκτωρ Χαροκόπειου Πανεπιστημίου

## **Μπερτζελέτος Δημήτρης, MSc**

Κλινικός Διατολόγος – Διατροφολόγος

## **Μπουτζούκα Βασιλική, MSc**

Διατολόγος – Διατροφολόγος, MSc Βιοστατιστικής  
Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Υποψήφια. Διδάκτωρ Χαροκόπειου Πανεπιστημίου

## **Ναούμη Ανθή-Ισμήνη, MSc**

Διατολόγος – Διατροφολόγος

## **Ντεποπούλου Παρασκευή, PhD**

Διατολόγος – Διατροφολόγος,  
Διδάκτωρ Χαροκόπειου Πανεπιστημίου,  
ΠΓΝΑ "Κοργιαλένιο- Μπενάκειο

## **Ξένος Κωνσταντίνος, MSc**

Κλινικός Διατολόγος – Διατροφολόγος,  
Μετεκπαιδευθείς στη Διατροφική Ιατρική – University of Surrey  
Διευθυντής τμήματος Διατροφογενετικής και Έρευνας Θρέψης  
"ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ"

## **Παναγιωτάκος Δημοσθένης, PhD**

Αναπληρωτής Καθηγητής Βιοστατιστικής – Επιδημιολογίας  
της Διατροφής, Τμήμα Επιστήμης Διατολογίας – Διατροφής,  
Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

## **Παπαγεωργίου Άννα**

Κλινική Διατολόγος-Διατροφολόγος,  
Καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής, Ειδική Σύμβουλος ΥΥΚΑ  
Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Αθηνών

## **Παπακωνσταντίνου Αιμιλία, PhD**

Κλινική Διατολόγος – Διατροφολόγος, Διδάκτωρ  
Χαροκόπειου Πανεπιστημίου, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική/Μονάδα  
Έρευνας και Διαβητολογικού Κέντρου Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ "Αττικόν"

## **Παπαλαζάρου Αναστάσιος, PhD**

Διατολόγος – Διατροφολόγος,  
Διδάκτωρ Χαροκόπειου Πανεπιστημίου

## **Παπαμίκος Βασίλης, MSc, MMedSci**

Κλινικός Διατολόγος – Διατροφολόγος,  
ΠΓΝΑ "Κοργιαλένιο Μπενάκειο"

## **Παπαχρήστος Παρασκευάς, MSc**

Διατολόγος – Διατροφολόγος,  
Ιδρυτής του medNutrition

## **Παπής Χαρίθας, MD, PhD, FACS**

Γενικός Χειρουργός

## **Πατερουδάκης Γιώργος**

Κλινικός Διατολόγος-Διατροφολόγος,  
Σύμβουλος Φυσικής Αγωγής

## **Παφίτη Ζωή, PhD**

Διατολόγος – Διατροφολόγος,  
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών

## **Πίτσιος Κωνσταντίνος, PhD**

Ειδικός Αλλεργιολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,  
Ειδ. Γραμματέας Ελλην. Εταιρείας Αλλεργιολογίας  
& Κλινικής Ανοσολογίας

## **Πούλια Καλλιόπη-Άννα, MMedSci**

Κλινική Διατολόγος-Διατροφολόγος, ΠΓΝΑ "Λαϊκό",  
Υποψήφια Διδάκτωρ Γεωπονικού Πανεπιστημίου

## **Πούνης Γεώργιος, MSc**

Διατολόγος – Διατροφολόγος,  
MSc Βιοστατιστικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠ

## **Ραηλίδης Λουκιανός, MD, PhD**

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών,  
Β' Πανεπιστημιακή Κλινική ΠΓΝ "Αττικόν"

## **Ρίβας Γρηγόρης, PhD**

Διατολόγος – Διατροφολόγος,  
Πρόεδρος Πανελληνίου Συλλόγου Διατολόγων-Διατροφολόγων

## **Σαϊβέρα Θεοδώρα, MSc**

Κλινική Διατολόγος – Διατροφολόγος,  
Υποψήφια Διδάκτωρ Γεωπονικού Πανεπιστημίου Αθηνών

## **Στάμου Έλενα**

Εθνική Συντονίστρια ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΦΗ by EPODE

## **Σωτήρχου Αλεξάνδρα, M.A.**

Ψυχολόγος, Ψυχοθεραπεύτρια, Σύμβουλος,  
Συνεργάτης Χαροκόπειου Πανεπιστημίου

## **Τσαγκάρη Αμαλία, PhD**

Κλινική Διατολόγος – Διατροφολόγος,  
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Αθηνών

## **Τσίτσας Γεώργιος**

Συμβουλευτικός Ψυχολόγος, Ειδικό Διδακτικό Προσωπικό,  
Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

## **Φαρατζάν Πωλή, MSc**

Κλινικός Διατολόγος – Διατροφολόγος  
Υποψήφιος Διδάκτωρ Γεωπονικού Πανεπιστημίου Αθηνών

## **Χαλιβασιώτης Παναγιώτης, MD, PhD**

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ "Αττικόν"

## **Χατζηδημητρίου Άννα, MSc**

Ψυχολόγος Υγείας BA, MSc, CPsychol

## **Χατζηδημητρίου Μαύρα**

Τοπική Υπεύθυνη ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΦΗ by EPODE Δήμου Γαλατσίου

## **Χουρδάκης Μιχάλης, PhD**

Λέκτορας Ιατρικής Διατροφής, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.,  
Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής Διατροφής

## **Χρούσος Γεώργιος, PhD**

Καθηγητής Παιδιατρικής, Νοσοκομείο Παιδών "Αγία Σοφία"

# ΤΟΠΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ

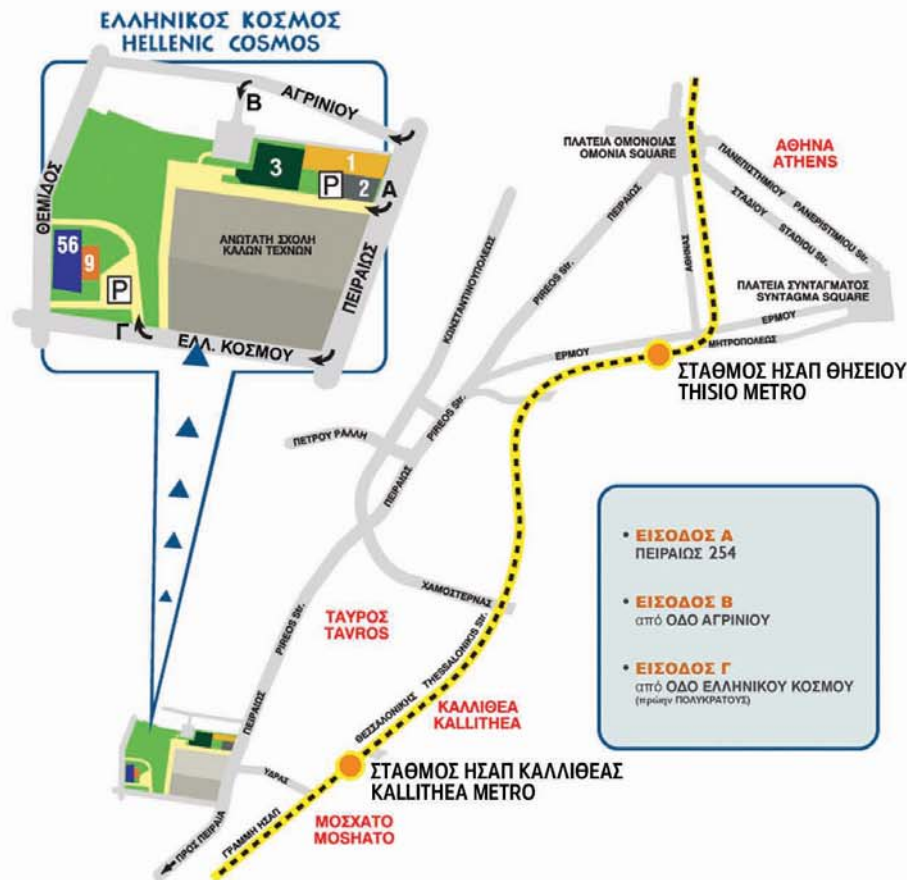
Το 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Διαιτολογίας - Διατροφής θα πραγματοποιηθεί από τις 24 έως 27 Νοεμβρίου 2011, στο «**Θέατρον**», **Κέντρο Πολιτισμού «Ελληνικός Κόσμος»**.

Πειραιώς 254, 177 78 Ταύρος (δίπλα από την Ανωτάτη Σχολή Καλών Τεχνών)

Τηλ.: 2122540300, Φάξ.: 2122543123, <http://www.hellenic-cosmos.gr/>

## ΧΑΡΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ

(Το συνέδριο θα διεξαχθεί από κτίριο 3 με σκούρο πράσινο χρώμα)



### Χώρος Στάθμευσης

Υπόγειος και υπαίθριος χώρος στάθμευσης βάσει διαθεσιμότητας

### Μετάβαση από σταθμό ΗΣΑΠ Καλλιθέας

Κάθε 1 ώρα θα διενεργούνται δρομολόγια από πούλμαν μεταφοράς από και προς το σταθμό ΗΣΑΠ Καλλιθέας



# ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η Οργανωτική Επιτροπή του 11ου Πανελληνίου Συνεδρίου Διατροφής & Διαποθολογίας θέλει να ευχαριστήσει τους ακόλουθους χορηγούς για την συνεισφορά τους στην επιτυχία του Συνεδρίου.

## ΧΡΥΣΟΣ ΧΟΡΗΓΟΣ



## ΑΡΓΥΡΟΙ ΧΟΡΗΓΟΙ



## ΧΑΛΚΙΝΟΙ ΧΟΡΗΓΟΙ



## ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΕΣ

### ΑΘΗΝΑΪΚΗ ΖΥΘΟΠΟΙΑ Α.Ε.



# ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ 2011, ΤΟΜΟΣ 2, ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ 1, 17--52

## ΙΣΟΔΥΝΑΜΑ ΦΩΣΦΟΡΟΥ – ΜΙΑ ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΦΩΣΦΑΤΑΙΜΙΑΣ

**Μ.Κ. Χουρδάκης, PhD**

*Λέκτορας Ιατρικής Διατροφής Ιατρική Σχολή ΑΠΘ  
Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής Διατροφής*

Η υπερφωσφαταιμία σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι κεντρικής σημασίας για τη νεφρική οστεοδυστροφία, ενώ επίσης αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Παρά τις ειδικές διατροφικές συμβουλές και τη θεραπεία αιμοκάθαρσης πολλοί ασθενείς εμφανίζουν υψηλές συγκεντρώσεις φωσφόρου στον ορό. Εφαρμόζοντας ένα καινοτόμο πρόγραμμα διατροφικής και θεραπευτικής προσέγγισης είναι δυνατόν να μειωθεί η συγκέντρωση φωσφόρου. Προς τούτο απαιτείται η προσαρμοσμένη, προς τη διατροφική πρόσληψη φωσφόρου, λήψη των φωσφοροδεσμευτικών παραγόντων. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η αυτορρύθμιση της δόσης (ΦΔ) των φωσφοροδεσμευτικών παραγόντων (ΦΠ) ανάλογα με την περιεκτικότητα σε φωσφορικά άλατα του κάθε γεύματος. Η αξιολόγηση της περιεκτικότητας του γεύματος σε φώσφορο, είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί με τη χρήση των ισοδύναμων μονάδων φωσφόρου (PU, phosphor units), όπου 1 PU αντιστοιχεί σε 100 mg

φωσφόρου. Η απαιτούμενη δόση φωσφοροδεσμευτικών παραγόντων προκύπτει από έναν εξατομικευμένο λόγο ΦΔ/PU, με τη χρήση του οποίου είναι δυνατόν να ελαττωθεί η συγκέντρωση φωσφόρου στον ορό, χωρίς να επιβαρυνθεί σημαντικά η καθημερινή διαχείριση διατροφής του ασθενούς. Η λήψη των ΦΠ πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή ως προς τη λοιπή φαρμακευτική θεραπεία. Επιπλέον, σε κλινικές μελέτες νεφροπαθών, φαίνεται πως η διατροφή με εφαρμογή της προσέγγισης υπολογισμού του προσλαμβανόμενου φωσφόρου και ανάλογη χρήση των φωσφοροδεσμευτικών παραγόντων, δεν επηρεάζει τη συγκέντρωση καλίου ή ουρίας. Για την επίτευξη των παραπάνω είναι αναγκαία η επιτυχής εκπαίδευση του ασθενούς. Τέλος, από μελέτες προκύπτει ότι όταν εφαρμοσθεί σωστά ένα καινοτόμο πρόγραμμα διατροφικής και θεραπευτικής προσέγγισης προσδίδει στον ασθενή αίσθημα αυξημένης ευφορίας από τη λήψη και τη διαχείριση των γευμάτων του.

## ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΧΩΡΟ & ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΚΑΘΩΣ & ΜΕΛΕΤΕΣ ΕΠΙΚΥΡΩΣΗΣ

**Κ.-Α. Πούλια, MMedSci**

*Κλινική Διαιτολόγος Διατροφολόγος, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα*

Το πρόβλημα της νοσοκομειακής δυσθρεψίας διατυπώθηκε για πρώτη φορά το 1974, όπου για πρώτη φορά ο Butterworth έθιξε το θέμα του «ιατρογενούς υποσιτισμού», αναφερόμενος στον «σκελετό που κρύβουμε στα νοσοκομεία». <sup>1</sup> Από το 1974 πολλές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί εστιάζοντας στο θέμα της νοσοκομειακής δυσθρεψίας. Πρέπει να τονιστεί ότι στα αποτελέσματα των μελετών αυτών υπάρχει μεγάλη διακύμανση, ανάλογα με τη χώρα όπου πραγματοποιείται η μελέτη αλλά και τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την αναγνώριση της κακής θρέψης, δεδομένου ότι δεν έχει ακόμη θεσπιστεί κοινός τρόπος αναγνώρισης της δυσθρεψίας. Σύμφωνα με μελέτες στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ το ποσοστό των ατόμων με δυσθρεψία (νοσηλευομένων και μη) κυμαίνεται από 15% έως 50%. <sup>2-8</sup> Ασθενείς με υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης κακής θρέψης είναι άτομα με νοσήματα του γαστρεντερικού συστήματος, νεοπλασμάτα, νευρολογικά νοσήματα, αναπνευστική ανεπάρκεια, ηπατική δυστοκία, χρόνια νεφρική νόσο, HIV, βαριά πάσχοντες ασθενείς, άτομα με ορθοπεδικά προβλήματα και νοσηλευόμενοι σε χειρουργικές κλινικές. <sup>9</sup> Το ποσοστό των ατόμων με κακή κατάσταση θρέψης φαίνεται να αυξάνεται περαιτέρω σε περιπτώσεις ηλικιωμένων ασθενών. Το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων με κακή θρέψη ή σε κίνδυνο υποθρεψίας κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο κυμαίνεται από 19–65%, <sup>10,11</sup> ενώ σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να φτάσει έως και το 85%. <sup>12</sup> Η ανάγκη αναγνώρισης των ασθενών σε κίνδυνο κακής θρέψης κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο έχει ωθήσει αρκετούς ερευνητές στη δημιουργία πληθώρας εργαλείων ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου. Τα βασικά χαρα-

κτηριστικά που πρέπει να πληροί ένα τέτοιο εργαλείο είναι να είναι γρήγορο και εύκολο στη συμπλήρωσή του (να απαιτεί < 5 λεπτά), να μην απαιτεί πολύπλοκους και εξειδικευμένους υπολογισμούς ή εργαστηριακές μετρήσεις και να μην απαιτεί κάποιου είδους παρέμβασης στον ασθενή.

### **Βιβλιογραφία**

1. Butterworth CE. The Skeleton in the Hospital Closet. *Nutrition Today* 1974, 9:4–8
2. Sungurtekin H, Sungurtekin U, Hanci V, Erdem E. Comparison of two nutrition assessment techniques in hospitalized patients. *Nutrition* 2004, 20:428–432
3. Wakahara T, Shiraki M, Murase K et al. Nutritional screening with Subjective Global Assessment predicts hospital stay in patients with digestive diseases. *Nutrition* 2007, 23:634–639
4. Pirlich M, Schutz T, Norman K et al. The German hospital malnutrition study. *Clin Nutr* 2006, 25:563–572
5. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition* 2001, 17:573–580
6. McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ* 1994, 308:945–948
7. Corish CA, Kennedy NP. Protein-energy undernutrition in hospital in-patients. *Br J Nutr* 2000, 83:575–591
8. Naber TH, Schermer T, de Bree A et al. Prevalence of malnutrition in nonsurgical hospitalized patients and its association with disease complications. *Am J Clin Nutr* 1997, 66:1232–1239
9. Stratton RJ, Hackston A, Longmore D et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the “malnutrition universal screening tool” (“MUST”) for adults. *British Journal of Nutrition* 2004, 92:799–808
10. Omran ML, Morley JE. Assessment of protein energy malnutrition in older persons, part I: History, examination, body composition, and screening tools. *Nutrition* 2000, 16:50–63
11. Christensson L, Unosson M, Ek AC. Evaluation of nutritional assessment techniques in elderly people newly admitted to municipal care. *Eur J Clin Nutr* 2002, 56:810–818
12. Joosten E, Vanderelst B, Pelemans W. The effect of different diagnostic criteria on the prevalence of malnutrition in a hospitalized geriatric population. *Aging Clinical Experimental Research* 1999, 11:390–394

## ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

**Π. Μήτρου, MD, PhD**

*Εθνικό Κέντρο Έρευνας Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (ΕΚΕΔΙ), Β' Προπαιδευτική Παθολογικής Κλινική και Μονάδα Έρευνας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα*

Είναι γεγονός ότι 17–57% των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη έχουν κάνει χρήση εναλλακτικών θεραπειών, ενώ λιγότεροι από 40% το αναφέρουν στο γιατρό τους. Είναι βασικό να γνωρίζουμε ότι τα συμπληρώματα διατροφής ή τα διάφορα φυτικά σκευάσματα δεν είναι πάντα ασφαλή, μπορεί να εμφανίσουν παρενέργειες ή αλληλεπιδράσεις και ότι χρειάζονται μεγάλες, καλά σχεδιασμένες μελέτες για να τεκμηριωθεί το θεραπευτικό τους όφελος.

### **Χρώμιο**

Το χρώμιο είναι απαραίτητο μέταλλο για την ομοιοστασία γλυκόζης και λιπιδίων. Οι μέχρι τώρα μελέτες δείχνουν ότι η έλλειψη χρωμίου σχετίζεται με ινσουλινοαντίσταση και πρέπει να αναπληρώνεται, ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι η χορήγηση χρωμίου ενδεχομένως θα ήταν ωφέλιμη σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

### **Κανέλλα**

Έχει φανεί ότι η κανέλλα καθυστερεί τη γαστρική κένωση και απορρόφηση της γλυκόζης, έχει αντιοξειδωτική και αντιφλεγμονώδη δράση και αυξάνει την

ινσουλινοευαισθησία *in vitro*. Παραταύτα, ο μικρός αριθμός κλινικών μελετών, ο περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων και τα αντικρουόμενα αποτελέσματα δεν επιτρέπουν τη διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων για την ευεργετική δράση της κανέλας στο μεταβολισμό γλυκόζης και λιπιδίων *in vivo*.

### **Ξύδι**

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η κατανάλωση ξυδιού πριν το γεύμα, μειώνει τα μεταγευματικά επίπεδα γλυκόζης και ινσουλίνης σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Πιθανοί μηχανισμοί είναι η καθυστέρηση της γαστρικής κένωσης και η αύξηση της ινσουλινοευαισθησίας. Μέχρι τώρα δεν υπάρχουν μεγάλες μελέτες που να δείχνουν τη μακροχρόνια ευεργετική επίδραση του ξυδιού στο σακχαρώδη διαβήτη.

### **Βότανα**

Διάφορα βότανα (Ginseng, Coccinia indica, Bitter melon, Gymnema Sylvestre, Aloe Vera, Nopal) έχουν δείξει μια ήπια ευεργετική δράση στο μεταβολισμό, επιδρώντας στην έκκριση ή τη δράση της ινσουλίνης.

## ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

### Αι. Παπακωνσταντίνου, PhD

*Κλινική Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική/Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικού Κέντρου Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν»*

Οι νεότερες συστάσεις για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη αναφέρουν ότι: Η απώλεια βάρους συνίσταται σε όλα τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα υψηλού κινδύνου να εμφανίσουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (με τιμές σακχάρου στην κατάσταση νηστείας άνω του 100 mg/dL ή με 2ωρες μεταγευματικές τιμές σακχάρου άνω του 140 mg/dL), ή με ποσοστό γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) 5,7–6,4%. Συνίσταται σε όλους να επισκεφτούν κλινικό διαιτολόγο με εμπειρία στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη με στόχο την απώλεια βάρους τουλάχιστον 7% του αρχικού βάρους και αύξηση της φυσικής δραστηριότητας σε τουλάχιστον 150 λεπτά/εβδομάδα μέτριας έντασης άσκηση όπως το βάδισμα. Σε αντίθεση με το παρελθόν, οι νεότερες συστάσεις για την απώλεια βάρους ενθαρρύνουν την ποικιλία διατροφικών προγραμμάτων (υποθερμιδική δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες ή δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά ή μεσογειακή δίαιτα) ανάλογα με το πρόγραμμα ζωής του

ασθενούς και τις διατροφικές προτιμήσεις του. Τα προγράμματα διατροφής θα πρέπει να είναι εξατομικευμένα ώστε να επιτευχθούν οι ανάγκες του κάθε ατόμου για ενέργεια, θρεπτικά συστατικά, βιταμίνες, ιχνοστοιχεία, αντιοξειδωτικά κ.ά. Η φυσική δραστηριότητα και η αλλαγή στον τρόπο ζωής και σκέψης απέναντι στο φαγητό είναι ιδιαίτερα σημαντικά συστατικά των προγραμμάτων απώλειας βάρους και πολύ σημαντικά στην περίοδο διατήρησης του απολεσθέντος βάρους. Η συζήτηση και παρακολούθηση της προόδου από τους ειδικούς φαίνεται να είναι υψίστης σημασίας για την επιτυχία του προγράμματος. Ο καλύτερος συνδυασμός υδατανθράκων, πρωτεΐνης και λίπους μπορεί να προσαρμοστεί ώστε να επιτευχθούν οι μεταβολικοί στόχοι και οι ατομικές προτιμήσεις του ατόμου με διαβήτη.

### **Βιβλιογραφία**

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Position Statements. *Diabetes Care* 2011, 34: S11–S61

## ARGETING CACHEXIA TO TREAT THE TUMOR

**Prof. A. Laviano**

*Department of Clinical Medicine, Sapienza University, Rome, Italy*

Cancer cachexia is a complex syndrome which is clinically characterized by a variable combination of progressive wasting and reduced food intake. The negative impact of cachexia on the outcome of cancer patients has been demonstrated by many clinical trials during the last decades. Nevertheless, the awareness of health related professionals of the clinical relevance of cancer cachexia is still suboptimal. A potential reason for the lack of interest in diagnosing and treating cancer cachexia may be related to the shortage of therapeutic strategies. However, recent advancement in our better understanding of the pathogenic mechanisms may lead to the

development of more effective therapeutic strategies. Of great interest is the evidence that tumor-induced inflammation is not only the driving factor for the development of cachexia, but it is also related to the ability by tumor cells to proliferate, survive and disseminate in different organs. Consequently, anti-cachexia strategies based on the modulation of the inflammatory response may not only prevent muscle wasting and reduced food intake, but it may also contribute to reduce the aggressiveness of cancer cells. Preliminary results aiming at interfering with tumor growth by reducing tumor-induced inflammation appear encouraging.

## NUTRITION IN ACUTE PANCREATITIS-A GUIDELINE APPROACH

**Prof. R. Meier**

*University Clinic, Kantonsspital Liestal, Switzerland*

75–80% of patients with acute pancreatitis have mild to moderate disease and do not need specific nutritional support. Early oral refeeding can be started within a few days if the patients have no pain and GI-disturbances. The best time and the best composition of the diet are not clear. There is no evidence that a specific enteral or parenteral nutrition is of benefit in patients with mild to moderate pancreatitis. There are no data available to give a nutritional recommendation in patients with severe pre-existing malnutrition or overweight. Patients with severe disease, complications or the need for surgery require early nutritional support. In patients with severe pancreatitis, an enteral jejunal approach should be

established, but parenteral nutrition is an alternative method, when enteral nutrition is insufficient. For the future, more aggressive use of pharmaconutrition may be employed to modulate epigenetics and activate the body's own antioxidant response elements to reduce oxidative stress. Several factors have to be clarified: The optimal timing of nutritional therapy, the optimal feeding side (oral, gastric, jejunal or TPN), the optimal nutrient formulation, semi-elemental diet, polymeric diet, immune-enhancing diet, pre- and probiotics). Furthermore, in new studies a clear stratification of the patients according to their nutritional status on admission should be performed.

## Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥ ΝΕΦΡΟΠΑΘΟΥΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: ΤΟ «ΠΑΡΑΔΟΞΟ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ»

**Z. Παφίλη, PhD**

*Διαιτολόγος Διατροφολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Βόλου*

Στους ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια Τελικού Σταδίου που υποβάλλονται σε Αιμοκάθαρση (ΧΝΑΤΣΑ) ο επιπολασμός του αυξημένου Δείκτη Μάζας Σώματος ( $\Delta\text{Μ}\Sigma \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) ξεπερνάει το 40% (Chazot et al 2009). Ενώ στο γενικό πληθυσμό η παχυσαρκία ( $\Delta\text{Μ}\Sigma \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και επιδρά αρνητικά στο προσδόκιμο επιβίωσης, σε επιδημιολογικές μελέτες ασθενών με ΧΝΑΤΣΑ σταθερό και αναπαραγωγίμο εύρημα αποτελεί η «παράδοξη» αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ του  $\Delta\text{Μ}\Sigma$  και της πρόγνωσης. Σε αυτόν τον πληθυσμό οι ασθενείς με  $\Delta\text{Μ}\Sigma < 22 \text{ kg/m}^2$  παρουσιάζουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο θνητότητας, ενώ παρατηρείται αντίστροφη γραμμική συσχέτιση του κινδύνου θνητότητας με τον  $\Delta\text{Μ}\Sigma$  (τιμές μέχρι  $44 \text{ kg/m}^2$ ) (Johansen et al 2004). Το φαινόμενο αυτό αναφέρεται και ως «παράδοξο της παχυσαρκίας». Καθώς ο  $\Delta\text{Μ}\Sigma$  δεν αποτελεί δεί-

κτη της σύστασης σώματος και δεν διαχωρίζει τον λιπώδη από τον μυϊκό ιστό, δεν είναι ξεκάθαρο αν το πλεονέκτημα επιβίωσης των παχύσαρκων ασθενών με ΧΝΑΤΣΑ οφείλεται στον αυξημένο μυϊκό ή λιπώδη ιστό. Προοπτικές έρευνες υποδεικνύουν ότι τον μικρότερο σχετικό κίνδυνο έχουν οι ασθενείς με αυξημένο βάρος και ταυτόχρονα αυξημένη μυϊκή μάζα, ενώ η μείωση βάρους με ταυτόχρονη αύξηση της μυϊκής μάζας έχει καλύτερη κλινική έκβαση σε σύγκριση με την αύξηση βάρους αλλά την ταυτόχρονη μείωση της μυϊκής μάζας (Kalantar Zadeh et al 2010). Λόγω έλλειψης τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών που να καταδεικνύουν ποιοι ασθενείς με ΧΝΑΤΣΑ θα ωφεληθούν από την απώλεια βάρους και ο ποιος ο ιδανικός τρόπος για την επίτευξή της, θα πρέπει να γίνεται εξατομικευμένη εκτίμηση όσον αφορά την διαχείριση του βάρους του κάθε ασθενούς.



## Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ

**Σ. Αντωνοπούλου, PhD**

*Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα*

Η διεθνής κοινότητα αναγνωρίζει το ρόλο της διατροφής στη διατήρηση της υγείας και στην πρόληψη ασθενειών. Η ικανότητα όμως να αξιολογείται ο ρόλος αυτός εξαρτάται από την ύπαρξη κατάλληλων διατροφικών εργαλείων. Ανάμεσα στα διατροφικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι η μέτρηση «βιοχημικών/βιολογικών δεικτών» (dietary/nutritional biomarkers) διατροφικής κατάστασης και διατροφικής πρόσληψης – μακροχρόνιας ή πρόσφατης. Η συντριπτική πλειοψηφία δεικτών που χρησιμοποιείται ανήκει στην κατηγορία «των δεικτών συγκέντρωσης (concentration markers)». Για την αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης ενός ανθρώπινου οργανισμού ως προς τις πρωτεΐνες του, κυρίαρχο ρόλο έχουν οι ηπατικές πρωτεΐνες του ορού, όπου ανάλογα με το χρόνο ημιζωής τους, είναι χρήσιμες είτε για να αξιολογήσουν χρόνιες διατροφικές καταστάσεις, είτε οξείες περιπτώσεις. Όσον αφορά τους υδατάνθρακες

που πέπτονται, η βαρύτητα έχει δοθεί στην ανάπτυξη δεικτών, που αφορούν τον τρόπο διαχείρισής τους από τον οργανισμό καθώς και τους παράγοντες που τον επηρεάζουν και οδηγούν σε ινσουλινοαντίσταση. Τα τελευταία χρόνια, στο κομμάτι των διαιτητικών ινών, έχει προταθεί ως εξειδικευμένος δείκτης πρόσληψης σιτηρών, η αλκυλορεσορκινόλη. Τέλος, η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών, που έχει αναζητήσει δείκτες πρόσληψης λίπους, συμφωνεί με την άποψη ότι η σύσταση των λιπαρών οξέων είτε στο αίμα, είτε σε κύτταρα είτε σε ιστούς, μπορεί να αποτελέσει έναν αξιόπιστο δείκτη. Για τις βιταμίνες, έχουν προταθεί εξειδικευμένοι βιοχημικοί δείκτες για την πρόσληψή τους, οι οποίοι σε άλλες περιπτώσεις δεν είναι αξιόπιστοι ή επηρεάζονται από διάφορες παραμέτρους. Συνοψίζοντας, η διατροφική κατάσταση των ανθρώπων παραμένει μία μεγάλη πρόκληση για τη δημόσια υγεία και την κλινική πρακτική όσο και για τη βιομηχανία τροφίμων.

## ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ, ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ & ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

**Στ. Τυροβολάς, MSc, Δ.Β. Παναγιωτάκος, PhD**

*Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Τα τελευταία χρόνια το προσδόκιμο επιβίωσης ακολουθεί έντονο ρυθμό αύξησης παγκοσμίως, ενώ έχει αρχίσει να γίνεται φανερή η τάση σε επίπεδο πληθυσμού για στροφή στην υιοθέτηση διατροφικών προτύπων «δυτικού τύπου». Ο σημαντικός ρόλος της υγιεινής διατροφής στην πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων, στην βελτίωση της ποιότητας ζωής και του προσδόκιμου επιβίωσης έχει ήδη αποτιμηθεί τις προηγούμενες δεκαετίες. Παρόλα αυτά, η επίδραση των διατροφικών πρακτικών-υπηρεσιών από τους διαιτολόγους στην υγεία του ηλικιωμένου πληθυσμού στην Ελλάδα, αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο, έχει ελάχιστα διερευνηθεί. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν να διερευνήσει τόσο τις διατροφικές συνήθειες και την υγεία των ελλήνων ηλικιωμένων νησιωτών, όσο και την επίδραση των διατροφικών υπηρεσιών σε αυτές. **Υλικό-Μέθοδος:** Σύνοψη μελετών που πραγματοποιήθηκαν σε ηλικιωμένους των ελληνικών νησιών (MEDIS). **Αποτελέσματα:** Ο επι-

πολασμός των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου (υπέρταση, παχυσαρκία, υπερχοληστερολαιμία, διαβήτης) φάνηκε να είναι αυξημένος στους ηλικιωμένους της μελέτης, ενώ βαθμός υιοθέτησης στο υγιεινό πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής, ήταν μέτριος. Ενθαρρυντικό στοιχείο ήταν, η παρουσία των διαιτολόγων στα ελληνικά νησιά, που φάνηκε να συσχετίζεται με υγιεινότερες διατροφικές συνήθειες καθώς και με μικρότερη παρουσία καρδιαγγειακών παραγόντων. **Συμπεράσματα:** Οι νησιώτες ηλικιωμένοι που μας δίδαξαν την Μεσογειακή διατροφή φαίνεται να απομακρύνονται από αυτήν. Η ενίσχυση των διατροφικών υπηρεσιών στην δημόσια υγεία, συνεισφέρει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής της ευαίσθητης ομάδας των ηλικιωμένων. Οι διαιτολόγοι σε συνεργασία με τους υπόλοιπους επιστήμονες υγείας μπορούν να προωθήσουν την διατροφική εκπαίδευση τόσο σε ατομικό επίπεδο συμβουλευτικής, όσο και σε επίπεδο κοινότητας.

