

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ

Διαιτολογίας-Διατροφής

Εξαμηνιαία έκδοση του Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων - Διατροφολόγων

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ - ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΩΝ

12^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ & ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ
5 - 8 Δεκεμβρίου 2013
“ΘΕΑΤΡΟΝ”, Κέντρο Πολιτισμού “Ελληνικός Κόσμος”
www.hdacongress.gr

Διπλόσπονδο συνέδριο: **Goldair** T. (+30) 210 3274 570, F. (+30) 210 3311 021, E. congress@goldair.gr, S. www.congress.goldair.gr



Hellenic Journal
of Nutrition and Dietetics

Volume 4, (Supplement)

12th Hellenic Congress of Nutrition and Dietetics 2013



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

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ-ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΩΝ**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΛΛΟΓΟΥ**Πανόρμου 23, 11522 Αθήνα
Τηλ. 210 6984400 –
Φαξ. 210 6427801
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
Κ. Βάμβουκα**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ****Goldair**
Congress1ο χλμ. Λ. Παιανίας – Μαρκοπούλου
190 02 Παιανία – Ελλάδα
Τηλ: 210 3274 570,
Fax: 210 3311021
e-mail: congress@goldair.gr,
www.goldair.gr**Ειδικός Γραμματέας****Οργάνωσης & Συνδικαλισμού**
Β. Παπαμίκος**Ειδικός Γραμματέας Δημοσίων****Σχέσεων & Τύπου**
Α.Ι. Ναούμη**Ειδικός Γραμματέας****Επιστημονικών Εκδηλώσεων
& Δράσεων**
Α. Τσαγκάρη**ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ****Διευθυντές Σύνταξης**
Μ. Γιαννακούλια

Δ. Παναγιωτάκος

Βοηθοί ΣύνταξηςΧρ.Μ. Καστορίνη
Ευ. Φάππα**Αναπληρωτές Διευθυντές****Σύνταξης**Μ. Κοντογιάννη
Α. Ματόλια
Ε. Παπαδοπούλου
Κ.Α. Πούλια**ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΣΥΝΤΑΞΗΣ**U. Das
Π. Κόκκινος
Α. Σιμόπουλος
Ν. Ανδρικόπουλος
Σ. Αντωνοπούλου
Αικ. Βάμβουκα
Δ. Βαράκλια
Γ. Δεδούσης
Γ. Δημητριάδης
Κ. Δημόπουλος
Μ. Ελισάφ
Α. Ζαμπέλιας
Θ. Καραγκιόζογλου
Β. Καραθάνος
Μ. Καψοκεφάλου
Π. Κοσμίδης
Π. Λάγιοι
Ε. Λάππα
Γ. Λυρίτης
Β. Παπαμίκος
Ζ. Παφίλη
Χρ. Πίτσαςβος
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**23 Panormou Str., GR-11522 Athens
Tel. 0030 2106984400
Fax 0030 210 6427801
e-mail: info@hda.gr
www.hda.gr
www.hjnutrdiet.com
hjnutrdiet@hda.gr**PUBLISHER**

Κ.Α. Πούλια

ADVISORY BOARD**President**
G. Risvas
Vice President
Κ.Α. Πούλια
General Secretary
P. Varagiannis
Treasurer
Αικ. Βαμβουκα**EDITING****Goldair**
Congress1st km Paianias-Markopoulou
Avenue, 190 02 Paiania-Greece
Tel: 210 3274 570,
Fax: 210 3311021
e-mail: congress@goldair.gr,
www.goldair.gr**Special Secretary****of Organisation**
V. Papamikos**Special Secretary****of Public Relations**
Α.Ι. Ναουμί**Special Secretary****of Scientific Events**
Α. Τσαγαρί**EDITORIAL BOARD****Editors-in-Chief**
Μ. Yannakoulia

D. Panagiotakos

Assistants**of the Editors-in-Chief**
Chr.M. Kastorini
Ev. Fappa**Associate Editors**Μ. Kontogianni
Α. Μάταλια
Ε. Παπαδοπούλου
Κ.Α. Πούλια
MembersU. Das
P. Kokkinos
Α. Simopoulos
Ν. Ανδρικόπουλος
Σ. Αντωνοπούλου
Αικ. Βαμβουκα
Δ. Βαράκλια
G. Dedoussis
G. Dimitriadis
C. Dimopoulos
M. Elisaf
Α. Zambelas
Th. Karagiozoglou
V. Karathanos
Μ. Kapsokefalou
P. KosmidisP. Lagiou
E. Lappa
G. Lyritis
B. Papamikos
Z. Pafili
Chr. Pitsavos
L. Sidossis
J. Triantafyllidis
Α. Trichopoulou
Α. Tsagari
Α. Tsarouchi
Μ. Hasapidou
Th. Psaltopoulou**Statistical Editor**

B. Bountziouka



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ

HELLENIC JOURNAL OF

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ - ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**NUTRITION AND DIETETICS**

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ 2013

SUPPLEMENT 2013

Περιεχόμενα**ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ****OBESITY IN CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISORDERS***Bandini Linda*

8

**HIGHLIGHTS OF 2013 – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ:
ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ***Αναστασιάδου Αναστασία*

12

THE ROLE OF THE DIETITIAN IN THE REHABILITATION SETTING*Dimentman Anat*

8

**ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
(INTERACTIVE/INFORMATION COMMUNICATION
TECHNOLOGIES-ICT) ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟ***Ανδρέου Ελένη*

12

DYSPHAGIA – SCREENING, DIAGNOSIS AND TREATMENT*Dimentman Anat*

8

**ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ
ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ***Αντωνογεώργος Γεώργιος*

13

THE EUROPEAN DIETITIAN; VISION FOR IMPACT*de Looy Anne E*

9

**DIETETIC ASSOCIATIONS ACROSS EUROPE USE LLL
STRATEGIES TO SUPPORT THEIR MEMBERS AND PROMOTE
THE PROFESSION***Douglas Pauline*

9

ΕΝΥΔΑΤΩΣΗ*Αρναούτης Ιωάννης*

13

HOME PARENTERAL NUTRITION*Forbes Alastair*

9

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ*Αυλωνίτη Αλεξάνδρα*

14

THE USE OF IMMUNONUTRITION IN EN / PN NUTRITION*Klek Stanislaw*

10

**‘ΥΔΡΙΑ’ – ΕΘΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑ-
ΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ
ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ***Βαλάνου Ελισάβετ*

14

**MALNUTRITION AND OUTCOME IN HOSPITALIZED CHILDREN
IN EUROPE***Koletzko Berthold*

10

**ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ***Βαραγιάννης Παναγιώτης Α.*

15

ERAS/ PERIOPERATIVE NUTRITION*Ljungqvist Olle*

10

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ ΣΤΟ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΑΤΟΜΩΝ
ΜΕ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ: ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ***Βασιλοπούλου Αιμιλία*

15

**ENERGY BALANCE: UNDERSTANDING THE
DYNAMICS OF WEIGHT MANAGEMENT***MacDonald Ian A*

11

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΥΠΝΟΥ ΣΤΟΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ*Βγόντζας Αλέξανδρος*

15

NON-COELIAC GLUTEN SENSITIVITY AND IBS*Mooney Peter D.*

11

ΔΗΜΟΣΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΥΣΗ ΤΩΝ ΟΔΗΓΩΝ*Βελουδάκη Αφροδίτη*

16

**PHYSICAL ACTIVITY - EDUCATION FOR PUBLIC HEALTH
PROMOTION***Talbot Margaret*

11

**ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ: ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ,
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ****– ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ***Βλαχοπαπαδοπούλου Ελπίς-Αθηνά*

16

**ΦΑΡΜΑΚΑ ΦΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ- Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ
(ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ) ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ***Αγγελόπουλος Χρήστος*

12

ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΑΣ*Γαβρή Σταυρούλα*

17

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΙ «ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΤΕΣ-ΔΙΑΤΑΡΡΑΚΤΕΣ» ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ <i>Διαμάντη-Κανδαράκη Ευανθία</i>	17	ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ <i>Μανιαδάκης Νικόλαος</i>	24
ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ, ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΕ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ <i>Ζουγανέλη Σοφία</i>	18	ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ: ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΝΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ “ΤΟΥ ΒΟΧ- STUDY” <i>Μανιός Ιωάννης</i>	25
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΕΥ ΔΙΑ...ΤΡΟΦΗΝ: ΕΘΝΙΚΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΙ ΟΔΗΓΟΙ <i>Ζώτα Κωνσταντίνα</i>	18	ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ: ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ – ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ <i>Μανιός Ιωάννης</i>	25
ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Κ ΣΤΗ ΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ <i>Κανελλιάκης Σπυρίδων</i>	19	ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΑΜΕΔΥ) – HELLENIC NATIONAL HEALTH AND NUTRITION EXAMINATION SURVEY (H-NHANES) <i>Μίχα Ρενάτα</i>	25
HIGHLIGHTS OF 2013 – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ: ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ <i>Καπίρη Ελπίνικη</i>	19	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ <i>Μίχας Γεώργιος</i>	26
ΕΠΙΤΥΓΧΑΝΕΤΑΙ ΘΡΕΠΤΙΚΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΙΤΑ ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΓΛΟΥΤΕΝΗΣ; <i>Καραγιάννης Δημήτρης</i>	20	ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΣΕ ΗΛΙΚΙΕΣ 20-40 ΕΤΩΝ, ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΚΥΠΡΟ: ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ <i>Μιχέλη Μαίρη</i>	26
ΝΕΩΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ <i>Καραγιάννης Ιωάννης Α.</i>	20	ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΣΕ ΑΘΛΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡΑΝΤΟΧΗΣ <i>Μούγιος Βασίλης</i>	27
HIGHLIGHTS OF 2013 – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ <i>Καράτζη Καλλιόπη</i>	21	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ <i>Μπαθρέλλου Ειρήνη</i>	27
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΚΑΜΠΑΝΙΑΣ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΟΥΣ <i>Καρκατζούλη Νίνα</i>	21	Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΑΡΚΟΥΣ ΠΡΩΤΕΪΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ <i>Μπαρμπαρούση Ειρήνη</i>	27
‘ΥΔΡΙΑ’ - ΕΘΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ <i>Κλινάκη Ελένη</i>	22	ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 65 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ <i>Μπελογιάννη Κατερίνα</i>	28
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ <i>Κοθοπούρου Μαρία</i>	22	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΟΔΗΓΩΝ <i>Μπενέτου Βασιλική</i>	28
ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ <i>Κοντογιάννη Μερόπη</i>	22	ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ <i>Μπενέτου Βασιλική</i>	29
ΑΣ ΑΦΗΣΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΤΥΠΟΥΣ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΔΕΑ ΣΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ <i>Κουστουράκη Παρασκευή</i>	23	‘ΥΔΡΙΑ’ - ΕΘΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ <i>Νάσκα Ανδρονίκη</i>	29
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ: ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ <i>Κουτσούκη Δήμητρα, Μπογδάνης Γρηγόρης</i>	23	ΣΧΕΔΙΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ ΤΗΣ ΠΑΜΕΔΥ <i>Νικολαΐδης Ιωάννης</i>	30
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ (ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΟΙ ΕΓΚΥΕΣ ΚΑΙ ΘΗΛΑΖΟΥΣΕΣ) <i>Κωστή Ρένα</i>	24	ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ-ΕΡΓΟΓΟΝΑ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ <i>Νικολάου Ελένη</i>	30
ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: ΕΥ ΔΙΑ...ΤΡΟΦΗΝ (ΕΘΝΙΚΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ) ΕΙΣΑΓΩΓΗ <i>Λινού Αθηνά</i>	24		

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ ΤΕΛΙΚΑ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ;

Νομικός Τζώρτζης

30

‘ΥΔΡΙΑ’ - ΕΘΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Ορφανός Φίλιππος

31

ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Παναγιωτάκος Δημοσθένης Β.

31

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Παπαδημητρίου Ελένη, Καστορίνη Χριστίνα-Μαρία

32

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΛΥΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Παπαδοπούλου Μαριάννα

32

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

Παπακωνσταντίνου Αιμιλία

32

ΓΕΥΜΑ ΠΡΙΝ, ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ

Πετράκη Ευαγγελία Ιωάννα

33

ΚΡΟΚΟΣ ΚΟΖΑΝΗΣ ΚΑΙ ΜΕΛΙ

Ποθυσίου Μόσχος

33

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΤΑΛΗΛΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Πούλια Καλλιόπη – Άννα

34

ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΙΤΙΣΗΣ & ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ

Πούλιου Εριφύλη

35

ΠΩΣ Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΑΛΛΕΡΓΙΑ

Σταυρουλάκης Γεώργιος

35

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΤΟΝΗΣ ΠΡΟΠΟΝΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Τζιαμούρτας Αθανάσιος Ζ.

35

ΕΞΩΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D

Τουρνής Συμεών

36

Η ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΜΑΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗ : ΤΟ ΧΤΕΣ ΩΣ ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΙΑ ΤΟ ΑΥΡΙΟ

Τριχοπούλου Αντωνία

36

ΕΥ ΜΕΝΟΥ - ΜΙΑ ΠΑΝΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

Τσιγαρίδα Ειρήνη

37

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Φάππα Ευαγγελία

37

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΨΑΡΙΟΥ & ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

Φραγκοπούλου Ελισάβετ

38

ΑΓΡΙΑ ΧΟΡΤΑ & ΚΡΑΣΙ

Φραγκοπούλου Ελισάβετ

38

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Χαρμανδάρη Ευαγγελία

38

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΦΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ

Χήγνου Ιωάννα

39

ΕΛΙΑ ΚΑΙ ΕΛΑΙΟΛΑΔΟ

Χίου Αντωνία

39

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**ΠΑ01. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΑΠΟΓΑΛΑΚΤΙΣΜΟ ΣΤΗ ΜΕΤΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟΔΟΧΗ ΦΡΟΥΤΩΝ ΚΑΙ ΛΑΧΑΝΙΚΩΝ**

Αλεξάνδρα Γεωργίου, Χριστίνα Μαυρογιάννη, Γεώργιος Μοσχώνης, Φλώρα Μπακοπούλου, Κωνσταντίνος Βλάχος, Ευγενία Τουλούπη, Πέτρος Κιουρής, Ιωάννης Μανιός

40

ΠΑ02. ΟΛΙΚΟ ΚΑΙ ΣΠΛΑΧΝΙΚΟ ΛΙΠΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ. ΜΕΛΕΤΗ HEALTHY GROWTH

Μαρία-Χριστίνα Πολυχρονοπούλου, Καλλιόπη Καράτζη, Γεώργιος Μοσχώνης, Φλώρα Μπακοπούλου, Ιωάννης Μανιός

40

ΠΑ03. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Κλεοπάτρα Ρούτση, Αναστάσιος Ιωαννίδης, Σοφία Ζυγά, Πέτρος Κολλοβός, Γεώργιος Πανουτσόπουλος, Μαρία Τσιρώνη, Παρασκευάς Κουτσουβίτης, Δάφνη Ελένη Κουγιουμτζή-Δημοιλιάνη, Άννα Μαρία Πιστικού, Μαρία Μαγγανά, Ανδρέα Παόλα Ρόχας-Χιλ

40

ΠΑ04. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Δαφνή Ελένη Κουγιουμτζή-Δημοιλιάνη, Μαρία Χρονά, Αναστάσιος Ιωαννίδης, Σοφία Ζυγά, Μαρία Τσιρώνη, Γεώργιος Πανουτσόπουλος, Άννα Μαρία Πιστικού, Μαρία Μαγγανά, Ανδρέα Παόλα Ρόχας-Χιλ

41

ΠΑ05. A PROSPECTIVE STUDY OF THE EFFECT OF RAMADAN FASTING ON BODY COMPOSITION AND NUTRITIONAL INTAKE IN ADULTS

Elena Philippou, Abdolreza Norouzy, Mahta Salehi, Hamid Arabi, Farshid Shiva, Sahar Mehrnoosh, Seyed Mohammad R. Mohajeri, Seyed Amir R. Mohajeri, Maryam Sabery, Mohsen Nematy

41

ΠΑ06. ΓΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ

Δώρα Μπρίκου, Ελένη Καρφοπούλου, Αναστασία Γκίζα, Εύα Καμπίτση, Μαίρη Γιαννακούλια

42

ΠΑ07. ΒΑΘΜΟΣ ΥΙΟΘΕΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ

Νίκη Μουρούτη, Αθανασία Λαίνα, Επαμεινώνδας Σαμαντάς, Χρήστος Παπαβαγγέλης, Πετρίνη Πλυτζανοπούλου, Τώνια Βασιλάκου, Νικόλαος Μαλάμος, Δημοσθένης Παναγιωτάκος

42

ΠΑ08. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΜΕΝΟΥ ΚΡΕΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΜΑΡΤΥΡΩΝ

Νίκη Μουρούτη, Μαρία Σωμαράκη, Ευάγγελος Φιλόπουλος, Χρήστος Παπαβαγγέλης, Πετρίνη Πλυτζανοπούλου, Τώνια Βασιλάκου, Νικόλαος Μαθάμος, Δημοσθένης Παναγιωτάκος

42

ΠΑ09. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ (NAFLD)

Ναυσικά Τίληλη, Μιχαήλ Γεωργουλίτης, Μερóπη Κοντογιάννη, Κατερίνα Μαργαρίτη, Ελισάβετ Φραγκοπούλου, Ροδέσσα Ζαφειροπούλου, Ντίνα Τηνιακού, Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης

43

ΠΑ10. Ο ΒΑΘΜΟΣ ΥΙΟΘΕΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟΥΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΜΕΤΑ-ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

Λυδία Σαριγώτη, Καλλιόπη Άννα Πούλια, Μαρία Δαρεμά, Νικόλαος Αιτάνης, Βασιλική Ιατρίδη, Μαρία Μαντή, Γεώργιος Ζαβός, Ιωάννης Μποδέτης, Μερóπη Κοντογιάννη

43

ΠΑ11. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΣΑΝ ΜΕΣΟ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Ζωή Μπουλούμπαση, Δημήτρης Καραγιάννης, Δημήτρης Κωνσταντίνου, Δημήτρης Μαγγανάς, Σπύρος Δρακόπουλος

44

ΠΑ12. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Ευαγγελία Σχοινά, Μερóπη Κοντογιάννη, Μιχαήλ Μακρίδου, Διονυσία Κάκαλου, Χρυσούλα Βασιλείου, Ελένη-Ισιδώρα Περδικούρη, Δέσποινα Νάση, Ιωάννης Γκιουλιμπασιάνης, Χρήστος Παπανδρέου

44

ΠΑ13. ΒΙΟΔΡΑΣΤΙΚΑ ΜΙΚΡΟΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΟΞΕΙΔΩΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΚΟΡΙΝΘΙΑΚΗΣ ΣΤΑΦΙΔΑΣ

Ειρήνη Α. Παναγοπούλου, Αντωνία Χίου, Βάιος Θ. Καραθάνος

45

ΠΑ14. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΣΕ ΒΙΟΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΤΡΟΦΙΜΟ (FETA BAR 50/50)

Μαρία Κανάκη, Ειρήνη Μάνθου, Καλλιόπη Γεωργακούλη, Χαρίκλεια Κ. Δελή, Δημήτριος Κουρέτας, Ιωάννης Κουτεντάκης, Αθανάσιος Ζ. Τζιαμούρτας

45

ΠΑ15. MCT vs. LCT ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ)

Ευσταθία Παπαδά, Ανδριάννα Καλιώρα, Αριστεία Γκιοξέρη, Απόστολος Παπαδόης, Alastair Forbes

46

ΠΑ16. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕ ΚΟΡΙΝΘΙΑΚΗ ΣΤΑΦΙΔΑ (ΒΟΣΤΙΤΣΑ) ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΚΟΥΝΕΛΙΑ NEW ZEALAND WHITE

Αμαλία Ε. Γιάννη, Βησσαρίων Ευθυμίου, Παύλος Λεβόβας, Ελένη Ιωαννίδη, Νίκος Κωστομητσόπουλος, Βάιος Καραθάνος

46

ΠΑ17. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΘΗΚΗΣ ΚΑΝΕΛΛΑΣ ΣΤΗ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Χρήστος Λιάσκος, Καλλιόπη Άννα Πούλια, Βασιλική Αργιανά, Δέσποινα Περρέα, Αλέξανδρος Κόκκινος, Σταύρος Λιάτης

47

ΠΑ18. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΘΗΚΩΝ

Αιμιλία Παπακωνσταντίνου, Ιωάννα Κεχρμπάρη, Νατάσσα Χατζηλεωνίδα, Δήμητρα Βασιλειάδη, Παναγιώτα Μήτρου, Βασιλική Φραγκάκη, Εκάβη Ν. Γεωργουσοπούλου, Αντώνης Ζαμπέλας, Τζώρτζης Νομικός, Ευτυχής Τρακάκης, Μερóπη Κοντογιάννη, Γεώργιος Δημητριάδης

47

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ01. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΒΙΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΕΚΧΥΛΙΣΜΑΤΩΝ ΚΟΛΟΚΥΘΟΣΠΟΡΟΥ ΣΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ PC-3

Μαρία Σκυριανού, Μαριάννα Ξανθοπούλου, Χάρης Πρατσίνης, Δημήτρης Κλέτσας, Σμαραγδή Αντωνοπούλου, Τζώρτζης Νομικός, Ρωξάνη Τέντα

48

ΑΑ02. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΒΙΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΕΚΧΥΛΙΣΜΑΤΩΝ ΛΕΥΚΟΥ ΚΑΙ ΚΟΚΚΙΝΟΥ ΚΡΑΣΙΟΥ ΣΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ PC-3

Μαρία Σκυριανού, Μαριάννα Ξανθοπούλου, Χάρης Πρατσίνης, Δημήτρης Κλέτσας, Σμαραγδή Αντωνοπούλου, Ελισάβετ Φραγκοπούλου, Ρωξάνη Τέντα

48

ΑΑ03. ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΚΡΑΣΙΟΥ ΣΤΗΝ ΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΟΞΕΙΔΑΣΗΣ ΤΗΣ ΓΛΟΥΤΑΘΕΙΟΝΗΣ

Δήμητρα Στρατίκη, Μαριάννα Ν. Ξανθοπούλου, Κωνσταντία Καθαθάρá, Καλλιόπη Αραμπατζή, Σμαραγδή Αντωνοπούλου, Ελισάβετ Φραγκοπούλου

48

ΑΑ04. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΨΗΛΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΩΜΕΓΑ-3 ΛΙΠΑΡΩΝ ΟΞΕΩΝ, ΚΟΡΤΙΖΟΝΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παρασκευή Ντετοπούλου, Βασίλειος Παπαμίκος

49

ΑΑ05. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΗΣ ΓΕΝΙΑΣ ΤΩΝ 700 ΕΥΡΩ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ

Χρύσω Πατσαλίδου, Μαριέλλα Ανδρέου Ηλία, Άννα Μαρία Μαρμάκη, Λένα Μπορμπουδάκη

49

ΑΑ06. BREAKFAST INTAKE IS ASSOCIATED WITH FOUR OBESITY INDEXES, MEDITERRANEAN DIET ADHERENCE, SERUM IRON AND FASTING GLUCOSE: THE CYFAMILIES STUDY

Chrystelleni Lazarou, Antonia-Leda Matalas

50

ΑΑ07. ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΣΧΟΛΕΙΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΟΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Χριστιάνα Παυλίδου, Ηλίας Γιασεμής, Αθανάσιος Βοζίκης, David N. Cooper, Δημήτριος Νοταράς, Γεώργιος Π. Πατρινός

50

ΑΑ08. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΦΡΟΥΤΩΝ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Ειρήνη Μπαθρέλλη, Μαρία Γιαννακούλια

51

ΑΑ09. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΑΤΟΜΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αιμιλία Παπακωνσταντίνου, Χρυσούλα Τσιγκή, Δήμητρα Βασιλειάδη, Παναγιώτα Μήτρου, Βασιλική Φραγκάκη, Εκάβη Γεωργουσοπούλου, Τζώρτζης Νομικός, Μερóπη Κοντογιάννη, Γεώργιος Δημητριάδης

51

ΑΑ10. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΚΑΦΕ ΣΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ: ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΜΑΡΤΥΡΩΝ

Ασημένια Κουρούπη, Χριστίνα-Μαρία Καστορίνη, Χαράλαμπος Μηλιώνης, Μαρκέλλα Συμεοπούλου, Βησσαρίων Ευθυμίου, Ειρήνη Τριχιά, Βασίλειος Νικολάου, Κωνσταντίνος Βέμμος, Ιωάννης Γουδέβενος, Δημοσθένης Β. Παναγιωτάκος

52

ΑΑ11. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΩΝ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΑΣΧΟΥΣΕΣ ΑΠΟ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΕΙΔΙΚΑ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑ

Αμαλία Τσαγκάρη, Αντώνης Γαλανός, Ευάγγελος Παπαταξιάρχης, Γαρυφαλλιά Μπελεγράτη, Ιωάννης Τριανταφυλλόπουλος, Ισμήνη Δοντά, Νικόλαος Παπαιωάννου

52

ΑΑ12. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΤΟΜΩΝ 50+ ΣΕ 11 ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ - ΜΕΛΕΤΗ SHARE-2004

Λένα Μπορμπουδάκη, Μανώλης Λιναρδάκης, Άννα Μαρία Μαρκάκη, Αναστάσιος Φιλαλήθης

53

ΑΑ13. Η ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΜΕ ΣΥΧΝΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΠΟΞΗΡΑΜΕΝΩΝ ΦΡΟΥΤΩΝ ΚΑΙ ΞΗΡΩΝ ΚΑΡΠΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ. 5-ΕΤΗΣ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗ

Εκάβη Ν Γεωργουσοπούλου, Δημοσθένης Β Παναγιωτάκος, Χρήστος Πίτσαβος, Χριστίνα Χρυσοχόου, Ιωάννης Σκούμας, Λάμπρος Παπαδημητρίου, Κωνσταντίνα Μασούρα, Χριστόδουλος Στεφανάδης

53

ΑΑ14. Ο ΥΨΗΛΟΣ ΒΑΘΜΟΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΑΝΤΟΧΗ, ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΣΤΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ. ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ: ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Εκάβη Ν Γεωργουσοπούλου, Δημοσθένης Β Παναγιωτάκος, Χρήστος Πίτσαβος, Χριστίνα Χρυσοχόου, Ιωάννης Σκούμας, Χριστόδουλος Στεφανάδης

54

ΑΑ15. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ Ε' ΚΑΙ ΣΤ' ΤΑΞΕΩΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΕ ΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΑΡΧΙΑΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Ευπραξία Νοικοκύρη, Άννα Μαρία Μαρκάκη, Αλίνα Παπαδάκη, Λένα Μπορμπουδάκη

54

ΑΑ16. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Παναγιώτα Πυρλή, Αθηνά Ιωάννου, Άννα Μαρία Μαρκάκη, Λένα Μπορμπουδάκη

55

ΑΑ17. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Κωνσταντίνα Τσουτσουλοπούλου, Χριστίνα Δημητρακάκη, Γιάννης Τούντας

55

ΑΑ18. ΒΑΘΜΟΣ ΥΙΟΘΕΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Νίκη Μουρούτη, Αγγελική Σιοθάβου, Γεράσιμος Αραβαντινός, Χρήστος Παπαβαγγέλης, Πετρίνη Πλυτζανοπούλου, Τώνια Βασιλάκου, Νικόλαος Μαθάμος, Δημοσθένης Παναγιωτάκος

57

ΑΑ19. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΣΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΜΑΡΤΥΡΩΝ

Νίκη Μουρούτη, Θανάσης Τεκτονίδης, Χρήστος Παπαβαγγέλης, Πετρίνη Πλυτζανοπούλου, Τώνια Βασιλάκου, Νικόλαος Μαθάμος, Δημοσθένης Παναγιωτάκος

57

ΑΑ20. Η ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΙ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ. 5-ΕΤΗΣ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗ

Εκάβη Ν. Γεωργουσοπούλου, Δημοσθένης Β. Παναγιωτάκος, Χρήστος Πίτσαβος, Χριστίνα Χρυσοχόου, Ιωάννης Σκούμας, Χριστόδουλος Στεφανάδης

58

ΑΑ21. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ: ΔΕΙΚΤΗΣ CORE

Εμμανουήλ Μητρηπίδης, Γεώργιος Μοσχώνης, Ιωάννης Μανιός

58

ΑΑ22. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΗΧΗΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ

Ειρήνη Μαμαλάκη, Κωνσταντίνα Ζαχαρή, Δέσποινα Ζαφειροπούλου, Ελένη Καρφοπούλου, Μαίρη Γιαννακούλια

59

ΑΑ23. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΗΧΗΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΗΝ ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Κωνσταντίνα Ζαχαρή, Ειρήνη Μαμαλάκη, Δέσποινα Ζαφειροπούλου, Ελένη Καρφοπούλου, Μαρία Γιαννακούλια

59

ΑΑ24. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΥΠΟΘΕΡΜΙΔΙΚΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΒΑΡΩΝ Ή ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΑΔΗΦΑΓΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ. ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΔΟΚΙΜΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΕ ΕΝΑ ΑΣΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ

Ειρήνη Κουτάντου, Michael Patterson

60

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας – Διατροφής Τόμος 4 – Συμπλήρωμα 1, Σελίδες 8-39

OBSESITY IN CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISORDERS

Bandini Linda, Ph.D, R.D

*Associate Professor of Pediatrics, Eunice Kennedy Shriver Center,
UMASS Medical School @*

*Clinical Professor, Department of Health Sciences, Boston
University, USA*

Evidence from clinical studies and nationally representative surveys suggests that the prevalence of obesity in children with developmental disabilities is at least as high or higher than in typically developing children. However, the unique needs and challenges that this population faces may also render them more susceptible to the adverse effects of typical risk factors, and they may be vulnerable to additional risk factors not shared by children in the general population. In this talk I will elucidate the epidemiology of obesity in children with developmental disabilities, exploring the risk factors associated with obesity and how these may impact on children with developmental disabilities. In addition, I will discuss unique risk factors for obesity in this population such as alterations in body composition, medication use, atypical eating patterns, and mobility limitations, as well as family and community factors associated with healthy eating and engaging in adequate levels of physical activity. Adaptations to interventions designed to treat obesity in this population will be briefly discussed.

THE ROLE OF THE DIETITIAN IN THE REHABILITATION SETTING

Dimentman Anat

*Head of Nutrition and Dietetics Department,
Reuth medical center, Tel Aviv, Israel*

Rehabilitation is a post-acute setting characterized by increased nutritional needs, decreased nutritional intake and a variety of unique nutritional problems derived from the acute event which led to the need for rehabilitation.

Patients in rehabilitation suffer from a substantial functional decline following major illness or injury and can usually be divided into 4 groups: neurologic, orthopedic, spinal and de-conditioning. The role of the dietitian in the rehabilitation setting consists of 4 major fields:

1. Treating existing malnutrition – factors determining the risk of existing malnutrition, implications of malnutrition on the rehabilitation process
2. Preventing the development of new malnutrition – factors determining the risk for developing new malnutrition
3. Treating nutritional implications of the injury/illness -

- nutritional conditions typical to the rehabilitation patients, the appropriate nutritional approach in rehabilitation
4. Guidance for lifestyle changes as a prevention mode
- During the lecture, we will elaborate on the various fields and receive an overall look on the very important place the dietitian should fill in the rehabilitation setting.

DYSPHAGIA – SCREENING, DIAGNOSIS AND TREATMENT

Dimentman Anat

*Head of Nutrition and Dietetics Department,
Reuth medical center, Tel Aviv, Israel*

Dysphagia (swallowing difficulties) is a common disorder appearing in patients following head and neck injuries, cardiovascular events, neuro-muscular degenerative diseases and other conditions that may affect the local or central areas involved in the swallowing process.

Identifying the patients at risk is crucial and needs to be done as quickly as possible since dysphagia is a potentially life threatening condition.

Appropriate screening, diagnosis and treatment may prevent the risk of aspiration pneumonia and choking and the deterioration to malnutrition which is common among these patients.

The treatment process in dysphagia patients is a multidisciplinary intervention, primarily of a speech therapist and a dietitian.

Diagnosis of the condition should be performed by a speech therapist who is an expert in dysphagia. Constant communication with the dietitian is imperative in order to assure that the patient receives the appropriate food and fluid textures in order to both protect him from the pulmonary complications and maintain (or achieve) proper nutritional status.

THE EUROPEAN DIETITIAN; VISION FOR IMPACT

de Looy Anne E BSc PhD PGDipDiet RD FBDA FFAfN

*Professor of Dietetics Plymouth University UK
Hon President European Federation of the Associations of Dietitians
Network coordinator Thematic Network DIETS2*

In July 2013 Ministers of Health of the European Region met to agree a declaration which would commit Nation States to face the challenges ‘posed by the burden and threat of non-communicable diseases (NCDs)’ and ‘to address the important NCD risk factors, notably unhealthy diet and physical activity’ (WHO,2013). Dietitians are the largest workforce (>30,000) of health professionals trained in nutrition in Europe and are

present in all but one of the 31 countries of Europe. As a profession dietitians are therefore able to make a significant impact on reducing the burden and threat of NCDs. Ministers in the European Parliament have adopted 'Health 2020' which is an action plan for Europe to reduce risk and prevent diseases and deficiencies which are a barrier to socioeconomic development (EU, 2011). Dietitians can have a role in contributing to the socioeconomic development of Europe through contributing to the four common policy priorities for health set out in the Action Plan and they are:

- investing in health through a life-course approach and empowering people;
- tackling the Region's major health challenges of non-communicable and communicable diseases;
- strengthening people-centred health systems, public health capacity and emergency preparedness, surveillance and response; and
- creating resilient communities and supportive environments.

The draft Food and Nutrition Action Plan 2014-2020 (FNAP) also provides dietitians with opportunities on several levels especially as it emphasises four areas that dietitians, led by the work of their National Associations and the European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD) are already actively engaged:-

1. Surveillance, monitoring and evaluation and research of nutritional health, nutritional status and influencing determinants and trends (eg Nutritional care planning and Standardised languages)
2. Reduce exposure to inequality-related and modifiable diet-related risk (eg dietary counselling)
3. Public health initiatives to prevent and control diet related non-communicable diseases (eg food service and health in the workplace)
4. Building intersect oral alliances and networks (eg education and policy)

A key report 'Cost benefit analysis of dietary treatment' (2012) published through the Dutch Association of Dietitians provides evidence of the effectiveness of dietitians but more evidence is needed if dietitians are going to show their impact and worth across Europe. Research and more evidence is needed on dietetic effectiveness and this needs to be systematically gathered, reported and used by European dietitians if the profession is to be valued and highly regarded throughout Europe. Possible strategies such as clinical audit and use of a nutritional care process will be explored and their contribution to demonstrating dietetic impact.

Key References

EU (2011) The new European policy for health; Health 2020. EUR/RC61/9.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/147724/wd09E_Health2020_111332.pdf

Lammers M and Kok L (2012) Cost benefit analysis of dietary treatment. SEO Report No 2012-76A ISBN 978-90-6733-668-0; SEO at Roetersstraat 29 – 1018 WB Amsterdam

WHO (2013) Draft European Region Food and Nutrition Action Plan 2014-2020.

http://www.observatorio.naos.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/documentos/1_2013_food.pdf

WHO(2013)ViennaDeclarationonnutritionandnoncommunicable diseases in the context of Health 2020. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/193253/CONSENSUS-Vienna-Declaration-5-July-2013.pdf

DIETETIC ASSOCIATIONS ACROSS EUROPE USE LLL STRATEGIES TO SUPPORT THEIR MEMBERS AND PROMOTE THE PROFESSION

Douglas Pauline, PgCHEP, MBA, MIHM, FHEA, FBDA, RD

*Clinical Dietetic Facilitator,
School of Biomedical Sciences,
University of Ulster, UK*

Home parenteral nutrition (HPN) was first introduced in the early 1970s. To begin with it was used mainly for the treatment of chronic intestinal failure in patients with benign disease. Over the past decades its relatively low morbidity and mortality (of around 1% per year, plus whatever mortality is associated with the condition that has led to the need for HPN) have been confirmed in many centres. This has encouraged its more widespread international use, not least in patients with active malignancy, who would otherwise die from intestinal obstruction and an inability to remain nourished, even though the tumour is not immediately life-threatening in other respects. The distribution of uptake of HPN around the world is however far from uniform.

Substantial clinical experience has unfortunately been associated with remarkably few controlled trials, and most of our practice is based on expert opinion and on extrapolation from other clinical contexts. International guidelines do now exist however (not least from ESPEN at www.espen.org) and these help to guide management and to promote best practice.

HOME PARENTERAL NUTRITION

Forbes Alastair

*Professor of Gastroenterology and Clinical Nutrition,
UCL, London, UK*

Home parenteral nutrition (HPN) was first introduced in the early 1970s. To begin with it was used mainly for the treatment of chronic intestinal failure in patients with benign disease. Over the past decades its relatively low morbidity and mortality (of around 1% per year, plus whatever mortality is associated with the

condition that has led to the need for HPN) have been confirmed in many centres. This has encouraged its more widespread international use, not least in patients with active malignancy, who would otherwise die from intestinal obstruction and an inability to remain nourished, even though the tumour is not immediately life-threatening in other respects. The distribution of uptake of HPN around the world is however far from uniform. Substantial clinical experience has unfortunately been associated with remarkably few controlled trials, and most of our practice is based on expert opinion and on extrapolation from other clinical contexts. International guidelines do now exist however (not least from ESPEN at www.espen.org) and these help to guide management and to promote best practice.

THE USE OF IMMUNONUTRITION IN EN / PN NUTRITION

Klek Stanislaw , MD, PhD

*Associate Professor General and Oncology Surgery Unit,
Stanley Dudrick's Memorial Hospital, Skawina, Poland*

Immunonutrition represents a form of nutritional support, which covers not only basic nutritional demands, but also modifies immune system functions. Immunosubstrates include arginine, glutamine, omega-3-fatty acids, selenium, zinc, vitamins C, E, and nucleotides. They can be administered in the form enteral nutrition or intravenous intervention. Glutamine can be beneficial in trauma and burn patients, may also improve outcome of surgery. Arginine cannot be used in severe sepsis patients, but is of high value in high-risk elective surgery patients. The latter group may also benefit from nucleotides. Omega-3-unsaturated fatty acids can reverse PN associated cholestasis in children, reduces postoperative complications after GI surgery, improve the outcome in critically ill ARDS and trauma patients, and influence pancreatic cancer growth. During enteral and parenteral nutrition micronutrients should be supplemented on a daily basis, but their dosage must be significantly increased during catabolic stress. Further *in vitro* and *in vivo* studies are needed to fully understand mechanisms and clinical value of immunonutrients.

MALNUTRITION AND OUTCOME IN HOSPITALIZED CHILDREN IN EUROPE

Koletzko Berthold, Dr med Dr med habil (MD PhD)

*Professor, Head, Div. Metabolic and Nutritional Medicine,
Dr. von Hauner Children's Hospital, Univ. of Munich Medical Centre,
Muenchen, Germany*

Tina Hecht,

*for the ESPEN Network Project on Malnutrition and Outcome in
Hospitalized Children in Europe.*

*Dr. von Hauner Children's Hospital, Univ. of Munich Medical Centre,
München, Germany*

Background & Aims: Malnutrition in children has even more

serious consequences than in adults, because it affects also growth, development and lifelong health. In previous studies a wide range of malnutrition prevalence rates from 6–30% was reported in paediatric inpatients, which may be due to differences in anthropometric criteria used, and selection criteria of populations included. In a multicentric study across Europe, we performed anthropometry in a large group of hospitalised children and aimed at assessing both prevalence as well as the impact of malnutrition on outcomes, including length of hospital stay (LOS). Methods: In a prospective multi-centre European study, 2567 patients aged 1 month to 18 years were assessed in 14 centres in 12 countries by standardised anthropometry within the first 24 hours after admission. Body mass index (BMI) and height/length <-2 standard deviation scores (SDS, WHO reference) were related to LOS (primary outcome), frequency of gastrointestinal (diarrhoea and vomiting) and infectious complications (antibiotic use), weight change during stay (secondary outcomes), arm anthropometry and quality of life. Results: A BMI <-2 SDS was present in 7.0% of the patients at hospital admission (range 4.0-9.3% across countries) with a higher prevalence in infants (10.8%) and toddlers aged 1-2 years (8.3%). A BMI <-2 to ≥-3 SDS (moderate malnutrition) and a BMI <-3 SDS (severe malnutrition) was associated with a 1.3 (CI95: 1.01, 1.55) and 1.6 (CI95: 1.27, 2.10) days longer LOS, respectively ($p=0.04$ and $p<0.001$). Reduced BMI <-2 SDS was also associated with lower quality of life, and more frequent occurrence of diarrhoea (22% vs 12%, $p<0.001$) and vomiting (26% vs 14%, $p<0.001$). Conclusions: Disease associated malnutrition in hospitalised children in Europe is common and is associated with significantly prolonged LOS and increased complications, with possible major cost implications, and reduced quality of life. Enhanced efforts are needed for early identification, diagnosis and treatment of disease associated malnutrition in paediatric patients.

Acknowledgments: The work of the authors is financially supported in part by a Network grant of the European Society for clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN).

ERAS/ PERIOPERATIVE NUTRITION

Ljungqvist Olle, MD, PhD

*Professor of Surgery, Department of Surgery Örebro University
Hospital & Karolinska Institutet, Sweden*

ERAS is short for Enhanced Recovery After Surgery and constitutes a new and very effective way to improve outcomes after major surgery. ERAS is a multi modal multi professional approach to care where the patients journey forms the basis for a preoperative care protocol designed to reduce the metabolic stress of the surgery and to support the return of functions and avoid complications. ERAS was initially developed for colorectal surgery where it has been shown to reduce length of stay by several days and complications by up to 50%. The ERAS Society a newly formed medical society

has initiated implementation programs that have proven to be very successful. This lecture will give an overview of the philosophy behind ERAS, why nutrition and metabolism plays an important role, show the results of ERAS and discuss how the ERAS Society implements ERAS principles in a series of countries.

ENERGY BALANCE: UNDERSTANDING THE DYNAMICS OF WEIGHT MANAGEMENT

Macdonald Ian A

*Professor of Metabolic Physiology,
School of Life Sciences,
Faculty of Medicine and Health Sciences,
University of Nottingham, UK*

Obesity is a major public health problem in most developed and many developing countries which increases the risks of chronic diseases such as coronary heart disease and type 2 diabetes. There are a few examples where obesity has a clear genetic or metabolic cause, but the majority of cases of obesity are due to lifestyle factors relating to eating behaviour and reduced physical activity. Obesity develops as a consequence of prolonged positive energy balance, whereby energy intake exceeds energy expenditure. Conversely, weight management involves achieving a state of negative energy balance in order to reduce body fat content and then eventually achieving energy balance in order to maintain weight and fatness. These simple statements are actually quite difficult to achieve in practice and this presentation will consider why this might be. The current trend for increased energy density of food and drinks, increased portion sizes and erratic meal patterns has the potential to lead to passive overconsumption of energy, whilst increased sedentary behaviours and reduced physical activity contribute to a reduction in energy expenditure. This review will consider these various contributors to overeating and weight gain, and will also illustrate the changes in metabolism which occur during weight loss, illustrating not only the importance of reduction in energy intake but also the need to increase physical activity in order to maintain energy expenditure and also get the additional metabolic benefits from a maintained or increased muscle mass.

NON-COELIAC GLUTEN SENSITIVITY AND IBS

Mooney Peter D., Dr

*Clinical Research Fellow to Professor DS Sanders
Gastrointestinal and Liver Unit, Royal Hallamshire Hospital,
Glossop Rd Sheffield*

Coeliac disease is a common condition resulting from the heightened immunological response to the ingestion of gluten containing foods such as wheat, barley and rye in genetically

predisposed individuals. The resulting inflammation leads to small bowel villous atrophy. With the advent of improved serological testing, contemporary epidemiological studies have estimated the prevalence in the European adult population of 1%. The gold standard diagnosis of coeliac disease is the demonstration of villous atrophy on duodenal biopsies, with coeliac serology playing a supportive role. The cornerstone of treatment for coeliac disease is lifelong adherence to a strict gluten-free diet, which in the majority leads to an improved clinical outcome, psychological well-being and quality of life.

However a growing problem encountered in clinical practice is the diagnosis and management of patients complaining of gluten related symptoms yet in the absence of diagnostic markers for coeliac disease. Furthermore, an increasing observation noted is that the number of patients consuming a gluten free diet seems greatly out of proportion to the projected number of coeliac disease patients. Many of these patients are suffering with IBS type symptoms. These patients have frequently placed themselves on a gluten free diet after negative experiences from eating gluten containing foods and report significant improvements on a gluten free diet. These patients can cause a diagnostic and therapeutic dilemma amongst gastroenterologists, general practitioners and dieticians alike and in the past have been described as belonging to a “no man’s land”. In this session we will appraise the current evidence for the diagnosis of non-coeliac gluten sensitivity its relationship with IBS and putative aetiologies. We will discuss the uncertainties surrounding non-coeliac gluten sensitivity and highlight areas of future research that may elucidate this difficult clinical problem further.

PHYSICAL ACTIVITY - EDUCATION FOR PUBLIC HEALTH PROMOTION

Talbot Margaret

*Professor, President of the International Council
of Sport Science and Physical Education, UK*

The presentation outlines the social and economic costs of inactivity, across both developed and less developed countries; and the evidence for the health benefits of physical activity. The challenges in changing so-called public “health” policies, from treatment and management of sickness, towards prevention and lifestyle management, will be considered, along with the political and social resistance and barriers to cultural change in health policies.

Barriers and opportunities will be considered, of health promotion through school systems, including the notion of “active schools” and the role of physical education and education for healthy diet, with “Generation Europe” used as a European exemplar.

There will be discussion of the potential benefits of coordinated advocacy for investment in physical activity and healthy diet, by

organisations whose principal objectives focus on healthy living – and their relationships with policy in the arenas of public health, education and sport/physical activity. The presentation will conclude with examples of the positive outcomes of collaborative work between commercial organisations and NGOs, including the “Designed To Move” campaign, led by Nike, ICSSPE and the American College of Sport Medicine.

ΦΑΡΜΑΚΑ ΦΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ- Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ (ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ) ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

Αγγελόπουλος Χρήστος , PhD

Φαρμακοποιός, *Pharmaceutical Chemistry*

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία στροφή του κόσμου στη χρήση των θεραπευτικών φυτών και ταυτόχρονα μία τάση για τη προτίμηση των φυτικών προϊόντων άρχισε να κατακτά πλέον και τον χώρο των φαρμάκων. Όσο και αν η σύγχρονη φαρμακευτική χημεία έχει κάνει σημαντικά επιτεύγματα στη σύνθεση νέων φαρμάκων ακόμα και βιοτεχνολογικής προέλευσης, τα φάρμακα από φυτικές ουσίες έχουν αρχίσει να ξανακερδίζουν την εμπιστοσύνη του κόσμου.

Πολλοί σήμερα ζητούν φάρμακα φυτικής προέλευσης, αποτελεσματικά και ήπια με το ποσοστό των φυτικών δρογών να κυμαίνεται στις διάφορες χώρες από 30-60% στο σύνολο των φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Αυτό το μεγάλο ποσοστό διακινείται μέσα από πολλά κανάλια διανομής, στην ΕΕ το κυριότερο είναι το φαρμακείο, χωρίς να λείπουν τέτοια προϊόντα και από άλλα καταστήματα υγιεινής διατροφής ή καταστήματα τροφίμων. Ποια είναι η θέση των προϊόντων αυτών στην ελληνική αγορά και στο ελληνικό φαρμακείο ειδικότερα, δίνονται σωστά και τι κινδύνους ενέχουν. Όλα αυτά στοχεύει να προσεγγίσει η παρακάτω εργασία, θέλοντας να συμβάλει σε μια ασφαλέστερη και ποιοτικότερη ανάδειξη των φυτικών σκευασμάτων στο ελληνικό κοινό.

HIGHLIGHTS OF 2013 – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ: ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ

Αναστασιάδου Αναστασία, MSc

Κλινική Διαιτολόγος-Διατροφολόγος

Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

Ειδικός Γραμματέας της Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Διατροφής και Μεταβολισμού (GrESPEN)

Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών συγκροτούν ένα διαρκώς αυξανόμενο ποσοστό του πληθυσμού, ιδιαίτερα στις χώρες του δυτικού κόσμου. Οι ηλικιωμένοι ως ομάδα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στον υποσιτισμό, ιδίως όταν πάσχουν από χρόνια ψυχική ή σωματική ασθένεια, είτε είναι εξωτερικοί ασθενείς (παραμένο-

ντες στο σπίτι), είτε είναι νοσηλεύόμενοι, είτε ιδρυματοποιημένοι.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση του τελευταίου έτους αναδεικνύει θέματα που αφορούν το γηριατρικό πληθυσμό όπως είναι η υποθρεψία, η απώλεια σωματικού βάρους, η εμφάνιση σαρκopenίας, η ανορεξία λόγω ηλικίας ή/και λόγω κλινικής κατάστασης, η δυσφαγία, η άνοια, τα έλκη κατάκλισης κ.α.

Η συγκεκριμένη ομιλία έχει ως σκοπό να εξετάσει, να συνθέσει και να προσφέρει μια συστηματική αναθεώρηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας του έτους 2013 σχετικά με διατροφικά προβλήματα των ηλικιωμένων.

ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (INTERACTIVE/INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGIES-ICT) ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟ

Ανδρέου Ελένη

Κλινική Διαιτολόγος

Επίκουρη Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Λευκωσίας,

Πρόεδρος Συνδέσμου Διαιτολόγων και Διατροφολόγων Κύπρου

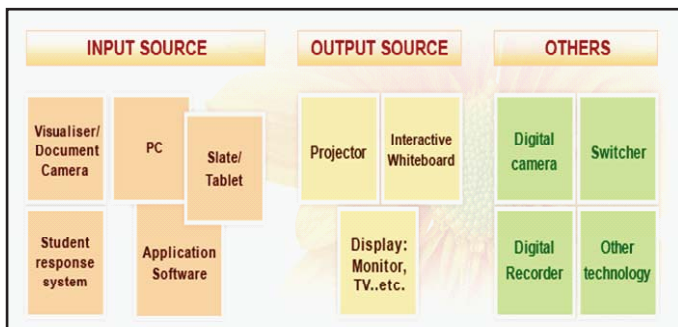
Η Τεχνολογία πληροφοριών και επικοινωνίας ή Τεχνολογία πληροφοριών, ή τεχνολογία της πληροφορίας (ΤΠΕ, και στα αγγλικά Interactive/Information Communication Technologies IT ή ICT) είναι το σύνολο των επαγγελματικών χώρων οι οποίοι σχετίζονται με τη μελέτη, σχεδίαση, ανάπτυξη, υλοποίηση, συντήρηση και διαχείριση υπολογιστικών πληροφοριακών συστημάτων, κυρίως όσον αφορά εφαρμογές λογισμικού και υλικό υπολογιστών. Τα επαγγέλματα ΤΠΕ βασίζονται στην ανάπτυξη, εγκατάσταση και συντήρηση προϊόντων πληροφορικής και τηλεπικοινωνιών, με στόχο την παραγωγή, αποθήκευση, διαχείριση και μετάδοση πληροφοριών κάθε τύπου. Στις ΤΠΕ συγκαταλέγεται και η βιομηχανία ανάπτυξης λογισμικού, emails, skype, παρουσιάσεις, εκπαιδευτικά παιχνίδια. Η ΤΠΕ μπορεί να χρησιμοποιηθεί από διαιτολόγους αφού δεν παρέχει μόνο στα άτομα μεγαλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες, αλλά αλλάζει και τον τρόπο με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες παροχής υγείας. Οι ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις προκαλούν νέους τρόπους για τη μείωση του κόστους της δημόσιας υγείας.

Βασικός στόχος της παρούσας παρουσίασης είναι η προβολή των Διαδραστικών Τεχνολογιών Επικοινωνίας (Interactive/Information Communication Technology –ICT) για την διασφάλιση της ποιότητας της εκπαίδευσης, τα υπέρ και τα μειονεκτήματά τους. Οι διαιτολόγοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προαγωγή διατροφικής αγωγής διάμεσου του κύκλου ζωής σε καταστάσεις νοσηρότητας ή/και υγείας αλλά και στο προληπτικό φάσμα της διατροφής. Οι αλλαγές που πραγματοποιούνται στην φροντίδα υγείας, στην εκπαίδευση και την τεχνολογία αναγκαστικά προδιαθέτουν και αλλαγές στην εκπαίδευση και εξάσκηση των επαγγελματιών διαιτολόγων. Η χρήση ICT στην διαιτολογία δημιουργεί την δυνατότητα για τη βελτίωση των ικανοτήτων, της

τεχνολογικής επάρκειας, και των δεξιοτήτων για επαγγελματικές συνεργασίες καθώς και για διά βίου μάθηση.

Παγκόσμια έρευνα έχει δείξει ότι η ΤΠΕ μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της μάθησης ή μετάδοσης μηνύματος και καλύτερες μεθόδους διδασκαλίας. Χρήση από εκπαιδευτικούς και επαγγελματίες υγείας της ΤΠΕ έχει ένα σημαντικό και θετικό αντίκτυπο στις επιδόσεις των αποδεκτών, ιδίως από την άποψη της «Γνώσης - Κατανόησης», ”Πρακτικών δεξιοτήτων” και «δεξιότητα παρουσίασης” σε θεματικούς τομείς όπως στην επιστήμη και στην κοινωνική μελέτη.

Τα εκπαιδευτικά εργαλεία της ΤΠΕ μπορούν να χωριστούν σε 3 κατηγορίες: Input source, Output source and Others (όπως φαίνεται στο πιο κάτω σχεδιάγραμμα)



ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Αντωνογεώργος Γεώργιος, Δρ.

Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Παιδίατρος, Βιοστατιστικός-Επιδημιολόγος
Μεταδιδακτορικός ερευνητής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας τόσο παγκοσμίως όσο και στον ελληνικό χώρο. Τα παιδιά και ιδιαίτερα οι έφηβοι που είναι παχύσαρκοι, στην ηλικιακή τους παραμένουν παχύσαρκοι και στην ενήλικη ζωή, με αποτέλεσμα την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο σακχαρώδης διαβήτης. Ο ρόλος των περιβαλλοντικών παραγόντων στην εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας έχει αναδειχθεί ιδιαίτερα σημαντικός τα τελευταία χρόνια. Στην σύγχρονη βιβλιογραφία έχει τεκμηριωθεί ότι διατροφικές συνήθειες όπως η αυξημένη κατανάλωση τροφών με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη και ποτών με προσθήκη σακχάρων (αναψυκτικά και χυμοί φρούτων) σε συνδυασμό με την μειωμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών συσχετίζονται με αυξημένα ποσοστά υπερβάλλοντος βάρους και παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία. Σε επίπεδο οικογένειας η μειωμένη συχνότητα των γευμάτων με τους γονείς παρόντες στο οικογενειακό τραπέζι, η παράλειψη της καθημερινής λήψης πρωινού, η κατανάλωση λίγων και μεγάλων σε ποσότητα γευμάτων καθ' όλην τη διάρκεια της ημέρας είναι παράγοντες που

ενοχοποιούνται επίσης για την έκρηξη της παιδικής παχυσαρκίας στη χώρα μας. Η μεταβολή των διατροφικών προτύπων, η οποία παρατηρείται τα τελευταία χρόνια, έχει και αυτή σημαντική συμβολή στην αύξηση του επιπολασμού της παιδικής παχυσαρκίας. Η στρόφι της οικογένειας στο πρότυπο του δυτικού τρόπου διατροφής (πλούσια σε κόκκινο κρέας και κορεσμένα λιπαρά) σε συνδυασμό με την απομάκρυνση από τη μεσογειακή διατροφή (πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, ψάρι και πολυακόρεστα λιπαρά), η αύξηση της συχνότητας και του μέγεθος των μερίδων τροφής, οι οποίες καταναλώνονται σε ταχυφαγεία (fast food), και η αύξηση της κατανάλωσης έτοιμου φαγητού στο σπίτι συμβάλλουν και αυτοί με την σειρά τους στην εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας. Τελειώνοντας, σημαντικός είναι και ο ρόλος του περιβάλλοντος του παιδιού ως προς τη φυσική δραστηριότητα, τη δεύτερη συνιστώσα στην εξίσωση της παιδικής παχυσαρκίας. Η αύξηση των ωρών τηλεθέασης και ενασχόλησης με ηλεκτρονικά παιχνίδια σε συνδυασμό με τη μείωση των ωρών που ασχολούνται τα παιδιά σήμερα με το παιχνίδι και την άθληση, ο περιορισμένος αριθμός χώρων άθλησης σε κάθε γειτονιά, όπως επίσης και η δυσκολία πρόσβασης του παιδιού σε αυτές αποτελούν περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι μέσω της μείωσης της φυσικής δραστηριότητας οδηγούν στην εμφάνιση της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία. Συμπερασματικά, η συμβολή των περιβαλλοντικών παραγόντων στην εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας είναι ιδιαίτερα σημαντική και θα πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται υπ' όψη για τη σωστή αντιμετώπισή της.

ΕΝΥΔΑΤΩΣΗ

Αρναούτσος Ιωάννης, Phd

Καθηγητής Φυσικής Αγωγής
Διδάκτωρ & Μεταδιδακτορικός Συνεργάτης Χαροκοπέου Πανεπιστημίου

Το ανθρώπινο σώμα αποτελείται κατά μέσο όρο από 60-70% από νερό. Σημαντικά όργανα, υπεύθυνα για την εύρυθμη λειτουργία του σώματος αποτελούνται από νερό, σε ποσοστά που ξεπερνούν το 70%. Το νερό δρα ως διαλύτης, διαχωριστικό μέσο και μεταφορέας σημαντικών θρεπτικών συστατικών. Δρα προστατευτικά για τα όργανα, ενώ θεωρείται άμεσα ή έμμεσα ευεργετικό για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ασθενειών. Πληθώρα δημοσιευμένων μελετών τα τελευταία χρόνια υποστηρίζουν τη σύνδεση μεταξύ μειωμένων επιπέδων υδάτωσης και διαφόρων σοβαρών παθήσεων όπως είναι η υπέρταση, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και άλλες. Αποδεδειγμένα σε ότι αφορά το κομμάτι της άσκησης, η μείωση των επιπέδων υδάτωσης (αφυδάτωση) αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα για την αθλητική απόδοση των αθλητών. Η μείωση του όγκου του πλάσματος, η αύξηση της ωσμωτικότητας και η επακόλουθη καρδιακή κόπωση, είναι μερικές από τις σημαντικότερες επιπτώσεις που η αφυδάτωση προκαλεί κατά την άσκηση και οι οποίες τελικώς, καταλήγουν σε σημαντική μείωση της αθλητικής απόδοσης. Παρόλη ωστόσο την αποδεδειγμένα αρνητική επίπτωση της αφυδάτωσης, οι αθλητές

εμφανίζουν εξαιρετικά αυξημένα ποσοστά αφυδάτωσης τόσο κατά την προπόνηση όσο και στους αγώνες διακυβεύοντας με αυτόν τον τρόπο την απόδοσή τους. Αξίζει τέλος να σημειωθεί ότι επειδή οι απώλειες σε υγρά είναι η συνισταμένη πολλών παραγόντων και συνεπώς διαφέρουν από άτομο σε άτομο, η δημιουργία ενός εξατομικευμένου πρωτόκολλου ενυδάτωσης συνιστάται. Συμπερασματικά, η διατήρηση του υδατικού ισοζυγίου είναι σημαντική τόσο για την υγεία όσο και για την αθλητική απόδοση. Απαιτείται συνεχής ενημέρωση των αθλητών σχετικά με την σημασία της ενυδάτωσης με στόχο τη βελτιστοποίηση της απόδοσής τους, σε συνδυασμό με ρεαλιστικές και πρακτικές στρατηγικές ενυδάτωσης.

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

Αυλωνίτη Αλεξάνδρα, Phd

Εργοφυσιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης

Τα αθλήματα διακρίνονται σε αυτά με σταθερή ένταση και μεγάλη χρονική διάρκεια, υψηλή ένταση με μικρή χρονική διάρκεια, διαλειμματικής μορφής, ενώ η πλειονότητα των αθλητών συμμετέχει και σε προπονητικές μονάδες άσκησης με αντιστάσεις. Σε κάθε μορφή άσκησης ως κόπωση θεωρείται η αδυναμία των αθλητών να διατηρήσουν την έντασης της. Η κόπωση διαχωρίζεται σε κεντρική, η οποία αφορά στην κόπωση του κεντρικού νευρικού συστήματος και σε περιφερική που αφορά στα ενεργειακά υποστρώματα ή/και στις νευρομυϊκές συνάψεις. Ζητούμενο της διατροφής των αθλητών είναι με την κατάλληλη πρόσληψη τροφής, υγρών ή και συμπληρωμάτων να διατηρούν τη συγκέντρωση της γλυκόζης, την ποσότητα των υγρών και τη διαθεσιμότητα των θρεπτικών συστατικών για την αναδόμηση του μυϊκού συστήματος. Η διατροφική στρατηγική πρέπει να χωρίζεται σε ενέργειες πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την άσκηση. Η προτεινόμενη συνολική πρόσληψη υδατανθράκων εξαρτάται από τον αθλητή και το αγώνισμα/άθλημα και κυμαίνεται μεταξύ 6 και 10 g/kg σωματικού βάρους (Σ.Β.). Από αυτή θα πρέπει να λαμβάνονται 30-60 g για κάθε 30 min άσκησης, 1-1,5 g/kg Σ.Β. υδατανθράκων τα πρώτα 30 min μετά την άσκηση και κάθε 2 ώρες για τις επόμενες 4-6 ώρες. Η πρόσληψη υγρών για την πρόληψη της αφυδάτωσης (απώλεια 2-3% του σωματικού βάρους), η οποία μειώνει την απόδοση των αθλητών, θα πρέπει να είναι επαρκής τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια των αγώνων ή των προπονήσεων αλλά και μετά. Η αναπλήρωση πρέπει να είναι περίπου 450-675 ml υγρών για κάθε 0,5 kg απώλειας υγρών. Η πρόσληψη πρωτεϊνών συστήνεται από 1,2 έως 1,7 g/kg Σ.Β. για την αναδόμηση του μυϊκού ιστού. Στην περίπτωση χορήγησης συμπληρωμάτων διατροφής θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η συνολική θερμιδική πρόσληψη, η ποιότητα της διατροφής και η νομιμότητα των συμπληρωμάτων. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να υπάρχει εξατομικευμένο

πλάνο διατροφής το οποίο θα βασίζεται στην ανάλυση αναγκών του αθλήματος και των αθλητών/τριών.

‘ΥΔΡΙΑ’ - ΕΘΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ¹

Βαλάνου Ελισάβετ, Phd

*Εκ μέρους της ομάδας της μελέτης ΥΔΡΙΑ
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Ερευνήτρια Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας*

Η αποτύπωση της κατάστασης της υγείας, των ατομικών χαρακτηριστικών, των διατροφικών επιλογών, των συνθηκών διαβίωσης καθώς και η διερεύνηση της σχέσης των παραγόντων αυτών με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα του πληθυσμού μπορεί να αναδείξει πτυχές της υγείας των ατόμων και των δυνατοτήτων προστασίας της. Στο πλαίσιο αυτό, το Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας (Ε.Ι.Υ.) πραγματοποιεί τη μελέτη ΥΔΡΙΑ (Υγεία, Διατροφή, Ιατρική), την πρώτη προσπάθεια αποτύπωσης της υγείας και της διατροφής στην Ελλάδα, με τη συνεργασία του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων του Υπουργείου Υγείας (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, www.keelpno.gr).

Στο πρόγραμμα έχει κληθεί να συμμετάσχει αντιπροσωπευτικό δείγμα από τον ενήλικο πληθυσμό της Ελλάδας. Συγκεκριμένα, περισσότεροι από 4.000 ενήλικες από το σύνολο των 13 περιφερειών της χώρας, θα προσκληθούν να συμμετάσχουν στη μελέτη, η οποία περιλαμβάνει:

1. Συμπλήρωση, με τη μέθοδο της συνέντευξης, ερωτηματολογίου για τη συλλογή πληροφοριών υγείας και τρόπου ζωής (ιατρικό ιστορικό και στοιχεία διαβίωσης όπως η σωματική δραστηριότητα και οι καπνιστικές συνήθειες)
2. Συμπλήρωση, με τη μέθοδο της συνέντευξης, ερωτηματολογίων για την καταγραφή των διατροφικών επιλογών των ατόμων
3. Μετρήσεις σφυγμού, αρτηριακής πίεσης, αναστήματος, σωματικού βάρους, περιμέτρου μέσης και περιμέτρου ισχίων
4. Λήψη δείγματος αίματος για τη διενέργεια εργαστηριακών αναλύσεων.

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιείται σε κατά τόπους Κέντρα Υγείας, χώρους παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τοπικές δομές (π.χ. δημοτικά ιατρεία, Κ.Α.Π.Η.).

Τα αποτελέσματα του προγράμματος θα ενημερώσουν και θα εμπλουτίσουν τα δεδομένα του Υγειονομικού Χάρτη του Υπουργείου Υγείας και θα συμβάλουν στη διαμόρφωση και αξιολόγηση δράσεων προστασίας και προαγωγής της Δημόσιας Υγείας. Επίσης, μέσω του προγράμματος θα εδραιωθεί ενιαίο δίκτυο, βασισμένο στα Κέντρα Υγείας, για τη διαχρονική συλλογή δεδομένων υγείας, διατροφής και διαβίωσης.

¹ Το πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και εθνικούς πόρους.

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Βαραγιάννης Παναγιώτης Α. M.Med.Sc

Κλινικός Διαιτολόγος- Διατροφολόγος

Υποψήφιος Διδάκτωρ Γεωπονικού Πανεπιστημίου Αθηνών

Γενικός Γραμματέας Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων-Διατροφολόγων

Η παιδική παχυσαρκία είναι ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα με πολλές και αρνητικές συνέπειες, τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές. Στις μέρες μας, έχει 'παγκοσμιοποιηθεί' και θεωρείται μια σύγχρονη «μάστιγα» της υγείας των παιδιών, και μια νόσος που λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας. Τα αίτια ποικίλα, τόσο κληρονομικά όσο και λόγω περιβαλλοντικών συνθηκών, καθιστούν την πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου επιτακτική ανάγκη αλλά και υποχρέωση της συντεταγμένης πολιτείας.

Οι πιο επιτυχημένες πρωτοβουλίες είναι εκείνες που προσαρμόζουν το πρόγραμμα παρέμβασης στις συγκεκριμένες ανάγκες του παιδιού (σύμφωνα με την ηλικία, το φύλο, τη φυλή, το ιατρικό ιστορικό), λειτουργούν δημιουργικά (πολύπλευρη και πολυεπίπεδη παρέμβαση βάσει κοινωνικο-οικονομικών κριτηρίων) λαμβάνοντας υπόψη τις διαθέσιμες εγκαταστάσεις (διαιτολογικό γραφείο, αθλητικοί χώροι, χώροι εστίασης-σουπερμάρκετ, χώροι εργασίας, σχολείο-παιδικός σταθμός, νοσοκομείο-πρωτοβάθμια περίθαλψη, κοινότητα, κατασκήνωση, διαδίκτυο) και την τεχνολογία (εκπαιδευτικό υλικό: ιστοσελίδες, φυλλάδια, βίντεο, παιχνίδια, καμπάνιες, διαφήμιση κ.α), επιδιώκουν τη συμμετοχή όλης της οικογένειας (γονείς και παιδιά) κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης, της εφαρμογής και της αξιολόγησης του προγράμματος παρέμβασης και προτείνουν τη δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος που ευνοεί τη σωστή διατροφή και τη συστηματική σωματική δραστηριότητα.

Στην πλειονότητα των μελετών, οι τύποι των προγραμμάτων παρέμβασης της παιδικής παχυσαρκίας μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες, καθεμία από τις οποίες μπορεί να εφαρμοστεί μεμονωμένα ή συνδυαστικά με τις υπόλοιπες:

α. στη Διατροφή, β. στη Σωματική Δραστηριότητα και γ. στην Τροποποίηση Συμπεριφοράς.

Τέλος, τα προγράμματα παρέμβασης διεξάγονται ατομικά ή ομαδικά είτε:

α. στο ευρύτερο περιβάλλον, πχ επίπεδο εθνικό-κοινότητας-δήμου ή σχολείου ή νοσοκομείου-πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας,

β. σε επίπεδο οικογένειας, (μικροκλίμακα κοινωνίας), με τη συμμετοχή των γονέων και των παιδιών ή αποκλειστικά ενός από τους δύο.

Οι προτεινόμενες αλλαγές στον τρόπο ζωής, διατροφής και άσκησης, μέσω της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπευτικής προσέγγισης, οφείλουν να είναι για όλη την οικογένεια το ίδιο αποτελεσματικές και εύκολα προσαρμόσιμες στη ζωή τους. Εξάλλου, μέλημα της επιστημονικής κοινότητας πρέπει να είναι η εξασφάλιση και η διατήρηση της υγείας του παιδικού πληθυσμού,

ευνοώντας την ανάπτυξη μιας γενιάς στο μέλλον γεμάτη ευεξία, θωρακισμένη από τα νοσήματα φθοράς.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ ΣΤΟ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ: ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ

Βασιλοπούλου Αιμιλία Δρ,

Λέκτορας Πανεπιστημίου Λευκωσίας, Κλινική Διαιτολόγος

Η ποικιλία και η ισορροπία στην διατροφή διασφαλίζει την επαρκή πρόσληψη θρεπτικών συστατικών και μειώνει τον κίνδυνο υποσιτισμού. Ο ρόλος του εκπαιδευμένου κλινικού διαιτολόγου στην αλλεργιολογική κλινική είναι σημαντικός και πολυδιάστατος.

Άτομα με ιστορικό τροφικής αλλεργίας-ιδίως παιδιά- κινδυνεύουν από σημαντικές ελλείψεις σε θρεπτικά συστατικά στη διατροφή τους, υποσιτισμό και μειωμένη ανάπτυξη. Πέραν αυτού η επισύμμανση των τροφίμων δεν είναι πάντα σαφής και ξεκάθαρη ενείνοντας το παραπάνω φαινόμενο αλλά και τον κίνδυνο τυχαίων λήψεων της υπεύθυνης αλλεργιογόνου τροφής και αυξάνοντας την πιθανότητα για αλλεργικές αντιδράσεις που μπορεί να αποβούν μοιραίες για τη ζωή. Τα άτομα αυτά πρέπει να αξιολογούνται για τη διατροφική τους κατάσταση και να υποστηρίζονται διατροφικά από τον διαιτολόγο στην κατάρτιση ισορροπημένου πλήρους διαιτολογίου με χρήση εναλλακτικών τροφίμων και συνταγών. Επιπλέον σημαντική είναι η διαπαιδαγώγηση του ασθενούς για ασφαλή σίτιση εκτός σπιτιού, ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα ζωής του.

Στα πλαίσια της διάγνωσης της τροφικής αλλεργίας μέσα από τη διαδικασία των προκλήσεων, ο διαιτολόγος καθορίζει την ποσότητα της τροφής που χορηγείται στον ασθενή στα διάφορα στάδια της πρόκλησης ξεκινώντας από μικρές δόσεις πρωτεΐνης και αυξάνοντας σταδιακά. Στην περίπτωση της Ανοιχτής ή της Διπλής Τυφλής Πρόκλησης ο διαιτολόγος παρασκευάζει τρόφιμα όπου κρύβει το αλλεργιογόνο ώστε αυτό να μην είναι αντιληπτό από ασθενή και στην δεύτερη περίπτωση και το γιατρό.

Στοιχεία από μελέτες επιδεικνύουν την βελτίωση συμπτωμάτων άσματος, ατοπικής δερματίτιδας και εκζέματος μέσα από συγκεκριμένες μεταβολές ή αποκλίσεις τροφών στο διαιτολόγιο που ενέχουν όμως κινδύνους υποσιτισμού εάν είναι πολύ αυστηρές και χωρίς εξατομικευση. Ο ρόλος του διαιτολόγου και σε αυτό το σημείο είναι σημαντικός.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΥΠΝΟΥ ΣΤΟΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ

Βγόντζας Αλέξανδρος, MD

Καθηγητής Ψυχιατρικής

Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης

Η σχέση του ύπνου με μεταβολικές διαταραχές και ιδιαίτερα την παχυσαρκία είναι γνωστή από πολλά χρόνια. Από την δεκαετία του '60 και του '70 παρατηρήθηκε ότι το σύνδρομο της

υπνικής άπνοιας συνδέεται στενά με το υπερβολικό βάρος. Από τότε, πολλές εργασίες έχουν δείξει ότι η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με υπνική άπνοια πάσχει από νοσηρή παχυσαρκία ενώ στις γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση η υπνική άπνοια σε μη παχύσαρκες γυναίκες είναι μια σπανιότητα. Τα τελευταία 15 χρόνια έχει αποδειχθεί ότι η υπνική άπνοια συνοδεύεται από μεταβολικές διαταραχές όπως: αύξηση των επιπέδων των προφλεγμονοδών κυτταροκινών, ινσουλινοαντοχή και αυξημένο σπλαχνικό λίπος. Αυτά τα ευρήματα έχουν οδηγήσει στην υπόθεση ότι η υπνική άπνοια είναι ένα σύμπτωμα του μεταβολικού συνδρόμου και όχι αποτέλεσμα ανατομικών ανωμαλιών ή διαταραχών του αναπνευστικού συστήματος. Επίσης η παχυσαρκία βρέθηκε να είναι ένας ανεξάρτητος παράγων που συνδέεται με την ημερήσια παθολογική υπνηλία της οποίας η συχνότητα έχει αυξηθεί τα τελευταία 20 χρόνια. Στις αρχές του 2000 επιδημιολογικές και πειραματικές εργασίες έδειξαν ότι ο ελαττωμένος ύπνος συνδέεται με παχυσαρκία, με αυξημένη όρεξη και επίδραση σε ορμόνες που ρυθμίζουν το μηχανισμό της όρεξης. Επίσης αποδείχτηκε ότι μια ελάττωση του ύπνου σε υγιή νεαρά άτομα συνοδεύεται με αύξηση του επιπέδου των κυτταροκινών που μπορούν να οδηγήσουν σε ινσουλινοαντοχή. Με βάση τα αποτελέσματα cross-sectional και longitudinal εργασιών δείξαμε ότι υψηλά επίπεδα stress και η αυξημένη συχνότητα παραπόνων για την ποιότητα του ύπνου συνδέονται και αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Αντίθετα, δε βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στη διάρκεια του ύπνου, που έχει μετρηθεί αντικειμενικά στο εργαστήριο του ύπνου, και παχυσαρκίας. Περαιτέρω, σε εργασίες όπου η αντικειμενική ποιότητα και η ποσότητα του ύπνου αυξήθηκε δεν οδήγησαν στην ελάττωση του βάρους αλλά μάλλον στην αύξησή του (πχ APPLES, 2013). Πιστεύουμε ότι η υποκειμενική αντίληψη της διάρκειας του ύπνου είναι δείκτης stress και των κλινικών διαταραχών του ύπνου που πρέπει να γίνουν στόχος των θεραπευτικών προσπαθειών μας για την πρόληψη και θεραπεία της παχυσαρκίας. Δηλαδή η θεραπεία μας θα πρέπει να στοχεύει στην βελτίωση του ύπνου και στην ελάττωση του stress και όχι απλά στην επιμήκυνση της διάρκειάς του.

ΔΗΜΟΣΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΥΣΗ ΤΩΝ ΟΔΗΓΩΝ

Βελλουδάκη Αφροδίτη

Διευθύντρια Προγραμμάτων, Ινστιτούτου προληπτικής, περιβαλλοντικής & εργασιακής ιατρικής "Prolepsis"

Οι Διατροφικοί Οδηγοί, που αναπτύχθηκαν, στοχεύουν πρωτίστως στην ενημέρωση και εκπαίδευση του πληθυσμού σχετικά με την υγιεινή διατροφή. Για τον λόγο αυτό έχουν σχεδιαστεί δράσεις δημοσιοποίησης και διάχυσης που αποσκοπούν στην ευρεία γνωστοποίηση των Οδηγών τόσο στην επιστημονική κοινότητα όσο και στο ευρύ κοινό.

Προκειμένου να διευκολυνθεί η πρόσβαση του κοινού στο υλικό θα δημιουργηθεί ιστοσελίδα για το συγκεκριμένο πρόγραμμα, στην οποία θα είναι διαθέσιμοι σε ηλεκτρονική μορφή οι Οδηγοί. Επιπλέον θα αναπτυχθεί ενημερωτικό υλικό που θα περιγράφει

τη χρήση αλλά και τα σημεία διάθεσης των Οδηγών.

Στο πλαίσιο της ενημέρωσης της επιστημονικής κοινότητας πρόκειται να διοργανωθούν τέσσερις ημερίδες (μία για κάθε οδηγό), στις οποίες θα προσκληθούν οι σχετικοί εμπλεκόμενοι φορείς που θεωρούνται δίκαιοι επικοινωνίας με το ευρύ κοινό και τις ειδικές ομάδες πληθυσμού στις οποίες απευθύνεται ο κάθε Οδηγός.

Επίσης, θα πραγματοποιηθεί μαζική διανομή των Οδηγών στους αρμόδιους φορείς πανελλαδικά, προκειμένου να προωθηθούν αναλόγως στο κοινό. Οι Οδηγοί θα συνοδεύονται από ηλεκτρονικά αντίγραφα, καθώς και έντυπο ενημερωτικό υλικό και οδηγίες που θα διευκολύνουν την αναπαραγωγή τους. Ενδεικτικά, ο Γενικός Οδηγός και οι Ειδικοί Οδηγοί θα αποσταλούν σε Υπουργεία, αρμόδιους σχετικούς φορείς (πχ. επιστημονικούς και επαγγελματικούς συλλόγους, όπως ιατρικούς, διαιτολογικούς κτλ.), Κέντρα Υγείας και νοσοκομεία και Διευθύνσεις δημόσιας υγείας νομαρχιών. Επιπλέον, κάθε Ειδικός Οδηγός θα αποσταλεί και σε αντίστοιχους φορείς.

Επιπροσθέτως, θα πραγματοποιηθεί ευρεία αποστολή ηλεκτρονικής ενημέρωσης που θα ενημερώνει και θα παραπέμπει τους παραλήπτες στην ιστοσελίδα του προγράμματος. Τέλος, θα γίνουν καταχωρήσεις στον τύπο και ιδιαίτερα σε ειδικές εκδόσεις που απευθύνονται στις ομάδες στόχους αλλά και σε ομάδες που θα αποτελέσουν τα κανάλια διάχυσης των Οδηγών (πχ. περιοδικά ιατρικών συλλόγων, ιατρικά περιοδικά που διανέμονται σε νοσοκομεία).

ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ: ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ – ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Βλάχοπαπαδοπούλου Ελπίς-Αθηνά

Παιδίατρος- Ενδοκρινολόγος

Διευθύντρια, Ενδοκρινολογικό τμ.-Τμ. Αύξησης και Ανάπτυξης Νοσοκομείο Παιδών « Π. & Α. Κυριακού»

Χρονοδιάγραμμα

Το πρόγραμμα μπορεί να διακριθεί σε τρεις φάσεις. Η Α΄ Φάση αφορά πανελλαδική μελέτη καταγραφής του επιπολασμού της παχυσαρκίας στο μαθητικό πληθυσμό Δημοτικών και Γυμνασίων και τη συσχέτιση τους με ποικίλους παράγοντες. Η Β΄ Φάση αφορά δράσεις αγωγής και προαγωγής υγείας στο μαθητικό πληθυσμό σε 85 σχολεία και στους γονείς με ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου και η Γ΄ Φάση ευρείας κλίμακας εκστρατεία ενημέρωσης.

Α΄ Φάση

Η πρώτη φάση, πρέπει να απαντήσει στα ερωτήματα, ποιο είναι το πρόβλημα, ποιος έχει το πρόβλημα και γιατί το έχει, ώστε η παρέμβαση της δεύτερης φάσης να εστιασθεί σε αυτούς που έχουν το πρόβλημα και στις αιτίες του. Η πρώτη φάση ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο 2013 και αφορούσε πανελλαδική μελέτη

καταγραφής του επιπολασμού της παχυσαρκίας στο μαθητικό πληθυσμό Δημοτικών και Γυμνασίων. Το πρόγραμμα έχει λάβει έγκριση από το Υπουργείο Παιδείας και δια βίου μάθησης και από την αρχή προστασίας προσωπικών δεδομένων. Οι μετρήσεις έγιναν σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 40.000 μαθητών και περιέλαβε 260 Δημοτικά και 93 Γυμνάσια. Έγιναν μετρήσεις αναστήματος, βάρους, περιμέτρου μέσης, περιμέτρου λαιμού και αρτηριακή πίεσης. Επίσης έγινε έλεγχος της φυσικής κατάστασης με τις μεθόδους της χειροδυναμομέτρησης, των αναδιπλώσεων κορμού και του παλίνδρομου τρεξίματος. Οι γονείς των παιδιών δημοτικού και γυμνασίου συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια καθώς και οι μαθητές γυμνασίου. Λειτουργεί ιστοσελίδα του προγράμματος www.paidiaskisidiatrosi.gr.

Η ανάλυση του επιπολασμού της παχυσαρκίας- υπερβαρότητας έδειξε ότι το ποσοστό στην επικράτεια ήταν 34,4%, με μικρή διαφοροποίηση ανάλογα με το φύλο με το ποσοστό να ανέρχεται στα αγόρια σε 35,7 % και στα κορίτσια σε 33,1 %. Σε όλες τις περιφέρειες το υψηλότερο ποσοστό είχαν τα αγόρια. Ανάλογα με τη βαρύτητα το ποσοστό διαφοροποιείται ως ακολούθως με το ποσοστό των παχύσαρκων παιδιών να ανέρχεται σε 9,4 % και των υπέρβαρων σε 25 %.Τα ποσοστά παχύσαρκων-υπέρβαρων ανά ηλικιακή ομάδα είναι τα ακόλουθα:

- Α-Γ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ 35,1 %
- Δ-ΣΤ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ 36,5 %
- Α-Γ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ 31 %

Σε όλες τις περιφέρειες το ποσοστό ήταν υψηλότερο στην ηλικιακή ομάδα Δ-ΣΤ Δημοτικού.

Το υψηλότερο ποσοστό 40 % διαπιστώθηκε στις περιφέρειες Μακεδονίας και Ιονίων Νήσων.

ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΑΣ

Γιαβή Σταυρούλα

Υπότροφος Πανεπιστημίου Αθηνών, Αντικείμενο: Τροφική Αλλεργία & Τροφικές Προκλήσεις

Εκλεγμένη Επιμελήτρια, Αλλεργιολογική Μονάδα Β' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει καταγραφεί δραματική αύξηση των αλλεργικών νοσημάτων, αλλεργικής ρινίτιδας και άσθματος, ατοπικής δερματίτιδας και τροφικής αλλεργίας. Υπολογίζεται ότι περίπου 60 εκατομμύρια Αμερικανών πολιτών πάσχουν από αλλεργική ρινίτιδα και η επίπτωσή της βαίνει συνεχώς αυξανόμενη. Ένα σημαντικό ποσοστό όσων πάσχουν από αλλεργική ρινίτιδα θα νοσήσουν στην πορεία και από άσθμα. Στο 60% των ασθενών η νόσος εκδηλώνεται πριν τα 20 χρόνια, ενώ στο 40% εμφανίζεται μέχρι την ηλικία των 6 ετών. Η τροφική αλλεργία σημειώνει δραματική αύξηση τα τελευταία δέκα χρόνια, κερδίζοντας έτσι το τίτλο του 'δεύτερου κύματος της αλλεργικής επιδημίας' ακολουθώντας το πρώτο κύμα της αλλεργικής ρινίτιδας και άσθματος με κάποια χρονική καθυστέρηση.

Η εκτίμηση της επίπτωσης της τροφικής αλλεργίας αποτελεί πραγματική πρόκληση για τους ερευνητές και αυτό διότι για την αντικει-

μενική καταγραφή της είναι απαραίτητο να γίνεται διπλή τυφλή ελεγχόμενη με εικονικό παρακείμενο τροφική πρόκληση, διαδικασία η οποία είναι χρονοβόρα και δύσκολη. Οι περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες στηρίζονται στο αναμνηστικό ιστορικό του πληθυσμού μόνο ή σε συνδιασμό με τη διενέργεια ειδικών εξετάσεων. Τα ποσοστά επιπολασμού με βάση μόνο το ιστορικό του ασθενούς ποικίλουν και κυμαίνονται από 3-35%, ενώ με βάση συστηματική ανασκόπηση των επιδημιολογικών μελετών μέσω τροφικών προκλήσεων που δημοσιεύτηκε το 2010, τροφική αλλεργία εμφανίζει το 2%-10 % του πληθυσμού, με μια διακύμανση της επίπτωσης ανάλογα με την τροφή και τη γεωγραφική περιοχή. Στην Αυστραλία η επίπτωση της τροφικής αλλεργίας προσεγγίζει το 10 % των βρεφών, των οποίων αν και οι γονείς ανήκουν στη γενιά που βίωσε τη μεγάλη κλίμακα αύξηση της αναπνευστικής αλλεργίας δεν παρατηρήθηκε αντίστοιχη αύξηση της επίπτωσης τροφικής αλλεργίας. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός είναι ότι η 'νέα γενιά' αλλεργικών ασθενών φαίνεται να εμφανίζουν ένα διαφορετικό φαινότυπο από αυτόν των προγενέστερων γενεών με πιο βαρεία κλινική εικόνα και πιο επίμονη χρονικά αλλεργία. Η αναφερόμενη αύξηση της τροφικής αλλεργίας έχει συνδεθεί με το σύγχρονο τρόπο ζωής, τις αλλαγές στη διαιτητική συμπεριφορά των καταναλωτών αλλιά και τη βιομηχανική επεξεργασία των τροφών, τις περιβαλλοντικές αλλαγές αλλιά και την μεγάλη αλλαγή στην τοπική μικροχλωρίδα του γαστρεντερικού βλεννογόνου. Το κοινωνικο-οικονομικό φορτίο που δημιουργείται για τη δημόσια υγεία είναι μεγάλο και απαιτεί συστηματική αντιμετώπιση από επιστήμονες υγείας και κοινωνικούς φορείς.

1. ICON:Food Allergy; J Allergy Clin Immunology 2012;129:906-20
2. Meltzer EO, Blaiss MS et al: Burden of Allergic Rhinitis: Results from the Pediatric Allergies in America Survey; J Allergy Clin Immunology 2009; 124:S43-70

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΙ «ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΤΕΣ-ΔΙΑΤΑΡΑΚΤΕΣ» ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Διαμάντη-Κανδαράκη Ευανθία

Καθηγήτρια Παθολογίας-Ενδοκρινολογίας & Μεταβολισμού Διευθύντρια Γ' Παθολογικής Κλινικής,

Ενδοκρινολογική Μονάδα, Γ' Παθολογικής Κλινικής, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΓΝΘΑ «Σωτηρία»

Η υγεία προέρχεται από μία υψηλής πολυπλοκότητας αλληλεπίδραση μεταξύ ενδογενών παραγόντων και του περιβάλλοντός του ατόμου. Η ενδοκρινική διαταραχή αποτελεί ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα ζητήματα της εποχής μας. Μέχρι τώρα έχει διαπιστωθεί ότι πολλές ουσίες, τόσο φυσικές όσο και χημικές μέσω της διατροφής (περιβαλλοντικοί ενδοκρινικοί αποδιοργανωτές ή ενδοκρινικοί διατράκτες), εμπλέκονται στα μονοπάτια μετάδοσης ενδοκρινικών σημάτων. Εργαστηριακές μελέτες έχουν δείξει ότι η επίδραση των παραπάνω ουσιών σε υγιή πειραματόζωα τροποποιεί την μετάδοση ενδοκυτταρίων μηνυμάτων και παρεμβαίνει στην λειτουργία του ενδοκρινολογικού συστήματος. Στον άνθρωπο, τα δεδομένα

είναι περιορισμένα και για να τεκμηριωθεί η αιτιολογική συσχέτιση απαιτούνται περαιτέρω μελέτες. Ωστόσο νεότερα δεδομένα που αθροίζονται, μέσω της διατροφής, δείχνουν την επίδραση των ενδοκρινικών διαταρακών-αποδιοργανωτών- στη λειτουργία της αναπαραγωγής και την ομοιόσταση του μεταβολισμού και της θυρεοειδικής λειτουργίας. Τελευταία, μετά από έρευνες σε ζώα και προκαταρκτικές μελέτες στον άνθρωπο, έχει διαμορφωθεί ένα νέο πεδίο ενδιαφέροντος που αφορά στην επίδραση των ενδοκρινικών διαταρακών μέσω της διατροφής στην αιτιοπαθγένεια της παχυσαρκίας και του διαβήτη, δύο νοσολογικές οντότητες με μεγάλη θνησιμότητα και διαστάσεις επιδημίας στον σύγχρονο κόσμο.

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ, ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΕ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ζουγανέλη Σοφία, MMedSci

Κλινική Διατροφολόγος

Τμήμα Διατροφής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο "Αττικόν"

Η ανίχνευση διατροφικού κινδύνου (nutritional screening) σε ασθενείς με καρκίνο πραγματοποιείται στο νοσοκομειακό περιβάλλον με ειδικά εργαλεία ανίχνευσης (screening tools), με σκοπό τη διάγνωση της υποθρεψίας ή την ταυτοποίηση ασθενών που μπορούν να ωφεληθούν από διατροφική παρέμβαση. Τα πιο συχνά εφαρμοζόμενα εργαλεία σε καρκινοπαθείς είναι τα PG-SGA (Patient Generated-Subjective Global Assessment), προτεινόμενο από την Αμερικανική Εταιρεία Εντερικής-Παρεντερικής Διατροφής (ASPEN), και NRS 2002 (Nutritional Risk Screening) προτεινόμενο από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντερικής-Παρεντερικής Διατροφής (ESPEN), ενώ άλλα εργαλεία που χρησιμοποιούνται ευρέως είναι τα SGA (Subjective Global Assessment), MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), MST (Malnutrition Screening Tool), NRI (Nutritional Risk Index), MNA (Mini Nutritional Assessment), SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire) και Handgrip Strength.

Η άμεση διατροφική αξιολόγηση (nutritional assessment) του νοσηλεύμενου καρκινοπαθούς ασθενούς είναι το επόμενο βήμα μετά την διάγνωση της υποθρεψίας ή τον προσδιορισμό διατροφικού κινδύνου. Η αξιολόγηση γίνεται με τη λήψη ανθρωπομετρικών παραμέτρων (ύψος, βάρος, μέτρηση δερματικών πτυχών), τον υπολογισμό BMI (Δείκτης Μάζας Σώματος), το ποσοστό πρόσφατης απώλειας βάρους του ασθενούς, τον υπολογισμό των ενεργειακών απαιτήσεων (εξισώσεις Harris-Benedict και Schofield με συνεκτίμηση παραγόντων stress), τη λήψη βιοχημικών δεικτών καθώς και κλινική εκτίμηση.

Η υποθρεψία και η συχνά επερχόμενη καχεξία των ασθενών με καρκίνο και σε συνδυασμό με την εφαρμογή χημειο/ακτινοθεραπείας κατά περίπτωση απαιτεί την προοδευτικά αυξανόμενη παροχή ενέργειας, την υψηλής βιολογικής αξίας πρωτεΐνη, την χορήγηση ανοσοολογικών παραγόντων όπου κρίνεται απαραίτητο και την προσπάθεια για παροχή γευμάτων ανεκτών από τον ασθενή σε κάθε φάση της θεραπείας του.

Ο συνδυασμός διατροφής από το στόμα και εντερικής ή/και παρεντερικής διατροφής είναι πολύ συχνός σε νοσηλεύμενους ασθενείς με καρκίνο με σκοπό την επαρκή πρόσληψη ενέργειας και θρεπτικών συστατικών. Ο διαρκής επανέλεγχος του ασθενούς κατά τη νοσηλεία και η εφαρμογή διατροφικής παρέμβασης σχετίζεται θετικά με μείωση του χρόνου και

κόστους νοσηλείας, στοχεύοντας πάντοτε στη διατήρηση ή βελτίωση του βάρους του ασθενούς, στην βελτίωση απόκρισης στη θεραπεία και στη μείωση των επιπλοκών που σχετίζονται με αυτή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Elia M. et al: An analytic appraisal of nutrition screening tools supported by original data with particular reference to age. *Nutrition* 2012;28(5):477-94
2. Elia M., Stratton RJ: Considerations for screening tool selection and role of predictive and concurrent validity. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2011;14:425-433
3. Ryu SW, Kim IH: Comparison of different nutritional assessments in detecting malnutrition among gastric cancer patients. *World J Gastroenterol* 2010;16(26):3310-3317
4. Antony PS: Nutrition Screening Tools for Hospitalized Patients. *Nutr Clin Pract* 2008;23(4):373-382
5. Gupta D. et al: Prognostic significance of Subjective Global Assessment (SGA) in advanced colorectal cancer. *Eur J Clin Nutr* 2005;59:35-40
6. Bauer J et al: Use of the scored Patient-Generated Subjective global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *Eur J Clin Nutr* 2002;56:779-785
7. Jones JM: The methodology of nutritional screening and assessment tools. *J Hum Nutr Dietet* 2002;15:59-71
8. Vaughan VC et al: Marine polyunsaturated fatty acids and cancer therapy. *Br J Cancer* 2013;108:486-492
9. Sultan J et al: Randomized clinical trial of omega-3 fatty acid-supplemented enteral nutrition versus standard enteral nutrition in patients undergoing oesophagogastric cancer surgery. *Br J Surg* 2012;99:346-355
10. Prevost V, Grach MC: Nutritional support and quality of life in cancer patients undergoing palliative care. *Eur J Cancer Care* 2012;21:581-590
11. Rock CL: Nutrition and Physical Activity Guidelines for Cancer Survivors. *CA Cancer J Clin* 2012;62(4):242-274
12. Isidro MF et al: Protein-calorie adequacy of enteral nutrition therapy in surgical patients. *Rev Assoc Med Bras* 2012;58(5):580-586
13. Fearon K et al: definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol* 2011;12(5):489-95
14. Murphy RA et al: Influence of eicosapentanoic acid supplementation on lean body mass in cancer cachexia. *Br J Cancer* 2011;105:1469-1473
15. van Bokhorst-de van der Schueren MAE: Nutritional support strategies for malnourished cancer patients. *Eur J Oncol Nurs* 2005;9:S74-S83

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΕΥ ΔΙΑ...ΤΡΟΦΗΝ: ΕΘΝΙΚΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΙ ΟΔΗΓΟΙ

Ζώτα Κωνσταντίνα, MSc

Ψυχολόγος, Ειδικός Προαγωγής Υγείας, Μέλος της συγγραφικής ομάδας του Εθνικού Διατροφικού Οδηγού «Ευ Δια...Τροφήν»,

Ινστιτούτου Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής, Prolepsis

Το Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής, Prolepsis έχει αναλάβει το έργο Δημιουργία και Ευρεία Διάχυση Γενικού και Ειδικών Εθνικών Διατροφικών Οδηγών «Ευ Δια...Τροφήν». Το έργο ανήκει στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανάπτυξη Ανθρωπίνου Δυναμικού 2007-2013» που συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους. Φορέας λειτουργίας του έργου είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σκοπός του προγράμματος είναι η ανάπτυξη εθνικών διατροφικών οδηγών για τον γενικό πληθυσμό και για παιδιά και έφηβους, γυναίκες και άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Το περιεχόμενο των Οδηγών θα τεθεί στη διάθεση του κοινού αλλά και στους αρμόδιους φορείς υγείας.

Βασικός στόχος του προγράμματος είναι η παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένης πληροφόρησης σχετικά με: α) τις ανάγκες του πληθυσμού σε θρεπτικά συστατικά και β) τις ομάδες τροφίμων και τα τρόφιμα που συστήνεται να καταναλώνει καθημερινά. Η ανάπτυξη του υλικού συνεκτιμά τις διατροφικές συνήθειες και παραδόσεις των Ελλήνων, τη διαθεσιμότητα και εποχικότητα των προϊόντων αλλά και τον οικονομικό παράγοντα, με πρόθεση την ανάδειξη των ευεργετικών ιδιοτήτων της ελληνικής παραδοσιακής διατροφής. Μακροπρόθεσμος στόχος είναι η προαγωγή της υγείας του ελληνικού πληθυσμού μέσω της υιοθέτησης ενός υγιεινού τρόπου διατροφής και συγκεκριμένα η αύξηση κατανάλωσης τροφίμων ευεργετικών για την υγεία: π.χ. αύξηση κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών, και οσπρίων, μείωση κατανάλωσης τροφίμων, η υπερκατανάλωση των οποίων είναι επιβλαβής για την υγεία, π.χ. ζάχαρη και τα προϊόντα της.

Οι Οδηγοί αποτελούνται από τις ακόλουθες υποενότητες: (1) Έκθεση, όπου περιγράφονται η μεθοδολογία, το επιστημονικό θεωρητικό υπόβαθρο και η διαδικασία υλοποίησης των Επιτροπών, (2) Αναλυτικές διατροφικές οδηγίες και συστάσεις σε επίπεδο θρεπτικών συστατικών, (3) Σειρά μηνυμάτων (σε απλή γλώσσα, με οπτικοποίηση συμβουλών & δοσολογιών π.χ. διατροφική πυραμίδα, πιάτο) και (4) Έντυπο ενημερωτικό υλικό: αφίσες και φυλλάδια.

Για τη διευκόλυνση της ευρείας διάχυσης, το περιεχόμενο του κάθε Διατροφικού Οδηγού θα είναι διαθέσιμο και σε ηλεκτρονική μορφή έτοιμο για εκτύπωση.

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Κ ΣΤΗ ΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Κανελλάκης Σπυρίδων, PhD

Μεταδιδακτορικός Ερευνητής

Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Υπάρχουν δύο κατηγορίες φυσικά προερχόμενης βιταμίνης Κ: Η Κ1 ή αλλιώς φυλλοκινόνη που συντίθεται από τα φυτά και η Κ2 ή αλλιώς μενακινόνη που πρακτικά περιέχει μια σειρά από μενακινόνες και συ-

ντίθενται κυρίως από βακτήρια. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν έχουν όλες οι μορφές βιταμίνης Κ την ίδια απορροφησιμότητα, βιοδιαθεσιμότητα και βιολογική δράση. Η βιταμίνη Κ έχει προταθεί τα τελευταία χρόνια ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην οστική υγεία. Η δράση της αποδίδεται κυρίως στην καρβοξυλίωση της οστεοκαλσίνης. Η καρβοξυλιωμένη οστεοκαλσίνη είναι πιο δραστική στη μεταφορά ιόντων ασβεστίου και την τελική επιμετάλλωση των οστών.

Ένας αριθμός από επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η αυξημένη διαιτητική πρόσληψη βιταμίνης Κ (κυρίως φυλλοκινόνης) σχετίζεται με υψηλότερη οστική πυκνότητα και μικρότερο καταγματικό κίνδυνο. Ένας περιορισμένος αριθμός κλινικών δοκιμών έχουν δείξει ότι η συμπληρωματική χορήγηση βιταμίνης Κ (ΜΚ-4 σε μεγάλες δόσεις) μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση δεικτών οστικού μεταβολισμού. Παράλληλα πολύ περιορισμένος αριθμός κλινικών δοκιμών έχει δείξει ελάττωση της οστικής απώλειας στο ισχίο και στη σπονδυλική στήλη ενώ συνδυασμένη χορήγηση μαζί με βιταμίνη D, ασβέστιο και μικρή αύξηση φυσικής δραστηριότητας μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της οστικής μάζας στη σπονδυλική στήλη έπειτα από διαιτητικά εφικτή πρόσληψη φυλλοκινόνης ή ΜΚ-7 (100-200μg/ημέρα).

Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη είναι 90μg και 120μg/ημέρα για γυναίκες και άντρες αντίστοιχα και αφορά κυρίως την δράση της στην πήξη του αίματος ενώ τοξικότητα δεν έχει παρατηρηθεί ακόμα και σε προσλήψεις πολύ πάνω από 10πλάσιες της υπάρχουσας συνιστώμενης ημερήσιας πρόσληψης κάτι που καθιστά την συμπληρωματική χορήγηση ασφαλή.