## Η ΑΠΛΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΟ ΚΑΙ Η ΠΟΛΥΠΛΟΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ «ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΤΗΤΑΣ»

**Αντ. Ματάλα, PhD**

*Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα*

Λόγω των πολιτισμικών της προεκτάσεων, η διατροφή στη Μεσόγειο δεν ελκύει μόνο το ενδιαφέρον των βιολογικών επιστημών, αλλά και των φυσικών και ανθρωπιστικών. Γεωγράφοι, βοτανολόγοι, ανθρωπολόγοι, ιστορικοί και αρχαιολόγοι έχουν μελετήσει την ιστορία των τροφίμων της Μεσογείου και τη σημασία τους για τον υπόλοιπο κόσμο. Στην ανατολική άκρη της μεσογειακής λεκάνης, στην Ελλάδα, το ψωμί και το κρασί αναδείχθηκαν σε πυλώνες της διατροφής από την πρώιμη αρχαιότητα ακόμα. Στην αρχαία Ελλάδα, η διαδικασία παρασκευής του ψωμιού έγινε τέχνη και η αρτοποιία καλλιεργήθηκε όσο πουθενά αλλού έως τον δέκατο ένατο αιώνα. Το δε κρασί, που οι αρχαίοι τιμούσαν στα συμπόσια, ήταν η κινητήριος δύναμη πίσω από την ανάπτυξη των διαλογικών επιχειρημάτων και τη γέννηση της φιλοσοφικής σκέψης. Η κλασική ελληνορωμαϊκή αρχαιότητα έθεσε τις βάσεις της γευστικής αναζήτησης και δύσκολα μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι οποιαδήποτε περαιτέρω πρόοδος συντελέστηκε στη γαστρονομία του δυτικού πολιτισμού μετά το τέλος της ελληνορωμαϊκής περιόδου, και μέχρι το τέλος του δέκατου έβδομου αιώνα. Η ελληνορωμαϊκή γαστρονομία, ζυμωμένη με την επίδραση του χριστιανισμού και την εισαγωγή των νέων προϊόντων διατροφής που κατέφθασαν μετά τις

Ανακαλύψεις, έδωσε τη θέση της στις λαϊκές-παραδοσιακές δίαιτες του Αιγαίου και των άλλων περιοχών της Μεσογείου. Οι δίαιτες αυτές περιγράφονται με τον συνοπτικό όρο «μεσογειακή διαίτα» και κατέχουν ξεχωριστή θέση στη σύγχρονη ιατρική βιβλιογραφία, κυρίως χάρη στην προστασία που παρέχουν έναντι της καρδιαγγειακής νόσου. Η μεσογειακή διατροφή αναπόφευκτα είναι μια βασική συνιστώσα της λεγόμενης «μεσογειακότητας», του συνόλου δηλαδή των ιδιαζόντων χαρακτηριστικών του μεσογειακού τοπίου και της κουλτούρας των λαών που κατοικούν τις βόρειες ακτές της Μεσογείου. Η μεσογειακότητα, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή στις χώρες του Βορρά αλλά και στις ίδιες τις χώρες της Μεσογείου ενσωματώνοντας ποικίλα στερεότυπα, φαίνεται ότι σήμερα αποτελεί «δικαιολογία» για να διευκολυνθεί ο παραγκωνισμός της αυθεντικότητας.

### **Βιβλιογραφικές πηγές**

Hertzfeld M. *Anthropology through the Looking Glass: Critical Ethnography in the Margins of Europe*, Cambridge University Press, 1987

Nestle M. Mediterranean Diets: historical and research overview. *American Journal of Clinical Nutrition* 1995, 61:313-1324

Revel J-F. *Culture and Cuisine. A Journey through the History of Food*, Doubleday & Co., 1982

## Η ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΥ ΣΚΟΡ & ΥΓΕΙΑΣ

**M. Κοντογιάννη, PhD**

*Τμήμα Επιστήμης Διατροφολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα*

Την τελευταία δεκαπενταετία έχει σημειωθεί μία ραγδαία αύξηση στο ενδιαφέρον των ερευνητών σχετικά με την επίδραση της Μεσογειακής δίαιτας (ΜΔ) στην υγεία και τη νόσο. Απόρροια αυτού του ενδιαφέροντος είναι η δημοσίευση διαφόρων δεικτών που εκτιμούν το βαθμό υιοθέτησης μίας μεσογειακού τύπου δίαιτας και τον συσχετίζουν με τον κίνδυνο για διάφορα νοσήματα. Σύμφωνα με πολύ πρόσφατες μετα-αναλύσεις προοπτικών μελετών, η αυξημένη υιοθέτηση της ΜΔ μειώνει τη θνησιμότητα απ' όλες τις αιτίες, τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνο, καθώς και την επίπτωση νευροεκφυλιστικών νοσημάτων.<sup>1</sup> Παράλληλα, επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες έχουν δείξει πως η υιοθέτηση μίας ΜΔ μειώνει τον κίνδυνο ενός στεφανιαίου επεισοδίου τόσο σε πρωτογενές όσο και δευτερογενές επίπεδο πρόληψης,<sup>2,3</sup> καθώς και τον κίνδυνο μεταβολικού συνδρόμου<sup>4</sup> και υπέρτασης.<sup>3</sup> Αναφορικά με το σωματικό βάρος, αν και καμία επιδημιολογική μελέτη δεν έχει συσχετίσει την υιοθέτηση της ΜΔ με αυξημένο κίνδυνο υπέρβαρου/παχυσαρκίας, υπάρχουν αρκετές μελέτες που παρέχουν ενδείξεις ότι η ΜΔ μπορεί να σχετίζεται με μειωμένο υπέρβαρο και αύξηση της απώλειας βάρους.<sup>5</sup> Πέρα από τα καρδιομεταβολικά νοσήματα η επίδραση της υιοθέτησης της ΜΔ έχει μελετηθεί και σε πλήθος άλλων νοσημάτων και υπάρχουν περιορισμένες ακόμη, αλλά σημαντικές ενδείξεις ότι αυτό το διατροφικό πρότυπο συσχετίζεται με μειωμένο επιπολασμό οστεοπόρωσης και ρευματοειδούς αρθρίτιδας,<sup>3</sup> κατάθλιψης<sup>6</sup> και άσθματος τόσο

σε παιδιά όσο και σε ενήλικες.<sup>7</sup> Όλες οι παραπάνω θετικές επιδράσεις της ΜΔ αποδίδονται κυρίως στις αντιφλεγμονώδεις και αντιοξειδωτικές της ιδιότητες, γι' αυτό και τα νοσήματα που πρωτίστως επηρεάζει είναι όσα οφείλονται σε χρόνια φλεγμονή και στο οξειδωτικό στρες.

### **Βιβλιογραφία**

1. Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2010, 92:1189-96
2. McKeown PP, Logan K, McKinley MC, Young IS, Woodside JV. Session 4: CVD, diabetes and cancer: Evidence for the use of the Mediterranean diet in patients with CHD. *Proc Nutr Soc* 2010, 69:45-60
3. Perez-Lopez FR, Chedraui P, Haya J, Cuadros JL. Effects of the Mediterranean diet on longevity and age-related morbid conditions. *Maturitas* 2009, 64:67-79
4. Kastorini CM, Milionis HJ, Esposito K, Giugliano D, Goudevenos JA, Panagiotakos DB. The effect of Mediterranean diet on metabolic syndrome and its components: a meta-analysis of 50 studies and 534,906 individuals. *J Am Coll Cardiol* 2011, 57:1299-1313
5. Buckland G, Bach A, Serra-Majem L. Obesity and the Mediterranean diet: a systematic review of observational and intervention studies. *Obes Rev* 2008, 9:582-593
6. Sanchez-Villegas A, Delgado-Rodriguez M, Alonso A et al. Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2009, 66:1090-1098
7. Arvaniti F, Priftis KN, Panagiotakos DB. Dietary habits and asthma: a review. *Allergy Asthma Proc* 2010, 31:e1-10

## ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

### Ε. Μπαθρέλλου, PhD

*Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, Διδάκτωρ Χαροκοπέου Πανεπιστημίου*

Με τον όρο «τροποποίηση συμπεριφοράς» –ή «συμπεριφορική θεραπεία» γενικότερα– στη θεραπεία της παχυσαρκίας δεν εννοείται κάποιο μεμονωμένο είδος παρέμβασης, αλλά μάλλον ένα σύνολο αρχών, που μπορούν να συνδυαστούν με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Στόχος είναι η ανάπτυξη δεξιοτήτων στο άτομο, ώστε να επιτύχει τις αλλαγές που απαιτούνται για ένα υγιές βάρος. Ένα σύνολο τεχνικών/ συνιστωσών έχουν εφαρμοστεί προς αυτή την κατεύθυνση. Η απομόνωση καθεμιάς εξ αυτών προκειμένου να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά τους είναι πολύ δύσκολη, διότι συνήθως στα θεραπευτικά προγράμματα εφαρμόζεται ένας συνδυασμός τους. Παρόλα αυτά, φαίνεται πως μέχρι σήμερα αναδεικνύεται σταθερά μέσω μελετών η συμβολή κάποιων στην επιτυχή έκβαση των παρεμβάσεων, στις οποίες και θα επικεντρωθεί η παρουσίαση. Εξέχουσα θέση κατέχει η αυτοπαρακολούθηση, η οποία συχνά περιγράφεται ως ο ακρογωνιαίος λίθος της συμπεριφορικής θεραπείας, καθώς συστηματικά αποκαλύπτεται μια θετική συσχέτιση της με την απώλεια βάρους. Η

αυτοπαρακολούθηση αφορά τρεις τομείς της διαχείρισης της παχυσαρκίας: τη διαιτητική συμπεριφορά, τη σωματική δραστηριότητα και το βάρος. Η αξιολόγησή της εστιάζει στα χρησιμοποιούμενα εργαλεία, τον καθορισμό των παραμέτρων έκβασης και τα χαρακτηριστικά της επιτυχούς προσκόλλησης. Ισχυρά υποστηρικτικά στοιχεία υπάρχουν υπέρ του ελέγχου των ερεθισμάτων ως προς τη διαιτητική πρόσληψη, όταν αυτός αφορά την ύπαρξη δομής στη δίαιτα, όπως για παράδειγμα την προμήθεια γευμάτων, τον έλεγχο των μερίδων. Η κοινωνική στήριξη αποτελεί μια μη αρκετά μελετημένη, αλλά υποσχόμενη συνιστώσα. Επιπλέον ενδιαφέροντα στοιχεία αφορούν το είδος της επαφής, την ύπαρξη ανατροφοδότησης, και την εφαρμογή των διαφόρων τεχνικών σε νέα περιβάλλοντα αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, όπως το τηλέφωνο και το διαδίκτυο.

### **Ενδεικτική βιβλιογραφία**

Baker & Kirchenbaum Behav Ther 1993 Jeffery et al. J Consult Clin Psychol 1995S pahn et al. JADA 2010

## Η ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ ΩΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

**Μ. Γιαννακούλια, PhD**

*Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα*

Μεγάλο μέρος των ερευνητών αλλά και των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την παχυσαρκία έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους τα τελευταία χρόνια στους παράγοντες και τις μεθόδους που σχετίζονται με την επιτυχή διατήρηση της απώλειας του βάρους. Έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί σχετικά με την επιτυχή διατήρηση της απώλειας βάρους. Πάντως οι μελέτες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα υποδεικνύουν ότι σχετικά μικρό ποσοστό των παχύσαρκων που δέχονται διαιτητική παρέμβαση για τη μείωση του σωματικού τους βάρους καταφέρνουν να διατηρήσουν το βάρος που έχασαν για χρόνια μετά την παρέμβαση. Η παρακολούθηση των ατόμων και η συνεχής ενίσχυσή τους στην προσπάθεια διατήρησης του σωματικού βάρους, μετά το πέρας του προγράμματος, δρα θετικά για τη μακροχρόνια διατήρηση της επιτυχίας. Στις ΗΠΑ, διαμόρφωσαν το National Weight Control Registry, στο οποίο συ-

μπεριέλαβαν και μελέτησαν τις συμπεριφορές του τρόπου ζωής που έχουν υιοθετήσει άτομα με επιτυχή απώλεια βάρους. Η καταγραφή αυτή πρόσφερε σημαντικές πληροφορίες για το τι θα μπορούσε να βοηθήσει ένα άτομο να διατηρήσει σημαντικό μέρος της απώλειας βάρους του μακροπρόθεσμα. Σχετικά με τα αποτελέσματα παρεμβάσεων που έχουν υλοποιηθεί μέχρι σήμερα για τη διατήρηση της απώλειας, φαίνεται ότι η σύσταση της δίαιτας σε μακροθρεπτικά συστατικά (κατά την περίοδο διατήρησης) δεν επηρεάζει τη διατήρηση της απώλειας. Αντίθετα, η εφαρμογή συγκεκριμένων τεχνικών/μεθόδων κατά την περίοδο μετά την απώλεια του βάρους μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα, αλλά απαιτούνται περισσότερες μελέτες και για την αποσαφήνιση των τεχνικών αλλά και της δομής των προγραμμάτων παρακολούθησης των υπέρβαρων ατόμων μετά την απώλεια βάρους.

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΒΑΡΟΥΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΝΟΣΟΓΟΝΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

**Αν. Παπαλαζάρου, PhD**

*Διαιτολόγος Διατροφολόγος, Διδάκτωρ Χαροκοπέιου Πανεπιστημίου*

Οι ρυθμοί αύξησης της παχυσαρκίας τα τελευταία χρόνια είναι ταχύτεροι, δικαιολογώντας έτσι το κομμάτι εκείνο της επιστημονικής κοινότητας που την κατατάσσει στα όρια της επιδημίας. Ακόμα πιο ανησυχητικοί είναι οι ρυθμοί αύξησης της νοσογόνου παχυσαρκίας ( $\Delta\text{ΜΣ} \geq 40$  κιλά/μέτρα<sup>2</sup> ή  $\Delta\text{ΜΣ} \geq 35$  κιλά/μέτρα<sup>2</sup>, με την ταυτόχρονη συνύπαρξη κι άλλων νοσημάτων), οι οποίοι είναι διπλάσιοι από τους αντίστοιχους της μη νοσογόνου παχυσαρκίας. Οι χειρουργικές επεμβάσεις φαίνεται να αποτελούν την πιο αποτελεσματική λύση για την αντιμετώπισή της (Maggard et al 2005). Είναι κοινά αποδεκτό ότι ο ρόλος του διαιτολόγου, ως αναπόσπαστο κομμάτι της μεταχειρουργικής ομάδας παρακολούθησης, είναι καθοριστικός, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα, καλύπτοντας τις ιδιαίτερες διαιτητικές απαιτήσεις μετά την επέμβαση (Parkes, 2006). Όμως καθοριστικότερος είναι ο ρόλος του μακροπρόθεσμα, καθώς φαίνεται πως μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη διαχείριση βάρους μετεγχειρητικά. Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς επανακτούν, μετά την επέμβαση, σημαντικό μέρος των κιλών που έχασαν εξ αιτίας τόσο της αυξημένης διαιτητικής πρόσληψης όσο και της μη διατήρησης υγιεινών τρόπων ζωής (Sjostrom et al 2004). Παράλληλα, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι εντατικά προγράμματα τροποποίησης συμπεριφοράς μαζί με ενεργητική παρακολούθηση μπορούν να συνεισφέρουν τόσο σε αλλαγές στον τρόπο ζωής όσο και στην καλύτερη απώλεια και διατήρηση βάρους μακροπρόθεσμα βάρους σε υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα (Wadden et al 2009). Πρόσφατες μελέτες ανέδειξαν τη σημασία της συνεχούς διαιτητικής υποστήριξης και της συμπεριφορικής προσέγγισης στον έλεγχο βάρους και σε ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία, επιφέροντας

αποτελέσματα που δεν διέφεραν από αυτά των χειρουργικών επεμβάσεων (Martins et al 2011, Rolland et al 2011). Μάλιστα, η εφαρμογή συμπεριφορικών τεχνικών μαζί με ένα εντατικό πρόγραμμα παρακολούθησης μπορεί να βελτιώσει τις διατροφικές συμπεριφορές, τις διαιτητικές συνήθειες και να αυξήσει το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας των ασθενών, συμβάλλοντας στην καλύτερη αποτελεσματικότητα των χειρουργικών επεμβάσεων, καθιστώντας παράλληλα το ρόλο του διαιτολόγου ιδιαίτερα σημαντικό στα πλαίσια της μεταχειρουργικής ομάδας παρακολούθησης (Papalazarou et al 2010).

### Αναφορές

- Maggard, MA, Shugarman, LR, Suttrop, M, Maglione, M, Sugerman, HJ et al. Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Ann Intern Med* 2005, 142:547-559
- Martins C, Strømmen M, Stavne OA, Nossum R, Mårvik R, Kulseng B. Bariatric surgery versus lifestyle interventions for morbid obesity-changes in body weight, risk factors and comorbidities at 1 year. *Obes Surg* 2011, 21:841-849
- Papalazarou A, Yannakoulia M, Kavouras SA, Komesidou V, Dimitriadis G, Papakonstantinou A, Sidossis LS. Lifestyle intervention favorably affects weight loss and maintenance following obesity surgery. *Obesity* 2010, 18:1348-1353
- Parkes E. Nutritional management of patients after bariatric surgery. *Am J Med Sci* 2006, 331:207-213
- Rolland C, Hallam C, Broom J. Is weight loss achieved using a very low calorie diet comparable to bariatric surgery in the morbidly obese patients? *Obesity reviews* 2011, Abstracts of 18th ECO 223
- Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004, 351:2683-2693
- Wadden TA, West DS, Neiberg RH, Wing RR, Ryan DH et al. One-year weight losses in the Look AHEAD study: factors associated with success. *Obesity* 2009, 17:713-722

## ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ MEND

M. Κολοτούρου,<sup>1</sup> P.M. Sacher,<sup>1,2</sup> P. Chadwick,<sup>1</sup> D. Radley,<sup>1</sup> T.J. Cole,<sup>3</sup> M. Lawson,<sup>2</sup> A. Lucas,<sup>2</sup> A. Singhal<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MEND Central, United Kingdom

<sup>2</sup> MRC Childhood Nutrition Research Centre, Institute of Child Health, University College London, United Kingdom

<sup>3</sup> MRC Centre of Epidemiology for Child Health, Institute of Child Health, University College London, United Kingdom

**Εισαγωγή:** Το MEND είναι το μεγαλύτερο πρόγραμμα παιδικής παχυσαρκίας στη Βρετανία.<sup>1,2</sup> Σκοπός της παρούσας περίληψης είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων εφαρμογής του προγράμματος σε εθνικό δείγμα. **Υλικό-Μέθοδος:** Κατά την περίοδο 2007–2010, υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά ηλικίας 7–13 ετών, έλαβαν μέρος σε 2063 προγράμματα MEND στη Βρετανία. Το πρόγραμμα MEND είναι μια κοινοτική παρέμβαση που εξελίσσεται 2 φορές την εβδομάδα για 10 εβδομάδες και απευθύνεται σε όλη την οικογένεια. Οιομαδικές συνεδρίες περιλαμβάνουν διατροφική αγωγή, τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς και άσκηση και παραδίδονται σε σχολεία, δημοτικά γυμναστήρια και άλλους κοινοτικούς χώρους από κατάλληλα εκπαιδευμένα άτομα διαφόρων ειδικοτήτων. Στο παρόν δείγμα, τα ευρήματα συλλέχθηκαν πριν και μετά την παρέμβαση από τους κατά τόπους επικεφαλές του προγράμματος. **Αποτελέσματα:** Από τα 15454 παιδιά που συμμετείχαν (45,5% αγόρια, μέση ηλικία 10,4 έτη), 10173 (66%) μετρήθηκαν πριν και μετά την παρέμβαση. Στο διάστημα αυτό, η μέση μείωση του δείκτη μάζας σώματος και της περιφέρειας μέσης ήταν 0,8 kg/m<sup>2</sup> και 2,6 cm, ενώ τα z-scores των δεικτών μειώθηκαν κατά 0,18 και 0,21 αντίστοιχα (P<0,0001). Οφέλη παρατηρήθηκαν επίσης στο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας (+3,6 ώρες/εβδο-

μάδα), στον καρδιακό ρυθμό αποκατάστασης (-8,7 χτύποι/λεπτό), στις καθιστικές δραστηριότητες (-5,8 ώρες/εβδομάδα), και στη βαθμολόγηση εικόνας σώματος (+4,1 μονάδες) (P<0,0001). Η μέση παρακολούθηση των συνεδριών ήταν 78,5% και η διατήρηση των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα (retention rate) 88,6%. **Συμπεράσματα:** Η παρακολούθηση του προγράμματος οδήγησε σε σημαντικά οφέλη υγείας για τους συμμετέχοντες (ανθρωπομετρία, φυσική κατάσταση, φυσική δραστηριότητα, εικόνα σώματος), ενισχύοντας τα υπάρχοντα επιστημονικά δεδομένα που υποστηρίζουν ότι το πρόγραμμα MEND είναι μια αποτελεσματική κοινοτική παρέμβαση κατά της παιδικής παχυσαρκίας.<sup>1,3</sup>

### Βιβλιογραφία

1. Sacher PM, Kolotourou M, Chadwick P, Cole TJ, Lawson M, Lucas A, Singhal A. Randomized controlled trial of the MEND Program: a family-based community intervention for childhood obesity. *Obesity* 2010, 18:51–57
2. Kipping RR, Jago R and Lawlor DA, 'Obesity in children. Part 2: Prevention and management. *BMJ* 2008, 337:1848
3. Sacher PM, Chadwick P, Wells JCK, Williams J, Cole TJ, Lawson M. Assessing the acceptability and feasibility of the MEND Programme in a small group of obese 7–11 year old children. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2005, 18:3–5



## ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

### Π. Φαρατζιάν, MSc

#### *Κλινικός Διαιτολόγος Διατροφολόγος*

Ο επιπολασμός της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα σύμφωνα με μελέτες των τελευταίων 20 ετών είναι ιδιαίτερα αυξημένος δείχνοντας ότι το πρόβλημα κλιμακώνεται με έντονους ρυθμούς. Σύμφωνα με τη μελέτη GENESIS (υλοποίηση μετρήσεων τα έτη 2003–2004) σε παιδιά προσχολικής ηλικίας 1–5 ετών, το ποσοστό υπέρβαρου και παχυσαρκίας στο συνολικό δείγμα ήταν 21%.<sup>1</sup> Αντίστοιχα, πρόσφατα δεδομένα της μελέτης GRECO από αντιπροσωπευτικό πανελλαδικό δείγμα μαθητών δημοτικού από αστικές και ημιαστικές περιοχές, ηλικίας 10–12 ετών (υλοποίηση μετρήσεων το έτος 2009), έδειξαν ότι το ποσοστό υπέρβαρου και παχυσαρκίας ήταν 29,5% και 11,7%, αντίστοιχα.<sup>2</sup> Τα ποσοστά αυτά ήταν υψηλότερα στα αγόρια, ενώ δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ παιδιών από αστικές και ημιαστικές περιοχές. Επίσης μελέτη σε εφήβους ηλικίας 13–19 ετών (υλοποίηση μετρήσεων το έτος 2003) έδειξε ότι τα ποσοστά υπέρβαρου και παχυσαρκίας στα αγόρια και στα κορίτσια ήταν 29,4 και 16,7%, αντίστοιχα.<sup>3</sup> Δεδομένου ότι τα επιδημιολογικά δεδομένα στις ΗΠΑ από τις εθνικές μελέτες υγείας και διατροφής (έτη 2003–2004 και 2005–2006) έδειξαν για πρώτη φορά σταθεροποίηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας,

αλλά και του ότι αντίστοιχες τάσεις σταθεροποίησης των επιπέδων υπέρβαρου/παχυσαρκίας διαφαίνονται και σε ορισμένες μελέτες σε παιδικούς και εφηβικούς πληθυσμούς Ευρωπαϊκών χωρών, τα αποτελέσματα των ερευνών στην Ελλάδα προβληματίζουν. Η αύξηση του επιπολασμού υπέρβαρου/παχυσαρκίας εκτός από ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για μελλοντικές επιπλοκές στην υγεία των παιδιών, και συνδυαζόμενη με απομάκρυνση από το μοντέλο της Μεσογειακής διατροφής, σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά υπέρτασης, μεταβολικού συνδρόμου και διαβήτη τύπου 2.

#### **Βιβλιογραφία**

1. Manios Y, Costarelli V, Kolotourou M et al. Prevalence of obesity in preschool Greek children, in relation to parental characteristics and region of residence. *BMC Public Health* 2007, 7:178
2. Farajian P, Risvas G, Karasouli K et al. Very high childhood obesity prevalence and low adherence rates to the Mediterranean diet in Greek children: The GRECO study. *Atherosclerosis* 2011, 217:525–530
3. Tzotzas T, Kapantais E, Tziomalos K et al. Epidemiological Survey for the Prevalence of Overweight and Abdominal Obesity in Greek Adolescents. *Obesity* 2008, 2008, 16:1718–1722

## ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΩΝ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΑΙΔΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

**Γ. Μανιός, PhD**

*Τμήμα Επιστήμης Διατροφολογίας και Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Πολλές πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας σε παιδιά και σε εφήβους έχει αυξηθεί σε ιδιαίτερα ανησυχητικό βαθμό παγκοσμίως.<sup>1,2</sup> Πιο συγκεκριμένα ο αριθμός των υπέρβαρων παιδιών έχει διπλασιαστεί και ο αριθμός των υπέρβαρων εφήβων έχει τριπλασιαστεί από το 1970 έως σήμερα.<sup>3</sup> Ακολουθώντας τις παραπάνω διαχρονικές τάσεις, ο επιπολασμός της παχυσαρκίας μεταξύ των παιδιών και των εφήβων στην Ελλάδα βρίσκεται επίσης σε ανοδική πορεία στη διάρκεια των τελευταίων 30 ετών.<sup>4</sup> Αν και η παχυσαρκία γνωρίζουμε ήδη ότι συσχετίζεται ισχυρά με διάφορες μεταβολικές διαταραχές, όπως το μεταβολικό σύνδρομο, η ινσουλινοαντίσταση, οι δυσλιπιδαιμίες κ.ά,<sup>5,6</sup> παρόλ' αυτά, αν και μπορεί να φανεί οξύμωρο με μια πρώτη ματιά, έχει επίσης βρεθεί να σχετίζεται με διάφορες διατροφικές ανεπάρκειες.<sup>7,8</sup> Μια από τις πιο συχνά εμφανιζόμενες διατροφικές ανεπάρκειες που έχει εντοπιστεί σε υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα, τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες, είναι η ανεπάρκεια σιδήρου (ή σιδηροπενία) καθώς και η σιδηροπενική αναιμία.<sup>9-11</sup> Αν και οι συνηθέστεροι αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση σιδηροπενίας σε παιδιά είναι η χαμηλή διαιτητική πρόσληψη σιδήρου, οι επαναλαμβανόμενες στερητικές δίαιτες, η αύξηση του όγκου του αίματος κατά τη μετάβαση από την παιδική στην εφηβική ηλικία, η πρώιμη εμμηναρχή στα κορίτσια, η ταχεία σωματική ανάπτυξη και η κληρονομική προδιάθεση,<sup>12,13</sup> παρόλ' αυτά στην περίπτωση της παχυσαρκίας κανένας από τους παραπάνω παράγοντες δεν μπορεί να εξηγήσει το φαινόμενο των χαμηλών επιπέδων σιδήρου στον οργανισμό.<sup>14</sup> Αντιθέτως, η σιδηροπενία που παρατηρείται στην παχυσαρκία φαίνεται να οφείλε-

ται σε ένα πολύ σημαντικό βαθμό στη χρόνια φλεγμονή που προκαλούν τα αυξημένα επίπεδα λιπώδους μάζας στα παχύσαρκα άτομα.<sup>15</sup> Ενδεικτικά, τα ευρήματα πολλών μελετών δείχνουν αρνητική συσχέτιση της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης, που είναι δείκτης φλεγμονής, με τα επίπεδα σιδήρου στον οργανισμό ιδιαίτερα σε εφήβους με κεντρική παχυσαρκία [10]. Η υπόθεση αυτή που συνδέει την ανεπάρκεια σιδήρου με την κατάσταση χρόνιας φλεγμονής που υφίσταται σε παχύσαρκους, ενδυναμώνεται ερευνητικά και από τα αυξημένα επίπεδα φερίτινης που παρατηρούνται συνήθως σε υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα. Αν και η φερίτινη αποτελεί δείκτη των αποθεμάτων σιδήρου του οργανισμού, είναι επίσης μια πρωτεΐνη οξείας φάσης η οποία αυξάνεται σε συνθήκες φλεγμονής, όπως αυτές που μπορούν να προέλθουν από αυξημένη συγκέντρωση ολικού και ιδιαίτερα σπλαγχνικού λίπους στο σώμα.<sup>16</sup> Επιπλέον, τα επίπεδα επιδίνης στον ορό του αίματος, η μεταβολική δράση της οποίας συνδέεται με την απορρόφηση και επανακυκλοφορία του σιδήρου στο αίμα, έχουν βρεθεί από διάφορες μελέτες να είναι ιδιαίτερα αυξημένα σε υπέρβαρα σε σύγκριση με φυσιολογικού βάρους παιδιά.<sup>17,18</sup> Τα αυξημένα επίπεδα επιδίνης οδηγούν στη δέσμευση του σιδήρου εντός του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος και στη μειωμένη εντερική απορρόφηση του διαιτητικού σιδήρου μέσω της μειωμένης παραγωγής του μορίου που δεσμεύει το σίδηρο στη μεμβράνη των εντερικών κυττάρων.<sup>19</sup> Τα αυξημένα ποσοστά σιδηροπενίας σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά έχουν επιβεβαιωθεί και από τα ευρήματα της μελέτης Healthy Growth Study. Η μελέτη αυτή που διεξήχθη σε περίπου 2500 παιδιά ηλικίας 9-13 ετών από

τέσσερις περιοχές της ελληνικής επικράτειας (Αττική, Αιτωλοακαρνανία, Θεσσαλονίκη και Κρήτη) έδειξε ότι ο επιπολασμός της σιδηροπενίας ήταν ιδιαίτερα αυξημένος στα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά του δείγματος καθώς βρέθηκε να κυμαίνεται μεταξύ 16% έως 27%. Τα ποσοστά αυτά είναι παρόμοια ή υψηλότερα με εκείνα που έχουν αναφερθεί για υπέρβαρα παιδιά και εφήβους από τη Σουηδία και το Ισραήλ με τις τιμές σιδηροπενίας να φτάνουν στο 20% και 12%, αντίστοιχα.<sup>12,17</sup> Επιπρόσθετα, η μελέτη Healthy Growth Study έδειξε μια ισχυρή σχέση μεταξύ των αυξημένων επιπέδων σπλαχνικού και ολικού σωματικού λίπους με την σιδηροπενία και με δείκτες των επιπέδων σιδήρου στον οργανισμό. Συμπερασματικά, το αυξημένο σωματικό βάρος και τα αυξημένα επίπεδα ολικού και σπλαχνικού λίπους στα παιδιά πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψιν όταν αξιολογούνται τα επίπεδα σιδήρου στον οργανισμό των ατόμων αυτών. Ίσως το πρόβλημα της σιδηροπενίας να μην μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο διατροφικά ή με τη χορήγηση συμπληρωμάτων, αλλά κυρίως με τη διόρθωση του σωματικού βάρους που απ' ό,τι φαίνεται αποτελεί και την πρωταρχική αιτία του προβλήματος.