Σε κάποιες χώρες ήδη χορηγείται συμπληρωματικά (Ιαπωνία) για την πρόληψη της οστεοπόρωσης ωστόσο παρά τα υπάρχοντα ελλειδοφόρα ερευνητικά δεδομένα είναι βέβαιο ότι περισσότερες μελέτες είναι απαραίτητες για την διερεύνηση αν η υιοθέτηση της συμπληρωματικής χορήγησης βιταμίνης Κ θα έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

HIGHLIGHTS OF 2013 – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ: ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ

Καίρη Ελληνίκη, MSc

Κλινική Διαιτολόγος-Διατροφολόγος

Στην ομιλία με θέμα την «Παιδιατρική» θα παρουσιαστούν καινούριες κατευθυντήριες οδηγίες ή σημαντικές εξελίξεις που έλαβαν χώρα στον τομέα της παιδιατρικής το έτος 2012 - 2013. Συγκεκριμένα, θα γίνει παρουσίαση των συστάσεων της Αμερικανικής Παιδιατρικής Ακαδημίας για τη διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 στα παιδιά, εστιάζοντας στην αλλαγή του τρόπου ζωής (διατροφή και φυσική δραστηριότητα), τη χρήση ινσουλίνης ή μετφορμίνης και το γλυκαιμικό έλεγχο. Εν συνεχεία, θα γίνει αναφορά στις ολοκληρωμένες κατευθυντήριες οδηγίες του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας της Αμερικής για την καρδιαγγειακή υγεία και τη μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου σε παιδιά και εφήβους. Θα ακολουθήσουν οι κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις της Αμερικανικής Ακαδημίας Διατροφής και Διαιτολογίας σχετικά με τον πολυδιάστατο τρόπο παρέμβασης για την πρόληψη και τη θεραπεία της παχυσαρκίας από την προσχολική ηλικία μέχρι και την

εφηβεία. Αντικείμενο της συγκεκριμένης ομιλίας θα αποτελέσει και η θέση της Αμερικανικής Παιδιατρικής Ακαδημίας αναφορικά με τα ευεργετικά οφέλη του θηλασμού τόσο στο παιδί όσο και στη μητέρα σε διάφορες παραμέτρους υγείας. Στη συνέχεια, η ομιλία θα επικεντρωθεί στο γαστρεντερολογικό σύστημα. Συγκεκριμένα, θα παρουσιαστούν κάποιοι αλγόριθμοι για τη διαχείριση κοινών γαστρεντερολογικών προβλημάτων των παιδιών με επίκεντρο την παλινδρόμηση, τους κολλικούς, τη δυσκοιλιότητα και την αλληργία στο αγελαδινό γάλα, όπως προτάθηκαν από ομάδα ειδικών γαστρεντερολόγων και αλλεργιολόγων. Ακόμα, θα δωθούν οι κατευθυντήριες οδηγίες της Βρετανικής Παιδιατρικής Εταιρείας στη Γαστρεντερολογία, Ηπατολογία και Διατροφή για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της κοιλιοκάκης στα παιδιά. Τέλος, η ομιλία θα κλείσει με την παρουσίαση ενός καινούριου σχήματος αξιολόγησης και τον νέο ορισμό του παιδικού υποσιτισμού όπως δημοσιεύτηκε από την Αμερικανική Εταιρεία Παρεντερικής και Εντερικής Διατροφής.

ΕΠΙΤΥΓΧΑΝΕΤΑΙ ΘΡΕΠΤΙΚΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΙΤΑ ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΓΛΟΥΤΕΝΗΣ;

Καραγιάννης Δημήτρης, MSc

Ιατρός, Κλινικός Διαιτολόγος

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών “ο Ευαγγελισμός”

Η δίαιτα ελεύθερη γλουτένης (ΔΕΓ), αν και αποτελεί την μόνη θεραπεία για την κοιλιοκάκη και προστατεύει από την εκδήλωση σοβαρών επιπλοκών της νόσου, σίγουρα δεν είναι εύκολη στην εφαρμογή. Κατά την παραμονή σε μια δίαιτα ελεύθερης γλουτένης είναι σύνηθες να εμφανίζονται προβλήματα όπως δυσκοιλιότητα ή ανεπάρκειες θρεπτικών συστατικών, τα οποία όμως είναι συχνά αντιμετωπίσιμα και σίγουρα δεν προκαλούν μεγαλύτερες επιπλοκές από την ίδια την νόσο, ώστε να αποτελέσουν λόγο εγκατάλειψης της θεραπείας.

Πολλές από τις μελέτες που έχουν συγκρίνει τη πρόσληψη θρεπτικών συστατικών ασθενών με κοιλιοκάκη, που βρίσκονται σε ΔΕΓ και την συγκρίνουν με αυτές του γενικού πληθυσμού, διαπιστώνουν σημαντικές διαφορές. Οι περισσότερες από αυτές έχουν γίνει σε ενήλικες με κοιλιοκάκη και υποδεικνύουν ότι συχνά καταναλώνουν μικρότερη από τη συνιστώμενη πρόσληψη φυλλικού οξέος, βιταμινών του συμπλέγματος Β, σίδηρου, ασβεστίου και φυτικών ινών, καθώς και λιγότερες μερίδες δημητριακών ολικής αλέσεως

Η εφαρμογή της ΔΕΓ οδηγεί σε σταδιακή αποκατάσταση των επιπέδων των θρεπτικών συστατικών που ήταν σε μειωμένα επίπεδα, καθώς το έντερο θεραπεύεται και απορροφά πλέον πιο αποτελεσματικά. Κάθε διατροφική έλλειψη, όπως σίδηρος, βιταμίνη D, φυλλικό οξύ, ασβέστιο και πολύ σπάνια, ανεπάρκεια σε βιταμίνη Β12 πρέπει να διορθώνεται, αρχικά μέσω της δίαιτας και εφόσον δεν υπάρχει βελτίωση, με την λήψη συμπληρωμάτων, που πρέπει να συνταγογραφούνται από τον γιατρό ή την ομάδα που παρακολουθεί τον ασθενή και να είναι αποδεδειγμένο ότι δεν περιέχουν γλουτένη. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη ότι τα άτομα

με κοιλιοκάκη την στιγμή της διάγνωσης εμφανίζουν σημαντικές διατροφικές ανεπάρκειες και το ότι υπάρχουν ελάχιστα εμπλουτισμένα σε θρεπτικά συστατικά τρόφιμα χωρίς γλουτένη, η λήψη συμπληρωμάτων διατροφής συχνά καθίσταται απαραίτητη. Η πτωχή συμμόρφωση στη ΔΕΓ μετά τη διάγνωση της κοιλιοκάκης, το αυξημένο κόστος των τροφίμων και η έλλειψη παρακολούθησης από διεπιστημονική ομάδα είναι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε συνεχείς ελλείψεις θρεπτικών συστατικών.

Βιβλιογραφία

American College of Gastroenterology clinical guidelines: diagnosis and management of celiac disease Am J Gastroenterol. 2013 May;108(5):656-76; quiz 677.

ΝΕΩΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ

Καραγιάννης Ιωάννης Α.

Συντονιστής Διευθυντής Γαστρεντερολογικού Τμήματος,

Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας

Κωνσταντοπούλειο Νοσοκομείο Αθηνών

Η κοιλιοκάκη (εντεροπάθεια από γλουτένη) αποτελεί ιδιαίτερα συχνή κατάσταση, με σχεδόν παγκόσμια διασπορά.

Υπολογίζεται ότι περίπου 1/100 άτομα του γενικού πληθυσμού έχει προδιάθεση για την εμφάνιση της νόσου, ενώ περίπου 1/1000 εμφανίζει κλινικά ή/και εργαστηριακά ευρήματα συμβατά με την νόσο. Τονίζεται ιδιαίτερα ότι η βαρύτης των κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων ποικίλλει από άτομο σε άτομο σε εξαιρετικά μεγάλο βαθμό, με αποτέλεσμα σε άτομα με πολύ ήπια ευρήματα η νόσος να παραμένει αδιάγνωστη δια βίου.

Η διάγνωση της νόσου είναι, στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων, σχετικά ευχερής αρκεί να την υποψιασθεί ο θεράπων ιατρός. «Χρυσό» κανόνα για την διάγνωση της νόσου αποτελούν τα ευρήματα ενδοσκοπικής βιοψίας λεπτού εντέρου (συνήθως 2ης/3ης μοίρας δωδεκαδακτύλου) όπου διαπιστώνεται άλλοτε άλλου βαθμού ατροφία λαχνών και υπερπλασία κρυπτών. Ιδιαίτερη σημασία έχει η ανίχνευση αυτοαντισωμάτων ειδικών για την κοιλιοκάκη (αποαμιδιωμένα αντιγλιαδινικά αντισώματα IgA/IgG, αντισώματα ενδομυσίου EMA και, πλέον ειδικά, αντισώματα έναντι ιστικής τρανσγλουταμινάσης IgG και, κυρίως IgA). Ο έλεγχος για τα ανωτέρω αντισώματα είναι ιδιαίτερα χρήσιμος ως δοκιμασία ελέγχου (screening) σε άτομα με συμβατά με τη νόσο ευρήματα, σε άτομα αυξημένου κινδύνου (συγγενείς πασχόντων α' βαθμού) προ της διενέργειας ενδοσκόπησης και λήψης βιοψιών καθώς και για την παρακολούθηση ορθής τήρησης της δίαιτας ελεύθερης γλουτένης από πάσχοντες (πτώση τίτλου ή και αρνητικοποίησή τους). Σέ άτομα με ισχυρή υποψία της νόσου αλλά με αρνητικά αντισώματα (και αφού αποκλεισθεί η πιθανότητα συγγενούς έλλειψης ανοσοσφαιρινών και ειδικότερα IgA η οποία μπορεί σε μερικές περιπτώσεις να συνοδεύει την νόσο) και με μη σαφώς διαγνωστικά ιστολογικά ευρήματα (βιοψίες) ο έλεγχος ολοκληρώνεται

και με προσδιορισμό αντιγόνων ιστοσυμβατότητας Β' τάξης (HLA) για ανίχνευση συμβατού με την κοιλιοκάκη απλοτύπου (HLA DQ2/DR3). Αρνητικά αντισώματα, μη διαγνωστικά ιστολογικά ευρήματα και απουσία του ειδικού απλοτύπου HLA αποκλείουν πλήρως την διάγνωση της νόσου και πρέπει να αποτρέπουν περαιτέρω έλεγχο, ακόμη και εάν αυτός επιζητείται από τον/την ασθενή.

Όσον αφορά την θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου μοναδική και πλήρως αποτελεσματική αγωγή αποτελεί η αυστηρή και δια βίου δίαιτα ελεύθερη γλυτένης. Η δίαιτα βελτιώνει πρακτικά πλήρως όλα τα τυχόν συμπτώματα του ασθενούς, αποκαθιστά στο φυσιολογικό τα εργαστηριακά ευρήματα (σταδιακή πτώση τίτλου αντισωμάτων μετά 3-6 μήνες), βελτιώνει σημαντικά τα ιστολογικά ευρήματα (σημαντικού βαθμού σταδιακή ανάπλαση των λαχνών και ελάττωση της υπερτροφίας κρυπτών του λεπτού εντέρου μετά 4-6 μήνες) και αποτρέπει την εμφάνιση επιπλοκών της νόσου, κύρια δε της εμφάνισης Τ-λεμψώματος του λεπτού εντέρου (σχετικά σπάνιας μὲν ἀλλὰ με πολύ κακή πρόγνωση επιπλοκή της νόσου). Στους ενήλικες τουλάχιστον, εκτός πολύ παραμελημένων περιπτώσεων, συνήθως δεν απαιτείται η χρήση φαρμακευτικών συμπληρωμάτων (σιδήρου, φυλλικού οξέος κτλ) καθώς οι παθολογικές τιμές επανέρχονται σταδιακά μετά την έναρξη δίαιτας ελεύθερη γλυτένης. Μέχρι σήμερα, άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως γενετικά τροποποιημένα δημητριακά (χωρίς γλυτένη), ένζυμα τα οποία δι-ασπούν την γλυτένη δεν έχουν τύχει κλινικής εφαρμογής.

Τέλος αναφέρω ότι κατά τα τελευταία 3-4 έτη έχει αρχίσει να μορφοποιείται μία κατάσταση που αναφέρεται ως «ευαισθησία στη γλυτένη χωρίς κοιλιοκάκη» και η οποία αφορά άτομα στα οποία, ενώ έχει πλήρως αποκλισθεί η πιθανότητα κοιλιοκάκης, αυτά αναφέρουν βελτίωση μη ειδικών συμπτωμάτων τους (αδυναμία, καταβολή, άτυπα κοιλιακά άλγη, βορβορυγμοί, διαταραχές των κενώσεων αλλά με πλήρως φυσιολογικό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο) με δίαιτα ελεύθερη γλυτένης. Η ομάδα αυτή των ατόμων έχει, μέχρι σήμερα τουλάχιστον, προσδιορισθεί με την χρήση σχετικών ερωτηματολογίων (χωρίς και με δίαιτα ελεύθερη γλυτένης), ενώ δεν έχουν προσδιορισθεί ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις που να διαγιγνώσκουν «θετικά» την κατάσταση αυτή.

HIGHLIGHTS OF 2013 – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Καράτζη Καλλιόπη, Δρ

Κλινική Διαιτολόγος-Διατροφολόγος
Ειδικό Εργαστηριακό Διδακτικό Προσωπικό
Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής,
Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Οι διεθνείς οδηγίες που αφορούν στην κλινική διατροφή και που εκδόθηκαν το έτος 2013, καλύπτουν ένα μεγάλο φάσμα νοσημάτων και άλλων παθολογικών καταστάσεων. Ενδεικτικά τα κεφάλαια της κλινικής διατροφής για τα οποία υπήρξαν νεότερα δεδομένα μέσα στο τρέχον έτος, αλλά και οι διευθύνσεις στις οποίες μπορεί κανείς να βρει ολοκληρωμένες τις οδηγίες είναι τα παρακάτω:

1. Διαταραχές λήψης τροφής (Am J Psychiatry 2013; 170(11): 1237-1239)
2. Οξεία παγκρεατίτιδα (Pancreatology 2013; 13: e1-e15)
3. Κίρρωση του ήπατος (Nutrition 2013; 29: 1279-1285)
4. Ηπατική εγκεφαλοπάθεια (Hepatology 2013; 58: 325-336)
5. Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (BDA website: www.bda.uk.com NICE website: www.nice.org.uk, J Hum Nutr Diet 2012; 25: 260-274)
6. Χρόνια νεφρική νόσος (Ann Intern Med 2013; 158: 825-830)
7. Αιμοδιάλυση και περιτοναϊκή διάλυση (J Hum Nutr Diet 2013; 26, 315-328, BDA website: www.bda.uk.com)
8. Εγκαύματα (Clinical Nutrition 2013; 32: 497e-502)
9. Βαριά πάσχοντες (Academy of Nutrition and Dietetics, 2013. ADA Evidence Analysis Library: http://andevidencelibrary.com/topic.cfm?format_tables=0&cat=4840)
10. Καρκίνος κεφαλής-τραχήλου (J Natl Compr Canc Netw 2013; 11: 917-923)

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΚΑΜΠΑΝΙΑΣ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΟΥΣ

Καρκατζούλη Νίνα MSc

Διαιτολόγος-διατροφολόγος

Η ενός χρόνου πορεία της καμπάνιας «As αφήσουμε τους τύπους», οδήγησε στην αναγνώριση της ανάγκης για πιο στοχευμένη ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και εκπαίδευση κοινού και ειδικών πάνω στο θέμα της εικόνας σώματος. Το φαινόμενο της αρνητικής εικόνας σώματος κάνει την εμφάνισή του σε πληθώρα ατόμων που επισκέπτονται το διαιτολογικό γραφείο ή που απλά εκφράζουν την επιθυμία μείωσης του σωματικού τους βάρους. Γι' αυτό χρειάζεται ο ειδικός να είναι εφοδιασμένος με τα κατάλληλα εργαλεία και μεθόδους, ώστε να μπορέσει να βοηθήσει, μέσα από το δικό του ρόλο, τα άτομα αυτά να βελτιώσουν τη σχέση με το σώμα τους. Αυτό με τη σειρά του, θα τα βοηθήσει στην καλύτερη διαχείριση του σωματικού βάρους και στη βελτίωση των διατροφικών τους συμπεριφορών. Θεωρούμε ότι μέσα από την συμμετοχή του διαιτολόγου στην εκπαίδευση του ευρύτερου κοινού, θα επιτευχθεί μια πιο αποτελεσματική διάδοση του μηνύματος της καμπάνιας, που απώτερο στόχο έχει την καλύτερη ποιότητα ζωής των ατόμων.

Με τη παρουσίαση αυτή θα επιχειρήσουμε να εκθέσουμε και να αναλύσουμε τα διαθέσιμα -αυτή τη στιγμή- εκπαιδευτικά εργαλεία της καμπάνιας, με σκοπό την κατανόηση της χρήσης τους στο κοινό. Αρχικά θα παρατεθούν δεδομένα που τονίζουν τη σημασία της θετικής εικόνας σώματος σε σχέση με τη ρύθμιση βάρους και με υγιείς διατροφικές συμπεριφορές. Στη συνέχεια θα παρουσιαστεί τμήμα προς τμήμα το περιεχόμενο του φυλλαδίου της καμπάνιας. Σε αυτό συγκεντρώνονται τα βασικότερα σημεία για την κατανόηση της έννοιας της εικόνας σώματος, αλλά και της επίδρασης που έχει στο άτομο και στις συμπεριφορές του. Τέλος, θα επικεντρωθούμε στην

εκπαιδευτική παρουσίαση για το κοινό, με θέμα “η εικόνα σώματος στη διατροφή μου”, για την καλύτερη κατανόηση του θέματος και την προετοιμασία των ειδικών πριν την εφαρμογή της στο κοινό.

‘ΥΔΡΙΑ’ - ΕΘΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Κληινάκη Ελένη, MD

*Εκ μέρους της ομάδας της μελέτης ΥΔΡΙΑ
Ερευνήτρια, Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας*

Στο πλαίσιο της αποτύπωσης της κατάστασης της υγείας και των διατροφικών επιλογών του πληθυσμού στην Ελλάδα για την πραγμάτωση των στόχων της μελέτης “ΥΔΡΙΑ”, περιλαμβάνεται η συλλογή δειγμάτων αίματος από το σύνολο των συμμετεχόντων με σκοπό τη διενέργεια εργαστηριακών αναλύσεων. Η συλλογή του αίματος πραγματοποιείται σε σωληνάρια K2EDTA, γέλης και μείγματος φθοριούχου κιτρικού. Τα δείγματα φυγοκεντρώνται, φυλάσσονται στους -18oC και μεταφέρονται υπό σταθερές συνθήκες θερμοκρασίας στις εγκαταστάσεις του Ελληνικού Ίδρυματος Υγείας όπου και φυλάσσονται στους -80 oC. Δείγματα αίματος αποστέλλονται άμεσα σε πιστοποιημένα εργαστήρια για τη διενέργεια των εργαστηριακών εξετάσεων. Συγκεκριμένα, στα δείγματα αίματος γίνεται προσδιορισμός ολικής και HDL- χοληστερόλης, γλυκόζης, γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, κρεατινίνης, ουρικού οξέος, ολικών πρωτεϊνών, ολικού ιονισμένου ασβεστίου και τρανσαμινασών (ALT/SGPT, AST/SGOT). Σημειώνεται ότι για κάθε συμμετέχοντα καταγράφονται αναλυτικά οι παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων, όπως η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, ο χρόνος λήψης και το περιεχόμενο του τελευταίου γεύματος. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών αναλύσεων θα συμβάλει στην ενημέρωση του Υγειονομικού Χάρτη του Υπουργείου Υγείας με πρόσφατα και αντιπροσωπευτικά δεδομένα για την υγεία του πληθυσμού, καθώς και στην εφαρμογή στοχευμένων πολιτικών με γνώμονα την προαγωγή της δημόσιας υγείας.

1 Το πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και εθνικούς πόρους.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Κοζοπούλου Μαρία, MSc

*Κλινική Διαιτολόγος – Διατροφολόγος
Επιστημονική Συνεργάτης Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Νοσοκομείου Παιδων “Αγία Σοφία”*

Η παιδική παχυσαρκία είναι ένα πρόβλημα που απασχολεί την επιστημονική κοινότητα τις τελευταίες δεκαετίες. Ωστόσο η αποτελεσματική αντιμετώπιση της νέας αυτής μάστιγας έχει αποδει-

χτεί ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς στην εξίσωσή της υπεισέρχονται διάφορες παράμετροι (ηλικία, επίπεδο παχυσαρκίας, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, διαθέσιμα μέσα κλπ).

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για την παιδική παχυσαρκία μπορούν να διαχωριστούν στις πιο ‘συμβατικές’ προσεγγίσεις που αφορούν την πλειοψηφία των περιστατικών και στοχεύουν στην αλλαγή συμπεριφοράς, διατροφικών συνθηκών και επιπέδου φυσικής δραστηριότητας ή σε συνδυασμό αυτών, και στις λιγότερο ‘συμβατικές’ προσεγγίσεις που αφορούν ένα μικρότερο ποσοστό και περιλαμβάνουν τη φαρμακοθεραπεία και το βαριατρικό χειρουργείο.

Παρόλη την πληθώρα μελετών που ασχολούνται με την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας, δεν υπάρχουν ακόμα ισχυρά δεδομένα για τα χαρακτηριστικά της πιο αποτελεσματικής παρέμβασης, αφενός λόγω της πολυπλοκότητας της νόσου, αφετέρου λόγω μεθοδολογικών περιορισμών (μικρές μελέτες με διαφοροποιήσεις στο είδος και τη διάρκεια της παρέμβασης, περιορισμένη διάρκεια παρακολούθησης των συμμετεχόντων, υψηλά ποσοστά απώλειας δείγματος κατά την παρακολούθηση κλπ). Ωστόσο με βάση τα υπάρχοντα δεδομένα, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που εμπλέκουν όλη την οικογένεια και στοχεύουν στη σταδιακή αλλαγή του τρόπου ζωής με τροποποιήσεις σε επίπεδο διατροφής, άσκησης και συμπεριφοράς φαίνεται να είναι οι πιο αποτελεσματικές τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα.

Στην παρούσα ανασκόπηση γίνεται μια σύνοψη των πιο πρόσφατων οδηγιών σε ότι αφορά τις θεραπευτικές παρεμβάσεις για την παιδική παχυσαρκία, οι οποίες παρέχοντας ορισμένες βασικές κατευθυντήριες γραμμές, στοχεύουν στο να διευκολύνουν το διαιτολόγο / επιστήμονα υγείας στην επιλογή της βέλτιστης προσέγγισης ανάλογα με το εκάστοτε περιστατικό.

ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Κοντογιάννη Μερόπη

*Λέκτορας Κλινικής Διατροφής
Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο*

Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (NAFLD) περιλαμβάνει την απλή ηπατική στεάτωση και τη μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα. Ορίζεται ως η συσσώρευση λίπους στο 5-10% της συνολικής μάζας των ηπατοκυττάρων, η οποία δεν οφείλεται σε υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ. Σχετίζεται ισχυρά με το μεταβολικό σύνδρομο και βασικός υποκείμενος παθοφυσιολογικός μηχανισμός είναι η αντίσταση στην ινσουλίνη.

Διάφοροι παράγοντες κινδύνου για τη νόσο έχουν διερευνηθεί, μεταξύ αυτών και οι μακροχρόνιες διαιτητικές συνθήκες. Ένας συνήθης μηχανισμός, μέσω του οποίου η διατροφή μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση και εξέλιξη της NAFLD, είναι η ανάπτυξη παχυσαρκίας. Ωστόσο, έχει προταθεί και μία, ανεξάρτητη της παχυσαρκίας, συσχέτιση. Οι σχετικές μελέτες είναι στην πλειοψηφία τους μελέτες ασθενών-μαρτύρων με αναδρομική συλλογή πληροφοριών. Σε επίπεδο

μακροθρεπτικών συστατικών τα διαθέσιμα αποτελέσματα παραμένουν αντικρουόμενα, κάποια αναδεικνύοντας μία επιβαρυντική επίδραση της κατανάλωσης υδατανθράκων και άλλα να προτείνουν μία επιβαρυντική επίδραση της πρόσληψης λίπους (και ιδιαίτερα του κορεσμένου) στην εμφάνιση της νόσου. Λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει την πιθανή επίδραση των μικροθρεπτικών συστατικών στην παρουσία της NAFLD, εστιάζοντας σε συστατικά με αντιοξειδωτική δράση (π.χ. βιτ. Α, C, E), αλλά έχουν αμφιλεγόμενα αποτελέσματα. Σε επίπεδο τροφίμων η κατανάλωση σακχαρούχων αναψυκτικών, κρέατος και αμυλούχων τροφίμων (επεξεργασμένων) έχει συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα παρουσίας της νόσου, ενώ η κατανάλωση ψαριών, καφέ και μικρής ποσότητας κρασιού έχει συσχετιστεί με μειωμένη πιθανότητα παρουσίας της NAFLD. Σε επίπεδο διατροφικών προτύπων η αυξημένη προσκόλλησή σε ένα δυτικού τύπου πρότυπο αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης NAFLD σε εφήβους, ενώ αυξημένη προσκόλλησή στη Μεσογειακή δίαιτα σχετίζεται με ηπιότερη εμφάνιση της νόσου, αλλά δε φαίνεται να επηρεάζει την πιθανότητα εμφάνισης αυτής. Όσον αφορά στην αντιμετώπιση της νόσου η απώλεια σωματικού βάρους αποτελεί το πρώτο βήμα είτε επιτυγχάνεται μόνο με δίαιτα είτε με συνδυασμό δίαιτας και άσκησης, ενώ αναπάντητο παραμένει το ερώτημα εάν και κατά πόσο η σύσταση της δίαιτας κατέχει ουσιαστικό ρόλο στην διαχείριση της νόσου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γεωργούλης Μ, Κατσαγώνης Μ, Τιλελή Ν, Κοντογιάννη Μ. Η επίδραση της διατροφής στην παρουσία και διαχείριση της μη αλκοολικής λιπώδους νόσου του ήπατος. Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας – Διατροφής, 2012; 3 (1):19-33.
- Kontogianni M, Tileli N, Georgoulis M, et al. Relationship between habitual grains consumption and the presence of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD). 20th International Congress of Nutrition, Granada September 15-20 2013. *Annals Nutr Metab* 2013 63 (Suppl 1): S976.
- Kontogianni MD, Tileli N, Margariti A, et al. Adherence to the Mediterranean diet is associated with the severity of non-alcoholic fatty liver disease. *Clinical Nutrition* [epub ahead of print 7 Sept 2013].
- Oddy WH, Herbison CE, Jacoby P, et al. The Western dietary pattern is prospectively associated with nonalcoholic fatty liver disease in adolescence. *Am J Gastroenterol*. 2013 108(5):778-85.

ΑΣ ΑΦΗΣΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΤΥΠΟΥΣ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΔΕΑ ΣΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ

Κουστουράκη Παρασκευή, MSc

Διαιτολόγος – Διατροφολόγος

Η ανησυχία του κόσμου σχετικά με την εικόνα σώματος και οι αρνητικές σκέψεις γύρω από αυτήν έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία, καθώς και στην καθημερινότητα όλων. Αυτό το συμπέρασμα, καρπός βιβλιογραφικής αναζήτησης, μακρόχρονου επιστημονικού προβληματισμού και εμπειρικής παρατήρησης, αποτέλεσε αφορμή για τη δημιουργία της καμπάνιας «As αφήσουμε τους τύπους». Πρωταρχικός στόχος της, η προσπάθεια ανάδειξης της σημασίας που έχει η εικόνα σώματος στην υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων.

Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία και στις προσπάθειες που έχουν γίνει τα προηγούμενα χρόνια σε Ελλάδα και εξωτερικό για την ενημέρωση του κοινού, ανέκυψε η αναγκαιότητα της ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του ελληνικού πληθυσμού. Η ιδέα της καμπάνιας «As αφήσουμε τους τύπους» αγκαλιάστηκε ένθερμα από ολόκληρη την Επιστημονική Ομάδα του medNutrition και έτσι πριν από ένα χρόνο ήταν πλέον πραγματικότητα, μέσα από τη δική της ιστοθέση. Σκοπός της ιστοθέσης αυτής είναι η ενημέρωση κοινού και ειδικών σε θέματα σχετικά με την εικόνα σώματος. Στις προγραμματισμένες ενέργειες εκτός από τη δημιουργία ιστοθέσης, συμπεριλαμβάνονται –μεταξύ άλλων- ο σχεδιασμός εκπαιδευτικού υλικού για το κοινό και η ανάρτηση ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου για τη διεξαγωγή έρευνας στον ελληνικό και κυπριακό πληθυσμό. Ευχόμαστε πως η προσπάθεια της καμπάνιας αυτής θα αναγνωριστεί από την επιστημονική κοινότητα και ευελπιστούμε πως στο μέλλον θα υλοποιηθούν ακόμη περισσότερες δράσεις και ενέργειες με σκοπό την ευαισθητοποίηση τόσο του κοινού όσο και των ειδικών.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ: ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ

Κουτσούκη Δήμητρα

Καθηγήτρια,

*Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού
Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Μπογδάνης Γρηγόρης

Λέκτορας

*Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού
Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Η δεύτερη φάση του προγράμματος περιλαμβάνει εξάμηνη παρέμβαση σε 85 σχολεία πανελλαδικά. Η παρέμβαση επικεντρώνεται α) στο πρόγραμμα του σχολείου β) στην αξιοποίηση των διαλειμμάτων και γ) στην καθοδήγηση των φυσικών δραστηριοτήτων εκτός σχολείου, πάντοτε με τη συνδρομή των γονέων.

Για να προσεγγίσουμε με ακρίβεια και αμεσότητα τους μαθητές, εκπαιδευτικούς και γονείς, υιοθετούμε ένα τρίπτυχο μηνυμάτων στο οποίο βασίζουμε την παρέμβασή μας το οποίο αποτελείται από τρεις λέξεις μηνύματα. Οι τρεις λέξεις αυτές είναι «Όλοι», «Μπορώ» και «Μου αρέσει».

Το «Όλοι» στηρίζεται πάνω στην αρχή της συμμετοχής όλων των παιδιών ανεξαρτήτως ικανοτήτων. Κανένας μαθητής δεν αποκλείεται από τη φυσική δραστηριότητα εξ αιτίας της χαμηλής του επίδοσης. Η δια βίου άσκηση είναι λοιπόν είναι ένα βασικό μήνυμα.

Το τι μπορεί ένας μαθητής να κάνει, όσον αφορά στη φυσική αγωγή, βασίζεται συχνά πάνω στο τι πιστεύει ότι μπορεί να κάνει. Έτσι

λοπόν θέλουμε να ενισχύσουμε την αυτοπεποίθηση του παιδιού και την εμπιστοσύνη στις δυνατότητες του με βάση τη σταδιακή του βελτίωση και τη βιωματική συμμετοχή του σε δραστηριότητες της οποίες μέχρι τώρα δεν είχε επιχειρήσει. Αυτό βοηθά στο να κατανοήσει το παιδί ότι «μπορεί» και ότι έχει τη δυνατότητα να ασκείται επιτυχάνοντας τους στόχους που το ίδιο βάζει. Πιστεύουμε ότι αν το παιδί βιώσει τη φυσική δραστηριότητα με αυτό τον τρόπο, η αίσθηση αυτή θα το ακολουθεί σε όλη του τη ζωή.

Τέλος το μήνυμα «μου αρέσει» στοχεύει ακριβώς στο: κάθε μαθητής/τρια να βιώνει θετικά συναισθήματα που να σχετίζονται με τη φυσική δραστηριότητα. Με τον τρόπο αυτό ενισχύονται οι θετικές συμπεριφορές, ενώ παράλληλα και αυξάνεται ο χρόνος συμμετοχής που είναι και το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα.

Ο καθηγητής φυσικής αγωγής καθώς και η οικογένεια αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την επίτευξη των παραπάνω στόχων. Βασικό μήνυμα είναι ότι: «Όλοι μπορούν να είναι φυσικά δραστήριοι, να νιώθουν την ευχαρίστηση που δίνει η άσκηση και να απολαμβάνουν τα δώρα της»

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ (ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΟΙ ΕΓΚΥΕΣ ΚΑΙ ΘΗΛΑΖΟΥΣΕΣ)

Κωστή Ρένα

Επιστημονική συνεργάτης, Τμήματος Διατροφής Διαιτολογίας, ΤΕΙ Θεσσαλίας

Μέλος της συντακτικής ομάδας του Εθνικού Διατροφικού οδηγού "Ευ Δια..τροφήν"

Ο Ειδικός Διατροφικός Οδηγός για Γυναίκες περιλαμβάνει τις διατροφικές συστάσεις για τις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, τις έγκυες, τις θηλάζουσες και τις γυναίκες στην εμμηνόπαυση. Οι γυναίκες έχουν διαφορετικές διατροφικές ανάγκες σε σχέση με τους άνδρες, ενώ οι ανάγκες τους διαφοροποιούνται ιδιαίτερα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Στον παρόντα Διατροφικό Οδηγό αναπτύσσονται οι ιδιαίτερες αυτές ανάγκες και τονίζεται η σημασία της διατροφής της μητέρας για το έμβρυο, κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, και το βρέφος κατά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Πιο αναλυτικά, παρουσιάζονται οι διατροφικές συστάσεις σε επίπεδο ομάδων τροφίμων, ενώ εκτός από τη σύσταση ως προς την ποσότητα και τη συχνότητα κατανάλωσης του τροφίμου, έμφαση δίνεται στα τρόφιμα της συγκεκριμένης ομάδας τα οποία θα πρέπει να προτιμώνται, στα τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται με προσοχή και στα τρόφιμα τα οποία θα πρέπει να αποφεύγονται. Οι τελευταίες δύο κατηγορίες, αφορούν περισσότερο τις περιόδους της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας. Γίνεται επίσης αναφορά και στα μικροθρεπτικά συστατικά τα οποία είναι ιδιαίτερα σημαντικά σε κάθε περίοδο (π.χ. φυλλικό οξύ, σίδηρος, ασβέστιο, βιταμίνη D). Επιπλέον, τονίζεται η σημασία διατήρησης ενός φυσιολογικού βάρους σε όλα τα στάδια της ζωής μιας γυναίκας, ενώ παρατίθενται συστάσεις για τη φυσική δραστηριότητα (οι οποίες διαφοροποιούνται ανάλογα με το στάδιο ζωής).

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: ΕΥ ΔΙΑ..ΤΡΟΦΗΝ (ΕΘΝΙΚΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ) ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Λινού Αθηνά

Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Το Υπουργείο Υγείας ανέθεσε στο Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής, Prolepsis, τη συγγραφή Διατροφικών Οδηγών για όλη τη χώρα. Το Ινστιτούτο συνεργάζεται με μεγάλη ομάδα επιστημόνων για τη συγγραφή των Οδηγών αυτών. Οι Οδηγοί θα είναι έτοιμοι περί το τέλος του έτους (2013). Αναλυτική περιγραφή των Διατροφικών Οδηγών θα ακολουθήσει από τη συγγραφική ομάδα του έργου που συμμετέχει στη στρογγυλή τράπεζα.

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

Μανιαδάκης Νικόλαος MSc, PhD, FESC

Αναπληρωτής Κοσμήτορας & Διευθυντής

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Η οικονομική κρίση οδηγεί σε έντονη στροφή προς την κατανάλωση γρήγορου φθηνού φαγητού το οποίο είναι πλούσιο σε ζάχαρη, αλάτι και κορεσμένα λιπαρά. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το μειωμένο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση μεγάλων ποσοτήτων μη υγιεινών θερμίδων, δημιουργώντας αρνητικό ισοζύγιο ενέργειας και αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνισης παχυσαρκίας, διαβήτη, υπέρτασης, καρδιαγγειακών προβλημάτων κα. Έδη, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει χαρακτηρίσει την παχυσαρκία «ασθένεια της χιλιετίας», αναζητώντας μέτρα για την αντιμετώπιση του φαινομένου και την προώθηση της ισορροπημένης διατροφής. Ένα μέτρο το οποίο συζητείται έντονα εντός και εκτός συνόρων είναι η επιβολή φόρου παχυσαρκίας σε τρόφιμα πλούσια σε ζάχαρη, αλάτι και κορεσμένα λιπαρά. Η Ουγγαρία, και η Γαλλία φορολογούν τα τρόφιμα που έχουν πάνω από 2,3% κορεσμένα λιπαρά. Η αποτελεσματικότητα του εν λόγω μέτρου στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι αμφιλεγόμενη σύμφωνα με τα ευρήματα συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης που διεξήχθη πρόσφατα στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Σύμφωνα με κάποιες μελέτες, η υψηλή φορολόγηση των λιπαρών και αλμυρών τροφών – αλλά και άλλων επιβλαβών για την υγεία συνθετικών, όπως είναι το κέμπισμα – φέρνει αξιοσημείωτα αποτελέσματα τόσο στον περιορισμό της κατανάλωσής τους όσο και στο οικονομικό κομμάτι καθώς μειώνονται σημαντικά οι δαπάνες υγείας. Στον αντίποδα των μελετών αυτών υπάρχουν έρευνες οι οποίες τεκμηριώνουν τη μη αποτελεσματικότητα του προαναφερθέντος μέτρου στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας καθώς αν κάποιος θέλει να καταναλώσει ανθυγιεινές τροφές, θα τις καταναλώσει ακόμη κι αν γνωρίζει πως είναι βλαβερές για την υγεία του. Η δυσκολία στο εγχείρημα της φορολόγησης σύμφωνα με αυτές τις έρευνες εστιάζεται στον τρόπο με τον οποίο θα γίνει η κατανομή υγιεινής – ανθυγιεινής τροφής. Ανθυγιεινή γίνεται μια τροφή όταν καταναλώνεται σε συγκεκριμένες ποσότητες και με συγκεκριμένη συχνότητα υπολογίζοντας πάντα και το συν – καταναλώνεται. Συμπερασματικά η καταναλωτική συμπεριφορά μπορεί να αλλάξει μόνο μέσα από τη σω-

στή ενημέρωση και τη διατροφική εκπαίδευση του πληθυσμού. Τα καταπιεστικά μέτρα μάλιστα θα έχουν το αντίθετο αποτέλεσμα.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ: ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΝΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ “ΤΟΥ ΒΟΧ- STUDY”

Μανιός Ιωάννης

*Αναπληρωτής Καθηγητής Διατροφικής Αγωγής και Αξιολόγησης
Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο*

Το πρόγραμμα ‘ΤουΒοχ-study’ είναι μία πανευρωπαϊκή μελέτη που χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Σκοπός της μελέτης είναι να αναγνωρίσει τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την παιδική παχυσαρκία στην προσχολική ηλικία, να σχεδιάσει και να εφαρμόσει ένα πρόγραμμα παρέμβασης για την πρόληψη στα πρώτα στάδια της ζωής, με δυνατότητα επέκτασης σε περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Πρόσφατες συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις έδειξαν ότι οι μελέτες που εμφάνισαν θετικά αποτελέσματα για την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας ήταν αυτές που χρησιμοποίησαν συμπεριφορικά μοντέλα, εστίασαν στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον των παιδιών στο σχολείο και στο σπίτι, υλοποίησαν διαδραστικές δραστηριότητες με τη συμμετοχή όλης της τάξης και είχαν διάρκεια τουλάχιστον έξι μήνες. Το πρόγραμμα ‘ΤουΒοχ-study’ σχεδιάστηκε με βάση αυτές τις αρχές και έχει ήδη εφαρμοστεί για ένα χρόνο σε έξι Ευρωπαϊκές χώρες και 8.700 παιδιά ηλικίας 4-6 ετών, τους γονείς και τους δασκάλους τους.

Με βάση τα πρώτα αποτελέσματα, τα ποσοστά υπέρβαρου και παχυσαρκίας βρέθηκαν να είναι 10,8% και 4,1%, αντίστοιχα, (βάσει των κριτηρίων IOTF) και ήταν υψηλότερα στις χώρες της Νοτίου (21,5%) και της Ανατολικής Ευρώπης (13,4%) σε σχέση με τις χώρες της Κεντρικής/Βόρειας Ευρώπης (10,5%) ($p < 0,001$). Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας βρέθηκε να είναι υψηλότερος σε παιδιά από οικογένειες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και σε παιδιά με τουλάχιστον έναν παχύσαρκο γονέα. Το ποσοστό των γονέων που υποεκτιμούν την κατάσταση σωματικού βάρους του υπέρβαρου παιδιού τους, καθώς και τα ποσοστά τηλεθέασης, διαθεσιμότητας τηλεόρασης στο δωμάτιο του παιδιού και κατανάλωσης σοκολάτας και μπισκότων, βρέθηκαν να είναι υψηλότερα στις χώρες της Νότιας Ευρώπης σε σχέση με τις χώρες της Ανατολικής και της Κεντρικής/Βόρειας Ευρώπης και πιθανώς εξηγούν τα υψηλά ποσοστά υπέρβαρου/παχυσαρκίας σε αυτές τις χώρες.

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι οι διαφορές που παρατηρήθηκαν ανάμεσα στις υπο-μελέτη χώρες και κοινωνικοοικονομικές ομάδες πιθανώς αντικατοπτρίζουν όχι μόνο πολιτισμικές και συμπεριφοριστικές διαφορές, αλλά και διαφορές ως προς τους περιοριστικούς και βοηθητικούς παράγοντες για την υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας. Η κατανόηση και ενσωμάτωση αυτών των παραμέτρων στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση προγραμμάτων παρέμβασης για την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας είναι καθοριστικής σημασίας για την αύξηση της αποτελεσματικότητάς τους.

ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ: ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ – ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Μανιός Ιωάννης

*Αναπληρωτής Καθηγητής Διατροφικής Αγωγής και Αξιολόγησης
Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο*

Πρόσφατες συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις έδειξαν ότι οι παρεμβάσεις στο χώρο του σχολείου που εμφάνισαν θετικά αποτελέσματα για την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας ήταν αυτές που χρησιμοποίησαν συμπεριφορικά μοντέλα, εστίασαν στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον των παιδιών στο σχολείο και στο σπίτι, υλοποίησαν διαδραστικές δραστηριότητες με τη συμμετοχή όλης της τάξης, είχαν διάρκεια τουλάχιστον έξι μήνες και εστίασαν τόσο στη διατροφή όσο και στην άσκηση.

Το πρόγραμμα «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία: Αποτύπωση, Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Παιδικής Παχυσαρκίας. Δράσεις για την Άσκηση και την Υγιεινή Διατροφή» σχεδιάστηκε με βάση αυτές τις αρχές και στοχεύει στη βελτίωση τεσσάρων συμπεριφορών υγείας που συσχετίζονται με το ενεργειακό ισοζύγιο σε παιδιά σχολικής ηλικίας: κατανάλωση πρωινού, κατανάλωση ενδιάμεσων γευμάτων στο δεκατιανό και στο απογευματινό, φυσική δραστηριότητα και καθιστική συμπεριφορά. Στο πρόγραμμα συμμετέχουν σχολεία και μαθητές ηλικίας 6-15 ετών από όλη την επικράτεια, οι γονείς και οι δάσκαλοί τους.

Συγκεκριμένα ως προς την κατανάλωση πρωινού και ενδιάμεσων γευμάτων (δεκατιανό και απογευματινό), το παρόν πρόγραμμα θα επιχειρήσει να βελτιώσει τις διατροφικές αυτές συμπεριφορές στοχεύοντας σε τρία επίπεδα. Σε πρώτο επίπεδο, θα επιχειρηθεί η διαμόρφωση ενός φυσικού περιβάλλοντος στο χώρο του σχολείου που θα στοχεύει στο να βοηθήσει τους μαθητές που δεν έχουν καταναλώσει πρωινό στο σπίτι τους να το καταναλώσουν στο σχολείο και το σύνολο της τάξης όσον αφορά στην κατανάλωση υγιεινού δεκατιανού. Σε δεύτερο επίπεδο, θα επιχειρηθεί η υλοποίηση διαδραστικών, βιωματικών δραστηριοτήτων σε θέματα που σχετίζονται με το πρωινό και τα ενδιάμεσα γεύματα κατά τη διάρκεια της ευέλικτης ζώνης, εστιάζοντας στην ενεργή συμμετοχή ολόκληρης της τάξης. Σε τρίτο επίπεδο, θα επιχειρηθεί η ενημέρωση και η συνεργασία των γονέων μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων και αφισών, με στόχο την ενεργή συμμετοχή και υποστήριξη τους για την υιοθέτηση και διατήρηση αυτών των συμπεριφορών και στο σπίτι από όλη την οικογένεια. Και τα τρία αυτά επίπεδα θα υλοποιηθούν βάσει προκαθορισμένου χρονοδιαγράμματος που θα είναι κοινό για όλα τα σχολεία και τους μαθητές του προγράμματος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΑΜΕΔΥ) – HELLENIC NATIONAL HEALTH AND NUTRITION EXAMINATION SURVEY (H-NHANES)

Μίχα Πενάτα, PhD

Διευθύντρια Έργου

Κλινική διαιτολόγος - διατροφολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης του Τμήματος Χημείας Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου

του Γεωπονικού Πανεπιστημίου Αθηνών

Η Πανελλαδική Μελέτη Διατροφής και Υγείας (ΠΑ.ΜΕ.Δ.Υ.) είναι ερευνητικό έργο εθνικής εμβέλειας και σημασίας, του οποίου την υλοποίηση έχει αναλάβει το Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Συνεργαζόμενοι φορείς είναι η Ιατρική Σχολή Αθηνών, το Χαρόκιο Πανεπιστήμιο, η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), η Αμερικάνικη NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) και η Αγγλική NDNS (National Diet and Nutrition Survey). Το εν λόγω ερευνητικό-επιστημονικό έργο συγχρηματοδοτείται από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» του ΕΣΠΑ 2007-2013, και αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα έργα του

Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που είναι και ο φορέας λειτουργίας του. Κύριος στόχος της ΠΑ.ΜΕ.Δ.Υ. είναι η αξιολόγηση των διατροφικών συνθηκών και του τρόπου ζωής του Ελληνικού πληθυσμού και η σχέση τους με δείκτες υγείας και χρόνια νοσήματα, χρησιμοποιώντας αντιπροσωπευτικό πανελλαδικό δείγμα. Απώτερος φυσικός σκοπός, είναι η ενημέρωση των υγειονομικών αρχών για την ιεράρχηση και λήψη μέτρων υγείας, καθώς και για την υλοποίηση προγραμμάτων παρέμβασης για την προαγωγή της δημόσιας υγείας. των υγειονομικών αναγκών, γίνεται αντιληπτή η αναγκαιότητα αλλά και η σπουδαιότητα του εν λόγω εθνικού έργου. Τα αποτελέσματα της ΠΑ.ΜΕ.Δ.Υ. θα αποτελέσουν την κύρια πηγή ιεράρχησης υγειονομικών αναγκών και προτάσεων μέτρων δημόσιας πολιτικής για την βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση των κυριότερων παραγόντων κινδύνου στον Ελληνικό πληθυσμό. Η ΠΑ.ΜΕ.Δ.Υ. είναι η πρώτη έρευνα που διεξάγεται στην Ελλάδα σε εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα όλων των ηλικιών, Δεδομένης της διαμορφωθείσας κατάστασης στην Ελλάδα σήμερα, με την ολοένα και αυξανόμενη πίεση που ασκείται στο σύστημα υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης και της γήρανσης του πληθυσμού, αποτελεί πλέον εθνικό στόχο η πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων και η προαγωγή υγιεινής διατροφής και τρόπου ζωής ως μοχλός ανάπτυξης της ελληνικής κοινωνίας. Συνεπώς, με βάση τόσο την έλλειψη συνοδικών εθνικών μελετών στην Ελλάδα όσο και την επιτακτική ανάγκη για ιεράρχηση ανεξαρτήτως φύλου, ακολουθώντας διεθνή πρότυπα. Η συλλογή των δεδομένων ανά την Ελλάδα θα γίνει με κατά πρόσωπο συνέντευξη στο σπίτι του συμμετέχοντα, και με διενέργεια μετρήσεων και λήψη δειγμάτων αίματος για τη διεξαγωγή βιοχημικών και λοιπών μετρήσεων σε κινητές μονάδες αιμοληψίας από κατάλληλα εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Μίκας Γεώργιος ΜΟ, Mhs, PhD
 Συντονιστής Ιατρός ΠΑ.ΜΕ.ΔΥ
 Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σκοπός της παρουσίας αυτής είναι να παρουσιάσει τους τρόπους με τους οποίους θα γίνει η αξιολόγηση της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού

στον στα πλαίσια της «Πανελλαδικής Μελέτης Διατροφής και Υγείας» (ΠΑ.ΜΕ.Δ.Υ.). Η αξιολόγηση θα λάβει χώρα σε δύο φάσεις. Αρχικά, κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης στην οικία του συμμετέχοντα, θα συλλεχθούν πληροφορίες για δείκτες υγείας και παράγοντες κινδύνου (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα, διαβήτης, καρκίνος, οστεοπόρωση, υπέρταση, υπερλιπιδαιμίες, νοστική λειτουργία, στρες, κατάθλιψη, έκθεση σε βαρέα μέταλλα) με τη βοήθεια ειδικών ερωτηματολογίων. Στη συνέχεια, στη δεύτερη επίσκεψη, αυτή τη φορά σε κινητή μονάδα αιμοληψίας θα πραγματοποιηθεί λήψη αίματος. Οι αναλύσεις αίματος θα περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων τη γενική αίματος, έλεγχο γλυκόζης, λιπιδίων, νεφρικής και θυρεοειδικής λειτουργίας, βιταμινών, ορμονών και βαρέων μετάλλων. Στην κινητή μονάδα θα πραγματοποιηθούν ακόμη μέτρηση αρτηριακής πίεσης, δυναμομέτρηση και σπιρομέτρηση. Η συλλογή αυτών των στοιχείων θα οδηγήσει στην αξιολόγηση του επιπολασμού κύριων χρόνιων νοσημάτων και δεικτών υγείας σε αντιπροσωπευτικό δείγμα ανδρών και γυναικών όλων των ηλικιών, παρέχοντας εκτιμήσεις όχι μόνο για το σύνορο του πληθυσμού, αλλά και ανά ηλικία και φύλο. Σε συνδυασμό με τη διατροφική αξιολόγηση και την αξιολόγηση του τρόπου ζωής και κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών, τα στοιχεία αυτά θα μας επιτρέψουν να έχουμε μία ολοκληρωμένη εικόνα της διατροφής και της σχέσης αυτής με την υγεία του σύγχρονου Έλληνα κάθε ηλικίας και φύλου.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΣΕ ΗΛΙΚΙΕΣ 20-40 ΕΤΩΝ, ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΚΥΠΡΟ: ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μιχέλη Μαίρη