### Βιβλιογραφία

- Cattaneo A, Monasta L, Stamatakis E, Lioret S, Castetbon K et al. Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: a review of existing data. *Obes Rev* 2010, 11:389–398
- Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, Flegal KM. Prevalence of high body mass index in US children and adolescents, 2007–2008. *Jama* 2009, 303:242–249
- Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes* 2006, 1:11–25
- Manios Y, Magkos F, Christakis G, Kafatos AG. Twenty-year dynamics in adiposity and blood lipids of Greek children: regional differences in Crete persist. *Acta Paediatr* 2005, 94:859–865
- Jean-Claude D. Our children and the metabolic syndrome. *Drug Development Research* 2006, 67:602–606
- Gade WJ, Schmit M, Collins M, Gade J. Beyond obesity: the diagnosis and pathophysiology of metabolic syndrome. *Clin Lab Sci* 2010, 23:51–61, quiz 62–5
- Kimmons JE, Blanck HM, Tohill BC, Zhang J, Khan LK. Associations between body mass index and the prevalence of low micronutrient levels among US adults. *MedGenMed* 2006, 8:59
- Kaidar-Person O, Person B, Szomstein S, Rosenthal R. Nutritional Deficiencies in Morbidly Obese Patients: A New Form of Malnutrition? *Obesity Surgery* 2008, 18:870–876
- Wenzel BJ, Stults HB, Mayer J. Hypoferraemia in obese adolescents. *Lancet* 1962, 2:327–328
- Tussing-Humphreys LM, Nemeth E, Fantuzzi G, Freels S, Guzman G, Holterman AX, Braunschweig C. Elevated systemic hepcidin and iron depletion in obese premenopausal females. *Obesity (Silver Spring)*, 2010, 18:1449–1456
- Brotanek JM, Gosz J, Weitzman M, Flores G. Iron deficiency in early childhood in the United States: risk factors and racial/ethnic disparities. *Pediatrics* 2007, 120:568–575
- Pinhas-Hamiel O, Newfield RS, Koren I, Agmon A, Phillip M. Greater prevalence of iron deficiency in overweight and obese children and adolescents. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003, 27:416–418
- Nead KG, Halterman JS, Kaczorowski JM, Weitzman M. Overweight children and adolescents: a risk group for iron deficiency. *Pediatrics*, 2004, 114:104–108
- Menzie CM, Yanoff LB, Denkinger BI, McHugh T, Sebring NG, Calis KA, Yanovski JA. Obesity-related hypoferrremia is not explained by differences in reported intake of heme and nonheme iron or intake of dietary factors that can affect iron absorption. *J Am Diet Assoc* 2008, 108:145–148
- Subramanian V, Ferrante AW Jr. Obesity, inflammation, and macrophages. Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program, 2009, 63:151–159, discussion 159–162, 259–268
- Iwasaki T, Nakajima A, Yoneda M, Yamada Y, Mukasa K, K. Fujita, N. Fujisawa, K. Wada, Y. Terauchi. Serum ferritin is associated with visceral fat area and subcutaneous fat area. *Diabetes Care* 2005, 28:2486–2491
- Aeberli I, Henschen I, Molinari L, Zimmermann MB. Stabilization of the prevalence of childhood obesity in Switzerland. *Swiss Med Wkly*, 2009
- Amato A, Santoro N, Grandone A, Swinkels DW, Perrone L, del Giudice E. Effect of body mass index reduction on serum hepcidin levels and iron status in obese children. *Int J Obes* 2010, 34:1772–1774
- Zafon CA. Lecube, R. Simo. Iron in obesity. An ancient micronutrient for a modern disease. *Obes Rev* 2009, 11:322–328

## THE IMPORTANCE OF EVIDENCE BASED PRACTICE FOR DIETITIANS

**Anne de Looy, BSc PhD DipDiet RD FBDA**

*Professor of Dietetics and DIETS2 Coordinator, University of Plymouth*

Dietitians, just as all healthcare professionals, need to demonstrate that they are competent and provide the very best care that they can to their service users. The user may be a patient, a carer, consumers, other healthcare professionals (the multidisciplinary team) and the employer. An evidence based approach should therefore not just focus on dietetic care but on the total service that a dietitian provides. An audit of the service provided could inform management of the overall success of the dietetic service (Jamtvedt et al, 2006) and help dietitians see where they can improve their service. Dietitians also need to remain competent (DIETS, 2009, EFAD, 2009) and to test their competence regularly through reflection and review. Through this process dietitians can examine their own evidence base for the approach and success in remaining fit for practice. However for many dietitians using evidence based approach is defined in much the same way as by Sackett et al (1996). This requires the dietitian to be confident that she or he is using the most up-to-date published evidence on which to base their practice. This approach is only profitable if the dietitian can also measure the outcome and provide evidence of its success. A standardized approach to care is proposed through the Nutrition Care Process (American Dietetic Association, 2011). The NCP and IDNT are designed to improve the consistency and quality of care for patients/clients or groups. They do not standardize nutrition care for each patient/client, but provide a systematic method for recording care so that it is more easily monitored and evaluated. There are four key steps to the care process:

Step 1: Nutrition assessment

Step 2: Nutrition Diagnosis

Step 3: Nutrition Intervention

Step 4: Nutrition Monitoring and Evaluation

Dietitians will be able to record, communicate and research results of their care through terms used by dietitians all over the world (an international dietetic language). The provision of evidence will be further discussed and considered in the context of an evidence-based approach by dietitians.

### References

- American Dietetic Association. Nutrition Care Process and International Dietetic and Nutrition Terminology. Access <http://www.eatright.org/HealthProfessionals>, 2011
- DIETS. Report 5: Quality assurance, dietetic competence and dietetic, 2009
- Practice placement standards. Available at [www.thematicnetworkdietetics.eu](http://www.thematicnetworkdietetics.eu)
- EFAD. European Dietetic Competences and their Performance Indicators attained at the point of qualification and entry to the profession of Dietetics. Available at [www.efad.eu](http://www.efad.eu), 2009
- Greenhalgh T. How to read a paper-the basics of evidence-based medicine. *Br Med J Books* 4th Ed Wiley-Blackwell Oxford, 2010
- Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback *Qual Saf Health Care* 2006, 15:433-436
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB and Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it is not. *Br Med* 1996, 312:71-72

## ΔΙΑΤΡΟΦΟΓΕΝΕΤΙΚΗ – ΔΙΑΤΡΟΦΟΓΕΝΩΜΙΚΗ: Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥΣ

### Λ. Μελίστας, PhD

*Διαιτολόγος Διατροφολόγος, Διδάκτωρ Χαροκόπειου Πανεπιστημίου Αθηνών*

Μετά την ολοκλήρωση της χαρτογράφησης του γονιδιώματος, η διείσδυση της επιστήμης της γενετικής στη φροντίδα της υγείας είναι ολοένα και μεγαλύτερη. Στο πλαίσιο αυτό, έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των αλληλεπιδράσεων διατροφής – γονιδίων. Η επιστήμη που μελετά αυτές τις αλληλεπιδράσεις είναι η διατροφική γενωμική. Απώτερος στόχος είναι η πλήρης κατανόηση των συσχετισμών μεταξύ διατροφής, γονιδίων και ασθενειών ώστε να επιτευχθεί η προσαρμογή της διατροφής ανάλογα με το γενετικό υπόβαθρο του καθενός. Η διατροφική γενωμική περιλαμβάνει δύο ερευνητικά πεδία. Τη διατροφογενωμική, που εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο η διαίτα επηρεάζει την έκφραση των γονιδίων και τη συγκέντρωση πρωτεϊνών και μεταβολιτών, και τη διατροφογενετική, που ερευνά τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά ο οργανισμός μας στα διάφορα θρεπτικά συστατικά ανάλογα με το γονιδιακό υπόβαθρο που διαθέτει. Ο κυρίαρχος μηχανισμός για τη ρύθμιση της γονιδιακής έκφρασης από βιοδραστικά διαιτητικά συστατικά είναι μέσω μεταγραφικών παραγόντων. Για παράδειγμα, η βιταμίνη Α διαφοροποι-

εί την έκφραση διαφόρων γονιδίων μέσω του μεταγραφικού παράγοντα «υποδοχέας ρετινοϊκού οξέος». Αντίστοιχα, ένα παράδειγμα διατροφογενετικής είναι ότι η ρύθμιση των επιπέδων LDL χοληστερόλης από τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα εξαρτάται από έναν κοινό πολυμορφισμό στο γονίδιο του απολιπρωτεΐνης E. Καθώς η έρευνα προχωρά, οι σημερινές γενικευμένες διατροφικές οδηγίες θα δώσουν τη θέση τους σε παρεμβάσεις που έχουν στόχο συγκεκριμένους μοριακούς μηχανισμούς που αποτελούν τη βάση της υγείας. Ωστόσο, η πρακτική εφαρμογή της διατροφικής γενωμικής στη διαχείριση ασθενειών που σχετίζονται με τη διατροφή δεν είναι ακόμα εφικτή, αλλά πλησιάζει ο καιρός όπου θα είναι δυνατή η χρήση γενετικού ελέγχου για την ανίχνευση του κινδύνου για διάφορες ασθένειες και για τον καθορισμό της ιδανικής εξατομικευμένης διαίτας για την προώθηση της υγείας. Ο διαιτολόγος είναι σε θέση να αποτελέσει την αιχμή του δόρατος για τη μετάφραση της γενετικής πληροφορίας που μπορεί να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο εκπορεύονται μελλοντικά οι διατροφικές οδηγίες και οι προσωπικές συστάσεις.

## ΦΥΤΙΚΕΣ ΣΤΑΝΟΛΕΣ ΚΑΙ ΜΕΙΩΣΗ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΧΡΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

**Χ. Γεωργακάκης, MSc**

*Διαιτολόγος Διατροφολόγος, Πρόεδρος Ελληνικού Ινστιτούτου Διατροφής*

Οι φυτικές στανόλες αποτελούν χημικά ισοδύναμα της χοληστερόλης. Η χημική τους αυτή συγγένεια με τη χοληστερόλη τις καθιστά εξαιρετικά σημαντικές, καθώς η παρουσία μίας επιπλέον ανθρακικής αλυσίδας στο μόριο των φυτικών στανολών σε σχέση με το αντίστοιχο της χοληστερόλης, τις καθιστά εξαιρετικά δυσαπορροφήσιμες σε σχέση με τη χοληστερόλη. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι ενώ το ποσοστό απορρόφησης της χοληστερόλης ανέρχεται στο 50% οι φυτικές στανόλες σχεδόν δεν απορροφούνται (ποσοστό απορρόφησης < 1%). Η δράση των φυτικών στανολών όσον αφορά τη μείωση των επιπέδων ολικής και LDL χοληστερόλης στον οργανισμό οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αντικατάσταση της χοληστερόλης λόγω της χημικής τους συγγένειας στο σχηματισμό των μικκυλίων (κατά τη διάρκεια της πέψης του λίπους στο λεπτό έντερο) από φυτικές στανόλες. Η αδυναμία αυτή της χοληστερόλης να ενταχθεί στα μικκύλια έχει ως άμεσο αποτέλεσμα την αυξημένη απέκκρισή της από τον οργανισμό. Πέρα όμως από την αντικατάσταση αυτή, οι φυτικές στανόλες φαίνεται ότι συμβάλλουν και σε ένα δεύτερο επίπεδο στην αύξηση στην απομάκρυνση χοληστερόλης από τον οργανισμό. Μελέτες δείχνουν ότι οι φυτικές στανόλες αυξάνουν την έκφραση του m RNA ειδικών πρωτεϊνών μεταφοράς (ABC) που βρίσκονται στο εσωτερικό των εντεροκυττάρων, οι οποίες έχουν την ιδιότητα να μεταφέρουν τη χοληστερόλη από το εσωτερικό των εντεροκυττάρων προς τον αυλό του εντέρου. Η αύξηση της έκφρασης του m RNA έχει ως αποτέλεσμα και την αύξηση αυτών των μεταφορέων και, κατά συνέπεια, την αυξημένη μεταφορά χοληστερόλης προς τον αυλό για απέκκριση. Τέλος, η αυξημένη απέκκριση της χοληστερόλης, συντελώντας όπως θα αναφερθεί και παρακάτω στη μείωση των επιπέδων

κυκλοφορούμενων μορίων LDL χοληστερόλης, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των ηπατικών υποδοχέων LDL και την περαιτέρω κάθαρση της LDL από την κυκλοφορία. Όσα ήδη αναφέρθηκαν καταδεικνύουν μια σαφέστατη επίδραση των φυτικών στανολών στη μείωση των επιπέδων ολικής και LDL χοληστερόλης στον οργανισμό. Το γεγονός αυτό ώθησε την επιστημονική επιτροπή του NCEP (National Cholesterol Education Program) των ΗΠΑ στην έκδοση συγκεκριμένων οδηγιών, οι οποίες θεωρούν αναγκαία την ένταξη 2 γραμμαρίων φυτικών στανολών στο καθημερινό ημερήσιο διαιτολόγιο ατόμων που αποσκοπούν στη μείωση των επιπέδων ολικής και LDL χοληστερόλης. Με δεδομένη τη μειωμένη περιεκτικότητα των τροφών σε φυτικές στανόλες (ένα τυπικό ημερήσιο διαιτολόγιο μπορεί προσφέρει μόλις 50 – 60 mg), σήμερα βιομηχανία έχει προχωρήσει στον εμπλουτισμό κυρίως μαργαρινών και γαλακτοκομικών προϊόντων με εστέρες φυτικών στανολών. Εξ αυτών μια καινοτομία που ταιριάζει αρκετά στα διατροφικά δεδομένα του Έλληνα καταναλωτή είναι η δημιουργία λευκού τυριού (τύπου φέτας) που περιέχει ανά 75 g 2 g φυτικών στανολών, με ταυτόχρονη χαμηλή περιεκτικότητα σε ολικά και κορεσμένα λιπαρά και χοληστερόλη (και άρα και χαμηλότερο θερμιδικό περιεχόμενο). Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι η χρήση φυτικών στανολών θα πρέπει να θεωρείται απολύτως ασφαλής. Σε αντίθεση με άλλα χημικά συγγενή συστατικά, όπως η χοληστερόλη και οι φυτικές στερόλες, οι στανόλες σχεδόν δεν απορροφούνται και τα επίπεδά τους στην κυκλοφορία παραμένουν σχεδόν σε μηδενικά επίπεδα. Προϊόντα με εστέρες φυτικών στανολών έχουν πάρει άλλωστε και έγκριση από την EFSA (Επιτροπή για την Ασφάλεια των τροφίμων της Ευρωπαϊκής Ένωσης) με τον ισχυρισμό ότι προϊό-

να που περιέχουν φυτικές στανόλες αποδεδειγμένα συμβάλουν στη μείωση της χοληστερόλης κατά 8–10% στα πλαίσια μιας σωστής και ισορροπημένης διατροφής.

### **Βιβλιογραφία**

1. Gylling H, Miettinen A. Plant stanol consumption for cardiovascular health: what do we know about efficacy and safety. *Clinical lipidology*, 2010 Dec
2. Musa-Veloso K, Poon TH, Elliot JA, Chung C. A comparison of the LDL-cholesterol lowering efficacy of plant stanols and plant sterols over a continuous dose range: results of a meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*, 2011
3. Benetou V, Chloptsios Y, Zavitsanos X, Kralis D, Naksa A, Trichopoulos A. Total cholesterol and HDL-cholesterol in relation to socioeconomic status in a sample of 11,645 Greek adults: the EPIC study in Greece. European Prospective Investigation into Nutrition and Cancer. *Scand J Public Health*, 2000
4. Plat J, Mensink RP. Plant stanol and sterol esters in the control of blood cholesterol levels: mechanism and safety aspects. *Am J Cardiol*, 2005
5. Ortega RM, Palencia A, Lopez-Sobaler AM, Improvement of cholesterol levels and reduction of cardiovascular risk via the consumption of phytosterols. *Br J Nutr*, 2006
6. Miettinen T, Puska P, Gylling H, Vanhanen H, Vartiainen E. Reduction of serum cholesterol with sitostanol ester enriched margarine in a mildly hypercholesterolemic population. *N Engl J Med*, 1995
6. Nguyen TT, The cholesterol-lowering action of plant stanol esters. *J Nutr*, 1999
7. Thomson GR, Grundy SM History and development of plant sterol and stanol esters for cholesterol-lowering purposes. *Am J Cardiol*, 2005
8. Grundy SM. Stanol esters as a component of maximal dietary therapy in the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III report. *Am J Cardiol*, 2005
9. Devaraj S, Jialal I. The role of dietary supplementation with plant sterols and stanols in the prevention of cardiovascular disease. *Nutr Rev*, 2006

## ΟΙ ΝΕΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΩΝ ΤΙ ΚΑΙΝΟΥΡΓΙΟ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΝΕΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

**Αντ. Ζαμπέλας, PhD**

*Καθηγητής Διατροφής του Ανθρώπου, Μονάδα Διατροφής του Ανθρώπου, Τμήμα Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Τον Ιούνιο του 2011 δημοσιεύτηκαν οι νέες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης για την αντιμετώπιση των δυσλιπιδαιμιών. Σε αυτές τις οδηγίες σημαντικό μέρος παίζει και η διατροφική αντιμετώπιση αξιολογώντας τις μελέτες ανάλογα με την βαρύτητα των δημοσιευμένων στοιχείων. Βάση αυτής της αξιολόγησης, την σημαντικότερη αρνητική δράση στα επίπεδα ολικής και LDL χοληστερόλης στο αίμα εξακολουθούν να έχουν τα κορεσμένα και τα trans λιπαρά οξέα, ενώ την πλέον ευεργετική δράση στην μείωση την έχουν τα τρόφιμα που περιέχουν φυτικές στερόλες. Σημαντικό ρόλο στη μείωση των επιπέδων χοληστερόλης παίζει και πρόσληψη φυτικών ινών αλλά και η μείωση της πρόσληψης χοληστερόλης από την τροφή, ενώ ρόλο παίζουν αλλά σε μικρότερο βαθμό τα προϊόντα σόγιας, η μείωση του σωματικού βάρους, η καθημερινή σωματική δραστηριότητα ενώ για πρώτη φορά εισάγονται με ευεργετική δράση η πολυκοστανόλη και η μονακολίνη. Όσον αφορά τη μείωση των τριγλυκεριδίων τον σημαντικότερο ρόλο τον παίζει η μείωση του υπερβάλλοντος σωματικού

βάρους, η μείωση της πρόσληψης οινοπνεύματος και μονο- και δι-σακχαριτών, ενώ σε χαμηλότερο βαθμό έρχεται η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, η μείωση της πρόσληψης υδατανθράκων και η αύξηση της πρόσληψης ω-3 λιπαρών οξέων. Τέλος για την αύξηση των επιπέδων της HDL χοληστερόλης, τα ισχυρότερα αποδεικτικά στοιχεία συνηγορούν στην μείωση των trans λιπαρών οξέων και στην αύξηση της σωματικής δραστηριότητας ενώ σε μικρότερο βαθμό έρχεται η μείωση του υπερβάλλοντος σωματικού βάρους, η αντικατάσταση των υδατανθράκων με ακόρεστα λιπαρά οξέα και η κατανάλωση αλκοόλ με μέτρο. Προβληματισμοί προέρχονται από το κατά πόσο η κατανάλωση κρέατος συμβάλει στην εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων, πόση είναι η σημασία της πρόσληψης φρουκτόζης στην αύξηση των τριγλυκεριδίων του αίματος καθώς και ποιος είναι ο ρόλος των μονοακόρεστων λιπαρών οξέων συγκριτικά με τα ω-6 λιπαρά οξέα αλλά και ποιος είναι ο ρόλος των φυτικών στερολών σε νοσογόνες καταστάσεις πέραν της υπερχοληστερολαιμίας.



## ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

### Ντ. Σιαλβέρα, MSc

*Τμήμα Επιστήμης Τεχνολογίας Τροφίμων, Μονάδα Διατροφής του Ανθρώπου*

Στοιχεία από μελέτες έχουν δείξει ότι η σύσταση της δίαιτας επηρεάζει την αρτηριακή πίεση (BP), αλλά τα τελευταία χρόνια (και πριν από το έτος 2000) τα αποδεικτικά στοιχεία που προσκομίστηκαν για τις επιπτώσεις των μακροθρεπτικών συστατικών στην BP ήταν ασαφή. Ως εκ τούτου, κρίνεται σκόπιμο να προσδιοριστούν οι μελέτες που εξετάζουν τη συσχέτιση μεταξύ της πρόσληψης των μακροθρεπτικών και της BP, που έχουν δημοσιευθεί κατά τα έτη 2000 έως και το 2011, ώστε να διαπιστωθεί αν μπορούν να γίνουν νέες συστάσεις. Παρά το γεγονός ότι απαιτείται επιπλέον έρευνα σε όλους τους τομείς, μπορούμε να συμπεράνουμε τα εξής: (α) Αν και από τις επιδημιολογικές μελέτες έχουν προκύψει αμφίβολα αποδεικτικά στοιχεία για μια συσχέτιση μεταξύ της πρόσληψης πρωτεΐνης και της BP, τα δεδομένα από κλινικές δοκιμές δείχνουν ότι μια δίαιτα με μετρίως υψηλή περι-

κτικότητα σε πρωτεΐνες μπορεί να μειώσει την BP. (β) Δεν υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία που να καταδεικνύουν ότι η πρόσληψη κορεσμένου λίπους και trans λιπαρών οξέων αυξάνουν τη BP. (γ) Υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία για την υποτασική δράση των PUFAs (ωμέγα-6 και ωμέγα-3). (δ) Υπάρχουν στοιχεία από επιδημιολογικές μελέτες σχετικά με τη μικρή υποτασική δράση των μονοακόρεστων λιπαρών οξέων στην BP, αλλά αυτό δεν επιβεβαιώθηκε από κλινικές δοκιμές. (ε) Η πρόσληψη επεξεργασμένων υδατανθράκων αυξάνει την BP. (στ) Υπάρχουν ενδείξεις ότι η πρόσληψη φρούτων και λαχανικών μειώνει την BP. (ζ) Υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία ότι η κατανάλωση των προϊόντων ολικής αλέσεως μειώνουν την BP. 8) Διαιτητικά σχήματα αλλαγής του τρόπου ζωής, όπως η δίαιτα DASH και η συμμόρφωση στη Μεσογειακή διατροφή, μειώνουν την BP.

## ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

**Π. Ντετοπούλου, PhD**

*Τμήμα Διατροφής, ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο», Αθήνα*

Στις οδηγίες δευτερογενούς πρόληψης καρδιαγγειακών νοσημάτων της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας (AHA, 2006) συμπεριλαμβάνονται ο έλεγχος του βάρους, της αρτηριακής πίεσης, των λιπιδίων και της γλυκόζης, παράμετροι που εξαρτώνται άμεσα από τις διατροφικές συνήθειες. Οι κυριότερες κλινικές μελέτες παρέμβασης δευτερογενούς πρόληψης καρδιαγγειακών νοσημάτων αφορούν στη μεσογειακή διαίτα και την πρόσληψη ω-3 λιπαρών οξέων. Οι παρεμβάσεις με τη μεσογειακή διαίτα (Lyon Study, Indo-mediterranean Study, THIS Study) είχαν ευεργετικά αποτελέσματα, έγιναν κυρίως σε άνδρες, υπήρχε ετερογένεια στο χρόνο έναρξης της παρέμβασης (1 εβδομάδα- 6 μήνες μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου) και ήταν πλούσιες σε α-λινολενικό. Ωστόσο, το ολικό λίπος τους (26–30%) ήταν αρκετά χαμηλότερο από την παραδοσιακή μεσογειακή διαίτα προσεγγίζοντας περισσότερο το διαιτητικό σχήμα DASH. Πιθανοί μηχανισμοί των ωφελειών της μεσογειακής διαίτας είναι

η σύστασή της σε λίπος, ο χαμηλός γλυκαιμικός της δείκτης, η μειωμένη περιεκτικότητά της σε νάτριο και η υψηλή περιεκτικότητά της σε κάλιο, οι φυτοχημικές της ουσίες καθώς και οι αναστολείς συσσώρευσης αιμοπεταλίων. Όσον αφορά την πρόσληψη ω-3 λιπαρών οξέων, προηγούμενες μελέτες δευτερογενούς πρόληψης όπου ενισχύθηκε η κατανάλωση ψαριού 2 φορές/εβδομάδα (DART) ή ω-3 σε δόσεις 1–2 g/ημέρα (GISSI, GISSI-HF, JELIS) έδειξαν ευεργετικά αποτελέσματα. Δύο πολύ πρόσφατες μελέτες (Alpha Omega Trial, Omega Study) δεν έδειξαν όφελος από την πρόσληψη ω-3 λιπαρών οξέων πιθανώς λόγω της μικρότερης δοσολογίας που χρησιμοποιήθηκε στην πρώτη από αυτές και της λήψης στατινών από το σύνολο των ασθενών. Απαιτείται η περαιτέρω διερεύνηση των επιδράσεων της «γνήσιας» εκδοχής της μεσογειακής διαίτας και της διαφοροποίησης των δράσεων των επιμέρους ω-3 λιπαρών οξέων καθώς και η μεγαλύτερη συμμετοχή γυναικών.

## UTILIZATION OF THE NUTRITION CARE PROCESS IN INTERNATIONAL SETTINGS

### **S. Escott-Stump, MA, RD, LDN**

*President, American Dietetic Association 2011-12. Greenville, North Carolina*

Changes in nutritional intake, appetite or weight are essential components of nutrition assessment. Malnutrition is associated with depression of the immune system, impaired wound healing, muscle wasting, longer lengths of hospital stay, higher treatment costs, and increased mortality; screening and implementation of published best-practice guidelines may effectively reduce hospital malnutrition and save costs (Barker et al 2011.) Yet, nutrition problems can be noted in other settings: excessive or inadequate meal intake, reduced appetite, dysphagia, dependence on non-oral nutrition support, changes in weight, altered fluid intake, exposure to food allergens or unsafe foods, decline in functional capacity, hospitalization, altered mood, reduced social activity or cognitive performance, even inadequate growth. With application of standardized language and terminology, dietitians can assess and intervene in hospitals, home care, child care centers, intensive

care, even community health clinics. The four-step nutrition care process (NCP) promotes effective data assessment, followed by the selection of key nutrition diagnoses (problems), interventions, monitoring and evaluation. Writing an accurate P-E-S statement with the Problem (nutrition diagnosis), its Etiology (cause) and Signs and symptoms (measurable indicators) mandates deep critical thinking by the qualified dietitian. Several countries are in the process of validating or adopting the standardized terminology. The Netherlands, United States, Canada, Great Britain, and Australia have made great strides; other countries have begun translating the terminology. Adoption of common terminology supports effective outcomes. Health care payers, medical team members, and administrators will be able to identify the true cost-benefit of dietitian services when similar terminology crosses international borders of care.

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΟΥ & ΑΘΛΗΤΩΝ ΥΨΗΛΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ

**Δ.Π. Μπερτζελέτος, MSc**

*Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, Τρίπολη*

Στο σύγχρονο κόσμο του αθλητισμού η μεγιστοποίηση της απόδοσης και εν τέλει η διάκριση απαιτεί δεσμεύσεις σε πολλά επίπεδα. Η θέση της Αμερικάνικης Ένωσης Διαιτολόγων (ADA), των Διαιτολόγων του Καναδά (DC), του Αμερικάνικου Κολεγίου της Αθλητικής Ιατρικής (ACSM) είναι ότι η φυσική δραστηριότητα, η αθλητική απόδοση και η ανάκτηση από την άσκηση ενισχύονται από τη βέλτιστη διατροφή.<sup>1</sup> Η κατάλληλη διατροφική προσέγγιση μπορεί να διαφοροποιήσει ένα αποτέλεσμα (νίκη ή ήττα) σε ένα αθλητικό γεγονός.<sup>2</sup> Γί αυτό οι περισσότερες επαγγελματικές ομάδες και οι περισσότεροι αθλητές υψηλής απόδοσης απευθύνονται σε διαιτολόγο-διατροφολόγο, για να ενημερωθούν σε θέματα διατροφής.<sup>3</sup> Άλλωστε, η συμμετοχή του διαιτολόγου στη συμβουλή-εκπαίδευση-παρέμβαση καθίσταται αναγκαία, αν συνυπολογίσουμε το χαμηλό γνωστικό πεδίο προπονητών-γυμναστών σχετικά με την επιστήμη της διατροφής.<sup>4</sup> Η μη επαρκής ενεργειακή κάλυψη των αναγκών, είτε ποσοτικά (θερμίδες), είτε ποιοτικά (υδατάνθρακες, λίπη, πρωτεΐνες) αποτελεί το πιο κοινό πρόβλημα για τους ασκούμενους.<sup>5</sup> Η παρέμβαση σε ποδοσφαιρική ομάδα οφείλει να είναι μια ολοκληρωμένη διαδικασία διατροφικής φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη πρακτικά ζητήματα και ρυθμίσεις, το κοινωνικό γίνεσθαι όπου παρεμβαίνει ο διαιτολόγος, τα οικονομικά μεγέθη (προϋπολογισμός ομάδας, οικονομικές δυνατότητες ποδοσφαιριστών), σε μια διαρκή και αμφίδρομη επικοινωνία με τους ποδοσφαιριστές, τη θεραπευτική ομάδα (ιατρός, φυσικοθεραπευτές), το τεχνικό επιτελείο (προπονητής, γυμναστές) και το λοιπό προσωπικό (γεν. αρχηγός, φροντιστές, υπεύθυνο καντίνας-καφετέριας κ). Αποτελείται από τη διατροφική αξιολόγηση (και

επαναξιολόγηση) όπου γίνεται συλλογή δεδομένων, screening. Επίσης, αποτελείται από τη διατροφική διάγνωση (προσδιορισμός προβλημάτων, παραγόντων κινδύνου, επισήμανση σημείων και συμπτωμάτων). Ακολουθεί η διατροφική παρέμβαση (διατύπωση των στόχων, καθορισμός σχεδίου δράσης, εκτέλεση κατάλληλων ενεργειών). Ύστερα λαμβάνει χώρα η διατροφική παρακολούθηση (παρακολούθηση προόδου, μέτρηση και αξιολόγηση αποτελεσμάτων). Η προσέγγιση του διαιτολόγου σε μια ολόκληρη ομάδα ανθρώπων, όπως είναι οι επαγγελματίες ποδοσφαιριστές δεν πρέπει να είναι μια μονομερής παροχή πληροφόρησης, οφείλει να συμβαδίζει με τις σύγχρονες θεωρίες για τροποποίηση συμπεριφοράς. Προσαρμόζοντας την ανάγκη για παρέμβαση στην κοινότητα των ποδοσφαιριστών μιας επαγγελματικής ομάδας χρειάζεται η ανάπτυξη ποικίλων δραστηριοτήτων, οι οποίες περιορίζονται ή εμπλουτίζονται από τη φαντασία του σχεδιαστή.<sup>6</sup>

### **Βιβλιογραφία**

1. Position of the American Dietetic Association, Dietitians of Canada, American College of Sports Medicine. *J Am Diet Assoc* 2009, 109:509-527
2. Maughan RJ. Nutrition and Football. The FIFA/FMARC Consensus on Sports Nutrition, Routledge Taylor & Francis Group, 2007
3. Maughan RJ, Burke L. Handbook of Sports Medicine and Science, Sports Nutrition, Blackwell Science, 2006
4. Short S. Surveys of dietary intake and nutrition knowledge of athletes and their coaches. In *Nutrition in Exercise and Sport*, 1994
5. Manikandan S, Selvam D. Nutrition and Sports Performance, *Br J Sports Med* 2010, 44:i46
6. Nutrition Care Process and Model Part I: The 2008 Update. *J Am Diet Assoc*, 2008:1113-1117

## DIETING, WEIGHT, AND EXERCISE: FINDING A HEALTHY BALANCE

### N. Clark, MS, RD, CSSD

*Board Certified Specialist in Sports Dietetics (CSSD), Sports dietitian, consultant, and author of Nancy Clark's Sports Nutrition Guidebook, Sports Nutrition Services LLC, Boston, MA*

We've all heard (and may have offered) the advice: *If you want to lose weight, simply eat a little less and exercise a little more.* But if eating less and exercising more is so "simple," why are we still dealing with an obesity epidemic? Do we need to rethink our messages? This talk will focus on dieting and exercise myths that perpetuate difficulty with weight reduction:

**Myth #1:** *The more you exercise, the more fat you will lose. False.* The more you exercise, the more likely you are to compensate with reduced activity the rest of the day. Dieters need to become more aware of their 24-hour energy picture, and not just the time they spend exercising.

**Myth #2:** *To lose 0.5 kg body fat per week, a dieter needs to reduce food intake by 2 MJ (500 Kcal) per day.*

False. The number of MJ that contributes to fat loss depends on how much fat the person has to lose, with an obese person more likely to lose fat faster than a lean person. While a 2-MJ per day deficit may be a standard weight reduction prescription, would the "Small Steps" approach be more successful?

The session will conclude with information about gastric bypass athletes. An estimated 6% of gastric bypass patients become extreme exercisers who train for marathons, triathlons, and other endurance events. As health professionals, we need to be aware of this emerging clientele, understand their sports nutrition issues, and help them stay out of the medical tents.

## ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΑΣΘΜΑ

### Φ. Αρβανίτη, PhD

*Κλινική Διαιτολόγος Διατροφολόγος, Διδάκτωρ Γεωπονικού Πανεπιστημίου Αθηνών, Βουλή των Ελλήνων*

Η επίδραση της διατροφής στο άσθμα δεν έχει αποσαφηνιστεί επαρκώς. Μεταξύ των παραγόντων που συσχετίζονται με το άσθμα συμπεριλαμβάνονται οι περιβαλλοντικές αλλαγές και η στροφή σε έναν πιο «δυτικού τύπου» τρόπο ζωής στον οποίο μεταξύ άλλων εμπεριέχονται και αλλαγές στη διατροφή και στα διατροφικά πρότυπα όπως για παράδειγμα η απομάκρυνση από το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής με συνέπεια την μείωση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών. Τα δεδομένα που συσχετίζουν τη Μεσογειακή διατροφή και την επίπτωση του άσθματος είναι λίγα. Η μελέτη PANACEA, στην οποία συμμετείχαν 700 παιδιά ηλικίας 10–12 ετών από τη ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, έδειξε ότι ο μεγαλύτερος βαθμός τήρησης της Μεσογειακής διατροφής συσχετίστηκε αντίστροφα με την εμφάνιση συριγμού άσθματος κατά την ηρεμία ( $P=0,001$ ) και κατά την άσκηση ( $P=0,004$ ), την εμφάνιση άσθματος ( $P=0,002$ ) και με οποιοδήποτε σύμπτωμα άσθματος ( $P=0,001$ ). Τα παιδιά των οποίων οι διατροφικές συνήθειες ήταν πολύ κοντά στην Μεσογειακή διατροφή είχαν 89% μικρότερη πιθανότητα να παρουσιάσουν

συμπτώματα άσθματος, συγκριτικά με εκείνα των οποίων οι διατροφικές συνήθειες ήταν μακριά από το Μεσογειακό πρότυπο (95% ΔΕ: 6,9–9,7). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ συμπτωμάτων άσθματος και κατανάλωσης φρούτων ( $P=0,25$ ), λαχανικών ( $P=0,97$ ), οσπρίων ( $P=0,76$ ), δημητριακών ( $P=0,71$ ), γαλακτοκομικών ( $P=0,61$ ), αλατισμένων σνακ ( $P=0,57$ ), ή βούτυρου/μαργαρίνης ( $P=0,42$ ), ενώ υπήρξε θετική συσχέτιση μεταξύ αυξημένης πρόσληψης ψαριών και κρέατος και συμπτωμάτων άσθματος ( $P=0,04$  και  $P=0,01$  αντίστοιχα). **Συμπέρασμα:** Όπως προκύπτει από τα δεδομένα που υπάρχουν έως τώρα είναι πιθανό η Μεσογειακή διατροφή να αποτελεί προστατευτικό παράγοντα είτε για την εμφάνιση άσθματος είτε των διαφόρων συμπτωμάτων του. Εξαιτίας του μικρού αριθμού ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί και των διαφόρων περιορισμών τους θεωρείται απαραίτητη η περαιτέρω διερεύνηση αυτής της σχέσης καθώς και η ανάπτυξη μεθόδων που θα βοηθούσαν στην ανάπτυξη συγκεκριμένων ποιοτικών και ποσοτικών συστάσεων.

## ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΤΗΣ ΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ

### Κ. Πίτσιος, PhD

*Ειδικός Αλλεργιολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,  
Ειδ. Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας Αλλεργιολογίας & Κλινικής Ανοσολογίας*

Η τροφική αλλεργία εκδηλώνεται συνήθως άμεσα, με αντιδράσεις ποικίλης βαρύτητας, ακόμη κι απειλητικές για την ζωή του ασθενούς. Η διάγνωση της πολλές φορές αποτελεί πρόκληση για τον αλλεργιολόγο που καλείται να επιβεβαιώσει αν ήταν όντως αλλεργική αντίδραση και να υποδείξει την «ένοχη τροφή». Ακρογωνιαίος λίθος στη διάγνωση είναι η λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού που δεν περιορίζεται στα τρόφιμα που είχε φάει ο ασθενής αλλά: στην ώρα που μεσολάβησε από τη βρώση έως την αντίδραση, στη διάρκεια, στο αν προηγήθηκε άσκηση, στο αν αυτοϋφέθησαν τα συμπτώματα, αν το έχει έκτοτε ξαναφάει κ.ά. Η κλινική εξέταση γίνεται ακόμη κι αν ο ασθενής βρίσκεται σε πλήρη ίαση, για να διαπιστωθεί αν πάσχει από άλλα ατοπικά νοσήματα, όπως η αλλεργική ρινίτιδα και η ατοπική δερματίτιδα. Στη συνέχεια γίνονται οι «δερματικές δοκιμασίες δια νυγ-

μού» (ΔΔ) με εμπορικά εκχυλίσματα τροφών ή ακόμη και με αυτούσιο το τρόφιμο. Οι ΔΔ μπορεί να θέσουν την διάγνωση μέσα σε λίγα λεπτά. Η εργαστηριακή διερεύνηση ειδικής ανοσοσφαιρίνης IgE στο αίμα γίνεται για την επιβεβαίωση μιας θετικής ΔΔ και την ποσοτικοποίηση της ευαισθησίας στο συγκεκριμένο τρόφιμο. Είναι χρήσιμη εξέταση, ειδικά σε ασθενείς που θέλουμε να επανεισάγουμε ένα «απαγορευμένο» τρόφιμο, αλλά αποτελεί μια συμπληρωματική εξέταση στις ΔΔ και σπάνια μπορεί να τις αντικαταστήσει. Τέλος, σε ασθενείς που τα αποτελέσματα του κλινικοεργαστηριακού έλεγχου δεν συμβαδίζουν με το ιστορικό, η δοκιμασία πρόκλησης θέτει την απόλυτη διάγνωση. Κατά τη δοκιμασία αυτή ο ασθενής, υπό ιατρική παρακολούθηση, τρώει σταδιακά αυξανόμενη ποσότητα του τροφίμου κι εφόσον δεν παρατηρηθεί αντίδραση η τροφή απελευθερώνεται.

## ΑΠΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΑ ΤΡΟΦΙΜΑ

### Δ. Βούρδας

*Ειδικός Αλλεργιολόγος, Δ/ντης Αλλεργιολογικού Τμήματος  
251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας, Αθήνα*

Η ειδική θεραπεία απευαισθητοποίησης ή ανοσοθεραπεία ή τα κοινώς λεγόμενα «εμβόλια για τις αλλεργίες» (η οποία φέτος συμπληρώνει και τα 100 της χρόνια), είναι μία ήδη επιστημονικά κατοχυρωμένη και αποτελεσματική θεραπεία για τις αλλεργικές αναπνευστικές παθήσεις (αλ. ρινίτιδα, αλ. βρ. άσθμα) και απόλυτη θεραπεία εκλογής στην αλλεργία από υμενόπτερα (μέλισσα, σφήκες). Με τη θεραπεία αυτή, επιτυγχάνουμε, χορηγώντας με ειδικό τρόπο το/τα υπεύθυνα αλλεργιογόνα στον ασθενή, να δημιουργήσουμε ειδικά δεσμευτικά αντισώματα έναντι των υπεύθυνων IgE αντισωμάτων, να στρέψουμε το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού προς τη μη αλλεργική απάντηση και έτσι να επιτύχουμε ακόμα και την οριστική ίαση του αλλεργικού ασθενούς. Θα ήταν λοιπόν ιδιαίτερα ελκυστικό, η παραπάνω θερα-

πευτική μέθοδος να μπορούσε να εφαρμοσθεί και για τη θεραπεία των τροφικών αλλεργιών, προσφέροντας με αυτό τον τρόπο, και απαραίτητα για την ανάπτυξη τρόφιμα (αλλεργία στο γάλα αγελάδας σε βρέφη), αλλά και να παρέχουμε προφύλαξη σε τυχόν τυχαία, δυνητικά επικίνδυνα συμβάντα, σε μεγαλύτερους ασθενείς (αναφυλακτικά επεισόδια σε αλλεργία σε ξηρούς καρπούς, ψάρι, θαλασσινά, κ.ά.), βελτιώνοντας κατακόρυφα την ποιότητα ζωής τους. Στο παρελθόν, είχε επιχειρηθεί κάτι τέτοιο, αλλά με φτωχά αποτελέσματα. Τα τελευταία όμως έτη, μετά και την πλήρη διερεύνηση των ανοσολογικών μηχανισμών της ανοσοθεραπείας, έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες, με διάφορα θεραπευτικά πρωτόκολλα, ιδιαίτερα στην τροφική αλλεργία στο γάλα αγελάδας και στο φυστίκι. Τα μηνύματα είναι αρκετά ελπιδοφόρα.



## ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΓΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

**Π.Α. Βαραγιάννης, MSc**

*Κλινικός Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, Γενικός Γραμματέας Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων-Διατροφολόγων*

Η οικολογική επιβάρυνση της Γης ως απόρροια της διατροφής του ανθρώπου συνιστά ένα καίριο πρόβλημα που χρήζει ιδιαίτερης επιστημονικής προσέγγισης και απαιτεί άμεση κινητοποίηση και στοχευμένη στρατηγική για την βιώσιμη επίλυσή του και την επαναφορά του στην αρχική έννοια της διατροφής η οποία θα έπρεπε να σηματοδοτεί μια συγκεκριμένη φιλοσοφία και στάση ζωής.

Αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι το περιβάλλον και η διατροφή του ανθρώπου είναι δυο συστήματα που αναπτύσσουν ισχυρές και αμφίδρομες σχέσεις εξάρτησης, συναρτήσεως ποικίλων συμμεταβλητών και συνθηκών: το περιβάλλον διαμορφώνει τα διατροφικά πρότυπα του ανθρώπου και αντίστροφα η σίτιση επηρεάζει το οικοσύστημα. Αποδίδοντας σχηματικά τις σχέσεις αλληλεξάρτησης ως αίτιο-αιτιατό και αντίστροφα [περιβάλλον → διατροφή], διαπιστώνουμε ότι με την πάροδο των χρόνων η διατροφή του ανθρώπου άρχισε να γίνεται το επίκεντρο αυτής της σχέσης με αρνητικές και ολέθριες για το περιβάλλον επιπτώσεις (σε κλίμα και έδαφος).

Σήμερα, είμαστε κοινωνοί ενός είδους παγκόσμιας διατροφής-τραπεζιού, ως συνέπεια μιας υπερεθνικής διατροφικής μόδας και συμπεριφοράς που διαμορφώνεται υποσυνείδητα από τα νέου τύπου κοινωνικά πρότυπα, αφαιρώντας τη διατροφική

ταυτότητα-παράδοση-πολιτισμό των χωρών επιβαρύνοντας παράλληλα, βάνουσα το περιβάλλον και την ανθρώπινη υγεία.

Στον αντίποδα αυτού, η έννοια της αυθεντικότητας, της εντοπιότητας θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικές για τη βιωσιμότητα, την ελαχιστοποίηση του κινδύνου αγοράς, την ενίσχυση της αγροτικής οικονομίας, την ασφάλεια και την ποιότητα. Είναι γνωστό, επίσης ότι η παραγωγή και η κατανάλωση τοπικών, βιολογικών, εποχικών και γνήσιων προϊόντων στον τόπο παραγωγής (από κατοίκους αλλά και από γαστρονομικό τουρισμό) μειώνει το κόστος μεταφοράς και, κατά συνέπεια, την παραγωγή ενέργειας, με απώτερη επιδίωξη την προστασία του αγροτικού τοπίου και γενικότερα την εξυγίανση της Γης. Η παραγωγή αυθεντικών προϊόντων και η τήρηση της τροφικής αλυσίδας, αποτελεί την αιχμή του δόρατος της νέας διατροφικής πολιτικής-διπλωματίας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μια κατανάλωση βασισμένη σε βιώσιμα καταναλωτικά πρότυπα μιας υγιεινής και οικολογικής συμπεριφοράς και να καταλήξει σε ένα αποτελεσματικό πρότυπο παραγωγής και κατανάλωσης, με τη λιγότερη δυνατή επιβάρυνση στο περιβάλλον και την καλύτερη δυνατή διατήρηση της ευζωίας και ευημερίας της κοινωνίας.

Οι επιλογές των καταναλωτών πρέπει να προσανατολίζονται προς τροφές περισσότερο υγιεινές, θρεπτικότερες, γευστικότερες και που παράγονται με μεθόδους που σέβονται περισσότερο το περιβάλλον και βελτιώνουν το εμπορικό και αγροτικό ισοζύγιο. Είναι αναγκαία, όσο ποτέ πλέον, η καλλιέργεια των συνθηκών για την τήρηση των νόμιμων κανόνων στον τομέα του περιβάλλοντος και του κύκλου ζωής των προϊόντων εφόσον, πέρα από τα χαρακτηριστικά της θρεπτικής αξίας των προϊόντων, οι κανόνες αυτοί αφορούν στην προ-

στασία των φυσικών πόρων, στη δημιουργία λιγότερων αποβλήτων, μικρότερων επιπτώσεων στο περιβάλλον και στην ελάττωση του «οικολογικού αποτυπώματος».

Σε παγκόσμιο επίπεδο είναι αναγκαίο, η διατροφική δημοκρατία να χτίζεται παράλληλα με τη περιβαλλοντική δημοκρατία, σε συνεργασία με τις περιβαλλοντικές οργανώσεις και τα κινήματα των καταναλωτών και των αγροτών με το σύνθημα «σκέψου σφαιρικά δράσε τοπικά».

## SLOW FOOD-Η ΤΡΟΦΗ ΣΑΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

### Π. Γεωργιάδης, MSc

*Εθνοβοτανολόγος, Υποψήφιος Διδάκτωρ, Ινστιτούτο Κοινωνικών Επιστημών Αγροτικού Τομέα, Πανεπιστήμιο Hohenheim*

Το Slow Food, το παγκόσμιο κίνημα της οίκο-γαστρονομίας, δεν έχει τόσο να κάνει με τη βραδυφαγία. Είναι ένας διεθνής μη-κερδοσκοπικός οργανισμός που αποτελείται από 100.000 μέλη σε 160 χώρες. Με τις δράσεις τους σε πάνω από 1300 συντροφικές (confinia) σε ολόκληρο τον κόσμο, τα μέλη του προσπαθούν να ενθαρρύνουν τις τοπικές κοινωνίες τους να αναγνωρίζουν, να υποστηρίζουν αλλά και να απαιτούν φαγητό που είναι καλό, καύαρό και δίκαιο. Το καλό φαγητό, δηλαδή το εύγευστο, το φρέσκο, της εποχής, ενεργοποιεί και ικανοποιήσει τις αισθήσεις. Καθαρό, σημαίνει πως έχει παραχθεί με σεβασμό στα οικοσυστήματα, τους φυσικούς πόρους και το περιβάλλον. Είναι το φαγητό που τρέφει χωρίς να βλάπτει την υγεία, και είναι δίκαιο, επειδή σέβεται την κοινωνική δικαιοσύνη και εξασφαλίζει δίκαιη αποζη-

μίωση του μόχθου και σωστές συνθήκες για όλους εκείνους που είναι μέρος της διατροφικής αλυσίδας -από την παραγωγή και την τυποποίηση, μέχρι τη διανομή και την κατανάλωση. Όταν η τροφή σέβεται τη μνήμη, τον πολιτισμό, τον άνθρωπο και τη Γη, τότε επανέρχεται ως πανάρχαιο στοιχείο και ιερό κομμάτι της ύπαρξης μας, αναμειγνύοντας την εμπειρία μας με εκείνη της φύσης. Είναι ένας τρόπος αυτο-έκφρασης, μία ένδειξη αμοιβαίου σεβασμού. Πάνω απ' όλα, η τροφή είναι ό,τι πραγματικά είμαστε, ανεξάρτητα από τις διαφορές που χαρακτηρίζουν τις ταυτότητες μας. Σήμερα, το να αποκαταστήσουμε την τροφή στο φυσικό, πρωταρχικό ρόλο της είναι μία πράξη με μεγάλη πολιτική σημασία. Ως ένα βαθμό είναι μια επαναστατική πράξη. Ή καλύτερα μία νέα Αναγέννηση: αυτή της υπαίθρου.

## ΜΕΡΙΔΕΣ: ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ... ΜΕΤΡΑΕΙ

### I. Κατσαρόλη, MSc

Κλινική Διαιτολόγος – Διατροφολόγος

**Σκοπός:** Σκοπός της έρευνας «Μερίδες: το μέγεθος ... μετράει», που διεξήχθη από το ελληνικό portal διατροφής mednutrition.gr, ήταν να αξιολογήσει τις γνώσεις των ερωτώμενων για τις συνιστώμενες μερίδες και να εξετάσει αν το μέγεθος της μερίδας που συνήθως καταναλώνουν σχετίζεται με το σωματικό τους βάρος. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Ιούνιο του 2010 έως και τον Αύγουστο του 2011, σε τυχαίο δείγμα 1078 ατόμων (Μέση Τιμή Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)= $24,9 \pm 5,1$  κιλά/μέτρα<sup>2</sup>). **Αποτελέσματα:** Στην πλειοψηφία τους οι ερωτώμενοι γνώριζαν ποιες είναι οι συνιστώμενες μερίδες, ωστόσο, συνήθιζαν να καταναλώνουν μεγαλύτερες ( $P < 0,001$ ). Ο ΔΜΣ βρέθηκε, ότι σχετίζεται σημαντικά με την κατανάλωση μεγαλύτερων μερίδων, δηλαδή οι υπέρβαροι ή/και παχύσαρκοι σέρβιραν μεγαλύτερες – και μάλιστα σχεδόν διπλάσιες- μερίδες από τις ενδεδειγμένες ( $P < 0,001$ ). Επιπλέον, οι παχύσαρκοι ήταν περισσότερο πιθανό, να μην αφήσουν φαγητό στο πιάτο τους ακόμα και

όταν είχαν χορτάσει ( $P < 0,001$ ). Το 59,2% των συμμετεχόντων, ανεξάρτητα από το σωματικό βάρος, έτρωγε περισσότερο όταν σέρβιρε σε μεγαλύτερα σκεύη και το 60,9% θεωρούσε πως χορταίνει καλύτερα όταν σερβίρει σε μικρότερο πιάτο (όπου η μερίδα φαίνεται μεγαλύτερη). Αντίθετα, οι περισσότεροι απάντησαν πως όταν συνόδευαν το γεύμα τους με σαλάτα, είχαν 1,7 μεγαλύτερη πιθανότητα να καταναλώσουν λιγότερο φαγητό ( $P = 0,033$ ). Το 69% διάβαζε σπάνια ή ποτέ τη συνιστώμενη μερίδα στις διατροφικές ετικέτες, με τους υπέρβαρους/παχύσαρκους να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να την αγνοούν συστηματικά ( $P = 0,007$ ). **Συζήτηση:** Η κατανάλωση μεγαλύτερων μερίδων βρέθηκε ότι σχετίζεται θετικά με το ΔΜΣ. Επιπλέον, τα μεγάλα σκεύη βρέθηκε ότι οδηγούν σε υπερκατανάλωση, ενώ το μικρό πιάτο και η σαλάτα στο γεύμα, μπορούν να μειώσουν αποτελεσματικά την προσλαμβανόμενη ποσότητα.

## HETEROGENEITY OF OBESITY. EFFECTS OF WEIGHT LOSS IN METABOLICALLY HEALTHY BUT OBESE INDIVIDUALS

### V. Mohamed-Ali, PhD

*Senior Lecturer/Group Leader Adipokines and Metabolism Research Group Centre for Clinical Pharmacology, Division of Medicine, University College London*

Figures from the World Health Organisation (WHO) state that there were 1.6 billion overweight and 400 million obese adults in 2005. Projections for 2015 suggest that these figures will have nearly doubled to 2.3 billion overweight and 700 million obese adults. Obesity is the most prevalent nutritional disorder in industrialized countries and is associated with a significantly increased risk for cardiovascular morbidity and mortality. Obesity, with its co-morbidities, has a total impact on cardiovascular disease in the general population approximately equal to that of smoking and perhaps exceeding that of raised LDL cholesterol. The costs of treating either the disease or its associated co-morbidities are likely to be prohibitive. However, considerable individual variation in the relationship between obesity and metabolic disease exists that is masked in population studies. While the majority of individuals with obesity develop associated conditions such as insulin resistance, type 2 diabetes, dyslipidemia, and cardiovascular disease, emerging data point to there being groups of patients, accounting for up to 25% of the obese population, that are apparently healthy and free of metabolic syndrome; the 'metabolically healthy but obese' (MHO). The metabolic profiles of MHO subjects are not significantly different from those of lean subjects, with some longitudinal studies showing them to have a lower incidence of type 2 diabetes and coronary heart disease, compared to pathologically obese (PO) subjects. Therefore, recent

interest has focused on trying to stratify obesity into groups with varying degrees of disease risk and understanding the mechanisms that underlie these differences so that the most appropriate therapeutic strategies can be adopted for treating these different phenotypes. Two challenges currently exist with regards to our study and understanding of the MHO phenotype. Firstly, a consensus on how the phenotype is defined has not been reached. Most research that distinguishes MHO and PO non-diabetic individuals has used common metabolic parameters such as visceral fat content, fasting plasma glucose, fasting insulin levels and HOMA-IR calculations. Some have also included other specific parameters such as C-reactive protein (CRP), other inflammatory markers and serum adipokines. However, their efficacy in predicting the MHO/PO phenotype needs further investigation. Secondly, once stratified into MHO phenotype the question remains as to how best to treat these patients, or whether we treat them at all. In PO, the evidence of weight loss and improvement in insulin sensitivity with diet and exercise therapy is apparent, and studies have shown that exercise alone can improve insulin signalling and sensitivity in the tissues involved. But, data on the effectiveness of exercise and diet or other forms of obesity reducing treatment for MHO individuals is very scarce and the results variable. This review will outline the data currently available on the above issues.

### Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΩΝ ΕΞΑΔΩΝ: ΕΝΑΣ ΝΕΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΞΙ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΔΥΣΘΡΕΨΙΑΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κ.Α. Πούλια,<sup>1,2</sup> Μ. Γιαννακούλια,<sup>3</sup> Δ. Καραγεώργου,<sup>3</sup> Μ. Γκαμαλέτσου,<sup>4</sup>  
Δ. Παναγιωτάκος,<sup>3</sup> Ν. Σύψας,<sup>4</sup> Α. Ζαμπέλας<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Διατροφής, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>2</sup> Μονάδα Διατροφής του Ανθρώπου, Τμήμα Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>3</sup> Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>4</sup> Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΓΝΑ «Λαϊκό» και Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η κακή θρέψη/δυσθρεψία στους ηλικιωμένους αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα, με υψηλό επιπολασμό στα νοσηλευτικά ιδρύματα και τις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων. Η απουσία μεθόδου αναφοράς για την ανίχνευση διατροφικού κινδύνου μας οδήγησε στην αξιολόγηση της αξιοπιστίας έξι εργαλείων ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου που χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη σε ηλικιωμένους ασθενείς. **Μέθοδος:** Εξετάστηκαν 248 άτομα (129 άνδρες και 119 γυναίκες) ηλικίας 75,2±8,5 έτη. Η ανίχνευση διατροφικού κινδύνου πραγματοποιήθηκε με τα ακόλουθα εργαλεία: Nutritional Risk Index (NRI), Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI), Subjective Global Assessment (SGA), Mini Nutritional Assessment-Short version (MNA-SF), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) και με το Nutritional Risk Screening 2002

(NRS-2002). Τα εργαλεία αξιολογήθηκαν με τη μέθοδο των εξάδων, μια στατιστική μέθοδο που πρώτη φορά χρησιμοποιείται στην αξιολόγηση μεθόδων ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου. **Αποτελέσματα:** Το ποσοστό των ατόμων σε διατροφικό κίνδυνο ή/και δυσθρεψία διέφερε σημαντικά ανάλογα με το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε και κυμάνθηκε από 47,2-97,6%. Το MUST βρέθηκε να είναι το πιο αξιόπιστο εργαλείο διατροφικής (validity coefficient=0,766, CI 95%: 0,690-0,841). Από την άλλη, το NRS 2002 αν και βρέθηκε να έχει τη μεγαλύτερη ευαισθησία (99,4%), είχε τη χαμηλότερη ειδικότητα και την χαμηλότερη θετική προγνωστική ισχύ (68,2%). **Συμπέρασμα:** Συμπερασματικά το MUST φαίνεται να είναι το πιο αξιόπιστο εργαλείο για την ανίχνευση διατροφικού κινδύνου σε ηλικιωμένους κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.

## ΠΑ2

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ν. Κόντου,<sup>1</sup> Ι. Γκιουλμπασάνης,<sup>2,3</sup> Κ. Καλμπάκης,<sup>3</sup> Ζ. Γιαννούση,<sup>3</sup> Μ. Μακρίδου,<sup>2</sup> Π. Βλαχοστεργίος,<sup>2</sup>  
Κ. Καμποσιώρας,<sup>2</sup> Α. Πάλλης,<sup>3</sup> Δ. Κάκαλου,<sup>2</sup> Χ. Παπανδρέου<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Διατροφής, Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

<sup>2</sup> Ογκολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

<sup>3</sup> Ογκολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτη

**Σκοπός:** Το σύνδρομο της καρκινικής καχεξίας απαντάται στα 2/3 των ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο (στο 80% των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο πνεύμονα) και ευθύνεται για την κακή ποιότητα ζωής και το μικρό προσδόκιμο επιβίωσης. Το σύνδρομο προκαλείται από την αυξημένη παραγωγή κυττοκινών και χαρακτηρίζεται από την απώλεια μυϊκής μάζας και την παρουσία φλεγμονώδους αντίδρασης. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ της κατάστασης θρέψης και της συστηματικής φλεγμονώδους απάντησης ασθενών με μεταστατικό καρκίνο πνεύμονα, καθώς και η διερεύνηση της προγνωστικής σημασίας των παραπάνω παραμέτρων. **Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη μπορούσαν να συμμετέχουν ασθενείς με νεοδιαγνωσθέν μεταστατικό καρκίνο πνεύμονα που δεν είχαν λάβει θεραπεία στο παρελθόν. Για την εκτίμηση της κατάστασης θρέψης χρησιμοποιήθηκε το πρωτόκολλο Mini Nutritional Assessment (MNA) ενώ για την συστηματική φλεγμονώδη κατάσταση το πρωτόκολλο Glasgow Prognostic Score (GPS). Και τα 2 πρωτόκολλα κατηγοριοποιούν τους ασθενείς σε 3 ομάδες κινδύνου. Για την συσχέτιση των δύο δεικτών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman, ενώ η αξιολόγηση της προγνωστικής τους αξίας έγινε

με την εφαρμογή μονο-παραγοντικής και πολυ-παραγοντικής ανάλυσης. **Αποτελέσματα:** Συνολικά, στη μελέτη εντάχθηκαν 122 ασθενείς (83,6% άνδρες), μέσης ηλικίας 65,5 έτη, εκ των οποίων 86 είχαν μη μικροκυτταρικό, 35 μικροκυτταρικό και 1 νευροενδοκρινούς τύπου καρκίνο πνεύμονα. Τα ποσοστά των ασθενών για κατηγορίες του MNA A, B, C ήταν 30,3%, 60,7% και 9%, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά των 3 κατηγοριών του GPS (0, 1, 2) ήταν 27,9%, 50,8% και 21,3%. Ο συντελεστής Spearman ανέδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των δύο δεικτών ( $r=0,289$ ,  $P=0,001$ ). Στην μονοπαραγοντική ανάλυση τόσο το MNA ( $P=0,031$ ) όσο και το GPS ( $P=0,002$ ) ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες του προσδόκιμου επιβίωσης. Σε πλήρως εξομοιωμένο μοντέλο πολυπαραγοντικής ανάλυσης μόνο το GPS ( $P=0,003$ ) διατήρησε την προγνωστική του ικανότητα. **Συμπεράσματα:** Η καρκινική καχεξία αποτελεί συχνό σύνδρομο στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα ακόμα και κατά τη διάγνωση της νόσου. Η υποθρεψία που παρατηρείται στα πλαίσια του συνδρόμου, συνήθως συνοδεύεται από την παρουσία φλεγμονώδους αντίδρασης γεγονός που ενισχύει τη θέση της συνδυασμένης θεραπείας. Η παρουσία του συνδρόμου σχετίζεται, επιπλέον, με δυσμενή πρόγνωση.

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΜΕ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

**Β. Ιατρίδη,<sup>1</sup> Μ. Κοντογιάννη,<sup>1</sup> Μ. Δαρεμά,<sup>2</sup> Π. Καϊσίδης,<sup>2</sup>  
Κ.Α. Πούλια,<sup>3</sup> Γ. Ζαββός,<sup>2</sup> Ι. Μπολέτης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Επιστήμης Διατολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>2</sup> Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Νεφρού, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>3</sup> Τμήμα Διατροφής, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

**Σκοπός:** Το υπέρβαρο και δευτερευόντως η υποθρεψία, έχουν συσχετιστεί με την έκβαση της μεταμόσχευσης νεφρού. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η λεπτομερής διατροφική αξιολόγηση υποψήφιων ληπτών νεφρικού μοσχεύματος για τον εντοπισμό δεικτών θρέψης που συσχετίζονται με δείκτες δυσλειτουργίας του μοσχεύματος έως το εξιτήριο των ασθενών από το νοσοκομείο. **Υλικό-Μέθοδος:** Σε 29 νεφροπαθείς υπό εξωνεφρική κάθαρση (51,7% λήπτες μοσχεύματος πτωματικής προέλευσης), εκτιμήθηκαν προμεταμοσχευτικά, ανθρωπομετρικοί (δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), δερματική πτυχή τρικεφάλου (TSF), περιφέρεια (ΜΑΜC) και επιφάνεια (ΜΑΜΑ) μύος μέσου βραχίονα) και βιοχημικοί (αλβουμίνη, ολικές πρωτεΐνες, αριθμός λεμφοκυττάρων) δείκτες θρέψης. Μεταμοσχευτικά, κατεγράφησαν η εμφάνιση καθυστερημένης λειτουργίας του μοσχεύματος (ΚΛΜ), ο αριθμός συνεδριών αιμοκάθαρσης, ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης (ΡΣΔ) και η παρουσία πρωτεϊνουρίας. **Αποτελέσματα:** Η παρουσία υπέρβαρου (ΔΜΣ >25 kg/m<sup>2</sup>) συσχετίστηκε θετικά με την εμφάνιση

ΚΛΜ (r=0,449, P=0,014) και τις απαιτούμενες συνεδρίες αιμοκάθαρσης (r=0,417, P=0,025). Επιπλέον, τόσο ο ΔΜΣ όσο και η TSF συσχετίστηκαν αρνητικά με τον ΡΣΔ κατά το εξιτήριο (r=-0,363, P=0,058 και r=-0,395, P=0,037, αντίστοιχα). Οι δείκτες πρωτεϊνικών αποθεμάτων ΜΑΜC και ΜΑΜΑ συσχετίστηκαν αρνητικά με την εμφάνιση ΚΛΜ (r=-0,577, P=0,001 και r=-0,574, P=0,001, αντίστοιχα) και τις συνεδρίες αιμοκάθαρσης (r=-0,411, P=0,027 και r=-0,451, P=0,014, αντίστοιχα) και θετικά με τον ΡΣΔ (r=0,417, P=0,027 και r=0,443, P=0,018, αντίστοιχα). Τα άτομα με σαρκοπενική παχυσαρκία παρουσίαζαν τάση για αυξημένες συνεδρίες αιμοκάθαρσης (P=0,088) και ΚΛΜ (P=0,089). Από τους βιοχημικούς δείκτες θρέψης, η ανεπάρκεια λεμφοκυττάρων (<1500/mm<sup>3</sup>) έτεινε να συσχετίζεται αρνητικά με το ΡΣΔ (P=0,083). **Συμπεράσματα:** Η προμεταμοσχευτική δυσθρεψία, τόσο ως υπέρβαρο όσο και ως υποθρεψία, επηρεάζει δυσμενώς τη λειτουργία του μοσχεύματος, υποδεικνύοντας την ανάγκη έγκαιρης ανίχνευσής της στους υποψήφιους λήπτες νεφρικού μοσχεύματος.



## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΦΛΑΒΟΝΟΕΙΔΩΝ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Χ. Δερδεμέζης,<sup>1,2</sup> Δ. Κιόρτσος,<sup>1</sup> Θ. Φιλιππάτος,<sup>2</sup> Β. Τσιμικόδημος,<sup>2</sup> Π. Βεζυράκη,<sup>1</sup>  
Μ. Αργυροπούλου,<sup>3</sup> Α. Τσελέπης,<sup>4</sup> Α. Ευαγγέλου,<sup>1</sup> Μ. Ελισάφ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>2</sup> Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>3</sup> Ακτινολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>4</sup> Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η παχυσαρκία συσχετίζεται με αυξημένη προδιάθεση για την εκδήλωση αθηροσκλήρωσης και αυξημένη επίπτωση στεφανιαίας νόσου. Η διατροφή είναι γνωστό ότι συσχετίζεται με την πρόσληψη και τη θεραπεία, τόσο των καρδιαγγειακών νοσημάτων, όσο και της παχυσαρκίας. Αντιοξειδωτικές πολυφαινολικές ουσίες, όπως είναι τα φλαβονοειδή που περιέχονται κυρίως σε φρούτα και λαχανικά, φαίνεται ότι προστατεύουν από καρδιαγγειακά συμβάματα. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης της πρόσληψης των φλαβονοειδών της διατροφής με κλινικούς και βιοχημικούς δείκτες σε άτομα με παχυσαρκία. **Υλικό-Μέθοδος:** Συμμετείχαν 100 παχύσαρκοι ασθενείς (20 άνδρες & 80 γυναίκες). Η πρόσληψη των φλαβονοειδών εκτιμήθηκε με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Η διατασιμότητα των αγγείων ελέγχθηκε σε 20 από τους παραπάνω ασθενείς με μαγνητική τομογραφία της αορτής. **Αποτελέσματα:** Η συνολική πρόσληψη φλαβονοειδών ήταν 275,38

(77,21–823,03) mg ανά ημέρα. Βρέθηκαν θετικές συσχετίσεις της πρόσληψης φλαβονοειδών με την ηλικία ( $r=0,27$ ,  $P<0,05$ ) και την HDL χοληστερόλη ( $r=0,27$ ,  $P<0,05$ ), καθώς και αρνητική συσχέτιση των προσλαμβανόμενων φλαβονοειδών με τα τριγλυκερίδια ( $r=-0,21$ ,  $P<0,05$ ) και την ινσουλίνη ( $r=-0,26$ ,  $P<0,05$ ). Επιπρόσθετα, η ημερήσια πρόσληψη φλαβονοειδών και προανθοκυανιδινών συσχετιζόνταν αρνητικά με τη δραστηριότητα της αμινοτρανσφεράσης της αλανίνης ( $r=-0,25$  &  $r=-0,22$ ,  $P<0,05$  και για τα δύο), ενώ τα προσλαμβανόμενα φλαβονοειδή συσχετιζόνταν επιπλέον αρνητικά με τη δραστηριότητα της γλουταμινικής αμινοτρανσφεράσης ( $r=-0,23$ ,  $P<0,05$ ). Η διατασιμότητα της αορτής δεν εμφάνισε καμία συσχέτιση με την πρόσληψη φλαβονοειδών. **Συμπεράσματα:** Είναι πιθανόν να υπάρχουν ευνοϊκές επιδράσεις των φλαβονοειδών στο μεταβολισμό των λιπιδίων, των υδατανθράκων και της ηπατικής λειτουργίας σε παχύσαρκα άτομα.

## ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΜΑΚΡΟΘΡΕΠΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗΣ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ (NAFLD)

Ν. Τιλελή,<sup>1</sup> Μ. Κοντογιάννη,<sup>1</sup> Α. Μαργαρίτη,<sup>2</sup> Μ. Γεωργούλης,<sup>1</sup> Μ. Ντόιτς,<sup>2</sup> Ρ. Ζαφειροπούλου,<sup>2</sup>  
Ε. Γραμματικάκη,<sup>1</sup> Ι. Μανιός,<sup>1</sup> Γ. Παπαθεοδωρίδης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Επιστήμης Διατολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>2</sup> Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η NAFLD αποτελεί μια πολύπλοκη νόσο, η αιτιολογία της οποίας δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι διατροφικές συνήθειες συμμετέχουν στην εμφάνιση και εξέλιξη της νόσου. Να διερευνηθεί η συσχέτιση της διαιτητικής πρόσληψης μακροθρεπτικών συστατικών με την παρουσία της NAFLD. **Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν 31 εθελοντές με NAFLD και 30 υγιείς μάρτυρες ταιριασμένοι ως προς το φύλο και την ηλικία. Σε όλους τους εθελοντές πραγματοποιήθηκε λήψη ιατρικού ιστορικού, αξιολόγηση σωματικής δραστηριότητας, μέτρηση ανθρωπομετρικών παραμέτρων, σύστασης σώματος και βιοχημικών δεικτών. Η διαιτητική πρόσληψη μακροθρεπτικών συστατικών αξιολογήθηκε με τριήμερες ανακλήσεις εικοσιτετράωρου. **Αποτελέσματα:** Οι εθελοντές με NAFLD είχαν μεγαλύτερη ημερήσια πρόσληψη λινλαϊκού οξέος και α-λινολενικού οξέος σε σχέση με τους υγιείς εθελοντές (9,57±3,69g έναντι 7,76±2,47g, P=0,028 και 0,91±0,35 g έναντι 0,73±0,30 g, P=0,039

αντίστοιχα) και έτειναν να προσλαμβάνουν περισσότερα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα (23,03±6,17% έναντι 20,55±4,34%, P=0,075) και συνολικό λίπος (43,9±7,35% έναντι 40,71±6,63%, P=0,080). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολλαπλής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης, από τα μακροθρεπτικά συστατικά που ελέγχθησαν μόνο η πρόσληψη λίπους φάνηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την πιθανότητα παρουσίας της NAFLD. Συγκεκριμένα αύξηση του ποσοστού του προσλαμβανόμενου λίπους κατά 1% σχετιζόταν με αύξηση της πιθανότητας παρουσίας NAFLD κατά 15,6% (OR=1,156, 95% CI=1,006-1,330), μετά από διόρθωση ως προς το φύλο, την ηλικία, το σπλαχνικό λίπος, τις καθιστικές δραστηριότητες και τις τιμές LDL χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων και του δείκτη αντίστασης στην ινσουλίνη HOMA-IR. **Συμπεράσματα:** Η υψηλότερη ημερήσια διαιτητική πρόσληψη λίπους φαίνεται να συσχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα παρουσίας της NAFLD.

## ΠΑ6

## ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ ΣΥΝΔΥΑΖΟΥΝ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΓΕΥΜΑΤΩΝ: ΜΕΛΕΤΗ HEALTHY GROWTH

**Χ. Μαυρογιάννη, Γ. Μοσχώνης, Ο. Ανδρούτσος, Β. Ιατρίδη, Χ. Κατσαρού,  
Α. Γιαννοπούλου, Ε. Αβλίκου, Ι. Μανιός**

*Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι συνήθειες διατροφής, άσκησης και ύπνου έχουν συσχετισθεί μεμονωμένα με την ινσουλινοαντίσταση σε παιδιά και εφήβους. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του συνδυασμού παραγόντων τρόπου ζωής και της ινσουλινοαντίστασης σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας. **Υλικό-Μέθοδος:** Συλλέχθηκαν ανθρωπομετρικά, διατροφικά (ανακλήσεις 24ώρου), βιοχημικά (γλυκόζη, ινσουλίνη), κλινικά (στάδια ανάπτυξης κατά Tanner), κοινωνικοοικονομικά δεδομένα και δεδομένα φυσικής δραστηριότητας (ΦΔ)/διάρκειας ύπνου από αντιπροσωπευτικό δείγμα 2026 παιδιών 9-13 ετών της μελέτης Healthy Growth. Η ανάλυση σε κύριες συνιστώσες χρησιμοποιήθηκε για την αναγνώριση προτύπων τρόπου ζωής. **Αποτελέσματα:** Ο επιπολασμός της ινσουλινοαντίστασης βρέθηκε να κυμαίνεται μεταξύ 5,9-31,1% για διαφορετικές κατωφλικές τιμές των δεικτών HOMA και FGIR. Μετά από διόρθωση για διάφορους πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες, το πρότυπο που συσχετίστηκε θετικά με το HOMA ( $\beta=0,015$ ,  $P=0,024$ ) χαρακτηριζόταν

από αυξημένο χρόνο τηλεθέασης/χρήσης υπολογιστή, μικρή διάρκεια ύπνου και αυξημένη κατανάλωση σακχαρούχων ροφημάτων (πρότυπο 3), ενώ αυτό που συσχετίστηκε αρνητικά ( $\beta=-0,059$ ,  $P=0,004$ ) χαρακτηριζόταν από αυξημένο χρόνο μέτριας-προς-υψηλής έντασης ΦΔ και συχνότερα γεύματα (πρότυπο 4). Αντίστοιχες συσχετίσεις βρέθηκαν για το FGIR ( $\beta=-0,050$ ,  $P=0,016$  και  $\beta=0,102$ ,  $P<0,001$  αντίστοιχα). Τα παιδιά με επίπεδα ΦΔ και συχνότητα γευμάτων πάνω από τις μέσες τιμές που αντιστοιχούσαν στο 3ο τεταρτημόριο του προτύπου 4 (δηλαδή  $>72,2$  λεπτά ΦΔ/ημέρα και  $>5,05$  γεύματα/ημέρα) είχαν 33,6-45% μικρότερη πιθανότητα να έχουν ινσουλινοαντίσταση. **Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι τα παιδιά που αφιέρωναν πάνω από 72 λεπτά/ημέρα σε μέτριας-προς-υψηλής έντασης ΦΔ και κατανάλωναν περισσότερα από 5 γεύματα/ημέρα είχαν μειωμένη πιθανότητα παρουσίας ινσουλινοαντίστασης. Η μελέτη των προτύπων τρόπου ζωής πιθανώς παρέχει μια πιο ολιστική διερεύνηση της επίδρασης διαφόρων συμπεριφορών στην υγεία.

## ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΙΑΣ ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΩΝ ΘΕΡΜΙΔΩΝ ΔΙΑΙΤΑΣ ΜΕ ΜΙΑ ΥΠΟΘΕΡΜΙΔΙΚΗ ΧΑΜΗΛΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Α. Πετρίδου,<sup>1</sup> Δ. Βλάχος,<sup>2</sup> Α. Γανοτοπούλου,<sup>3</sup> Χ. Στάθη,<sup>4</sup> Α. Κουτσοβασίλης,<sup>3</sup>  
Δ. Δουλγεράκης,<sup>4</sup> Ε. Διακουμοπούλου,<sup>4</sup> Ν. Τεντολούρης,<sup>4</sup> Α. Μελιδώνης<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Κλινικός Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, M. Med. Sci, EurodietMed

<sup>2</sup> Γενικός Ιατρός, Πρόεδρος ΔΙΑ.ΖΩ, Αθήνα

<sup>3</sup> Διαβητολογικό Κέντρο «Τζάνειο» Νοσοκομείο, Πειραιάς

<sup>4</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Λαϊκό» Νοσοκομείο, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Έρευνες έχουν δείξει ότι οι πολύ χαμηλών θερμίδων δίαιτες χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία μεταβολικών διαταραχών όπως παχυσαρκία, μεταβολικό σύνδρομο και διαβήτη τύπου 2. Να αξιολογηθεί και να συγκριθεί η αποτελεσματικότητα μιας πολύ χαμηλών θερμίδων δίαιτας (VLCD) σε σχέση με μια υποθερμιδική μεσογειακή χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη δίαιτα (LGID) στο μεταβολικό προφίλ ασθενών με διαβήτη τύπου 2. **Υλικό-Μέθοδος:** Εβδομήντα δύο ασθενείς με διαβήτη τύπου 2, 54,41±8,48 ετών, εντάχθηκαν σε 2 ομάδες. Η ομάδα VLCD ακολούθησε για 8 εβδομάδες ένα δομημένο πρόγραμμα με προϊόντα υψηλών πρωτεϊνών, χαμηλών θερμίδων, λιπαρών, υδατανθράκων και 14 εβδομάδες δίαιτας χαμηλού γλυκαιμικού φορτίου σταδιακά αυξανόμενου. Η ομάδα LGID ακολούθησε για 22 εβδομάδες μια υποθερμιδική μεσογειακή χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη δίαιτα. Εκτιμήθηκαν ανθρωπομετρικοί δείκτες,

γλυκαιμικό και λιπιδαιμικό προφίλ στην έναρξη, στις 2, 9 και 22 εβδομάδες. **Αποτελέσματα:** Στην ομάδα VLCD το βάρος μειώθηκε σημαντικά (109,74±20,73 σε 93,81±19,13) σε σχέση με την LGID (103,50±14,84 σε 98,54±14,64). Επίσης, η ομάδα VLCD σε σχέση με την LGID είχε μεγαλύτερη μείωση της γλυκόζης νηστείας (47,97±17,21 mg/dL vs 24,13±12,21) και της HbA1c (8,8±1,8% σε 7,3±1,5% vs 8,3±1,9% σε 7,8±2,1%). Στατιστικά σημαντικές ήταν οι μειώσεις χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων και αρτηριακής πίεσης και η αύξηση της HDL στην ομάδα VLCD σε σχέση με την ομάδα LGID. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι αλλαγές στην ομάδα VLCD έγιναν στατιστικά σημαντικές από τον 2ο κιόλας μήνα εφαρμογής της δίαιτας. **Συμπεράσματα:** Η πολύ χαμηλών θερμίδων δίαιτα υπερτερεί έναντι της υποθερμιδικής μεσογειακής χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη δίαιτας στα μεταβολικά οφέλη σε παχύσαρκους διαβητικούς ασθενείς.

## ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ Lp-PLA2 ΚΑΙ ΤΗΣ PAF-AH ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ ΥΓΙΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Π. Ντετοπούλου, Τ. Νομικός, Ε. Φραγκοπούλου, Δ. Παναγιωτάκος, Σ. Αντωνοπούλου

Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η δραστικότητα της σχετιζόμενης με λιποπρωτεΐνες-φωσφολιπάσης-A2 (Lp-PLA2) ή PAF-ακετυλοϋδρολάσης (PAF-AH) θεωρείται ένας αναδυόμενος δείκτης καρδιαγγειακού κινδύνου. Τα λευκοκύτταρα αποτελούν μία σημαντική πηγή της Lp-PLA2 του ορού. Σκοπός ήταν η μελέτη της σχέσης της δραστικότητας της Lp-PLA2 και της PAF-AH με διατροφικούς παράγοντες. **Υλικό-Μέθοδος:** Η δραστικότητα της Lp-PLA2 και της PAF-AH λευκοκυττάρων προσδιορίστηκε σε 106 υγιείς εθελοντές (58 άνδρες/48 γυναίκες, 44±13 ετών). Οι διατροφικές συνήθειες αποτυπώθηκαν μέσω FFQ. Υπολογίστηκε η αντιοξειδωτική ικανότητα της δίαιτας (δείκτες FRAP, TRAP και TEAC) και ταυτοποιήθηκαν τα κυρίαρχα διατροφικά πρότυπα με ανάλυση κύριων συνιστωσών. Επιπρόσθετα, έγινε ανάλυση σύστασης σώματος DXA και αξιολογήθηκε η κατάσταση άγχους μέσω κατάλληλων ερωτηματολογίων. **Αποτελέσματα:** Οι δραστικότητες της Lp-PLA2 ήταν 19,6±4,9 και 24,8±4,4 nmol/min/mL και της PAF-AH ήταν 292±91 και 386±127 pmol/min/mg στις γυναίκες και τους

άνδρες, αντίστοιχα ( $P < 0,001$ ). Σε μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης στους άνδρες το κοιλιακό λίπος συσχετίστηκε θετικά με την Lp-PLA2 ( $B \pm SE: 1,55 \pm 0,54$ ,  $P = 0,007$ ) και οριακά με την PAF-AH ( $B \pm SE: 36,4 \pm 19,5$ ,  $P = 0,07$ ). Στις γυναίκες η Lp-PLA2 σχετίστηκε αρνητικά με την κατανάλωση φυτικών ροφημάτων ( $B \pm SE: -0,1 \pm 0,05$ ,  $P < 0,001$ ). Η PAF-AH σχετίστηκε αρνητικά με την αντιοξειδωτική ικανότητα της δίαιτας ( $B \pm SE: -3,31 \pm 1,83$ ,  $P = 0,078$ ) καθώς και με διατροφικά πρότυπα κατανάλωσης οσπρίων, λαχανικών, κόκκινου κρέατος, πουλερικών, ψαριών ( $B \pm SE: -19,4 \pm 10,6$ ,  $P = 0,077$ ), καφέ ( $B \pm SE: -26,6 \pm 12,8$ ,  $P = 0,046$ ) και κατανάλωσης δημητριακών ολικής άλεσης ( $B \pm SE: 32,7 \pm 15,8$ ,  $P = 0,047$ ). Επιπρόσθετα, η δραστικότητα της PAF-AH στις γυναίκες συσχετίστηκε θετικά με το άγχος και τη CRP. Όλα τα μοντέλα έχουν σταθμιστεί για συγχυτικούς παράγοντες. **Συμπέρασμα:** Τα μοντέλα εκτίμησης της δραστικότητας της Lp-PLA2 και PAF-AH διαφοροποιούνται μεταξύ ανδρών και γυναικών καθώς και μεταξύ τους. Ποικίλοι διατροφικοί παράγοντες επηρεάζουν τη δραστικότητα των ενζύμων μόνο στις γυναίκες.

## ΠΑ9

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΩΝ ΣΤΑ ΗΠΑΤΙΚΑ ΕΝΖΥΜΑ, ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΕΚΦΥΛΙΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Δ. Καραγιάννης, Κ. Πλατσά, Β. Κατσάρα, Κ. Καρακούσης

*Τμήμα Διατροφής και Κλινικής Διαιτολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η μη αλκοολική λιπώδης εκφυλίση του ήπατος (NAFLD) έχει αναγνωριστεί ως μια σημαντική επιβάρυνση για την δημόσια υγεία. Ο υψηλός επιπολασμός της NAFLD είναι πιθανόν να οφείλεται στις σύγχρονες επιδημίες της παχυσαρκίας και των ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών. Ο Κύριος σκοπός της μελέτης ήταν να συγκριθούν τα αποτελέσματα του θερμιδικού περιορισμού μόνο (ΘΠ) ή μαζί με την αποφυγή της κατανάλωσης αναψυκτικών (ΘΠ+ΑΑ) στα ένζυμα του ήπατος, ως δείκτη της ηπατικής βλάβης, σε παχύσαρκα άτομα με NAFLD. **Υλικό-Μέθοδος:** Συμμετείχαν συνολικά 86 άτομα με καθιστικό τρόπο ζωής, ηλικίας 52+7 (SD) ετών με δείκτη μάζας σώματος 33,4+5,2 kg/m<sup>2</sup> στους οποίους η NAFLD είχε αξιολογηθεί με απεικονιστικό (υπερηχογραφικό) και εργαστηριακό έλεγχο. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε ένα πρόγραμμα διάρκειας 16 εβδομάδων σε (1) ομάδα ΘΠ, (2) ομάδα

ΘΠ+ΑΑ και 3) ομάδα ελέγχου. Η στατιστική ανάλυση έγινε χρησιμοποιώντας το στατιστικό λογισμικό πρόγραμμα SPSS 16.0. **Αποτελέσματα:** Η απώλεια βάρους ήταν κατά μέσο όρο 6,8 % στην ομάδα ΘΠ και 7,1% στην ομάδα με ΘΠ+ΑΑ (επίδραση του χρόνου, P<0,001, επίδραση της ομάδας, P=0,13). Η αμινοτρανσφεράση της Αλανίνης (ALT) στον ορό μειώθηκε κατά 18% στην ομάδα ΘΠ και κατά 25% στην ομάδα ΘΠ+ΑΑ (επίδραση του χρόνου, P<0,001, επίδραση της ομάδας, P=0,02). Οι Αντίστοιχες τιμές για την γ-Γλουταμυλτρανσφεράση (GGT) ήταν -23% και -31% αντίστοιχα (επίδραση του χρόνου, P<0,001, επίδραση της ομάδας, P=0,003). **Συμπεράσματα:** Η απώλεια σωματικού βάρους μαζί με την αποφυγή της κατανάλωσης αναψυκτικών φαίνεται να αποτελούν χρήσιμες συνιστώσες στην προσπάθεια μείωσης των ηπατικών ενζύμων σε παχύσαρκους ασθενείς με NAFLD.

## ΠΑ10

## ΠΑΡΑΛΗΨΗ ΓΕΥΜΑΤΟΣ ΛΟΓΩ ΦΟΡΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΟΞΕΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΜΑΡΤΥΡΩΝ

Χ.Μ. Καστορίνη,<sup>1,2</sup> Χ. Μπλιώνης,<sup>1</sup> Α. Ιωαννίδη,<sup>2</sup> Ε. Ντζιού,<sup>2</sup> Ε. Μπίκα,<sup>1</sup> Π. Σάββαρη,<sup>4</sup>  
Β. Νικολάου,<sup>3</sup> Κ. Βέμμος,<sup>4</sup> Ι. Γουδέβενος,<sup>1</sup> Δ. Παναγιωτάκος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

<sup>2</sup> Τμήμα Επιστήμης Διατροφολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο», Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (ΕΕΣ), Αθήνα, Ελλάδα

<sup>4</sup> Μονάδα Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων, Θεραπευτική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα, Ελλάδα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ της παράληψης γεύματος λόγω φόρτου εργασίας, και της παρουσίας οξέων στεφανιαίων συνδρόμων (ΟΣΣ) και ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ). **Υλικό-Μέθοδος:** Κατά τη διάρκεια 2009–2010, 1000 συμμετέχοντες εντάχθηκαν στη μελέτη: 250 διαδοχικοί ασθενείς με πρώτη εκδήλωση ΟΣΣ, 250 διαδοχικοί ασθενείς με πρώτη εκδήλωση ισχαιμικού ΑΕΕ και 500 υγιή άτομα, εξομοιωμένα κατά φύλο και ηλικία με τους ασθενείς. Καταγράφηκαν κοινωνικο-δημογραφικά, κλινικά, ψυχολογικά, διατροφικά και άλλα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής των συμμετεχόντων. Οι διατροφικές συνήθειες αξιολογήθηκαν με χρήση ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, ενώ οι διατροφικές συμπεριφορές με ειδικό ερωτηματολόγιο. **Αποτελέσματα:** Μετά από έλεγχο για ποικίλους συγχυτικούς παράγοντες (ηλικία, φύλο, φυσική δραστηριότητα, κάπνισμα, οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, ατομικό ιστορικό υπέρτασης, υπερχοληστερολαιμίας και σακχαρώδους διαβήτη,

καθώς και του δείκτη αποτίμησης της Μεσογειακής διατροφής MedDietScore), οι συμμετέχοντες που συνηθίζουν να παραλείπουν γεύμα λόγω φόρτου εργασίας συχνότερα από 1 φορά το μήνα είχαν σχεδόν διπλάσια πιθανότητα παρουσίας ΟΣΣ (ΣΛ: 2,19, 95% ΔΕ: 1,14–4,22). Παρόμοια η κατανάλωση τροφής υπό συνθήκες πίεσης, πριν το άτομο ηρεμήσει, καθώς και η κατανάλωση τροφής με παράλληλη εργασία συχνότερα από 1 φορά την εβδομάδα, συσχετίστηκαν με αυξημένη πιθανότητα παρουσίας ΟΣΣ (ΣΛ: 1,95, 95% ΔΕ: 0,87–4,38 και ΣΛ: 1,39, 95% ΔΕ: 0,76–2,55 αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις όσον αφορά την παρουσία ΑΕΕ. **Συμπεράσματα:** Η συχνή παράληψη γεύματος λόγω φόρτου εργασίας και η κατανάλωση τροφής υπό συνθήκες πίεσης και άγχους έχουν επιβαρυντικές συνέπειες όσον αφορά την εκδήλωση καρδιαγγειακών συμβαμάτων και ιδιαίτερα ΟΣΣ, μια παρατήρηση η οποία αξίζει περαιτέρω μελέτης, για την ένταξη της ως σύσταση στην καθημερινή κλινική πράξη.

## ΠΑ11

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ 3ΜΗΝΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΒΑΡΟΥΣ  
ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΑ/ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΠΑΙΔΙΑ

Ε. Μιχαλάκη,<sup>1</sup> Π. Περβανίδου,<sup>2</sup> Ε. Μαγκλής,<sup>1</sup> Φ. Γιαννίση,<sup>1</sup> Α. Γκουρογιάννη,<sup>2</sup>  
Κ. Παπανικολάου,<sup>3</sup> Γ. Χρούσος,<sup>2</sup> Μ. Γιαννακούλια<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Επιστήμης Διατροφολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>2</sup> Ιατρείο Παιδικής Παχυσαρκίας, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

<sup>3</sup> Παιδοψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Τα δεδομένα σχετικά με την επίδραση της ετοιμότητας του γονέα στην διαχείριση βάρους του παιδιού είναι ελλιπή. Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα μιας εντατικής παρέμβασης διαχείρισης βάρους σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά, ανάλογα το Στάδιο Ετοιμότητας των γονέων. **Υλικό-Μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 21 παιδιά, 8-11 ετών. Η παρέμβαση είχε διάρκεια 3 μηνών, με 12 δομημένες συνεδρίες. Σε κάθε συνεδρία υπήρχε ένας εξατομικευμένος στόχος διατροφής και ένας σωματικής δραστηριότητας, τους οποίους τα παιδιά καλούνταν να υλοποιήσουν, με τους γονείς να έχουν ρόλο βοηθητικό. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: στην Ομάδα Α, όπου οι γονείς βρίσκονταν στο στάδιο Προετοιμασίας και στην Ομάδα Β, όπου οι γονείς βρίσκονταν στο στάδιο Δράσης. **Αποτελέσματα:** Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς τα βασικά κοινωνικο-δημογραφικά χα-

ρακτηριστικά. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων συνολικά στο ποσοστό υπέρβαρου ( $P=0,364$ ), όμως υπήρξε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ χρόνου και ποσοστού, με την Ομάδα Α να έχει μια πτωτική πορεία στο χρόνο ενώ την Ομάδα Β να μην σημειώνει αντίστοιχη πορεία. Από την ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης βρέθηκε ότι η ολική ετοιμότητα των γονέων να κάνουν αλλαγές ( $b=-0,660$ ,  $P=0,003$ ), η ετοιμότητά τους για ενασχόληση του παιδιού με άσκηση τουλάχιστον 1 ώρα/ημέρα ( $b=0,438$ ,  $P=0,035$ ) και η ηλικία του παιδιού ( $b=-0,55$ ,  $P=0,009$ ) σχετίζονταν σημαντικά με την αλλαγή του ποσοστού υπέρβαρου. **Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει ότι η ετοιμότητα των γονέων είναι καθοριστικός παράγοντας στη διαχείριση βάρους των παιδιών, αλλά, αντίθετα από ό,τι αναμενόταν, οι γονείς που δήλωσαν πολύ έτοιμοι βοήθησαν λιγότερο αποτελεσματικά τα παιδιά τους.



## ΠΑ12

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΔΟΣΕΩΝ ΚΑΦΕΪΝΟΥΧΟΥ ΚΑΦΕ ΣΤΗΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΑΤΟΜΩΝ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΒΑΡΩΝ/ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ

Ά. Γαβριέλη, Ε. Καρφοπούλου, Θ. Καρδάτου, Ε. Σπυρέλη, Ειρ. Καλούδη,  
Ε. Φραγκοπούλου, Μ. Γιαννακούλια

*Τμήμα Επιστήμης Διατροφολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα*

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι υπάρχουν λίγες έρευνες για την επίδραση του καφέ στο ισοζύγιο ενέργειας, σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης διαφορετικών δόσεων καφέ στην ενεργειακή πρόσληψη κατά το επόμενο γεύμα ατόμων φυσιολογικού βάρους και υπέρβαρων/παχύσαρκων. Στη μελέτη συμμετείχαν 33 άτομα ηλικίας  $27 \pm 7$  ετών (από αυτά 17 υπέρβαρα/παχύσαρκα). Οι εθελοντές συμμετείχαν σε 3 δοκιμασίες, κατά τις οποίες έλαβαν με τυχαία σειρά ένα τυποποιημένο πρωινό γεύμα μαζί με 200 mL είτε καφέ Α [3 mg καφεΐνης/kg σωματικού βάρους (ΣΒ)], είτε καφέ Β (6 mg καφεΐνης/kg ΣΒ), είτε νερού. Έπειτα από 3 ώρες τους προσφέρθηκε ad libitum γεύμα με ποικιλία τροφίμων, και η διαιτητική τους πρόσληψη καταγράφηκε. Την επόμενη ημέρα ερωτήθηκαν τηλεφωνικά για την διαιτητική τους πρόσληψη από τη στιγμή που έφυγαν

από το εργαστήριο μέχρι το τέλος της ημέρας. Μόνο στα υπέρβαρα/παχύσαρκα άτομα βρέθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση της παρέμβασης στην ενέργεια του ad libitum γεύματος ( $P=0,05$ ) και στη συνολική της ημέρας ( $P=0,05$ ). Αναλυτικότερα, όταν οι εθελοντές κατανάλωσαν τον καφέ Β και το νερό κατανάλωσαν αντίστοιχα 281 και 233 kcal λιγότερες στο ad libitum γεύμα σε σχέση με τον καφέ Α. Επιπλέον, η πρόσληψη της ενέργειας των εθελοντών στο σύνολο της μέρας μετά την κατανάλωση του καφέ Β ήταν 669 kcal μικρότερη από την αντίστοιχη μετά την κατανάλωση νερού και 724 kcal μικρότερη από αυτή του καφέ Α. Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν ότι ο καφές μπορεί να επηρεάσει την ενεργειακή πρόσληψη των υπέρβαρων/παχύσαρκων ατόμων, όταν λαμβάνεται σε ποσότητες που αντιστοιχούν σε 6 mg καφεΐνης/kg ΣΒ ή ~4 φλιτζάνια καφέ.

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΚΑΙ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΗΤΕΡΑΣ-ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ, ΜΕΛΕΤΗ ΡΕΑ

Ι. Αποστολάκη,<sup>1</sup> Γ. Κριτωτάκης,<sup>2</sup> Μ. Βασιλάκη,<sup>1</sup> Β. Γεωργίου,<sup>1</sup> Α. Φιλαλήθης,<sup>1</sup>  
Μ. Κογεβίνας,<sup>1</sup> Α. Κούτης,<sup>1</sup> Λ. Χατζή<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Κρήτη

<sup>2</sup> Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης, Κρήτη

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση ελαιολάδου, λαχανικών, οσπρίων, φρούτων και ανεπεξέργαστων δημητριακών, μέτρια ως υψηλή κατανάλωση ψαριών, χαμηλή κατανάλωση κρέατος και προϊόντων κρέατος, και χαμηλή ως μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων. Η μεσογειακή διατροφή έχει σχετιστεί με θετική επίδραση στην υγεία της εγκύου και την έκβαση της εγκυμοσύνης. Το κοινωνικό κεφάλαιο χρησιμοποιείται για να διερευνήσει την επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος σε συμπεριφορές υγείας. Ωστόσο, δεν έχει διερευνηθεί η πιθανή επίδρασή του στη χρήση διατροφής μεσογειακού τύπου. Η διερεύνηση της επίδρασης του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου της μητέρας, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, στην αποδοχή του μοντέλου της μεσογειακής διατροφής στο πλαίσιο της προοπτικής επιδημιολογικής μελέτης μητέρας-παιδιού Κρήτης (Μελέτη Ρέα). **Υλικό-Μέθοδος:** Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν έγκυες γυναίκες στις Κλινικές Μαιευτικής και Γυναικολογίας των δύο δημόσιων νοσοκομείων Ηρακλείου και των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών στη διάρκεια ενός χρόνου (3/2007–2/2008). Οι γυναίκες (n=377) απάντησαν, μέσω προσωπικής συνέντευξης, σε ένα ημιποσοτικό σταθμισμένο ερωτηματολόγιο συχνότητας διατροφής κατά τη 14η-18η εβδομάδα κύησης και την «Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου» (SCQ-G) κατά την 24η εβδομάδα κύησης (αυτο-συμπλήρωση). Τα

τρόφιμα που συμπεριλήφθησαν στο ερωτηματολόγιο κατατάχθηκαν σε ομάδες (food groups) και υποομάδες τροφίμων (food subgroups). Υπολογίστηκαν η μέση ημερήσια κατανάλωση σε γραμμάρια, η διάμεσος, η τυπική απόκλιση, το μέγιστο και το ελάχιστο για κάθε ομάδα και υποομάδα τροφίμων. Με τη χρήση μιας κοινά αποδεκτής κλίμακας αξιολόγησης (Mediterranean-Diet Score) υπολογίστηκε η αποδοχή της μεσογειακής διατροφής από τις έγκυες γυναίκες. Η συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου και της μεσογειακής διατροφής διερευνήθηκε μέσω μοντέλων πολυπαραγοντικής γραμμικής και λογιστικής παλινδρόμησης, ελέγχοντας για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. **Αποτελέσματα:** Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 377 γυναίκες. Υψηλή αποδοχή του μοντέλου της μεσογειακής διατροφής είχε το 22% των γυναικών. Γυναίκες με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο είχαν στατιστικά σημαντική υψηλότερη βαθμολόγηση στην κλίμακα μεσογειακής διατροφής, σε σχέση με την ομάδα αναφοράς του χαμηλού κοινωνικού κεφαλαίου (β-συντελεστής: 1,187, 95% CI=0,561, 1,814). **Συμπεράσματα:** Πρόκειται για την πρώτη προοπτική μελέτη που υποδηλώνει ότι το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται με αυξημένη αποδοχή του μοντέλου της μεσογειακής διατροφής στην εγκυμοσύνη. Τα αποτελέσματα συνηγορούν στην ενσωμάτωση κοινωνικών μεταβλητών σε προγράμματα προβολής και προαγωγής της μεσογειακής διατροφής.

## ΠΑ14

**ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ HEALTHY LIFESTYLE DIET INDEX (HLD-INDEX)  
& ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ  
ΚΑΙ ΑΥΞΗΜΕΝΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ 5ΗΣ & 6ΗΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ****Α.Ι. Ναούμπ, Γ. Μοσχώνης, Ε. Γραμματικάκη, Ε. Πολιτίδου, Γ. Κουρλαμπά, Ι. Μανιός***Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η παρούσα εργασία σαν στόχο έχει να αξιολογήσει το βαθμό τήρησης ενός υγιεινού τρόπου ζωής και διατροφής με τη χρήση ενός κατάλληλα διαμορφωμένου δείκτη (Healthy Lifestyle Diet index: HLD-index) και να συσχετίσει το σκορ του με την παρουσία αυξημένου σωματικού βάρους και ινσουλινοαντίστασης στα παιδιά. **Υλικό-Μέθοδος:** Ο δείκτης αξιολογεί οχτώ διατροφικές παραμέτρους (συχνότητα κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών, κρέατος & οσπρίων, δημητριακών, γαλακτοκομικών, ψαριών, γλυκών, θερμιδογόνων αναψυκτικών) και δύο παραμέτρων του τρόπου ζωής (μέτριας προς υψηλής έντασης φυσική δραστηριότητα-MVPA και καθιστικές δραστηριότητες). Εφαρμόστηκε ο αλγόριθμος του δείκτη σε σύνολο 2658 παιδιών 5ης και 6ης δημοτικού επιλεγμένων σχολείων τεσσάρων Νομών της Ελλάδας, δείγμα που συλλέχθηκε στα πλαίσια της μελέτης The Healthy Growth Study. Ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμηση, εξέτασε την πιθανότητα εμφάνισης ινσουλινοαντίστασης

και αυξημένου σωματικού βάρους μεταξύ των τριτημορίων του HLD-index. **Αποτελέσματα:** Η μέση τιμή του HLD-index στον υπό μελέτη πληθυσμό ήταν  $15,34 \pm 4,03$ , με τα κορίτσια να έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο σκορ έναντι των αγοριών ( $15,74 \pm 3,85$  έναντι  $14,96 \pm 4,16$ ,  $p < 0,001$ ). Όσον αφορά στις κατηγορίες του σωματικού βάρους δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τριτημορίων του HLD-index. Αντιθέτως, για κάθε ένα επιπλέον βαθμό του HLD-index πάνω από 17 βρέθηκε ότι μειώνεται σημαντικά η πιθανότητα παρουσίας ινσουλινοαντίστασης κατά 28% (OR: 0,72, 95% CI: 0,72–0,99), ύστερα από διόρθωση για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. **Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι χαρακτηριστικά τρόπου ζωής και διατροφικών συνθηκών μπορούν να συνδυαστούν στη δημιουργία ενός εύχρηστου, μη επεμβατικού δείκτη, τιμές του οποίου πάνω από 17 μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανίχνευση παιδιών με ινσουλινοαντίσταση.

## ΠΑ15

**ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ  
ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ****Ε. Φάππα, Μ. Γιαννακούλια, Π. Ζαχάρης, Φ.Ν. Σκοπούλη***Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, Ελλάδα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η υιοθέτηση της Μεσογειακής διαίτας έχει συσχετιστεί με βελτίωση ποικίλων δεικτών υγείας. Για την ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ), όμως, τα δεδομένα είναι ελάχιστα και προέρχονται από ασθενείς στη Βόρεια Ευρώπη. Σκοπός της μελέτης είναι να αξιολογήσει την επίδραση της βελτίωσης της συμμόρφωσης σε ένα Μεσογειακό πρότυπο διατροφής σε ασθενείς με ΡΑ που διαμένουν στη Μεσόγειο. **Υλικό-Μέθοδος:** Τριάντα οκτώ ασθενείς με ΡΑ σε ύφεση (υπό φαρμακευτική αγωγή) συμμετείχαν σε 6μηνο πρόγραμμα διατροφικής παρέμβασης, με στόχο την υιοθέτηση της Μεσογειακής διαίτας. Η συμμόρφωσή στο διατροφικό αυτό πρότυπο εκτιμήθηκε στην αρχή και στο τέλος της παρέμβασης με το δείκτη MedDietScore. Μελετήθηκαν επίσης μεταβολές σε δείκτες ποιότητας ζωής (SF-36), ενεργότητας νόσου (DAS28, CRP), λειτουργικότητας του ασθενούς (HAQ) και στον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Για τις

ανάγκες της ανάλυσης, οι ασθενείς χωρίστηκαν στην ομάδα Α, όσοι στο τέλος της παρέμβασης μετέβαλαν το MedDietScore  $\geq 2$  μονάδες ( $n=18$ ) και στην ομάδα Β, αυτοί που δεν πέτυχαν την αύξηση αυτή ( $n=20$ ). **Αποτελέσματα:** Αρχικά, οι 2 ομάδες διέφεραν μόνο στο MedDietScore (Ομάδα Α:  $25,6 \pm 3,5$ , ομάδα Β:  $29,1 \pm 4,7$ ,  $P=0,014$ ). Βελτίωση στις υποκλίμακες του SF-36 «Συνολική ψυχική υγεία» ( $P=0,016$ ) και «Περιορισμός της δράσης του ασθενούς λόγω φυσικής κατάστασης» ( $P=0,017$ ) παρατηρήθηκε μόνο στην ομάδα Α, που αύξησε τη συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή  $\geq 2$  μονάδες, ενώ η ομάδα Β αύξησε τον ΔΜΣ ( $P=0,030$ ) και δεν άλλαξε δείκτες ποιότητας ζωής. **Συμπεράσματα:** Η βελτίωση της συμμόρφωσης ασθενών με ΡΑ με τη Μεσογειακή διαίτα δρα ευεργετικά στη διαχείριση του σωματικού βάρους όπως και σε παραμέτρους που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής.

## ΠΑ16

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΥΙΟΘΕΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ (NAFLD)

Μ. Γεωργούλης,<sup>1</sup> Μ. Κοντογιάννη,<sup>1</sup> Α. Μαργαρίτη,<sup>2</sup> Ν. Τιλελή,<sup>1</sup> Μ. Ντόιτς,<sup>2</sup> Ε. Φραγκοπούλου,<sup>1</sup>  
Ρ. Ζαφειροπούλου,<sup>2</sup> Ι. Μανιός,<sup>1</sup> Γ. Παπαθεοδωρίδης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>2</sup> Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η NAFLD θεωρείται η ηπατική εκδήλωση του μεταβολικού συνδρόμου. Δεδομένου του προστατευτικού ρόλου της Μεσογειακής διαίτας στο μεταβολικό σύνδρομο, σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τη συσχέτιση ανάμεσα στο δείκτη βαθμού υιοθέτησης της Μεσογειακής διαίτας (MedDietScore) και κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών με NAFLD. **Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν 55 ασθενείς για τους οποίους πραγματοποιήθηκε μέτρηση ανθρωπομετρικών παραμέτρων, ανάλυση σύστασης σώματος, βιοχημικός έλεγχος και αξιολόγηση διαιτητικών συνηθειών με χρήση ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Για 39 ασθενείς ήταν διαθέσιμα δεδομένα ελαστογραφίας ήπατος, ενώ για 29 ασθενείς ήταν διαθέσιμη βιοψία ήπατος. **Αποτελέσματα:** Δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο MedDietScore και το δείκτη μάζας σώματος, ενώ από τις βιοχημικές παραμέτρους που αξιολογήθηκαν παρατηρήθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο MedDietScore και τα επίπεδα

ινσουλίνης ορού ( $\rho = -0,370$ ,  $P = 0,005$ ). Επιπλέον, ο δείκτης αντίστασης στην ινσουλίνη HOMA σχετιζόταν αρνητικά με το MedDietScore, ανεξάρτητα από τα επίπεδα σπλαχνικού λίπους ( $\text{partial } r = -0,271$ ,  $P = 0,048$ ). Ο βαθμός ηπατικής ακαμψίας καθώς και το ποσοστό στεάτωσης του ηπατικού παρεγχύματος φάνηκαν επίσης να σχετίζονται αρνητικά με το MedDietScore ( $\rho = -0,353$ ,  $P = 0,028$  και  $\rho = -0,518$ ,  $P = 0,013$ ). Οι ασθενείς με μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα (NASH) είχαν σημαντικά χαμηλότερο MedDietScore σε σχέση με τους ασθενείς με απλό λιπώδες ήπαρ ( $28,9 \pm 3,2$  και  $34,3 \pm 4,6$ ,  $P = 0,001$ ). **Συμπεράσματα:** Μεγαλύτερος βαθμός υιοθέτησης της μεσογειακής διαίτας φαίνεται να σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα ινσουλίνης ορού, χαμηλότερο βαθμό ινσουλινοαντίστασης και ηπατικής ακαμψίας και χαμηλότερο ποσοστό στεάτωσης του ηπατικού παρεγχύματος σε ασθενείς με NAFLD. Ασθενείς με NASH εμφανίζουν χαμηλότερο βαθμό υιοθέτησης αυτού του διατροφικού προτύπου συγκριτικά με ασθενείς με απλό λιπώδες ήπαρ.

## ΠΑ17

ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ,  
ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΚΗ ΕΠΙΔΟΣΗ ΜΑΘΗΤΩΝ ΛΥΚΕΙΟΥ**Ι. Βασιλούδης, Β. Κωσταρέλλη, Ν. Γιαννακούρης, Κ. Αποστολόπουλος***Εργαστήριο Ανθρωποοικολογίας, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Μελέτες έχουν δείξει ότι η διατροφή και ο τρόπος ζωής μπορούν να επηρεάσουν την σχολική επίδοση των μαθητών. Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση του πιθανού ρόλου της προσκόλλησης στην Μεσογειακή Διατροφή (ΜΔ) και επιλεγμένων παραγόντων τρόπου ζωής, στην σχολική επίδοση των εφήβων μαθητών. **Υλικό-Μέθοδος:** 520 μαθητές Λυκείου της περιοχής των Αθηνών, ηλικίας 15–18 ετών (49,2% αγόρια) λάβανε μέρος στην μελέτη. Οι μαθητές υποβλήθηκαν σε σωματομετρικές μετρήσεις (ύψος, βάρος, περίμετρος μέσης) και ταξινομήθηκαν σε φυσιολογικούς, υπέρβαρους και παχύσαρκους με βάση τα διεθνώς αποδεκτά όρια (IOTF cut off points). Οι μαθητές συμπλήρωσαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια: ένα ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο τρόπου ζωής, το ερωτηματολόγιο φυσικής δραστηριότητας (Avgerinos 2002), το ερωτηματολόγιο εκτίμησης της προσκόλλησης στη ΜΔ (KIDMED) (Serra-Majem et al 2003). Για την εκτίμηση της σχολικής επίδοσης χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος της

βαθμολογίας των μαθητών. **Αποτελέσματα:** Οι μαθητές σε ποσοστό 23,1% και 2,1% εμφανίζονται να είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι αντίστοιχα, ενώ το 19% εμφανίζεται να παρουσιάζει κοιλιακή παχυσαρκία. Επίσης, μόνο το 25,8% παρουσιάζει υψηλή προσκόλληση στη ΜΔ. Σύμφωνα με την ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η υψηλή προσκόλληση στη ΜΔ ( $\beta=0,195$ ,  $P=0,0001$ ), τα συχνά γεύματα με την οικογένεια ( $\beta=0,075$ ,  $P=0,042$ ), οι ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης ( $\beta=-0,156$ ,  $P=0,0001$ ), το κάπνισμα ( $\beta=0,177$ ,  $P=0,0001$ ) μαζί με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά της οικογένειας, όπως το μορφωτικό επίπεδο ( $\beta=0,343$ ,  $P=0,0001$ ) και η εθνικότητα της μητέρας ( $\beta=-0,130$ ,  $P=0,0001$ ) αποτελούν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες της σχολικής επίδοσης. **Συμπέρασμα:** Η υψηλή προσκόλληση στη ΜΔ, τα καθημερινά γεύματα με την οικογένεια και η περιορισμένη παρακολούθηση τηλεόρασης φαίνεται ότι σχετίζονται θετικά με τη σχολική επίδοση των εφήβων μαθητών.

## ΠΑ18

## Η ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ, ΟΠΩΣ ΑΥΤΗ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΙΚΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ (GERIATRIC NUTRITIONAL RISK INDEX, GNRI) ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κ.-Α. Πούλια,<sup>1,2</sup> Μ. Γκαμαλέτσου,<sup>3</sup> Δ. Καραγεώργου,<sup>4</sup> Μ. Γιαννακούλια,<sup>4</sup>  
Π. Ζιάκας,<sup>3</sup> Α. Ζαμπέλας,<sup>2</sup> Ν. Σύψας<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Διατροφής, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>2</sup> Μονάδα Διατροφής του Ανθρώπου, Τμήμα Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>3</sup> Παθολογικής Φυσιολογίας, ΓΝΑ «Λαϊκό» και Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

<sup>4</sup> Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η κακή θρέψη/δυσθρεψία σε ηλικιωμένους νοσηλευόμενους ασθενείς έχει συσχετιστεί με υψηλό κόστος νοσηλείας, κυρίως λόγω της σχέσης της με την εμφάνιση ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων (Hospital Acquired Infections, HAIs). Η έγκαιρη ανίχνευση των ατόμων σε κίνδυνο να εμφανίσουν HAIs είναι εξαιρετικά σημαντική. Ο Γηριατρικός Δείκτης Διατροφικού Κινδύνου [(Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI))] αποτελεί ένα εργαλείο ανίχνευσης ικανό να προβλέπει τις επιπλοκές που σχετίζονται με την κατάσταση θρέψης του ατόμου. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης του GNRI ως προγνωστικού δείκτη για την εμφάνιση HAIs. **Μέθοδος:** Εξετάστηκαν 248 ασθενείς άνω των 65 ετών που εισήλθαν εκτάκτως σε ημέρα εφημερίας στην κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Λαϊκό». Κατά την εισαγωγή αξιολογήθηκε η κλινική κατάστασή τους και πραγματοποιήθηκε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος, ανθρωπομετρικές μετρήσεις και υπολογίστηκε το GNRI. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας καταγράφηκαν

οι HAIs που εμφάνισαν οι ασθενείς. **Αποτελέσματα:** Κατά την εισαγωγή, 37,2% των ασθενών ήταν σε χαμηλό ή μέτριο και 8,9% σε υψηλό διατροφικό κίνδυνο. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας 23,7% των ασθενών εμφάνισαν HAIs. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση η κατάσταση του ασθενούς κατά την εισαγωγή (hazard ratio [HR] 2,08, 95% CI, 1,07–4,02, P=0,03), και η παρουσία Σακχαρώδους Διαβήτη (HR 2,57, 95% CI, 1,37–4,84, P=0,003) συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης HAIs, ενώ το GNRI ανά μονάδα αύξησης βρέθηκε να έχει προστατευτική δράση (HR 0,97, 95% CI, 0,95–0,99, P=0,01). Οι ασθενείς με καλύτερη κατάσταση θρέψης ή με χαμηλότερο επίπεδο διατροφικού κινδύνου όπως αξιολογήθηκαν από τον υπολογισμό του GNRI είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να μην αναπτύξουν HAIs κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (P=0,003). **Συμπέρασμα:** Συμπερασματικά το GNRI μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά την εισαγωγή ηλικιωμένων ασθενών ως μέσο ανίχνευσης κινδύνου εμφάνισης HAIs.

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΤΟ ΒΑΡΟΣ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΑ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΠΑΙΔΙΑ

Π. Καίσαρη,<sup>1</sup> Ε. Μιχαλάκη,<sup>1</sup> Ε. Μαγκλής,<sup>1</sup> Κ. Παπανικολάου,<sup>2</sup> Π. Περβανίδου,<sup>3</sup>  
Γ. Χρούσος,<sup>2</sup> Μ. Γιαννακούλια<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>2</sup> Παιδοψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

<sup>3</sup> Ιατρείο Παιδικής Παχυσαρκίας, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι η αξιολόγηση της διατήρησης της απώλειας βάρους υπέρβαρων/παχύσαρκων παιδιών που συμμετείχαν σε ένα εμπειριστατωμένο πρόγραμμα απώλειας βάρους, ένα χρόνο μετά την έναρξη του προγράμματος. **Υλικό-Μέθοδος:** Το δείγμα αποτέλεσαν υπέρβαρα/παχύσαρκα παιδιά, ηλικίας 7–12 ετών, του εξωτερικού ιατρείου Παιδικής Παχυσαρκίας της Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία». Παρουσιάζονται δεδομένα από την ενός έτους παρακολούθηση 10 παιδιών: τα 7 από αυτά έλαβαν «συμβατική παρακολούθηση» μετά το πέρας του 3μηνου προγράμματος απώλειας βάρους, και τα υπόλοιπα 3 συμμετείχαν σε πιλοτικό πρόγραμμα «εντατικής παρακολούθησης». Η κύρια παράμετρος έκβασης ήταν το ποσοστό του υπέρβαρου. Παράλληλα αξιολογήθηκαν η διαιτητική πρόσληψη και η σωματική δραστηριότητα. **Αποτελέσματα:** Τα παιδιά μείωσαν το ποσοστό του υπέρβαρου μετά τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα απώλειας βάρους (από 38,7±8,1% σε

35,9±9,5%, P=0,06). Για όσα από αυτά συμμετείχαν στην ομάδα «συμβατικής παρακολούθησης», τα επίπεδα υπέρβαρου δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά (από 35,9±9,5% σε 37,6±6,9%, P=0,866), ενώ στο ίδιο διάστημα σημειώθηκε μείωση του συνολικού ημερήσιου χρόνου σωματικής δραστηριότητας (από 159±86 min σε 135±94 min ημερησίως, P=0,091). Όσον αφορά στα παιδιά της ομάδας «εντατικής παρακολούθησης», στους 12 μήνες, 2 από τα 3 παιδιά όχι μόνο πέτυχαν να διατηρήσουν τη μείωση του ποσοστού του υπέρβαρου που είχε επιτευχθεί, αλλά σημείωσαν και περαιτέρω μείωση. **Συμπεράσματα:** Η ανάγκη ανάπτυξης ειδικά σχεδιασμένων προγραμμάτων, εστιασμένων στη διατήρηση της απώλειας βάρους κρίνεται επιτακτική. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα από το πρόγραμμα «εντατικής παρακολούθησης» που αναπτύχθηκε είναι σχετικά θετικά αλλά πολύ περιορισμένα. Αναμένεται η διεξαγωγή μελετών με μεγαλύτερα δείγματα υπέρβαρων/παχύσαρκων παιδιών.



## AA2

## ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΝΟΤΟΜΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Φ. Κοκκίνου, Ν. Ευσταθίου, Γρ. Ρίσβας, Β. Μπουντζιούκα, Α. Ζαμπέλας

*Μονάδα Διατροφής του Ανθρώπου, Τμήμα Επιστήμης & Τεχνολογίας Τροφίμων, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Σκοπός της έρευνας ήταν η αξιολόγηση αλλαγής διατροφικών συνηθειών σε παιδιά σχολικής ηλικίας μετά από εφαρμογή καινοτόμου προγράμματος διατροφικής αγωγής μέσω ενεργητικών βιωματικών τεχνικών μάθησης. **Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 740 μαθητές δημοτικών σχολείων της περιφέρειας Αττικής ηλικίας 8–10 ετών. Το 44% των μαθητών συμμετείχε στην ομάδα παρέμβασης όπου εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα διατροφικής αγωγής με έμφαση στο θεατρικό παιχνίδι από ειδικούς εκπαιδευτές και το δάσκαλο. 22% των μαθητών παρακολούθησαν πρόγραμμα διατροφικής αγωγής με το δάσκαλο μόνο και 34% των μαθητών ανήκαν στην ομάδα ελέγχου. Όλοι οι μαθητές κλήθηκαν να απαντήσουν ένα δομημένο ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων και διατροφικών

συνηθειών πριν και μετά την εφαρμογή του διατροφικού προγράμματος. Η επίδραση της παρέμβασης ελέγχθηκε με την ανάλυση διακύμανσης για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις. **Αποτελέσματα:** Σημαντικές αλλαγές παρατηρήθηκαν μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου αναφορικά με την κατανάλωση σοκολάτας ( $P=0,006$ ), τον αριθμό των γευμάτων ( $P<0,0001$ ), την κατανάλωση αναψυκτικών ( $P=0,028$ ) και την συχνότητα κατανάλωσης γευμάτων μαζί με την οικογένεια ( $P=0,003$ ). Ειδικότερα, στην ομάδα παρέμβασης παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση του αριθμού των γευμάτων. Συμπεράσματα: Η διατροφική αγωγή μέσω βιωματικής μάθησης στη σχολική τάξη φαίνεται πως μπορεί να επιδράσει θετικά στην αλλαγή διατροφικών συνηθειών που σχετίζονται με την εμφάνιση παχυσαρκίας.

## AA3

## ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΓΡΗΓΟΡΟΥ ΦΑΓΗΤΟΥ (FAST FOOD) ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΡΡΟΗΣ ΤΟΥ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΒΡΕΤΑΝΩΝ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

**Z. Τουμπακάρη, A. Haase A**

*Department of Exercise, Nutrition and Health Science, School for Policy Studies, University of Bristol*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Τα τελευταία χρόνια η κατανάλωση γρήγορου φαγητού στην εφηβεία έχει αυξηθεί. Παρόλ' αυτά, λίγες μελέτες έχουν εξετάσει τα είδη γρήγορου φαγητού και τους προσωπικούς παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση του σε αυτή την ηλικία. Να προσδιοριστούν τα είδη γρήγορου φαγητού που καταναλώνουν Βρετανοί και Έλληνες έφηβοι και να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωσή του. **Υλικό-Μέθοδος:** Διεξήχθησαν συνεντεύξεις με 10 αγόρια και κορίτσια ηλικίας 16–17 ετών στην Ελλάδα και 8 αγόρια και κορίτσια ηλικίας 15–16 ετών στην Βρετανία, οι οποίοι όλοι καταλάωναν γρήγορο φαγητό. Η δομή της συνέντευξης βασίστηκε στη Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΣΣ). **Αποτελέσματα:** Παρά τη διαφορετική διατροφική κουλτούρα των δύο χωρών, τόσο οι Έλληνες όσο και οι Βρετανοί έφηβοι έδειξαν μεγαλύτερη προτίμηση στο «δυτικού τύπου» γρήγορο φαγητό. Ωστόσο, «έθνικ» φαγητό όπως το κινέζικο, το ινδικό και το ελληνικό σουβλάκι κα-

τείχαν επίσης υψηλή θέση στις προτιμήσεις τους. Η στάση των εφήβων απέναντι στο γρήγορο φαγητό ήταν θετική και στις δύο χώρες, κυρίως λόγω της αίσθησης ευχαρίστησης και γιατί λειτουργούσε σαν ένα μέσο «απόδρασης» από την υγιεινή διατροφή στο σπίτι. Παράλληλα, κοινωνικές δραστηριότητες και αλληλεπιδράσεις μεταξύ των εφήβων, οι οποίες συνοδεύουν την κατανάλωση γρήγορου φαγητού φάνηκε να αυξάνουν την προτίμηση τους γι' αυτό. Η αύξηση βάρους, μελλοντικά προβλήματα υγείας και η κακή ποιότητα φαγητού αν και αναφέρθηκαν σαν αρνητικές επιπτώσεις, δεν θεωρήθηκαν σημαντικές σε αυτή την ηλικία. Η επίδραση των προσωπικών προτύπων (οικογένεια και συνομήλικοι) ήταν μικρή, καθώς οι έφηβοι ήθελαν να είναι διατροφικά ανεξάρτητοι. **Συμπέρασμα:** Η κατανάλωση γρήγορου φαγητού στην εφηβεία φαίνεται να υποκινείται περισσότερο από εσωτερικούς για τον έφηβο παράγοντες και κίνητρα, για τα οποία όμως απαιτείται περαιτέρω έρευνα.

## ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Δ. Καραγιάννης, Κ. Πλατσά, Α. Παπαθανασίου, Κ. Σκριάπας

*Τμήμα Διατροφής και Κλινικής Διαιτολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, «Κουτλιμπάνειο και Τριανταφύλλειο», Λάρισα  
Τμήμα διατροφής και Διαιτολογίας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας, Κρήτη  
Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας «Κουτλιμπάνειο και Τριανταφύλλειο», Λάρισα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Παρόλο που η παχυσαρκία δεν φαίνεται να κύριος παράγοντας σεξουαλικής δυσλειτουργίας στις γυναίκες, φαίνεται να επηρεάζει πολλές πτυχές της σεξουαλικότητας όπως η ικανοποίηση και ο οργασμός. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξετασθεί η επίδραση της απώλειας σωματικού βάρους με ή χωρίς τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς σε έναν πληθυσμό παχύσαρκων προεμμηνοπαυσιακών γυναικών. **Υλικό-Μέθοδος:** Στην μελέτη συμμετείχαν 76 σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες οι οποίες αξιολογήθηκαν μέσα από ένα λεπτομερές ιατρικό και διατροφικό ιστορικό. Οι εθελόντριες τυχαιοποιήθηκαν σε 2 ομάδες: στην ομάδα ελέγχου (Ο.Ε: 38 άτομα) (Απώλεια Σωματικού Βάρους) και στην ομάδα παρέμβασης (Ο.Π: 38 άτομα) (Απώλεια Σωματικού βάρους+Τροποποίηση Συμπεριφοράς). Η αξιολόγηση των συμμετεχόντων έγινε στην αρχή και στο τέλος της παρέμβασης (παρέμβαση διάρκειας 5 μηνών), όπως και 5 μήνες μετά το τέλος της παρέμβασης.

Ο δείκτης της γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας (FSFI) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των κύριων χαρακτηριστικών της γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας. **Αποτελέσματα:** Όσον αφορά την απώλεια βάρους μεταξύ των 2 ομάδων, βρέθηκε ότι υπήρχε διαφορά στους 5 μήνες μετά το τέλος της παρέμβασης (Ο.Ε: 6,1% έναντι Ο.Π: 8%,  $P=0,002$ ). Κατά τον επανέλεγχο, το συνολικό ποσοστό γυναικών με σεξουαλική δυσλειτουργία (σکور FSFI 26.55) ήταν χαμηλότερο σε σχέση με την αρχή της παρέμβασης (59% έναντι 76%,  $P=0,03$ ), ενώ η Ο.Π εμφάνισε χαμηλότερο ποσοστό σεξουαλικής δυσλειτουργίας σε σχέση με την Ο.Ε (54% έναντι 64%,  $P=0,01$ ). **Συμπέρασμα:** Συμπερασματικά, η απώλεια σωματικού βάρους μέσω δίαιτας μαζί με τεχνικές τροποποίησης της διατροφικής συμπεριφοράς φαίνεται να προκαλεί βελτίωση της σεξουαλικής λειτουργίας σε παχύσαρκες προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

## AA5

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΥΝ ΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: Η ΜΕΛΕΤΗ GRECO

Π. Φαρατζιάν,<sup>1</sup> Β. Μπουντζιούκα,<sup>1,2</sup> Γ. Ρίσβας,<sup>1</sup> Δ. Παναγιωτάκος,<sup>2</sup> Α. Ζαμπέλας<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Διατροφής του Ανθρώπου, Τμήμα Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>2</sup> Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, Ελλάδα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Να διερευνηθούν σε εθνικό επίπεδο, τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τον επιπολασμό της παχυσαρκίας, ούτως ώστε να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό στρατηγικών παρέμβασης και αντιμετώπισης αυτού. **Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 4891 παιδιά 10–12 ετών, εκ των οποίων 2315 μαζί με τους γονείς. Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των παιδιών (βάρος, ύψος, περιφέρεια μέσης, περιφέρεια γλουτών, λιπώδης ιστός) λήφθηκαν ακολουθώντας τυποποιημένη διαδικασία. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων (μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική και οικονομική κατάσταση) συλλέχθηκαν βάσει ενός αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ, kg/m<sup>2</sup>) υπολογίστηκε και χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας. Μοντέλα λογαριθμικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν για τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών που συσχετίζονται με την πιθανότητα εμφάνισης παχυσαρκίας. **Αποτελέσματα:** Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας (ΔΜΣ ≥30 kg/m<sup>2</sup>) μεταξύ των αγοριών ήταν 13,1% αντίστοιχα, ενώ

μεταξύ των κοριτσιών το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 9% (P=0,012). Τα αποτελέσματα της λογαριθμικής παλινδρόμησης ανέδειξαν ότι αύξηση της ηλικίας της μητέρας οδηγεί σε μείωση της πιθανότητας εμφάνισης παχυσαρκίας στα παιδιά (ΣΛ=0,97, 95% ΔΕ: 0,95–0,99). Αντίστοιχα, η βελτίωση της εργασίας της μητέρας αλλά και του πατέρα προς την πνευματική εργασία αλλά και η βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα αποτελούν προστατευτικό παράγοντα της εμφάνισης παχυσαρκίας των παιδιών (ΣΛ=0,94, 95% ΔΕ:0,91–0,98; ΣΛ=0,95, 95% ΔΕ:0,92–0,98, και ΣΛ=0,95, 95% ΔΕ:0,93–0,97 αντίστοιχα). Αντίθετα, επιβαρυντικό παράγοντα για την εμφάνιση παχυσαρκίας των παιδιών αποτελεί η παρουσία τουλάχιστον ενός παχύσαρκου γονέα, ενώ όταν και οι δύο γονείς είναι παχύσαρκοι τριπλασιάζεται η πιθανότητα εμφάνισης παχυσαρκίας στα παιδιά. **Συμπεράσματα:** Στρατηγικές παρέμβασης με σκοπό την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας πρέπει να σχεδιαστούν, στοχεύοντας αρχικά στην αλλαγή χαρακτηριστικών και συμπεριφοράς των γονέων.

## ΑΑ6

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΣΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ: Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΑΓΡΙΝΙΟΥ

**Ε. Μπυρμπίλης, Α. Σκιαδά, Δ. Μπουγατσάς, Ν. Κουτσομπίνης, Α. Ναούμης**

*Γραφείο Ερευνητικών Μελετών στις Ανθρωπιστικές Επιστήμες*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης ήταν να καταγραφούν και αξιολογηθούν σωματομετρικοί δείκτες ανάπτυξης (Ύψος, Βάρος, ΔΜΣ, ΒΙΑ, Δερματοπτυχομέτρηση κ.λπ.) σε παιδιά δημοτικού σε περίοδο 8 ετών και να συσχετιστούν με την διαχρονική σωματική τους ανάπτυξη. Στην μελέτη συμμετείχαν 5253 από τα οποία 2751 ήταν κορίτσια και 2502 ήταν αγόρια με ηλικία 11 ετών ( $\pm 12$  μηνών). Τα δεδομένα προήρθαν από τα στοιχεία που καταγράφονταν στο πλαίσιο των προγραμμάτων του Εθνικού Συστήματος Αναπτυξιακού Αθλητισμού (Ε.ΣΥ.Α.Α) της Γενικής Γραμματείας Αθλητισμού και από Μεταπτυχιακή και Διδακτορική Μελέτη στους Δείκτες ανάπτυξης, στην περιοχή του Καποδιστριακού Δήμου Αγρινίου, υπό την Αιγίδα του Ωνάσειου Κοινωνικού Ιδρύματος. Το δείγμα περιελάμβανε παιδιά Ε και ΣΤ δημοτικού, που αντιπροσώπευε πάνω από το 60% του συνολικού πληθυσμού παιδιών αυτής της ηλικίας της περιοχής του Αγρινίου. Το βάρος αξιολογήθηκε με Ζυγούς

ακριβείας (Sega-703), το ύψος με Αναστημόμετρο (Tanita) και το ποσοστό σωματικού λίπους αξιολογήθηκε με Δερματοπτυχομέτρο (Lange/Beta) με την μέτρηση τριών δερματοπτυχών (λαγ/τρικέ/ωμο.) και με Βιοηλεκτρική Ανάλυση (ΒΙΑ/ΑΚΕΡΝ-101). Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι παρότι το 80% είχε ΔΜΣ μέσα στα φυσιολογικά ποσοστά για την ηλικία, το 68% του συνόλου του δείγματος είχε ποσοστά λίπους που ξεπερνούσε το 25% και ένα 8% που ήταν από το 30%. Παράλληλα το 80% των παιδιών με ΔΜΣ εντός των ορίων βρίσκονταν με λίπος άνω του 20% και δεν ακολουθούσε την προσδοκώμενη καμπύλη ανάπτυξης του ύψους. Το συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι τα παιδιά με αυξημένο ποσοστό λίπους σώματος που ο ΔΜΣ τα κατατάσσει στα «Φυσιολογικά» για την ηλικία, παρουσιάζουν απόκλιση από την αναμενόμενη ανάπτυξη ύψους, δηλαδή χάνουν από 3 έως 5 εκατοστά ύψους έως την ενηλικίωση.