Διαιτολόγος – διατροφολόγος

Ν. Καρκατζούλη, Π. Κουστουράκη, Μ. Ρεμούνδου

Η «αρνητική εικόνα σώματος» είναι μια ατομική αξιολόγηση, στην οποία περιέχονται άτομα όλων των ηλικιών, ιδιαίτερα οι γυναίκες, χωρίς να αποτελεί απαραίτητα σημείο ψυχογενούς διατροφικής διαταραχής. Στην καθημερινή διαιτολογική πρακτική, οι ειδικοί συχνά αντιμετωπίζουν τέτοια περιστατικά, τα οποία –σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα– παρουσιάζουν δυσκολία στην ταυτόχρονη ρύθμιση του σωματικού τους βάρους και της σχέσης τους με υγιείς διατροφικές επιλογές. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των διατροφικών συνθηκών και συμπεριφορών σε σχέση με τον βαθμό ικανοποίησης με την εικόνα σώματος, αλλά και των στρατηγικών διαχείρισης των προκλήσεων που τη συνοδεύουν, στις ηλικιακές ομάδες μεταξύ 20 και 40 ετών. Από τον Αύγουστο του 2013 συμπληρώθηκε, σε Ελλάδα και Κύπρο, σειρά ερωτηματολογίων ηλεκτρονικά και σε έντυπη μορφή (N=400), για τους σκοπούς της μελέτης. Συγκεκριμένα, οι διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων και η σωματική τους δραστηριότητα (Turconi, 2003), η ενσώθηση με το σώμα και το βάρος καθώς και η εκτίμηση όρεξης – κορεσμού (Καρκατζούλη, Κουστουράκη, Μιχέλη, 2013) μετρήθηκαν μέσω ερωτηματολογίων πολλαπλών επιλογών (multiple choice). Η σχέση των ατόμων με την εικόνα σώματός τους αξιολογήθηκε με τη χρήση του Body Esteem Scale (BES; Franzoi & Shields, 1984) και του Body Image Coping Strategies Inventory (BISCI; Cash, 2005). Στο σύνολο

λο των συμμετεχόντων ο αριθμός των άγαμων γυναικών, και στις δυο ηλικιακές ομάδες που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, υπερτερούσε αυτών των ανδρών -δείγμα της μεγαλύτερης ενασχόλησης του γυναικείου φύλου με την «εικόνα σώματος». Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων φαίνεται, πως υπάρχουν ενδείξεις υγιών διατροφικών συμπεριφορών στο σύνολο των απαντήσεων, εύρημα που σχετίζεται άμεσα με την κλίμακα αυτοαξιολόγησης του σώματος (BES). Ωστόσο, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η παρατήρηση, ότι ο τρόπος αντιμετώπισης των προκλήσεων και της ενασχόλησης με το βάρος δεν έδειξε ισχυρή συσχέτιση. Σχετικά με το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας, όπως και με τη διαχείριση των υποκειμενικών αντιλήψεων όρεξης – κορεσμού, φάνηκε πως δεν επηρεάζουν το σωματικό βάρος, παρά το αυξημένο επίπεδο ενασχόλησης με αυτό και με την «εικόνα σώματος».

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΣΕ ΑΘΛΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡΑΝΤΟΧΗΣ

Μούγιος Βασίλης

Καθηγητής Βιοχημείας της Άσκησης
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Τα αθλήματα υπεραντοχής (δηλαδή αθλήματα που υπερβαίνουν σε διάρκεια το μαραθώνιο) επιβάλλουν ακραίες καταπονήσεις στον ανθρώπινο οργανισμό, τόσο στη φάση της αγωνιστικής προετοιμασίας (προπόνηση) όσο και στη φάση του αγώνα αυτού καθαυτόν. Συνιστούν έτσι μια ιδιαίτερη πρόκληση για την επιστήμη της διατροφής και για όσους και όσες την υπηρετούν. Ζητούμενο είναι να προσφέρονται στους αθλητές και στις αθλήτριες υπεραντοχής, από τη μια πλευρά, διατροφική επάρκεια κατά τη διάρκεια της προπόνησης και του αγώνα και, από την άλλη, συμπληρώματα διατροφής που θα αυξάνουν την αντοχή. Η προσοχή μας πρέπει να στρέφεται πρωταρχικά στα δύο θρεπτικά συστατικά που χάνονται κατά τη διάρκεια παρατεταμένης άσκησης σε ποσότητες μεγαλύτερες από οτιδήποτε άλλο, δηλαδή στο νερό (που αποβάλλεται μαζικά μέσω του ιδρώτα) και στους υδατάνθρακες (που καταβολίζονται για την παραγωγή ενέργειας). Προαγωνιστικά, η τεχνική της υδατανθράκωσης (ή φόρτωσης υδατανθράκων) μπορεί να αυξήσει την αποθήκη μυϊκού γλυκογόνου στους άντρες (αν και στις γυναίκες η υδατανθράκωση δεν φαίνεται να είναι τόσο αποτελεσματική). Κατά τη διάρκεια του αγώνα, η λήψη ισοτονικών διαλυμάτων υδατανθράκων με όποιο ρυθμό υπαγορεύει το αίσθημα της δίψας εξασφαλίζει ταυτόχρονα άριστη ενυδάτωση και άριστη παροχή ενεργειακού υποστρώματος. Η προσθήκη μικρής ποσότητας αλατιού προστατεύει από τον κίνδυνο υπονατρημίας λόγω εφίδρωσης, ενώ μια θερμοκρασία ψυγείου επιτυγχάνει μέγιστο ρυθμό γαστρικής κένωσης και ψύξη του σώματος. Η πρόσληψη καφεΐνης, σε δόση από 1 μέχρι 6 mg/kg βάρους, μπορεί να μειώσει το αίσθημα καταπόνησης μέσω διεγερτικής δράσης στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Τέλος, δυο πιθανά εργογόνα βοηθήματα, για τα οποία όμως δεν διαθέτουμε ακόμη επαρκή ερευνητικά δεδομένα, είναι τα νιτρικά άλατα, τα οποία μειώνουν το ενεργειακό κόστος της άσκησης, και η καρνιτίνη, η οποία, παρά την πληθώρα των αρνητικών ευρημάτων των τελευταίων δεκαετιών, έρχεται πάλι στο προσκήνιο μετά την πρόσφατη ανακάλυψη μεθόδου αύξησης της περιεκτικότητας των μυών σε αυτή και την επακόλουθη αύξηση της καύσης λίπους κατά την άσκηση.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Μπαθρέλλου Ειρήνη, PhD

Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής,
Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Αναγνωρίζοντας τις πολλαπλές οδούς επιρροής των γονέων στη διαμόρφωση των διαιτητικών συνθηκών και του βάρους των παιδιών τους, οι συστάσεις για την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας τονίζουν την ανάγκη της γονικής συμμετοχής στα θεραπευτικά προγράμματα.

Η συμμετοχή του γονέα αναφέρεται ουσιαστικά στο «πώς» εμπλέκεται στην παρέμβαση (βαθμός ευθύνης για αλλαγές, παρακολούθηση συνεδριών) και στο «τι» καλείται να κάνει (στοχευμένες δεξιότητες και συμπεριφορές). Μέχρι σήμερα έχουν εφαρμοστεί διάφοροι τρόποι συμμετοχής του γονέα και τα δεδομένα δεν καταδεικνύουν κάποιον ως βέλτιστο. Παρόλα αυτά, αποτελέσματα μετα-αναλύσεων και ανασκοπήσεων σχετικών μελετών υποδεικνύουν ότι η εμπλοκή των γονέων σχετίζεται με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Αν και δεν είναι πολλές οι μελέτες που συγκρίνουν άμεσα το διαφορετικό βαθμό εμπλοκής του γονέα, φαίνεται ότι προγράμματα με μεγαλύτερης «έντασης» εμπλοκή είναι πιο πιθανό να είναι επιτυχή σε βραχυχρόνιο και μακροχρόνιο επίπεδο. Όμως, παραμένει ασαφές ποιες πτυχές της γονικής συμμετοχής είναι πιο αποτελεσματικές.

Η ομιλία θα ανασκοπήσει το ρόλο των γονέων στις συμπεριφορικές παρεμβάσεις για τη θεραπεία της παιδικής παχυσαρκίας ως προς τους διάφορους τρόπους και το βαθμό εμπλοκής των γονέων, τη συγκριτική αποτελεσματικότητα αυτών των προσεγγίσεων, τις σχετικές συστάσεις, τις επιθυμητές γονικές δεξιότητες, καθώς και τα τρέχοντα ερευνητικά κενά.

Ενδεικτική βιβλιογραφία:

1. Faith et al. Circulation 2012
2. van der Kruk et al. Obes Rev 2013
3. Shrewsbury et al. Obes Rev 2011

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΑΡΚΟΥΣ ΠΡΩΤΕΪΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗΣ

Μπαρμπαρούση Ειρήνη, PhD

Διαιτολόγος-Διατροφολόγος
Υπεύθυνη Διαιτολογικού γραφείου “Θερμίδα”
Επιστημονικός Συνεργάτης Διαιτητικού Super Leas

Η οστεοπόρωση είναι η κατάσταση όπου τα οστά γίνονται πιο εύθραυστα και υπάρχει αυξημένος κίνδυνος κατάγματος. Αφορά το 50% των γυναικών άνω των 45 ετών και το 90% αυτών που είναι άνω των 75 ετών. Θεωρείται μια «σιωπηλή» νόσος εφόσον οι ασθενείς με οστεοπόρωση δεν εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα

μέχρι να εμφανιστεί κάποιο κάταγμα. Η έναρξη της οστικής απώλειας που τελικά θα οδηγήσει στην οστεοπόρωση και τα οστεοπορωτικά άτομα αρχίζει και στα δύο φύλλα μετά το 40ο έτος της ηλικίας, όμως στις γυναίκες επιδεινώνεται απότομα μετά την διακοπή παραγωγής οιστρογόνων από τις ωοθήκες, δηλαδή με την εμφάνιση της εμμηνόπαυσης που παρουσιάζεται συνήθως στο 50ο έτος της ηλικίας. Η ταχεία οστική απώλεια της οστικής μάζας στις γυναίκες διαρκεί 5-10 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση, δεν αποκλείεται όμως να υπάρχει και ταχεία απώλεια οστού και αργότερα. Επομένως η κρίσιμη ηλικία για την πρόληψη του νοσήματος είναι η άμεση μετά την εμμηνόπαυση περίοδος των 10 ετών, δηλαδή μέχρι το 60ο έτος.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το ασβέστιο και η βιταμίνη D είναι θρεπτικά συστατικά ζωτικής σημασίας για την αύξηση και την διατήρηση της οστικής μάζας. Σε αντίθεση με το ασβέστιο και την βιταμίνη D, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για το πώς άλλα θρεπτικά συστατικά, όπως είναι οι πρωτεΐνες, επηρεάζουν την υγεία των οστών. Μια μακροχρόνια υπόθεση ότι η διατροφή υψηλή σε πρωτεΐνη ήταν επιζήμια για τα οστά, είναι αναπόδεικτη. Ωστόσο, πρόσφατες δοκιμές διατροφικής παρέμβασης και επιδημιολογικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι η υπερέκκριση ασβεστίου στα ούρα που προκαλείται από διατροφή υψηλή σε πρωτεΐνη αποδίδεται, ως επί το πλείστον, στην αυξημένη εντερική απορρόφηση του ασβεστίου, αφήνοντας αβέβαιο την επίδραση που έχει η συγκεκριμένη διατροφή στο σκελετό. Αντίθετα, διατροφή χαμηλή σε πρωτεΐνη μειώνει την εντερική απορρόφηση ασβεστίου και στην πλειονότητα των πρόσφατων επιδημιολογικών μελετών συνδέεται με μειωμένη οστική μάζα. Ως εκ τούτου, χρειάζονται επιπλέον μελέτες για να καθοριστεί εάν η χαμηλή πρόσληψη πρωτεϊνών επηρεάζει άμεσα το ποσοστό οστικής απορρόφησης, σχηματισμού των οστών ή και τα δύο.

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 65 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

Μπελογιάννη Κατερίνα MSc,

Κλινική Διαιτολόγος-Διατροφολόγος,
Εξειδίκευση σε Διατροφή & Δημόσια Υγεία,
Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής Prolepsis

Ο Ειδικός Διατροφικός Οδηγός για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αφορά τα, κατά τεκμήριο, υγιή άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Στον Οδηγό παρουσιάζονται οι συστάσεις για κάθε ομάδα τροφίμων ξεχωριστά (λαχανικά, φρούτα, δημητριακά, γαλακτοκομικά προϊόντα, όσπρια, κόκκινο & λευκό κρέας, αυγά, ψάρια, προστιθέμενα λίπη-έλαια, ελιές και ξηροί καρποί), καθώς και συστάσεις αναφορικά με την πρόσληψη αλατιού, ζάχαρης, υγρών (με έμφαση στην πρόσληψη του νερού) και οινοπνευματωδών ποτών. Τονίζεται η ανάγκη να ακολουθούνται οι συστάσεις αυτές στο σύνολό τους και όχι μεμονωμένα, ώστε να διασφαλίζονται τα μέγιστα οφέλη για την υγεία. Κάθε ομάδα τροφίμων περιλαμβάνει: σύντομη εισαγωγή, σύσταση αναφορικά με την προτεινόμενη

ποσότητα (μερίδες σε γραμμάρια ή/και φλιτζάνια) και συχνότητα (ημερήσια/εβδομαδιαία) κατανάλωσης, χρήσιμες συμβουλές (που περιλαμβάνουν προτάσεις και ιδέες για την ευκολότερη και αποτελεσματικότερη ένταξη των συστάσεων στην καθημερινότητα του αναγνώστη), ενότητα «Γνωρίζετε ότι», όπου περιλαμβάνονται περισσότερες πληροφορίες και επιπλέον γνώσεις για την κάθε ομάδα τροφίμων. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην εκπόνηση τακτικής φυσικής δραστηριότητας, ενώ επιπλέον συστήνονται ασκήσεις που βοηθούν στη διατήρηση της μυϊκής μάζας και τη βελτίωση της ισορροπίας. Στον Οδηγό γίνεται, επίσης, αναφορά στις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα (αύξηση βάρους, αλλαγές στη σύσταση σώματος) με την πάροδο της ηλικίας και συστήνεται η διατήρηση ενός φυσιολογικού σωματικού βάρους μέσω της φυσικής δραστηριότητας και της ισορροπημένης διατροφής. Παρουσιάζονται ακόμα οι αλλαγές που παρατηρούνται σε διάφορα όργανα και συστήματα του οργανισμού με την πάροδο του χρόνου αλλά και άλλοι παράγοντες (π.χ. οδοντική υγεία, χρόνια λήψη φαρμάκων) που ενδέχεται να επηρεάσουν την πρόσληψη τροφής και δίνονται χρήσιμες συμβουλές για την αντιμετώπισή τους. Περιλαμβάνεται, επίσης κεφάλαιο διατροφικών συστάσεων που απευθύνεται σε ευπαθείς ηλικιωμένους ή σε άτομα που τους φροντίζουν. Ο Οδηγός ολοκληρώνεται με τα κεφάλαια για την ασφάλεια τροφίμων και γενικές συμβουλές οικονομίας.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΟΔΗΓΩΝ

Μπενέτου Βασιλική MSc,

Επίκουρη Καθηγήτρια Υγιεινής και Επιδημιολογίας
στο Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας
& Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ

Οι διατροφικές οδηγίες που αναπτύχθηκαν από το πρόγραμμα «Ευ Δια...τροφή» (ποιοτικές και ποσοτικές), βασίστηκαν στη μεθοδολογία σύνταξης διατροφικών οδηγιών σε επίπεδο τροφίμων (food-based dietary guidelines), όπως αυτή προτείνεται από αναγνωρισμένους Διεθνείς Οργανισμούς Υγείας, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και ο Οργανισμός Τροφίμων και Γεωργίας των Ηνωμένων Εθνών και άλλους σχετικούς επίσημους φορείς, όπως η Ευρωπαϊκή Αρχή Ασφάλειας Τροφίμων. Συγκεκριμένα, οι διατροφικές οδηγίες βασίστηκαν στη μελέτη, αξιολόγηση και συνεκτίμηση των παρακάτω σημαντικών παραμέτρων: α) τις διατροφικές συνήθειες του ελληνικού πληθυσμού στην παρούσα χρονική περίοδο και τις διαχρονικές μεταβολές των συνθηκών αυτών, β) τα υπάρχοντα επιστημονικά δεδομένα για τη σχέση της διατροφής με την υγεία και τη σύγχρονη νοσολογία, γ) τα νοσήματα που σχετίζονται με τη διατροφή και τη σημασία τους για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα, δ) την εξασφάλιση της συνιστώμενης ημερήσιας πρόσληψης σε επίπεδο μακρο- και μικρο- θρεπτικών συστατικών του, κατά τεκμήριο, υγιή πληθυσμού, ε) τη διασφάλιση της υιοθέτησης του συνολικού διατροφικού προτύπου της παραδοσιακής ελληνικής διατροφής, στ) τις προϋπάρχουσες

διατροφικές οδηγίες για τον ελληνικό ενήλικο πληθυσμό, ζ) τις διατροφικές οδηγίες αναγνωρισμένων Διεθνών Οργανισμών Υγείας και τις πλέον πρόσφατες διατροφικές οδηγίες Ευρωπαϊκών και άλλων χωρών με παράδοση στη διατροφική πολιτική και ι) την ανάγκη οι διατροφικές οδηγίες να συμβαδίζουν με την προστασία και διατήρηση του περιβάλλοντος. Συνεκτιμήθηκαν επίσης η διαθεσιμότητα των τροφίμων, το κόστος και η ανάγκη ενίσχυσης της τοπικής παραγωγής. Επιπρόσθετα, με στόχο την αξιολόγηση της υπάρχουσας επιστημονικής γνώσης και την αξιοποίησή της για την επιστημονική τεκμηρίωση και διαμόρφωση των τελικών διατροφικών συστάσεων σε επίπεδο τροφίμων, πραγματοποιήθηκε διαβάθμιση του επιπέδου της επιστημονικής τεκμηρίωσης (grading the evidence) για συγκεκριμένες ερευνητικές υποθέσεις.

ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ

Μπενέτου Βασιλική MSc,

Επίκουρη Καθηγήτρια Υγιεινής και Επιδημιολογίας
στο Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας
& Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ

Οι διατροφικές οδηγίες σε επίπεδο τροφίμων στοχεύουν στην ενημέρωση και εκπαίδευση του πληθυσμού. Με το σκεπτικό αυτό διαμορφώθηκε και το περιεχόμενο των διατροφικών οδηγιών. Ο Γενικός Διατροφικός Οδηγός απευθύνεται στον, κατά τεκμήριο, υγιή ενήλικο πληθυσμό και περιλαμβάνει τις διατροφικές συστάσεις σε επίπεδο τροφίμων. Οι βασικές ομάδες τροφίμων που αναπτύσσονται είναι τα λαχανικά, τα φρούτα, τα δημητριακά και τα προϊόντα τους, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, τα όσπρια, το κόκκινο κρέας, το λευκό κρέας και τα αυγά, τα ψάρια και τα θαλασσινά, τα προστιθέμενα λίπη-έλαια, οι ελιές και οι ξηροί καρποί, καθώς και συστάσεις αναφορικά με την πρόσληψη αλατιού, ζάχαρης, υγρών (με έμφαση στην πρόσληψη του νερού) και οινοπνευματωδών ποτών. Στον Οδηγό τονίζεται η ανάγκη να ακολουθούνται οι συστάσεις αυτές στο σύνολό τους και όχι μεμονωμένα, ώστε να διασφαλίζονται τα μέγιστα οφέλη για την υγεία. Η δομή κάθε κεφαλαίου περιλαμβάνει μία σύντομη εισαγωγή για την ομάδα τροφίμων, αναφορά της ποσότητας, σε αριθμό μερίδων, που συστήνεται να καταναλώνεται σε ένα ορισμένο χρονικό διάστημα, καθορισμός της μερίδας σε γραμμάρια ή/και άλλες συνήθεις μαγειρικές μονάδες μέτρησης, αναφορά της συχνότητας κατανάλωσης των τροφίμων της ομάδας, χρήσιμες συμβουλές (που περιλαμβάνουν προτάσεις και ιδέες για την ευκολότερη και αποτελεσματικότερη ένταξη των συστάσεων στην καθημερινότητα του ατόμου), ενότητα «Γνωρίζετε ότι» (όπου περιλαμβάνονται περισσότερες πληροφορίες και επιπλέον γνώσεις για την κάθε ομάδα τροφίμων). Οι προτεινόμενες ποσοτικές συστάσεις του Γενικού Διατροφικού Οδηγού έχουν υπολογιστεί με βάση έναν μέσο υγιή ενήλικα με μέτριο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας. Βασικό κεφάλαιο του Οδηγού αποτελεί το κεφάλαιο με τις συστάσεις για τη φυσική δραστηριότητα ενώ περιλαμβάνονται ακόμα κεφάλαια αναφορικά με τη θρε-

πτικά συστατικά (πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπος, βιταμίνες, μέταλλα) των τροφίμων, την ασφάλεια τροφίμων, τους τρόπους μαγειρέματος και διατήρησης των θρεπτικών συστατικών, χρήσιμες συμβουλές οικονομίας, καθώς και ειδικό κεφάλαιο με γλωσσικούς όρους (γλωσσάρι).

‘ΥΔΡΙΑ’ - ΕΘΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Νάσκα Ανδρονίκη

Εκ μέρους της ομάδας της μελέτης ΥΔΡΙΑ
Επίκουρη Καθηγήτρια Υγιεινής και Επιδημιολογίας
Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Συνεργάτης Ελληνικού Ιδρύματος Υγείας

Το Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας (Ε.Ι.Υ.), σε συνεργασία με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων του Υπουργείου Υγείας, πραγματοποιεί την εθνική μελέτη υγείας και διατροφής «ΥΔΡΙΑ», η οποία αποτελεί την πρώτη προσπάθεια καταγραφής δεικτών υγείας και επιλογών διατροφής και διαβίωσης σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού της χώρας. Η συλλογή των δεδομένων περιλαμβάνει τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων, τη μέτρηση σωματομετρικών χαρακτηριστικών και της αρτηριακής πίεσης και τη λήψη δείγματος αίματος μέσω προτυποποιημένων διαδικασιών οι οποίες αναπτύχθηκαν και αξιολογήθηκαν στην προκαταρκτική φάση της μελέτης. Η προκαταρκτική φάση εκπονήθηκε στο πλαίσιο δύο Ευρωπαϊκών ερευνητικών προγραμμάτων: (α) το “European Health Examination Survey – Pilot Joint Action” της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας και Προστασίας Καταναλωτών της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και (β) το “Pilot study in view of a Pan-European dietary survey - adolescents, adults and elderly” της Ευρωπαϊκής Αρχής Ασφάλειας Τροφίμων. Στη μελέτη «ΥΔΡΙΑ», η συλλογή διατροφικών δεδομένων περιλαμβάνει τη συμπλήρωση με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης:

- δύο μνημονικών ανακλήσεων διατροφικής πρόσληψης 24ώρου ανά συμμετέχοντα. Για την καταγραφή των προσλήψεων χρησιμοποιείται το HHF Nutrition Tool, πρόγραμμα Η/Υ το οποίο επιτρέπει την ανοικτή (open-ended) και λεπτομερή καταγραφή όλων των τροφίμων και ποτών τα οποία το άτομο κατανάλωσε το προηγούμενο 24ώρο, όπως και τη λήψη συμπληρωμάτων διατροφής. Η ποσοτικοποίηση της κατανάλωθισης ποσότητας επιτυγχάνεται με τη βοήθεια οικιακών μονάδων μέτρησης, φυσικών μεγεθών και άτλαντα 190 φωτογραφιών τροφίμων και Ελληνικών συνταγών οι οποίες είναι ενσωματωμένες στο πρόγραμμα και έχουν προηγουμένως αξιολογηθεί για την εγκυρότητά τους στον Ελληνικό πληθυσμό. Το πρόγραμμα HHF Nutrition Tool αναπτύχθηκε στο Ε.Ι.Υ, το οποίο κατέχει τα πλήρη δικαιώματα χρήσης, ανανέωσης και διάθεσής του.
- ενός μη-ποσοτικού ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλω-

σης τροφίμων (food propensity questionnaire) και

- ενός ερωτηματολογίου καταγραφής συνηθειών και τάσεων κατά την εκτός σπιτιού σίτιση.