AA7

## ΜΕΛΕΤΗ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΕ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΩΝ ΚΥΠΡΙΩΝ

**Ε. Ανδρέου,<sup>1,2</sup> Φ. Χατζηγεωργίου,<sup>2</sup> Κ. Κυριάκου,<sup>1</sup> Θ. Αβραάμ,<sup>1</sup> Γ. Τσιάππα,<sup>1</sup> Π. Καλλής,<sup>1</sup> Χ. Λαζάρου,<sup>1</sup>  
Χ. Φιλίππου,<sup>1</sup> Χ. Χριστοφόρου,<sup>3</sup> Χ. Διογένους,<sup>4</sup> Ρ. Κοκκινόφτα,<sup>4</sup> Σ. Σάββα,<sup>1</sup> Α. Καφάτος,<sup>5</sup> Α. Ζαμπέλας<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Σύνδεσμος Διατολόγων και Διατροφολόγων Κύπρου,

<sup>2</sup> Πανεπιστήμιο Λευκωσίας,

<sup>3</sup> Cyprus Center for European and International Affairs,

<sup>4</sup> DNA Biomedical Science Lab,

<sup>5</sup> Πανεπιστήμιο Κρήτης, Κρήτη

<sup>6</sup> Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Στα πλαίσια επιδημιολογικής μελέτης του Συνδέσμου Διατολόγων Κύπρου για τη διαπίστωση του ποσοστού παχυσαρκίας και των διατροφικών συνηθειών των Κυπρίων, έγινε προσδιορισμός με διαπιστευμένες μεθόδους και μελέτη των βιοχημικών παραμέτρων: Σάκχαρο, Ινσουλίνη, Λιπιδικό προφίλ, Ουρικό οξύ, Ουρία, Κρεατινίνη, Ηπατικά Ένζυμα, Ολικές Πρωτεΐνες, Αλβουμίνη, Ασβέστιο, Νάτριο, Κάλιο, Χλωριούχα, Φωσφόρος, Μαγνήσιο, Σίδηρος, Φερριτίνη, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη και Ομοκυστεΐνη. Από τη συσχέτιση των εργαστηριακών αποτελεσμάτων των αναλύσεων με τις διατροφικές συνήθειες και τη φυσική κατάσταση των συμμετεχόντων εξήχθησαν ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Σύμφωνα με την έρευνα, το 28,8% των αντρών και το 26,9% των γυναικών είναι παχύσαρκοι (27,8% του συνόλου) και σχετίζεται άμεσα με σημαντικούς βιοχημικούς

δείκτες. Το 59,6% των ανδρών και το 62,3% γυναικών έχουν χοληστερόλη πάνω από το φυσιολογικό όριο. Ποσοστό 7,8% παρουσίασαν ψηλά επίπεδα σακχάρου νηστείας και 39,7% ψηλή αντίσταση στην ινσουλίνη. Ποσοστό 3,2% των γυναικών έχουν χαμηλό σίδηρο και 7,6% έχουν χαμηλή φερριτίνη. Ο δείκτης χρόνιας φλεγμονής C-αντιδρώσα πρωτεΐνη παρουσιάζει διακυμάνσεις που φαίνεται να σχετίζονται άμεσα με τη σωματική δραστηριότητα και το κάπνισμα. Η παχυσαρκία είναι διαδεδομένη στην Κύπρο κυρίως ανάμεσα στον ανδρικό πληθυσμό, λόγω κυρίως των κακών διατροφικών συνηθειών και του χαμηλού επιπέδου σωματικής δραστηριότητας. Η έρευνα επιχορηγήθηκε από το Ίδρυμα Προώθησης Έρευνας και εγκρίθηκε από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου.

## ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΟΞΕΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ ΚΑΙ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΑΚΟΜΑ ΚΑΙ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΜΑΡΤΥΡΩΝ

**Χρ.-Μ. Καστορίνη,<sup>1,2</sup> Χ. Μπλιώνης,<sup>1</sup> Κ. Καλαντζή,<sup>1</sup> Ζ. Κονιδάρη,<sup>2</sup> Μ. Συμεοπούλου,<sup>2</sup>  
Α. Βέμμου,<sup>4</sup> Β. Νικολάου,<sup>3</sup> Κ. Βέμμος,<sup>4</sup> Ι. Γουδέβενος,<sup>1</sup> Δ.Β. Παναγιωτάκος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

<sup>2</sup> Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο, Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (ΕΕΣ)», Αθήνα, Ελλάδα

<sup>4</sup> Μονάδα Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων, Θεραπευτική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα, Ελλάδα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο ρόλος της Μεσογειακής διατροφής σχετικά με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου έχει μελετηθεί αρκετά, ωστόσο η σχέση μεταξύ της υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής και της ανάπτυξης εγκεφαλικών επεισοδίων δεν έχει πλήρως κατανοηθεί. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ της υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής και της εμφάνισης οξέος στεφανιαίου συνδρόμου (ΟΣΣ) ή ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) σε άτομα με ή χωρίς παρουσία υπέρτασης. **Υλικό-Μέθοδος:** Κατά τη διάρκεια 2009–2010, 1000 συμμετέχοντες εντάχθηκαν στη μελέτη: 250 διαδοχικοί ασθενείς με πρώτη εκδήλωση οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, 250 διαδοχικοί ασθενείς με πρώτη εκδήλωση ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου και 500 υγιή άτομα, εξομοιωμένα κατά φύλο και ηλικία με τους ασθενείς. Καταγράφηκαν κοινωνικο-δημογραφικά, κλινικά, ψυχολογικά, διατροφικά και άλλα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής των συμμετεχόντων. Η υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής

αξιολογήθηκε με τη χρήση του MedDietScore (θεωρητικό εύρος: 0–55). **Αποτελέσματα:** Μετά από έλεγχο για ποικίλους συγχυτικούς παράγοντες, η υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής συσχετίστηκε με 11% (95% ΔΕ: 0,83–0,97) μικρότερη πιθανότητα εκδήλωσης ΟΣΣ σε άτομα χωρίς υπέρταση και με 8% (95% ΔΕ: 0,85–0,99) μικρότερη πιθανότητα σε υπερτασικά άτομα. Αντίστοιχα, η υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής συσχετίστηκε με 8% (95% ΔΕ: 0,79–1,07) μικρότερη πιθανότητα παρουσίας ισχαιμικού ΑΕΕ σε άτομα χωρίς υπέρταση και με 13% (95% ΔΕ: 0,80–0,95) μικρότερη πιθανότητα παρουσίας ισχαιμικού ΑΕΕ σε άτομα με υπέρταση. **Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας διευρύνουν την υπάρχουσα γνώση αναφορικά με τα καρδιοπροστατευτικά οφέλη από την υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής, αναδεικνύοντας την προστατευτική της δράση σχετικά με την εκδήλωση καρδιαγγειακής νόσου ακόμα και σε άτομα με υπέρταση.

## AA9

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΟΛΟΟΡΘΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ: Ο ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ MedDietScore

**Ν. Κόντου,<sup>1,2</sup> Θ. Ψαλτοπούλου,<sup>3</sup> Ε. Πολυχρονόπουλος,<sup>2</sup> Δ. Ξυνόπουλος,<sup>2</sup> Ν. Σούπος,<sup>3</sup> Δ. Δημητρουλόπουλος,<sup>2</sup> Δ. Παναγιωτάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Επιστήμης Διατολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>2</sup> ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

<sup>3</sup> Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Τις τελευταίες δύο δεκαετίες η επιδημιολογία της διατροφής έχει επικεντρωθεί στην ολιστική προσέγγιση της διατροφής με τη χρήση διαφόρων διατροφικών δεικτών. Ο MedDietScore (εύρος 0–55) είναι ένας έγκυρος διατροφικός δείκτης αποτίμησης της μεσογειακής διατροφής για καρδιαγγειακά και καρδιομεταβολικά νοσήματα. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης διαφόρων διατροφικών συνηθειών στον κολορθικό καρκίνο και πως αυτές μπορούν να βελτιώσουν τη διαγνωστική ικανότητα του προαναφερόμενου δείκτη. **Υλικό και Μέθοδος:** Πρόκειται για μελέτη ασθενών μαρτύρων στην οποία συμμετείχαν 250 ασθενείς (63±12 ετών, 59,6% άνδρες) με πρώτη διάγνωση κολοορθικού καρκίνου διαδοχικά συλλεγμένοι και 250 υγιείς, χωρίς κανένα κλινικό σημείο ή υπόνοια οποιουδήποτε τύπου καρκίνου, εξομοιωμένοι κατά ομάδες ως προς την ηλικία, το φύλο και τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Ο αριθμός του δείγματος αποφασίστηκε με ανάλυση ισχύος. Ο τροποποιημένος MedDietScore περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τον αριθμό των γευμάτων, την κατανάλωση καφέ και επιτραπέζιου αλατιού και τη χρήση αντικοληθτικών μαγειρικών σκευών. Η αξιολόγηση του τροποποιημένου δείκτη έγινε με τη χρήση της πολυπαραγοντικής ανάλυσης και του υπολογισμού του C-statistic. **Αποτελέσματα:** Η αύξηση του αριθμού των γευμάτων βρέθηκε να

σχετίζεται με μικρότερη πιθανότητα κολοορθικού καρκίνου (0,73, 95% ΔΕ 0,60, 0,88, P=0,01). Αντίθετα, η κατανάλωση καφέ (1,29, 95% ΔΕ 1,02, 1,62, P=0,02) και η χρήση αντικοληθτικών σκευών (1,51, 95% ΔΕ 0,99, 2,31, P=0,05) σχετίζεται με αύξηση του κινδύνου εμφάνισης κολοορθικού καρκίνου. Τάση θετικής συσχέτισης βρέθηκε για τη χρήση επιτραπέζιου αλατιού. (1,47, 95% ΔΕ 0,90, 2,27, P=0,07). Βασιζόμενοι στα αποτελέσματα αυτά το εύρος του προτεινόμενου τροποποιημένου δείκτη κυμαίνεται από 0–75. Αύξηση του δείκτη κατά μία μονάδα σχετίζεται με 13% λιγότερες πιθανότητες (95% ΔΕ 0,826, 0,910, P<0,001) εμφάνισης κολοορθικού καρκίνου. Παράλληλα υπήρχε βελτίωση στο C-statistic του MedDietScore που ήταν 76% και του τροποποιημένου που ήταν 79%. Η διαγνωστική ικανότητα του δείκτη αυτού ήταν μεγαλύτερη σε άτομα με θετικό οικογενειακό ιστορικό όπου η ευαισθησία ήταν 74%, η ειδικότητα 71% και η διαγνωστική ικανότητα 71%. **Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη ανέδειξε τη σημαντικότητα των καθημερινών διατροφικών συνηθειών και πρακτικών και την ανάγκη για προσθήκη αυτών σε διατροφικούς δείκτες. Ο τροποποιημένος είναι ένας αξιόπιστος δείκτης έγκυρος και εύχρηστος για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του γενικού πληθυσμού αλλά και αυτών με θετικό οικογενειακό ιστορικό κολοορθικού καρκίνου.



## Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ MedDietScore ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ ΣΤΟΝ ΚΟΛΟΟΡΘΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΜΑΡΤΥΡΩΝ

Ν. Κόντου,<sup>1,2</sup> Θ. Ψαλτοπούλου,<sup>3</sup> Ευ. Πολυχρονόπουλος,<sup>2</sup> Δ. Ξυνόπουλος,<sup>2</sup> Ν. Σούπος,<sup>3</sup>  
Δ. Δημητρουλόπουλος,<sup>2</sup> Δ. Παναγιωτάκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>2</sup> ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

<sup>3</sup> Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η επίπτωση του καρκίνου του πεπτικού αυξάνεται, με την επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού να ανέρχεται στο 12,9% στη Νότια Ευρώπη και εκτιμάται ότι το 1/3 των περιπτώσεων καρκίνου αυτού του τύπου θα μπορούσε να είχε προληφθεί μέσω της διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας. Διάφορες μελέτες έχουν ερευνήσει την επίδραση της Μεσογειακής διατροφής στην πρόληψη του καρκίνου χρησιμοποιώντας διάφορους διατροφικούς δείκτες χωρίς όμως αυτοί να είναι ειδικοί για τον καρκίνο. Ο MedDietScore (εύρος 0–55) είναι ένας έγκυρος διατροφικός δείκτης αποτίμησης της μεσογειακής διατροφής για καρδιαγγειακά και καρδιομεταβολικά νοσήματα. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο έλεγχος της αξιοπιστίας του MedDietScore σε σχέση με τον κολοορθικό καρκίνο. **Υλικό-Μέθοδος:** Μεταξύ Δεκεμβρίου 2009 και Ιουλίου 2010, 250 ασθενείς με πρώτη διάγνωση κολοορθικού καρκίνου συλλέχθηκαν διαδοχικά από τα νοσοκομεία Άγιος Σάββας και Αλεξάνδρα. Στο ίδιο χρονικό διάστημα συλλέχθηκαν και 250 υγιείς, χωρίς κανένα κλινικό σημείο ή υπόνοια οποιουδήποτε τύπου καρκίνου, με τυχαίο τρόπο από το γενικό

πληθυσμό και εξομοιώθηκαν με τους ασθενείς κατά ομάδες ως προς την ηλικία, το φύλο και τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Προκειμένου να διερευνηθεί η εγκυρότητα του MedDietScore σε σχέση με τον κολοορθικό καρκίνο, υπολογίστηκαν το c-statistic, η ευαισθησία, η ειδικότητα και η αξιοπιστία, ορίζοντας ως κατώφλι για τον ορισμό των «ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών» την τιμή 29/55. **Αποτελέσματα:** Το C-statistic ήταν 0,76, (95%CI 0,69, 0,81, P<0,001) για τους άνδρες, και 0,77 (95% CI 0,71–0,83, P<0,001) για τις γυναίκες. Η ευαισθησία ήταν 49%, (95% CI 43–55%) για τους άνδρες and 59% (95% CI 53–65%) για τις γυναίκες, ενώ η ειδικότητα ήταν 65%, (95% CI 59–71%) για τους άνδρες και 68%, (95% CI 62–74%) για τις γυναίκες. Η διαγνωστική ικανότητα ήταν 56% και 64%, αντίστοιχα. **Συμπεράσματα:** Ο MedDietScore φαίνεται να έχει μία εξίσου ικανοποιητική διαγνωστική ικανότητα και στα δύο φύλα και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί από επαγγελματίες υγείας στην καθημερινή πρακτική για την ανίχνευση ατόμων σε κίνδυνο εμφάνισης κολοορθικού καρκίνου.

## AA11

**Η ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΩΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ**

**Χ. Κατσαγώνη,<sup>1</sup> Β. Μπουτζιούκα,<sup>1</sup> Α. Ευαγγελόπουλος,<sup>2</sup> Α. Γιωτοπούλου,<sup>1</sup> Ν. Βαλιάνου,<sup>3</sup> Μ. Μπόνου,<sup>3</sup> Ε. Βογιατζάκης,<sup>3</sup> Ι. Μπαρμπετσάας,<sup>3</sup> Π. Αυγερινός,<sup>3</sup> Δ.Β. Παναγιωτάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Επιστήμης Διατολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>2</sup> «Roche» Diagnostics AE, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>3</sup> Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Πολυκλινική», Αθήνα, Ελλάδα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Επιδημιολογικά στοιχεία αναδεικνύουν την σχέση μεταξύ του επιπολασμού του Μεταβολικού συνδρόμου και των αυξημένων επιπέδων ουρικού οξέως. Σκοπός ήταν η διερεύνηση της σχέσης της Μεσογειακής διατροφής στα επίπεδα του ουρικού οξέως, ατόμων με Μεταβολικό σύνδρομο. **Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 490 υγιείς ενήλικες ( $46 \pm 16$  years, 40% άνδρες). Ο δείκτης MedDietScore (0–55) χρησιμοποιήθηκε για την αποτίμηση του βαθμού συμμόρφωσης με τις συστάσεις της Μεσογειακής διατροφής. Χαμηλός βαθμός συμμόρφωσης ορίστηκε για MedDietScore < 25. Επιπρόσθετα καταγράφηκαν το βάρος (kg), ύψος (m), περιφέρεια μέσης (cm), η συστολική/διαστολική αρτηριακή πίεση (mmHg) και πλήρες ιατρικό ιστορικό καθώς επίσης και χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής (καπνιστικές συνήθειες, φυσική δραστηριότητα). Βιοχημικές αναλύσεις για τη μέτρηση ουρικού οξέως (mg/dL) και γλυκόζης ορού (mg/dL) πραγματοποιήθηκαν έπειτα από 12ωρη νηστεία με τυποποιημένη διαδικασία. Οι συμμετέχοντες, σύμφωνα με τα επίπε-

δα ουρικού οξέως, ταξινομήθηκαν σε τρεις κατηγορίες: χαμηλά (<4,5), μέτρια (4,5–5,5) και υψηλά (>5,5). Πολυπαραγοντικά μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν για τη διερεύνηση της ερευνητικής υπόθεσης. **Αποτελέσματα:** Ο επιπολασμός του Μεταβολικού συνδρόμου αυξάνεται καθώς αυξάνονται και τα επίπεδα του ουρικού οξέως (5,1%, 21,4% και 35,4%,  $P < 0,001$ ). Μεταξύ των συμμετεχόντων που απέχουν από τις συστάσεις της Μεσογειακής διατροφής, τα επίπεδα του ουρικού οξέως ήταν αυξημένα για τα άτομα με Μεταβολικό σύνδρομο συγκριτικά με τα άτομα που δεν πάσχουν από το σύνδρομο ( $\beta \pm \text{ts}$ :  $2,9 \pm 1,0$ ,  $P = 0,004$ ), λαμβάνοντας υπόψη το φύλο, την ηλικία, το ΔΜΣ, την παρουσία υπέρτασης, διαβήτη και καρδιαγγειακού ιστορικού. **Συμπεράσματα:** Με τη μείωση των επιπέδων ουρικού οξέως αναδεικνύεται ένας επιπρόσθετος μηχανισμός της Μεσογειακής διατροφής, κυρίως μεταξύ των ατόμων που πάσχουν από Μεταβολικό σύνδρομο.

## AA12

## Η ΜΕΤΡΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΜΠΥΡΑΣ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D

**Β. Μπουντζιούκα,<sup>1</sup> Α. Ακάλεστος,<sup>2</sup> Α. Ευαγγελόπουλος,<sup>1</sup> Ε. Βογιατζάκης,<sup>3</sup> Α. Γιωτοπούλου,<sup>1</sup> Ν. Βαλιάνου,<sup>3</sup> Μ. Μπόνου,<sup>3</sup> Ι. Μπαρμπετσέας,<sup>3</sup> Π. Αυγερινός,<sup>3</sup> Δ.Β. Παναγιωτάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Επιστήμης Διατροφής-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>2</sup> «Roche» Diagnostics AE, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>3</sup> Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Πολυκλινική», Αθήνα, Ελλάδα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η ανεπάρκεια βιταμίνης D (VitD) θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση διαφόρων κλινικών διαταραχών. Σκοπός ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών και επιπέδων VitD. **Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 490 υγιείς ενήλικες ( $46 \pm 16$  years, 40% άνδρες). Οι διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων καταγράφηκαν σε ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Βιοχημικές αναλύσεις για τη μέτρηση VitD πραγματοποιήθηκαν έπειτα από 12ωρη νηστεία με τυποποιημένη διαδικασία. Οι συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν σε τρεις κατηγορίες σύμφωνα με τα επίπεδα VitD του ορού (ανεπάρκεια:  $\text{VitD} < 20$  ng/mL, μερική ανεπάρκεια:  $20-30$  ng/mL και φυσιολογικά επίπεδα:  $\geq 30$  ng/mL). Η επίδραση της συχνότητας κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών στην πιθανότητα εμφάνισης πλήρους ή μερικής ανεπάρκειας VitD εξετάστηκε με πολυπαραγοντικά μοντέλα κατηγορικής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση,

την ηλικιακή έκθεση, το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), το κάπνισμα και το MedDietScore. **Αποτελέσματα:** Λαμβάνοντας υπόψη τους προαναφερθέντες παράγοντες, η μέτρια κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, συγκριτικά με την μη κατανάλωση, οδηγεί σε μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης πλήρους ( $\Sigma\Lambda=0,36$ , 95% ΔΕ:  $0,16-0,82$ ,  $p$ -τάσης= $0,02$ ) και μερικής ανεπάρκειας VitD ( $\Sigma\Lambda=0,40$ , 95% ΔΕ:  $0,20-0,80$ ,  $p$ -τάσης= $0,03$ ). Η δράση αυτή φαίνεται να αποδίδεται στην κατανάλωση μπύρας, καθώς η μέτρια κατανάλωση οδηγεί σε 85% μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης πλήρους ανεπάρκειας VitD (95% ΔΕ:  $0,04-0,55$ ), ενώ η χαμηλή κατανάλωση οδηγεί σε 55% μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης ανεπάρκειας VitD (95% ΔΕ:  $0,32-0,97$ ). **Συμπεράσματα:** Παρά το γεγονός ότι η υπερβολική κατανάλωση αλκοολούχων ποτών οδηγεί σε ανεπάρκεια VitD, η περιεκτικότητα της μπύρας σε αντιοξειδωτικές ουσίες, βιταμίνες του συμπλέγματος Β και φυλλικό οξύ ενισχύουν την προστατευτική της δράσης όταν καταναλώνονται μέτριες ποσότητες.

## AA13

**ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΕΜΒΟΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΟΞΕΙΔΩΤΙΚΑ:  
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ****Ά. Πετρίδου, Ε. Ζάγορα, Ε. Κουντούρης, Ε. Σταυριανού, Γ. Κοντοθανάση, Ε. Αναγνώστου***Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι εμβοές αποτελούν αρκετά δι-αδεδομένη διαταραχή του ακουστικού συστήματος, που προσβάλλει το 12% περίπου του γενικού πληθυσμού. Δυστυχώς η αιτιολογία τους παραμένει αδιευκρίνιστη. Διάφορες ουσίες έχουν χρησιμοποιηθεί κατά των εμβοών, χωρίς θεαματικά πάντα αποτελέσματα. Πολλές μελέτες εστιάζουν στο ρόλο των ελεύθερων ριζών (ROS) στο έσω ους. Οι ROS επιφέρουν βλάβες στο ενδοθήλιο, οι οποίες εκδηλώνονται κυρίως στην μικροκυκλοφορία του έσω ωτός. Έχει αποδειχθεί ότι οι αντιοξειδωτικές ουσίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προστασία του οργανισμού από τη δράση των ROS. Η μελέτη των διατροφικών συνηθειών, ως προς την περιεκτικότητα σε αντιοξειδωτικές ουσίες, σε ασθενείς με αμφοτερόπλευρες ιδιοπαθείς εμβοές.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η μελέτη περιλάμβανε 20 ασθενείς, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, που έπασχαν από αμφοτερόπλευρες εμβοές και οι οποίοι έλαβαν φαρμακευτική αγωγή για 6 μήνες χωρίς ανταπόκριση. Στους ασθενείς αυτούς χορηγήθηκε ημερολόγιο

ημερήσιας καταγραφής διατροφής για διάστημα μιας εβδομάδας. Ακολούθως, υπολογίστηκε η ημερήσια πρόσληψη αντιοξειδωτικών ουσιών σε μmol TE και έγινε σύγκριση με τις ημερήσιες ανάγκες του οργανισμού βάσει της USDA. **Αποτελέσματα:** Στο 92% των υπό εξέταση ασθενών ευρέθη μέση ημερήσια πρόσληψη αντιοξειδωτικών 2976 μmol TE, ποσό που αντιστοιχεί στο κατώτερο όριο των ημερήσιων αναγκών (3000–5000 μmol TE/24ώρο). Εντούτοις, σε λεπτομερέστερη ανάλυση διαπιστώθηκε ότι στο 60% των ημερών η πρόσληψη ήταν πολύ χαμηλότερη, ήτοι 140 μmol TE/24ώρο. **Συμπεράσματα:** Η ανάλυση των αποτελεσμάτων μας καταδεικνύει την ελλιπή πρόσληψη οξειδωτικών συστατικών για τον οργανισμό, όπως τα αντιοξειδωτικά και φαίνεται να ενισχύει την αιτιολογική τους σχέση με τις εμβοές. Μένει στη συνέχεια να διερευνηθεί κατά πόσο η πρόσληψη της συνιστώμενης ημερήσιας δόσης μπορεί να οδηγήσει στην αντιμετώπιση του προβλήματος των εμβοών.

## ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΘΡΕΨΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ, ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Λ. Τσιριγώτη,<sup>1</sup> Β. Ιατρίδη,<sup>1</sup> Μ. Δαρεμά,<sup>2</sup> Κ.-Α. Πούλια,<sup>3</sup> Μ. Κοντογιάννη,<sup>1</sup> Ι. Μπολέτης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>2</sup> Νεφρολογικό Τμήμα και Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Νεφρού, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>3</sup> Τμήμα Διατροφής, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η δυσθρεψία στη χρόνια νεφρική νόσο σταδίων 4 και 5 με τη μορφή είτε του υπέρβαρου είτε της υποθρεψίας είναι συχνή και επηρεάζει τη νοσηρότητα και την έκβαση των μεταμοσχεύσεων νεφρού. Η αξιολόγηση ανθρωπομετρικών δεικτών νεφροπαθών σταδίων 4 και 5, υποψηφίων για μεταμόσχευση, για την εκτίμηση της παρουσίας υπέρβαρου ή υποθρεψίας. **Υλικό-Μέθοδος:** Είκοσι εννέα νεφροπαθείς συμμετείχαν στη μελέτη. Προμεταμοσχευτικά, για τους λήπτες μοσχεύματος από ζώντα δότη και αναδρομικά, για τους λήπτες πτωματικού μοσχεύματος εκτιμήθηκαν ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και η δερματική πτυχή τρικεφάλου (TSF) ως δείκτες της λιπώδους μάζας και η περιφέρεια (MAMC) και η επιφάνεια (MAMA) μός στο μέσο του βραχίονα, ως δείκτες μυικών αποθεμάτων. **Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με το ΔΜΣ, 37,9% των ασθενών ήταν υπέρβαροι, 10,3% εμφάνιζαν παχυσαρκία τύπου Ι και 41,4% είχαν

ΔΜΣ<23 kg/m<sup>2</sup>, ενώ σύμφωνα με την TSF το 80% του δείγματος είχε τιμή πάνω από το 95ο εκατοστημόριο των φυσιολογικών τιμών. Αντίθετα, οι δείκτες MAMC και MAMA είχαν τιμή κάτω από το 5ο εκατοστημόριο των φυσιολογικών τιμών στο 71,4% και 80% του συνόλου των ασθενών αντίστοιχα και στο 78,6% των ασθενών με ΔΜΣ>25 kg/m<sup>2</sup>. Όσοι ασθενείς έλαβαν μόσχευμα από αποβιώσαντα δότη είχαν υψηλότερο ΔΜΣ (P=0,032) και TSF (P=0,010) και χαμηλότερες MAMC (P=0,005) και MAMA (P=0,006) συγκριτικά με τους ασθενείς που έλαβαν μόσχευμα από ζώντα δότη. **Συμπεράσματα:** Μεγάλο ποσοστό των υποψηφίων για μεταμόσχευση ασθενών παρουσιάζει δυσθρεψία με τη μορφή της σαρκοπενικής παχυσαρκίας και συνεπώς η αξιολόγηση των υποψήφιων για μεταμόσχευση πρέπει να περιλαμβάνει παραμέτρους για την ανίχνευση του προβλήματος αυτού.

## AA15

## ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΥΠΟΘΡΕΨΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (Πρόδρομη μελέτη)

**Ε. Πεχλαβανίδη,<sup>1</sup> Μ. Μπιτζάνη<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Διατροφής-Διαιτολογίας ΤΕΙ Κρήτης, Κρήτη

<sup>2</sup> Α ΜΕΘ, Νοσοκομείο «Γεωργίου Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Αν και είναι γνωστό ότι η κακή θρέψη επιδρά στην έκβαση της νόσου, αυξάνει τον κίνδυνο των επιπλοκών και επηρεάζει τη διάρκεια και το κόστος νοσηλείας, στα περισσότερα νοσοκομεία δεν εφαρμόζεται η διερεύνηση της θρεπτικής κατάστασης των ασθενών κατά την εισαγωγή τους και συνεπώς δεν αναγνωρίζεται η πλειοψηφία των ασθενών που είναι υποθρεπτικοί, ή βρίσκονται σε κίνδυνο υποθρεψίας. Σκοπός της προοπτικής αυτής μελέτης είναι η διερεύνηση της θρεπτικής κατάστασης ασθενών που εισάγονται σε κλινικές ενός τρίτο-βάθμιου νοσοκομείου

**Υλικό-Μέθοδος:** Περιελήφθησαν ασθενείς που εισήχθησαν στην γαστρεντερολογική, πνευμονολογική, παθολογική και ορθοπεδική κλινική κατά το χρονικό διάστημα Μάιος-Αύγουστος του 2011. Καταγράφηκαν οι ανθρωπομετρικές παράμετροι (Βάρος Σώματος τρέχον και σύνηθες, Ύψος, Περίμετρος Βραχίονα), υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) και εκτιμήθηκε ο κίνδυνος υποθρεψίας με τη χρήση του MUST. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη εντός 48ώρου από της εισαγωγής των ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν συνολικά 398 ασθενείς ισομερώς κατανομημένοι στις κλινικές. Μέση ηλικία 65,33+17,06 έτη, 203 άρρενες και 195 θήλειες. Μόνο 39% των ασθενών παρουσίαζε φυσιολογικό βάρος (BMI 18,5-25), ενώ το 61% παρουσίαζε διαταραχές

της θρέψης. Αναλυτικά, το 4% είχε χαμηλό βάρος σώματος (BMI<18,5), το 34% ήταν υπέρβαροι (BMI 25-30) και το 23% ήταν παχύσαρκοι (BMI>30) (Πίνακας 1). Η αξιολόγησή της κατάστασης της θρέψης έδειξε ότι το 47% των ασθενών παρουσίαζε ή βρίσκονταν σε υψηλό κίνδυνο υποθρεψίας με MUST score>2, ενώ σε μέτριο κίνδυνο (MUST score 1) βρίσκονταν το 6% των ασθενών. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του κινδύνου υποθρεψίας (MUST score) και της ηλικίας (P=0,01), καθώς επίσης αρνητική συσχέτιση μεταξύ του MUST score και του BMI (P<0,001). Δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των 2 φύλων (P>0,05) (Πίνακας 2). Υπήρχαν διαφοροποιήσεις μεταξύ των κλινικών και ο κίνδυνος υποθρεψίας ήταν μεγαλύτερος σε ασθενείς της γαστρεντερολογικής κλινικής και μικρότερος σε ασθενείς της ορθοπεδικής (69% vs 14%).

**Συμπέρασμα:** Αν και το ποσοστό των ασθενών που κατά την εισαγωγή τους βρίσκονται σε υψηλό ή μέτριο

BMI	Πνευμ/κή	Ορθ/κή	Γαστρ/κή	Παθ/κή	Σύνολο
<18,5	3%	5%	4%	5%	4%
18,5-25	40%	35%	47%	35%	39%
25-30	32%	40%	32%	32%	34%
>30	25%	20%	17%	28%	23%

**Πίνακας 2.**

	Γαστρεντερολογική		Ορθοπεδική		Παθολογική		Πνευμονολογική	
	MUST 3	MUST 1	MUST 3	MUST 1	MUST 3	MUST 1	MUST 3	MUST 1
	69	24	14	5	56	6	50	7
Άρρενες	74	21	51	72				
Θήλειες	65	79	59	28				
BMI <18,5	100	100	80	100				
BMI 18,5–25	72	5	63	13	71	6	63	13
BMI 25-30	59	13	47	41	9	47		
BMI >30	71	6	28	8	50	28	8	
>65 έτη	65	7	25	9	50	44	60	3
40–65	71	2	2	6	87	38	12	
<40	88	7	40	57	14	25	13	

κίνδυνο υποθρεψίας είναι ιδιαίτερα υψηλό (47% και 6% αντίστοιχα), στην πλειοψηφία τους δεν αναγνωρίζονται χωρίς τη διενέργεια διατροφικού screening. Το γεγονός ότι τα ποσοστά των ασθενών που είναι

υπέρβαροι ή παχύσαρκοι είναι εξαιρετικά υψηλό φαίνεται να συμβάλει περαιτέρω στη μη αναγνώριση των ασθενών σε κίνδυνο. Το MUST πιθανώς να υποεκτιμά τον κίνδυνο υποθρεψίας σε υπέρβαρους και παχύσαρκους ασθενείς.

## AA16

Η ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΥ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ  
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

**Β. Κοντογιάννης, Κ. Μαλαχάς, Τρ. Πλιάκας, Μ. Χουρδάκης**

*Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο σκοπός της μελέτης ήταν να εξετασθεί η ικανότητα αυτοελέγχου των ενηλίκων ασθενών που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ-2) και ζουν στην περιοχή της Κεντρικής Μακεδονίας. **Υλικό-Μέθοδος:** Το SDSCA (εργαλείο εξέτασης αυτοελέγχου) δόθηκε σε 177 ασθενείς με ΣΔ-2, που κατοικούν στην Κεντρική Μακεδονία. **Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς ηλικίας >65 ετών ( $P<0,05$ ), καθώς και εκείνοι με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο ( $P<0,05$ ) εμφάνισαν μεγαλύτερη συμμόρφωση στην κατανομή των υδατανθράκων κατά την διάρκεια της ημέρας, ενώ επίσης εφάρμοζαν πιστότερα την προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή (ειδικά ενέσεις ινσουλίνης) ( $P<0,05$ ), καθώς τις συστάσεις σχετικά με τον έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης στο

αίμα ( $P<0,05$ ). Επίσης, οι άντρες ασθενείς ( $P<0,01$ ), οι ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο ( $P<0,001$ ) και οι ασθενείς με μικρότερη ηλικία διάγνωσης ( $P<0,001$ ) της νόσου ανέφεραν μεγαλύτερη συχνότητα άσκησης. **Συμπεράσματα:** Οι νεότεροι ασθενείς εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο συμμόρφωσης στις συστάσεις που αφορούν τη διατροφή, τη λήψη φαρμάκων, τον έλεγχο της συγκέντρωσης της γλυκόζης, τη φροντίδα των ποδιών και την άσκηση σε σύγκριση με ηλικιωμένους ασθενείς. Τα αποτελέσματα αυτά υπονοούν αυξημένο κίνδυνο για σχετικές επιπλοκές, και συνακόλουθα αύξηση της νοσηρότητας σε νεότερους ασθενείς με ΣΔ-2, οι οποίοι πιθανότατα θα απαιτήσουν εξειδικευμένη θεραπεία στο μέλλον.



## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΑΙΝΟΤΟΜΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΚΛΙΜΑ ΤΗΣ ΤΑΞΗΣ

**Ν. Ευσταθίου, Φ. Κοκκίνου, Γ. Ρίσβας, Β. Μπουντζιούκα, Α. Ζαμπέλας**

*Εργαστήριο Ανθρωποοικολογίας, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Σκοπός της έρευνας ήταν η αξιολόγηση των παραμέτρων του ψυχολογικού κλίματος της τάξης μετά από ένα πρόγραμμα διατροφικής αγωγής μέσω ενεργητικών βιωματικών τεχνικών μάθησης. **Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 740 μαθητές δημοτικών σχολείων της περιφέρειας Αττικής ηλικίας 8–10 ετών. Το 44% των μαθητών συμμετείχε στην ομάδα παρέμβασης όπου εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα διατροφικής αγωγής με έμφαση στο θεατρικό παιχνίδι από ειδικούς εκπαιδευτές και το δάσκαλο. 22% των μαθητών παρακολούθησαν πρόγραμμα διατροφικής αγωγής με το δάσκαλο μόνο και 34% των μαθητών ανήκαν στην ομάδα ελέγχου. Όλοι οι μαθητές κλήθηκαν να απαντήσουν ένα δομημένο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του ψυχολογικού κλίματος στην τάξη πριν και μετά την εφαρμογή του διατροφικού προγράμματος. Η επίδραση της παρέμβασης στις

διαστάσεις του ψυχολογικού κλίματος ελέγχθηκε με την ανάλυση διακύμανσης για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις. **Αποτελέσματα:** Λαμβάνοντας υπόψη τις ομάδες παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου, διαφορές αναδείχθηκαν για τις διαστάσεις «ικανοποίηση», «Διενεκτικότητα», «Δυσκολία» και «Συνεκτικότητα» ( $P=0,01$ ,  $P=0,03$ ,  $P=0,001$  και  $P=0,03$ , αντίστοιχα). Σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων παρατηρήθηκαν για τις συνιστώσες «Διενεκτικότητα», «Ανταγωνιστικότητα» και «Συνεκτικότητα» ( $P=0,01$ ,  $P<0,0001$  και  $P=0,002$ , αντίστοιχα). Ειδικότερα στην ομάδα παρέμβασης που έδρασε μόνο ο δάσκαλος οι μεταβολές που παρατηρήθηκαν ήταν θετικότερες συγκριτικά με τις δύο άλλες ομάδες. **Συμπεράσματα:** Η συμμετοχή του δασκάλου φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην αλλαγή συνιστωσών του ψυχολογικού κλίματος, ενώ απαιτείται μεγαλύτερος χρόνος παρέμβασης για παρατήρηση μεγαλύτερων μεταβολών.

## AA18

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΑ ΝΗΣΙΑ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΟΥ

**Σ. Τυροβολάς,<sup>1</sup> Ε. Πολυχρονόπουλος,<sup>1</sup> Γ. Τούντας,<sup>2</sup> Δ. Παναγιωτάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>2</sup> Τμήμα Δημόσιας υγείας, Επιδημιολογίας και Ιατρικής στατιστικής, Ιατρική σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο ρόλος των διατροφικών υπηρεσιών, στην κατάσταση υγείας ηλικιωμένων ατόμων έχει ελάχιστα διερευνηθεί. Σκοπός της εργασίας, ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των παρεχόμενων διατροφικών υπηρεσιών και της κατάστασης της υγείας σε πληθυσμιακό επίπεδο. **Υλικό-Μέθοδος:** Το 2010, συλλέχθηκαν πληροφορίες που αφορούσαν τις διατροφικές υπηρεσίες από 9 ελληνικά νησιά και την Κύπρο, μέσω συνεντεύξεων από όλους σχεδόν τους διαιτολόγους  $n=88$ . Το ποσοστό συμμετοχής ανά νησί ήταν: Νάξος 100%, Σύρος 50%, Λέσβος 100%, Ζάκυνθος 100%, Κρήτη 60%, Κεφαλονιά 100%, Κέρκυρα 50%, Κύπρος 39%, Σαμοθράκη και Λήμνος 0%. Ο επιπολασμός παχυσαρκίας και υπερχοληστερολαιμίας του ηλικιωμένου πληθυσμού βασίστηκε στα ήδη υπάρχοντα στοιχεία από την επιδημιολογική μελέτη MEDIS. **Αποτελέσματα:** Ο κύριος λόγος που οι ηλικιωμένοι επισκέπτονται τον διαιτολόγο ήταν η ρύθμιση της γλυκόζης αίματος (78%), ενώ μικρό ποσοστό (4%) τους επισκέπτονται προληπτικά. Η

πλειοψηφία (90%) των διαιτολόγων δήλωσε πως οι ηλικιωμένοι, τους επισκέπτονται μετά από προτροπή ιατρού, ενώ ο κύριος λόγος για να σταματήσουν τις συνεδρίες ήταν οικονομικός (39%). Ακόμη μέσω της λογαριθμική παλινδρόμησης φάνηκε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η παρουσία που έχει ένας διαιτολόγος σε κάθε νησί (ανά έτος), τόσο μικρότερη είναι και η πιθανότητα να παρατηρηθεί ο επιπολασμός παχυσαρκίας και υπερχοληστερολαιμίας πάνω από τη διάμεσο τιμή του μελετώμενου πληθυσμού (π.χ., Σχετικός Λόγος, 95%ΔΕ: 0,66(95%ΔΕ 0,45–0,95), 0,66(95%ΔΕ 0,46–0,95), αντίστοιχα), ύστερα από προσαρμογή για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. **Συμπεράσματα:** Οι διατροφικές υπηρεσίες μπορούν να συνεισφέρουν στην καλύτερη διαχείριση της παχυσαρκίας και της υπερχοληστερολαιμίας σε ηλικιωμένα άτομα. Η ενίσχυση των υπηρεσιών διατροφής φαίνεται ικανή να οδηγήσει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

## AA19

## ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ, ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΥΓΕΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΑ ΝΗΣΙΑ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΟΥ

**Σ. Τυροβολάς,<sup>1</sup> Ε. Πολυχρονόπουλος,<sup>1</sup> Γ. Τούντας,<sup>2</sup> Δ. Παναγιωτάκος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Επιστήμης Διατροφολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>2</sup> Τμήμα Δημόσιας Υγείας, Επιδημιολογίας και Ιατρικής στατιστικής, Ιατρική σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Οι προσφερόμενες διατροφικές υπηρεσίες διαμέσου του συστήματος υγείας, και η επίδραση τους στην καρδιαγγειακή υγεία ηλικιωμένων ατόμων έχει ελάχιστα διερευνηθεί. Σκοπός της εργασίας, ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των παρεχόμενων διατροφικών υπηρεσιών τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα και της κατάστασης της υγείας ηλικιωμένων ατόμων. **Υλικό-Μέθοδος:** Το 2010, συλλέχθηκαν πληροφορίες που αφορούσαν τις διατροφικές υπηρεσίες από 9 ελληνικά νησιά και την Κύπρο, μέσω συνεντεύξεων από όλους σχεδόν τους διαιτολόγους  $n=88$ . Το ποσοστό συμμετοχής ανά νησί ήταν: Νάξος 100%, Σύρος 50%, Λέσβος 100%, Ζάκυνθος 100%, Κρήτη 60%, Κεφαλονιά 100% Κέρκυρα 50%, Κύπρος 39%, Σαμοθράκη και Λήμνος 0%. Η κατάσταση υγείας του ηλικιωμένου πληθυσμού (π.χ. επιπολασμός διαβήτη, κ.λπ.) βασίστηκε στα ήδη υπάρχοντα στοιχεία από την επιδημιολογική μελέτη MEDIS. **Αποτελέσματα:** Τα νησιά που διέθεταν δημόσιες μονάδες υγείας με

ενεργό διαιτολογικό τμήμα παρουσίασαν σημαντικά καλύτερο επίπεδο υγείας όσον αφορά τον διαβήτη ( $P=0,005$ ), την υπερχοληστερολαιμία ( $P=0,08$ ), και την παχυσαρκία ( $P=0,04$ ), σε σχέση με τα νησιά που οι διατροφικές υπηρεσίες δεν ήταν διαθέσιμες στους ηλικιωμένους. Επιπρόσθετα στα νησιά αυτά οι ηλικιωμένοι φάνηκε να έχουν υψηλότερο βαθμό υιοθέτησης στην Μεσογειακή δίαιτα ( $P=0,04$ ) και βελτιωμένη πρόσληψη μακροθρεπτικών συστατικών ( $P<0,001$ ). Τέλος σύμφωνα με την πολλαπλή λογαριθμική παλινδρόμηση, η μεγαλύτερη παρουσία που έχει ένας διαιτολόγος, φάνηκε να σχετίζεται την παρουσία μικρότερου επιπολασμού παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου στον ηλικιωμένο πληθυσμό αναφοράς (π.χ., Σχετικός Λόγος, 95%ΔΕ: 0,69(95%ΔΕ 0,49–0,97)). **Συμπεράσματα:** Ο ρόλος του διαιτολόγου και των διαιτολογικών υπηρεσιών που προσφέρει, διαμέσου του συστήματος της υγείας, φαίνονται πως μπορούν να συνεισφέρουν στην πρόληψη και την βελτίωση της καρδιαγγειακής υγείας του ηλικιωμένου πληθυσμού.

AA20

## ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΟΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

**Χρ. Παυλίδου,<sup>1</sup> Α. Καραμήτρη,<sup>1</sup> Ευ. Μπαράκου,<sup>1</sup> D.N. Cooper,<sup>2</sup> Κ. Πουλάς,<sup>1</sup>  
Στ. Τοπούζης,<sup>1</sup> Γ.Π. Πατρινός<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Φαρμακευτικής, Πάτρα

<sup>2</sup> Institute of Medical Genetics, School of Medicine, Cardiff University, Cardiff, United Kingdom

Στη μεταγονιδιακή εποχή, τα διαρκώς αυξανόμενα πειραματικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ του γονιδιώματος και της πρόσληψης των θρεπτικών συστατικών. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι απόψεις του γενικού πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας για την διατροφογονιδιακή και να βρεθούν λύσεις πάνω στο πως ένας επαγγελματίας υγείας μπορεί να εντάξει τις αναλύσεις διατροφογονιδιακής σε μια ιατρική εξέταση ρουτίνας. Για τον λόγο αυτό, σχεδιάσαμε μια πανελλαδική δημοσκοπική έρευνα, η οποία διενεργήθηκε μεταξύ του Οκτωβρίου 2010 και Απριλίου 2011 και αφορούσε δύο πληθυσμιακές ομάδες, εκείνη των επαγγελματιών υγείας (N=87) και εκείνη του γενικού πληθυσμού (N=1607) στις τρεις μεγαλύτερες πόλεις της Ελλάδας, (Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Πάτρα). Η στατιστική ανάλυση έγινε με την χρήση του προγράμματος SPSS 18.0. Τα αποτελέσματά μας υποδηλώνουν ότι σε όλες τις ομάδες οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι υπάρχει μια αλληλεπίδραση μεταξύ γονιδίων και διατροφής, καθώς και

μεταξύ γονιδίων και σωματικού βάρους/απώλειας βάρους. Επίσης, η έρευνα αυτή ανέδειξε ότι υπάρχει η ανάγκη ο επαγγελματίας υγείας, και συγκεκριμένα ο ιατρός, να παίζει τον ρόλο του ενδιάμεσου μεταξύ του ενδιαφερόμενου (ασθενή, ατόμου) και αυτού που θα διενεργήσει την γενετική ανάλυση. Οι επαγγελματίες υγείας παραδέχθηκαν μια έλλειψη γνώσης σχετικά με την διατροφογονιδιακή, δίνοντας έμφαση στην ανάγκη για επιμόρφωση σχετικά με την γενετική. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματά μας καταδεικνύουν ότι οι πληροφορίες που παρέχονται από την ανάλυση του γενετικού υλικού θα πρέπει να αποτελέσουν σημαντικό μέρος της συμβουλευτικής σχετικά με τις διατροφικές επιλογές ή τα προγράμματα διατροφής/απώλειας βάρους τα προσεχή χρόνια. Η διαρκής παροχή εκπαίδευσης στους επαγγελματίες υγείας, αλλά και πληροφόρησης στον γενικό πληθυσμό είναι κεφαλαιώδους σημασίας ώστε να αποφευχθεί η παραπληροφόρηση και η κατάχρηση αυτής της νέας επιστήμης.

## ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ ΣΤΟ ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Λ. Δαμνιάδη, Σ. Γαβή, Ν. Δουλαδέρης, Μ. Μανουσάκης, Χ. Μιχοπούλου, Γ.Ν. Παπαδόπουλος

*Αλλεργιολογικό Εργαστήριο, Β' Παιδιατρικής Κλινικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των παιδιατρικών αλλεργικών ασθενών απαιτεί τη συνεργασία μιας ολόκληρης ομάδας η οποία περιλαμβάνει ιατρό, νοσηλεύτη και εξειδικευμένο διαιτολόγο. Ο διαιτολόγος είναι υπεύθυνος για την ορθή αποφυγή των αλλεργιογόνων τροφίμων, την κάλυψη των αναγκών του ασθενούς σε μικρο- και μακρο- θρεπτικά συστατικά και την προετοιμασία των τροφικών προκλήσεων του αλλεργιολογικού ιατρείου. Σκοπός: Η αξιολόγηση της αντίληψης των ασθενών σχετικά με τη χρησιμότητα του εξειδικευμένου διαιτολόγου στα πλαίσια του αλλεργιολογικού ιατρείου. **Υλικό-Μέθοδος:** Σε γονείς 39 ασθενών του αλλεργιολογικού τμήματος του νοσοκομείου Παίδων Π&Α Κυριακού δόθηκε ερωτηματολόγιο 8 ερωτήσεων σχετικά με την αναγκαιότητα ύπαρξης διαιτολόγου στο τμήμα, τις περιπτώσεις όπου η παρουσία του διαιτολόγου είναι περισσότερο απαραίτητη και την πιθανή προηγούμενη εμπειρία τους από την επαφή με διαιτολόγο

για τη συγκεκριμένη νόσο. **Αποτελέσματα:** Το 79% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι είναι πολύ απαραίτητη\* η παρουσία διαιτολόγου στο αλλεργιολογικό ιατρείο ενώ το 86,8% των ερωτηθέντων κρίνει πολύ απαραίτητη\* τη συστηματική παρακολούθηση των αλλεργικών ασθενών από διαιτολόγο. Ταυτόχρονα μόλις το 20% των ασθενών δηλώνει ότι έχει έρθει σε επαφή με διαιτολόγο σε σχέση με το αλλεργικό νόσημα που τον απασχολεί και μόλις το 5,1% παρακολουθείται συστηματικά από διαιτολόγο. Συμπεράσματα: Φαίνεται πως ενώ η πλειοψηφία των ασθενών αναγνωρίζει την αναγκαιότητα διατροφικής υποστήριξης των αλλεργικών ασθενών απαιτείται ακόμα ιδιαίτερη προσπάθεια ώστε να εξασφαλιστεί στους αλλεργικούς ασθενείς η αντίστοιχη υπηρεσία υγείας.

\* βαθμολογία  $\geq 8$  στην κλίμακα του 10

# Οδηγίες για την Υποβολή Εργασιών

Τα περιοδικό «Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής» έχει ως σκοπό την ενημέρωση διαιτολόγων-διατροφολόγων, ιατρών, επιδημιολόγων, και άλλων επιστημόνων στον χώρο της αγωγής υγείας, σε θέματα σχετικά με τη διατροφή και την υγεία. Πριν την τελική αποδοχή για δημοσίευση στο περιοδικό, σε όλες τις προς δημοσίευση εργασίες θα πραγματοποιείται ανασκόπηση από κριτές.

Στο περιοδικό γίνονται δεκτές:

- Ερευνητικές εργασίες (έκτασης μέχρι 3500 λέξεων και η βιβλιογραφία να μην υπερβαίνει τις 35 παραπομπές, που αφορούν παρουσίαση των πρωτότυπων εργασιών σε σύγχρονα θέματα της διατροφής).
- Ανασκοπήσεις (έκτασης μέχρι 4500 λέξεων και η βιβλιογραφία να μην υπερβαίνει τις 70 παραπομπές, που αφορούν παρουσίαση των πρόσφατων εξελίξεων σε σύγχρονα θέματα της διατροφής).
- Άρθρα Σύνταξης (κατόπιν προσκλήσεως).
- Γράμματα προς το Διευθυντή Σύνταξης (έκτασης μέχρι 500 λέξεων και η βιβλιογραφία να μην υπερβαίνει τις 10 παραπομπές, που αφορούν ήδη δημοσιευμένα άρθρα στο περιοδικό, ή συνοπτική παρουσίαση των πρόσφατων εξελίξεων σε σύγχρονα θέματα της διατροφής).

Η γλώσσα των άρθρων είναι η Ελληνική ή η Αγγλική.

Για τη συγγραφή χρησιμοποιείτε διπλό διάστημα, με όλα τα περιθώρια 2,5 cm και κατά προτίμηση, επεξεργαστή κειμένου MS Word για Windows 2003.

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

Το κάθε άρθρο θα πρέπει να διακρίνεται στις εξής ενότητες:

- Πρώτη σελίδα (τίτλος, ονόματα συγγραφέων, όνομα ιδρύματος, στοιχεία επικοινωνίας του υπεύθυνου συγγραφέα).
- Περίληψη (ελληνική και αγγλική)
- Κυρίως κείμενο
  - Εισαγωγή
  - Μεθοδολογία
  - Αποτελέσματα
  - Συζήτηση
  - Ευχαριστίες/Δήλωση συμφερόντων
  - Βιβλιογραφικές αναφορές

- Πίνακες
- Γραφήματα.

Οι λέξεις Περίληψη, Εισαγωγή, Μεθοδολογία, Αποτελέσματα, Συζήτηση, Ευχαριστίες, Βιβλιογραφία να αναγράφονται με μικρά γράμματα, 12 στίχων και έντονη γραμματοσειρά.

### • Πρώτη Σελίδα

- Τίτλος: με κεφαλαία και έντονα γράμματα, στο κέντρο του κειμένου και μέγεθος 16 στίχων
- Ονόματα των συγγραφέων: (με τη σειρά όνομα, επώνυμο) στο κέντρο του κειμένου, μετά τον τίτλο και με έντονα γράμματα 14 στίχων
- Όνομα του ιδρύματος ή του εργαστηρίου των συγγραφέων ακολουθεί με απλά γράμματα 12 στίχων. Αν πρόκειται για περισσότερα του ενός, σημειώνεται, με αριθμητικές ενδείξεις 1, 2 κ.λπ., σε ποιο από αυτά ανήκει κάθε συγγραφέας
- Στοιχεία υπεύθυνου για επικοινωνία συγγραφέα: όνομα, ταχυδρομική διεύθυνση, αριθμός τηλεφώνου και fax και διεύθυνση email.

### • Δεύτερη σελίδα

- Ελληνική Περίληψη, δομημένη σε μία σελίδα στις ακόλουθες ενότητες: Σκοπός, Υλικό-Μέθοδος, Αποτελέσματα και Συμπεράσματα. Δεν θα πρέπει να ξεπερνά τις 250 λέξεις
- Λέξεις κλειδιά: παράθεση έως 5 λέξεων.

### • Τρίτη σελίδα

- Αγγλική Περίληψη, η οποία είναι μετάφραση της ελληνικής, τίτλος εργασίας στα αγγλικά, ονόματα συγγραφέων στα αγγλικά, λέξεις κλειδιά στα αγγλικά.

### • Κυρίως κείμενο

- Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να είναι γραμμένο σε γραμματοσειρά Times New Roman, 12 στίχων
- Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να είναι δομημένο στις εξής κύριες ενότητες (με έντονη γραμματοσειρά, μικρά γράμματα, 12 στίχων): Εισαγωγή, Μεθοδολογία, Αποτελέσματα, Συζήτηση. Στην περίπτωση όπου είναι απαραίτητες υπο-ενότητες κάτω από τις κύριες ενότητες, να γράφονται με πλάγια γραμματοσειρά
- Βασικές οδηγίες κατά τη συγγραφή: Να αφήνετε ένα κενό διάστημα μετά τα σημεία στίξης. Κάντε αυτόματη αρίθμηση των σελίδων στην κάτω δεξιά γωνία και συνεχή αρίθμηση γραμμών στο αριστερό περι-

θώριο της σελίδας. Γενικά η συγγραφή των εργασιών πρέπει να ακολουθεί τις υποδείξεις της Διεθνούς Επιτροπής Συντακτών Ιατρικών Περιοδικών (βλ. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, *N Engl J Med* 1991, 324:424–428).

- Ευχαριστίες/Δήλωση συμφερόντων
  - Ευχαριστίες θα πρέπει να αποδίδονται μόνο σε άτομα που συνέβαλαν σημαντικά στη διεξαγωγή της μελέτης
  - Στη Δήλωση συμφερόντων θα πρέπει να καταγράφονται τυχόν οικονομικές ή άλλου είδους εμπλοκές της συγγραφικής ομάδας που ενδέχεται να επηρεάσουν την ποιότητα της ερευνητικής εργασίας.
- Βιβλιογραφικές αναφορές
  - Οι αναφορές θα πρέπει να ακολουθούν το πρότυπο Vancouver, να αναγράφονται όλα τα ονόματα των συγγραφέων, ενώ θα πρέπει να σημειώνονται στο κείμενο αριθμητικά με τη σειρά εμφάνισής τους, με εκθετική μορφή. Οι αναφορές θα πρέπει να τοποθετούνται μετά τις Ευχαριστίες σε νέα σελίδα.
- Πίνακες, Γραφήματα
  - Χρησιμοποιείτε τις δυνατότητες του επεξεργαστή κειμένου για τη δημιουργία πινάκων. Κάθε πίνακας θα πρέπει να παρουσιάζεται σε ξεχωριστή σελίδα, πλήρης με τίτλο και επεξηγήσεις (κάτω από τον πίνακα) των στοιχείων που παρουσιάζονται. Τα δεδομένα που παρουσιάζονται στους πίνακες δεν θα πρέπει να επαναλαμβάνονται στο κυρίως σώμα του άρθρου. Αποφύγετε τις κάθετες γραμμές διαχωρισμού των στηλών. Να υπάρχει ένδειξη για την ακριβή θέση των Πινάκων και των Γραφημάτων μέσα στο Κυρίως κείμενο. Τόσο οι Πίνακες όσο και τα Γραφήματα να παρατίθενται μετά τις Βιβλιογραφικές αναφορές.

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

Το κάθε άρθρο θα πρέπει να διακρίνεται στις εξής ενότητες:

- Πρώτη σελίδα (τίτλος, ονόματα συγγραφέων, όνομα ιδρύματος, στοιχεία επικοινωνίας του υπεύθυνου συγγραφέα)
- Περίληψη (ελληνική και αγγλική)
- Κυρίως κείμενο
- Ευχαριστίες/Δήλωση συμφερόντων

- Βιβλιογραφικές αναφορές
- Πίνακες
- Γραφήματα.

Οι τίτλοι από τις ενότητες της ανασκόπησης που θα αναπτύσσονται στο κυρίως κείμενο καθώς και οι λέξεις Περίληψη, Ευχαριστίες, Βιβλιογραφία να αναγράφονται με μικρά γράμματα, 12 στίχων και έντονη γραμματοσειρά. Στην περίπτωση όπου είναι απαραίτητες υπο-ενότητες κάτω από τις κύριες ενότητες, να γράφονται με πλάγια γραμματοσειρά.

- Πρώτη Σελίδα (όπως στις Ερευνητικές Εργασίες).
- Δεύτερη σελίδα
  - Ελληνική Περίληψη. Δεν θα πρέπει να ξεπερνά τις 250 λέξεις
  - Λέξεις κλειδιά: παράθεση έως 5 λέξεων.
- Τρίτη σελίδα (όπως στις Ερευνητικές Εργασίες).
- Κυρίως κείμενο (όπως στις Ερευνητικές Εργασίες)
  - Στις ανασκοπήσεις θα πρέπει να αναγράφεται ο αριθμός των άρθρων που μελετήθηκαν, οι βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων στις οποίες έγινε η αναζήτηση, και η χρονική περίοδος στην οποία δημοσιεύτηκαν τα άρθρα που περιλαμβάνονται στην ανασκόπηση.
- Ευχαριστίες/Δήλωση συμφερόντων, Βιβλιογραφικές αναφορές (όπως στις Ερευνητικές Εργασίες).
- Πίνακες, Γραφήματα (όπως στις Ερευνητικές Εργασίες)
  - Θα ήταν καλό οι πληροφορίες της ανασκόπησης να παρουσιάζονται και σε πίνακα/ες, ώστε να έχουν μια πιο ομοιογενή και οργανωμένη μορφή.

## ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

- Τα άρθρα που υποβάλλονται για δημοσίευση, αποστέλλονται ηλεκτρονικά ως συνημμένο αρχείο στην ηλεκτρονική διεύθυνση της Γραμματείας του περιοδικού: [hjnutrdiet@hda.gr](mailto:hjnutrdiet@hda.gr). Στο θέμα του ηλεκτρονικού μηνύματος να αναγράφεται απαραίτητα «υποβολή εργασίας» και ο τίτλος της εργασίας. Τόσο κατά την παραλαβή του άρθρου, όσο και για την πιθανή αποδοχή ή απόρριψη του, ο συγγραφέας προς επικοινωνία θα λαμβάνει γράμμα από τη Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού.

# Instructions for authors

Aim of the "Hellenic Journal of Nutrition and Dietetics" is to provide scientific information on issues regarding Nutrition and Health for Dieticians, Physicians, Epidemiologists and many other scientists studying the science of food, nutrition, and dietetics. Before acceptance for publication in the Journal, all manuscripts will be sent for peer review.

## Article categories:

- Original articles (should not exceed 3500 words, 35 references maximum, regarding original research studies on contemporary nutrition topics).
- Reviews (should not exceed 4500 words, 70 references maximum focusing on recent developments in the field of nutrition).
- Editorials (upon invitation).
- Letters to the Editor (should not exceed 500 words, 10 references maximum, referencing data recently published in the Journal or emphasizing on novel developments in the field of nutrition).

Language of submission is Greek or English.

Use double space, 2,5 cm margins and preferable word processing software MS Word for Windows 2003.

## ORIGINAL ARTICLES

Each article should be structured as follows:

- Title page (Title, authors' names, affiliations, full name and complete postal address of the corresponding author).
- Abstract (Greek and English).
- Text
  - Introduction
  - Methods
  - Results
  - Discussion.
- Acknowledgments/Conflict of interest
- References.
- Tables.
- Figures.

The words Abstract, Introduction, Methods, Results, Discussion, Acknowledgements, References should be written in lower case letters, 12 point size and bold.

- Title page
  - Title: in capital and bold letters, center alignment and 16 point size
  - Names of all authors: (First name, Last name) center alignment, after the Title in 14 point size, bold
  - Name of the research centers and institutions of the authors in 12 point size. Present which authors are associated with which institutions with numerical indications 1, 2 etc
  - Corresponding author contact information: name, postal address, telephone and fax numbers and email address.
- Second page
  - Abstract, structured in one page under the following headings: Aims, Methods, Results and Conclusions. The abstract should not exceed 250 words
  - Key words: please provide up to 5 words.
- Third page
  - Abstract in Greek or in English, depending of the language of submission. If the submission language is Greek, a translation of the abstract, the authors' names and the key words in English is obligatory.
- Main text
  - Main text should be written in Times New Roman, 12 point size. Main text should be structured in the following sections bold, 12 point size, lower case letters: Introduction, Methods, Results, Discussion. If sub-sections under the main sections are necessary, they should be written in italics
  - Please live a single space after punctuation marks. Include page numbers in the bottom right corner of the page and continuous line numbers in the left margin. Preparation of the manuscript should follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (i.e., Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, *N Engl J Med* 1991, 324:424–428).
- Acknowledgements/Conflict of interest
  - Acknowledgements should be addressed only for investigators with significant contribution to the study
  - Authors should declare whether or not there are any competing financial or other interests in relation to the work described.



- References
  - References should follow the Vancouver style, all authors names should be mentioned, while in the text they should be presented numerically according to their order of appearance in exponential form. References should be presented in a new page after the Acknowledgements section.
- Tables, Figures
  - Authors are encouraged to use the word processing software for the creation of Tables. Each table should be presented in a separate page, be self-explanatory with a title and legend (under the table) of the data presented. Data presented in tables should not be repeated in the text. Please avoid to use vertical lines to separate columns. Indicate the place of the tables and figures in the Main text. Tables and Figures should be presented after the References section.

## REVIEWS

Every article should be divided in the following sections:

- First page (Title, authors' names, affiliations, full name and complete postal address of the corresponding author)
- Abstract (Greek and English)
- Text
- Acknowledgments/Conflict of interest
- References
- Tables
- Figures.

The titles of each review section as well as the words Abstract, Acknowledgments and References should be

written in lower case letters, 12 point size and bold. If sub-sections under the main sections are necessary, they should be written in italics.

- Title page (like Original Articles).
- Second page.
  - Abstract. Should not exceed 250 words.
  - Key words: provide up to 5 words
- Third page (like Original Articles).
- Text (like Original articles)
  - The number of articles studied, the bibliographic databases that have been searched, as well as the time period in which the articles included in the review were published, should be mentioned.
- Acknowledgments/ Conflict of interest, References (like Original Articles).
- Tables, Figures (like Original Articles)
  - It would be preferable if the information discussed in the reviews would also be depicted in table/s in order to be presented in a more homogeneous and organized form.

## MANUSCRIPT SUBMISSION

- Articles to be submitted, are sent as an attached file to the e-mail address of the Secretariat of the Journal: [hjnutrdiet@hda.gr](mailto:hjnutrdiet@hda.gr). "Manuscript submission" and the title of the manuscript should be written in the subject section of the e-mail. The corresponding author will receive a letter from the Editorial Board of the Journal upon receipt of the article, as well as upon possible acceptance or rejection.