1 Το πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και εθνικούς πόρους.

ΣΧΕΔΙΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ ΤΗΣ ΠΑΜΕΔΥ

Νικολαΐδης Ιωάννης

Προϊστάμενος του Τμήματος Μεθοδολογίας Ανάλυσης και Μελετών της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ)

Η Πανελλαδική Μελέτη Διατροφής και Υγείας (ΠΑΜΕΔΥ) είναι μία συγχρονική μελέτη (ή αλλιώς μελέτη επιπολασμού), η οποία έχει ως σκοπό να παρέχει εκτιμήσεις σε κύριους δείκτες υγείας, παράγοντες κινδύνου, και διατροφικές συνήθειες του Ελληνικού πληθυσμού ηλικίας άνω των 6 μηνών σε σύνολο Χώρας, κατά φύλο και ομάδες ηλικιών, καθώς και κατά γεωγραφικά διαμερίσματα (αστικές περιοχές της Αθήνας και Θεσσαλονίκης, υπόλοιπη ηπειρωτική χώρα, νησιά). Η έρευνα είναι δειγματοληπτική και κατά το σχεδιασμό της εφαρμόζεται η πολυσταδιακή στρωματοποιημένη δειγματοληψία, με πρωτογενή μονάδα έρευνας την επιφάνεια (ένα ή περισσότερα οικοδομικά τετράγωνα ή ένας μικρός οικισμός), δευτερογενή μονάδα το νοικοκυριό και τελική μονάδα το άτομο ηλικίας άνω των 6 μηνών. Για την επιλογή των πρωτογενών μονάδων έρευνας, σε κάθε Γεωγραφική Περιφέρεια, οι μονάδες επιφάνειας κατανέμονται σε 3 στρώματα με βάση την αστικότητα των Δημοτικών / Τοπικών Κοινοτήτων, όπου αυτές ανήκουν. Οι επιφάνειες της πρώην Περιφέρειας Πρωτευούσης και του πρώην Πολεοδομικού Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης κατανέμονται σε 31 και 9 ομοιογενή στρώματα, αντίστοιχα, βάσει των κοινωνικών και οικονομικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού των Δήμων, όπου ανήκουν οι επιφάνειες. Από τη στρωμάτωση των πρωτογενών μονάδων προκύπτουν 82 ομοιογενή, ως προς τα χαρακτηριστικά της έρευνας στρώματα. Σε κάθε ομοιογενές στρώμα, επιλέγεται δείγμα μονάδων επιφάνειας με πιθανότητα ανάλογη του μεγέθους τους (αριθμός νοικοκυριών), από πλαίσιο δειγματοληψίας που καταρτίστηκε από τα στοιχεία της Γενικής Απογραφής Πληθυσμού έτους 2011. Το σύνολο των μονάδων επιφάνειας του δείγματος ανέρχεται στις 466. Στις μονάδες επιφάνειας του δείγματος επιλέγεται δείγμα νοικοκυριών με ίσες πιθανότητες από ενημερωμένο κατάλογο-πίλαϊσιο και με την εφαρμογή της συστηματικής δειγματοληψίας. Τέλος, σε κάθε νοικοκυριό του δείγματος επιλέγονται 1 - 3 άτομα, ανάλογα του μεγέθους του νοικοκυριού. Η έρευνα θα διενεργηθεί σε δείγμα περίπου 7.800 νοικοκυριών και 8.200 ατόμων (κλάσμα δειγματοληψίας 0,76%). Κατά το σχεδιασμό της έρευνας πραγματοποιήθηκε προβολή του πληθυσμού κατά φύλο και ομάδες ηλικιών, στο έτος 2013, ούτως ώστε να διασφαλιστούν εκτιμήσεις υψηλής ακρίβειας, σε σύνολο Χώρας, κατά γεωγραφικά διαμερίσματα, καθώς και κατά φύλο και ομάδες ηλικιών.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ-ΕΡΓΟΓΟΝΑ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ

Νικολάου Ελένη, MSc

Διαιτολόγος-Διατροφολόγος
Master στη Διατροφή και Άσκηση

Οι αθλητές επιλέγουν τα συμπληρώματα για τα εξής οφέλη: προσαρμογές στην προπόνηση, αύξηση του ενεργειακού εφοδιασμού, πιο γρήγορη αποκατάσταση μεταξύ των προπονήσεων, διατήρηση καλής υγείας και μειωμένη πιθανότητα διακοπής της προπόνησης λόγω χρόνιας κόπωσης, αρρώστιας ή τραυματισμών, ενίσχυση της απόδοσης. Τα εργογόνα ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες: 1. εκείνα που παρέχουν ό,τι ισχυρίζονται (κρεατίνη, καφεΐνη, αθλητικά ποτά, τζελς, μπάρες, διττανθρακικό νάτριο, συμπληρώματα πρωτεΐνης, αμινοξέων), 2. εκείνα που παρέχουν ό,τι ισχυρίζονται, αλλά δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την αποτελεσματικότητά τους (γλυουταμίνη, β-υδροξυμεθυλβουτυρικό, πρωτόγαλα, ριβόζη), 3. εκείνα που δεν παρέχουν ό,τι ισχυρίζονται (αμινοξέα, γύρη, αμινοξέα διακλαδισμένης αλυσού, καρνιτίνη, πικολινικό χρώμιο, cordyceps, συνένζυμο Q10, συζευγμένο λινολεϊκό οξύ, κυτόχρωμα C, διϋδροξυακετόνη, γ-ορυζανόλη, τζίνσενγκ, ινοσίνη, τριγλυκερίδια μεσαίας αλυσού, πυροσταφυλικό, οξυγονωμένο νερό, βανάδιο) και 4. εκείνα που είναι επικίνδυνα, απαγορευμένα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό κατά του Ντόπινγκ ή παράνομα (αναβολικά, ανδρογόνα στεροειδή, τριβόλη, εφέδρα, στρυχνίνη, αυξητική ορμόνη).

Η κρεατίνη, η καφεΐνη και το διττανθρακικό νάτριο έχει αποδειχθεί ότι βοηθούν στην αθλητική απόδοση. Επίσης, τα αθλητικά ποτά, τα τζελς, οι μπάρες, τα υποκατάστατα γεύματος, τα συμπληρώματα πρωτεΐνης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κάλυψη ενέργειας και θρεπτικών συστατικών πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την προπόνηση όταν η διατροφή είναι ανεπαρκής ή μη πρακτική. Ενώ, τα αναβολικά στεροειδή μπορεί να επιφέρουν δυσμενείς επιπτώσεις, κάποιες σοβαρές και μη αναστρέψιμες.

Οι αθλητικοί διατροφολόγοι αξιολογούν τα εργογόνα μέσω της εγκυρότητας των ισχυρισμών σχετικά με την επιστήμη της διατροφής και της άσκησης, της ποιότητας της έρευνας (διπλά τυφλές, placebo ελεγχόμενες έρευνες έναντι μαρτυριών) και τις συνέπειες στην υγεία και τις νομικές. Επιπλέον, πρέπει να έχουν "ανοιχτό" μυαλό όταν κουράρουν ελίτ αθλητές ώστε να τους συμβουλεύουν αποτελεσματικά για τα εργογόνα και αν υπάρχει κάποια αμφιβολία δεν πρέπει να τα χρησιμοποιούν. Οι αθλητές είναι οι ίδιοι υπεύθυνοι για ό,τι τρώνε ή πίνουν και η άγνοια δεν αποτελεί δικαιολογία για ένα θετικό αποτέλεσμα στον έλεγχο ντόπινγκ.

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ ΤΕΛΙΚΑ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ;

Νομικός Τζώρτζης

Επίκουρος Καθηγητής Βιοχημείας
Τμήμα Επιστήμης Διατροφολογίας - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Τα αποτελέσματα των πρώτων μεγάλων επιδημιολογικών μελετών στο χώρο της διατροφής τις δύο τελευταίες δεκαετίες

του 20ου αιώνα, οι οποίες έδειχναν ότι η έλλειψη βιταμινών και άλλων μικροθρεπτικών συστατικών αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, εδραίωσαν την πεποίθηση ότι η συστηματική και υψηλή κατανάλωσή τους, μέσω συμπληρωμάτων, μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Αυτό οδήγησε τη βιομηχανία συμπληρωμάτων διατροφής στην ανάπτυξη πλήθους σκευασμάτων που συνδυασμό με το ελκυστικό marketing οδήγησε στη δραματική αύξηση της κατανάλωσής τους.

Τα κύρια συστατικά των σκευασμάτων με ενδείξεις έναντι καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου είναι υδατοδιαλυτές και λιποδιαλυτές βιταμίνες (βιταμίνες Α, C, D, E, συνένζυμο Q), αμινοξέα, ιχνοστοιχεία (ψευδάργυρος, σελήνιο), διάφοροι συνδυασμοί λιπαρών οξέων (κυρίως ωμέγα-3 λιπαρά οξέα) καθώς και μικροθρεπτικά/φυτοχημικά συστατικά με αντιοξειδωτική δράση (πολυφαινολικές ενώσεις κ.α.). Ωστόσο, ενώ οι μελέτες σε κύτταρα και πειραματόζωα έχουν δείξει σημαντικές ευεργετικές δράσεις για τα επιμέρους συστατικά των συμπληρωμάτων σε πλήθος παθοφυσιολογικών μηχανισμών που εμπλέκονται στην ανάπτυξη των καρδιαγγειακών παθήσεων, οι τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες στους ανθρώπους εμφανίζουν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Παρόλ'αυτά, οι τελευταίες μετα-αναλύσεις δείχνουν ότι η συστηματική χρήση συμπληρωμάτων διατροφής δεν μειώνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο ενώ η υπερβολική κατανάλωσή τους, που οδηγεί σε προσλήψεις μικροθρεπτικών συστατικών πολύ μεγαλύτερες από τις συνιστώμενες ημερήσιες προσλήψεις, μπορεί να έχει σημαντικές παρενέργειες. Ωστόσο, η χρησιμοποίηση συμπληρωμάτων διατροφής δεν πρέπει να αποκλειστεί τελείως αρκεί να έχει γίνει προηγουμένως η σωστή διάγνωση διατροφικών ελλείψεων και να έχει καθοριστεί η σωστή δοσολογία από ειδικούς επιστήμονες.

Συμπερασματικά, ο ανθρώπινος οργανισμός έχει εξελιχτεί προσαρμόζοντας τις βασικές του λειτουργίες του στηριζόμενος στα απαραίτητα μικροθρεπτικά συστατικά που προσελάμβανε από τη τροφή και στις ποσότητες που αυτή περιείχε. Η αλόγιστη, συνεχής, μη ελεγχόμενη πρόσληψη αυτών των συστατικών ή και άλλων φυτοχημικών που περιέχονται στα συμπληρώματα μπορεί να διαταράξει την ομοιοστασία του ανθρώπινου οργανισμού και να έχει τα αντίθετα από τα προσδοκώμενα αποτελέσματα όσον αφορά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.

‘ΥΔΡΙΑ’ – ΕΘΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Ορφανός Φίλιππος PhD

Εκ μέρους της ομάδας της μελέτης ΥΔΡΙΑ

Στατιστικός, Τμήμα Υγιεινής Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας, Αθήνα, Ελλάδα

Το Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας (Ε.Ι.Υ.), σε συνεργασία με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων του Υπουργείου Υγείας, πραγ-

ματοποιεί τη μελέτη “ΥΔΡΙΑ”, την πρώτη εθνική μελέτη για την υγεία και τη διατροφή στην Ελλάδα, σύμφωνα με προδιαγραφές που υπογορεύονται από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Συντονισμού Μελετών Υγείας. Η μελέτη ΥΔΡΙΑ αποτελεί την πρώτη προσπάθεια αποτύπωσης της κατάστασης υγείας, των διατροφικών επιλογών και των συνηθειών διαβίωσης του πληθυσμού μέσω της συλλογής δεδομένων από αντιπροσωπευτικό δείγμα τουλάχιστον 4000 ατόμων. Ο πληθυσμός-στόχος αποτελείται από άνδρες και γυναίκες ηλικίας 18 ετών και άνω, μόνιμους κατοίκους της χώρας βάσει της πλέον πρόσφατης απογραφής η οποία έλαβε χώρα το 2011. Για την επιλογή του δείγματος, εφαρμόστηκαν δύο κριτήρια στρωμάτωσης: α) η γεωγραφική διαίρεση της χώρας σε 13 περιφέρειες και β) ο διαχωρισμός των δημοτικών/τοπικών κοινοτήτων σε κάθε περιφέρεια ανάλογα με το βαθμό αστικότητας. Για την επιλογή του δείγματος των συμμετεχόντων εφαρμόστηκε μέθοδος δι-σταδιακής στρωματοποιημένης δειγματοληψίας, με την επιλογή αρχικά περιοχών (ενοποιημένων οικοδομικών τετραγώνων) από κάθε στρώμα και εν συνεχεία ατόμων εντός των επιλεγμένων περιοχών. Βάσει της Ευρωπαϊκής στατιστικής νομοθεσίας, η επιλογή των ατόμων πραγματοποιείται μέσω τυχαίας προσέγγισης νοικοκυριών με τη χρήση τηλεφωνικών αριθμών οι οποίοι προκύπτουν από γεννήτρια τυχαίων αριθμών (random-number generator). Η κατανομή των συμμετεχόντων σε 14 ομάδες ηλικίας-φύλου θα αντικατοπτρίζει την πραγματική κατανομή του μόνιμου πληθυσμού της Ελλάδας όπως προέκυψε από την πρόσφατη απογραφή. Όλα τα δεδομένα προστατεύονται βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας και της έγκρισης που έχει λάβει το Ε.Ι.Υ από την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα για την ίδρυση και λειτουργία αρχείου με ευαίσθητα προσωπικά στοιχεία σύμφωνα με το Ν.2472 /1997. Τα δεδομένα των συμμετεχόντων συλλέγονται, αποθηκεύονται και αναλύονται υπό κωδικοποιημένη μορφή, ώστε να διαφυλάσσεται πλήρως το απόρρητο των πληροφοριών.

1 Το πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και εθνικούς πόρους.

ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Παναγιωτάκος Δημοσθένης Β.

Αναπληρωτής Καθηγητής Βιοστατιστικής – Επιδημιολογίας της Διατροφής & Πρόεδρος Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την κυριότερη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στον ανεπτυγμένο κόσμο. Η διαχρονική τάση, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στον υπόλοιπο ανεπτυγμένο κόσμο, δείχνει ότι αν και υπάρχει πτώση της θνησιμότητας, παρατηρείται αύξηση της νοσηρότητας, δηλ., των νέων καρδιακών επεισοδίων, γεγονός που αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Όπως φαίνεται, τόσο ο επιπολασμός, όσο και η ετήσια επίπτωση και η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με στεφανιαία νόσο στην Ελλάδα είναι σχετικά άγνωστη στις μέρες μας. Επιπρόσθετα,

κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, στην Ελλάδα, έχει σημειωθεί αξιοσημείωτη αλλαγή και άνοση κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη, αλλά και εξέλιξη λόγω της πρόσφατης κρίσης. Τα τελευταία χρόνια αρκετές επιδημιολογικές μελέτες και παρεμβατικές κλινικές δοκιμές έχουν αναδείξει τον προστατευτικό ρόλο της μεσογειακού τύπου δίαιτας στην πρόληψη εμφάνισης καρδιαγγειακού επεισοδίου σε ασθενείς που ήδη έχουν υποστεί ένα επεισόδιο. με τον τρόπο αυτό αναδεικνύεται για μια ακόμα φορά ο ιδιαίτερος ρόλος της παραδοσιακής μας διατροφής στην υγεία, αλλά και στη νόσο.

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Παπαδημητρίου Ελένη MD, PhD

Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής, Prolepsis

Καστορίνη Χριστίνα-Μαρία MSc, PhD

Κλινική Διαιτολόγος-Διατροφολόγος

Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής, Prolepsis

Ο Ειδικός Διατροφικός Οδηγός για τα Παιδιά και τους Εφήβους περιλαμβάνει τις διατροφικές συστάσεις για παιδιά από τη γέννηση μέχρι την ηλικία των 18 ετών. Στον Οδηγό τονίζεται η σημασία της διατροφής στη βρεφική, παιδική και εφηβική ηλικία. Τα επιμέρους κεφάλαια του Οδηγού αφορούν συστάσεις για το 1ο εξάμηνο της ζωής με έμφαση στη σημασία του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, συστάσεις για την ένταξη των στερεών τροφών στη διατροφή του παιδιού μετά τον 6ο μήνα, καθώς επίσης και διατροφικές συστάσεις ανά ηλικιακή ομάδα από την ηλικία των 2 ετών έως την ενηλικίωση. Στον Οδηγό, εκτός από τις συστάσεις σε επίπεδο ομάδων τροφίμων, τονίζεται η σημασία της εδραίωσης υγιεινών διατροφικών συνηθειών από την παιδική ηλικία, παρουσιάζεται η σημασία της κατανάλωσης πρωινού και του αριθμού γευμάτων, ο ρόλος της οικογένειας, του σχολείου και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος για τη διαμόρφωση των διατροφικών επιλογών των παιδιών, ενώ παρατίθενται πρακτικές συμβουλές αναφορικά με τον τρόπο προσέγγισης των παιδιών για την προώθηση των υγιεινών διατροφικών συνηθειών. Στον Οδηγό τονίζεται, τέλος, η σημασία της φυσικής δραστηριότητας και δίνονται σχετικές συστάσεις.

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΛΥΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Παπαδοπούλου Μαριάννα

Ερευνήτρια

Επιστημονικός Συνεργάτης/ Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων ΙΝΕ ΓΣΕΕ

Η φτώχεια είναι ένα ιστορικά και κοινωνικά καθορισμένο ζήτημα που συνδέεται με την αποστέρηση και τον επακόλουθο κοινωνικό

αποκλεισμό. Η έρευνα προσανατολίζεται στην κατασκευή συνθετικού δείκτη υλικής αποστέρησης και φτώχειας, ανάλογα με το μέγεθος και τη σύνθεση του νοικοκυριού, λαμβάνοντας υπόψη τη γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού και την ιδιαιτερότητα που αυτή παρουσιάζει στην Ελλάδα. Οι δείκτες απαρτίζονται από υποδείκτες που αφορούν στην κάθε κατηγορία ανάγκης. Οι υποδείκτες αυτοί προσδιορίζονται τόσο σε αξίες χρήσης, όσο και σε χρηματικούς όρους επιτρέποντας έτσι την αναθεώρησή τους ποιοτικά, καθώς και την ανατιμολόγησή τους σε τακτά διαστήματα. Η διατροφή είναι μία αδήριτη και αδιαπραγμάτευτη καθημερινή ανάγκη που πρέπει όμως να ικανοποιείται μέσω της αγοράς, επιβαρύνοντας τον προϋπολογισμό του νοικοκυριού. Αποτελεί δε ξεχωριστή κατηγορία στον συνολικό δείκτη φτώχειας. Ο προσδιορισμός των αξιών χρήσης για τη σύνθεση του καθαίου της διατροφής, βασίστηκε στο μεσογειακό διατροφικό πρότυπο. Λαμβάνοντας υπόψη τις ελληνικές συνήθειες, προχωρήσαμε στη σύνθεση ενός ενδεικτικού εβδομαδιαίου διαιτολογίου επιλέγοντας ανά κατηγορία τις πιο οικονομικές τροφές οι οποίες, παράλληλα, είναι και αντιπροσωπευτικές των συνηθειών του ελληνικού πληθυσμού αλλά και της διαθεσιμότητάς τους στην Ελλάδα. Σε μία συγκυρία όπου η ανεργία καλπάζει και οι απολαβές των εργαζομένων περιορίζονται σημαντικά, τα νοικοκυριά δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στην καθημερινή κάλυψη της ανάγκης για διατροφή, γεγονός το οποίο οδηγεί και σε αλλαγές στις σχετικές με τη διατροφή αγοραστικές τους συνήθειες. Προκύπτει, ότι σε συνθήκες οικονομικής στενότητας, κριτήριο με το οποίο αγοράζουν και καταναλώνουν τρόφιμα τα νοικοκυριά δεν είναι η ισορροπημένη διατροφή, αλλά το τελικό κόστος. Λαμβάνοντας υπόψη τα συγκριτικά αποτελέσματα της μελέτης για τα έτη 2010-2013, τόσο για το δείκτη της διατροφής, όσο και για το συνολικό δείκτη, προκύπτει πως το αναγκαίο εισόδημα για την κάλυψη βασικών αναγκών (κατώφλι φτώχειας) ανέβηκε την ώρα που τα εισοδήματα μειώθηκαν. Τεκμηριώνεται ως εκ τούτου εκτεταμένη υλική αποστέρηση, και στη κατηγορία της διατροφής, η οποία αποτελεί βάση για τον κοινωνικό αποκλεισμό. Ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης και των μέτρων λιτότητας, η φτώχεια αυξήθηκε σημαντικά το προηγούμενο διάστημα. Κατ' επέκταση, ενώ οι σύγχρονες διατροφικές ανάγκες παρέμειναν σταθερές, η διατροφική συμπεριφορά του ελληνικού πληθυσμού συνεχίζει να επηρεάζεται και μάλιστα προς το χειρότερο.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΘΗΚΩΝ

Παπακωνσταντίνου Αιμιλία

Λέκτορας Διατροφής και Μεταβολισμού

Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου

Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Η διατροφή αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της πρόληψης και αντιμετώπισης των διαταραχών του μεταβολισμού της γλυκόζης και ινσουλίνης. Εντούτοις, ο ρόλος της διατροφής στο σύνδρομο πολυκυστικών ωσθηκών είναι ακόμα και σήμερα άγνωστος και αποτελεί πεδίο εντατικής έρευνας τα τελευταία χρόνια. Το σύνδρομο των πολυκυστικών ω-

θηκών (ΣΠΩ) είναι μια από τις συχνότερες ενδοκρινικές διαταραχές που παρουσιάζεται σε περίπου 5 έως 10% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Τα διαγνωστικά κριτήρια του ΣΠΩ περιλαμβάνουν την παρουσία τουλάχιστον δύο από τα τρία κλινικά χαρακτηριστικά: α) υπερανδρογονισμό (είτε βιοχημική υπερανδρογοναιμία ή κλινικά ευρήματα υπέρμετρης τριχοφυΐας), β) χρόνια απουσία ωορρηξίας (ολιγομηνόρροια ή αμηνόρροια), γ) πολυκυστικές ωοθήκες και τον αποκλεισμό άλλων αιτίων αυξημένης έκκρισης ανδρογόνων. Η ινσουλινοαντίσταση ή/και η υπερινσουλιναίμία φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην παθογένεση του συνδρόμου και συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Επομένως, η μείωση των συγκεντρώσεων ινσουλίνης με αύξηση της ινσουλινοευαισθησίας αποτελούν τους πρωταρχικούς στόχους για τη θεραπεία και αντιμετώπιση του ΣΠΩ. Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής (διατροφή και φυσική δραστηριότητα) προτείνονται ως τα αρχικά στάδια της θεραπείας για τη βελτίωση των μεταβολικών δεικτών. Η απώλεια του σωματικού βάρους φαίνεται να βελτιώνει σημαντικά τις μεταγευματικές συγκεντρώσεις ινσουλίνης και να μειώνει μερικώς την ινσουλινοαντίσταση, αλλά δεν είναι επαρκής από μόνη της ως θεραπεία του ΣΠΩ. Επιπλέον, παρόλο που η πλειοψηφία των γυναικών με ΣΠΩ είναι υπέρβαρες ή παχύσαρκες, πολλές γυναίκες με ΣΠΩ φυσιολογικού σωματικού βάρους θεωρούνται υψηλού κινδύνου για εμφάνιση μεταβολικών διαταραχών. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η ιδανική διαιτητική αγωγή ή ο ιδανικός συνδυασμός μακροθρεπτικών στη δίαιτα είναι ακόμα και σήμερα άγνωστα. Επομένως, διαιτητικές παρεμβάσεις που δεν εστιάζονται μόνο στην απώλεια του σωματικού βάρους, όπως για παράδειγμα η συχνότητα των γευμάτων της δίαιτας, αλλά στη γενικότερη βελτίωση των παθολογικών δεικτών είναι εξαιρετικής σημασίας.

ΓΕΥΜΑ ΠΡΙΝ, ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ

Πετράκη Ευαγγελία Ιωάννα
Διαιτολόγος-Διατροφολόγος

Η ισορροπημένη διατροφή φαίνεται να κατέχει σπουδαίο ρόλο στην υποστήριξη των αναγκών ενός αθλητή βοηθώντας τον να προπονηθεί και να αγωνισθεί βέλτιστα καθυστερώντας την κόπωση. Επιπλέον, οι κατάλληλες διατροφικές επιλογές εξασφαλίζουν την απαιτούμενη επάρκεια σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά και κατά τη διάρκεια της ανάνηψης.

Η κατανάλωση γεύματος πριν από την άσκηση, συγκρινόμενη με την άσκηση σε κατάσταση νηστείας, φαίνεται να έχει πολλά οφέλη στην αθλητική απόδοση. Το προ αγωνιστικό γεύμα θα πρέπει να προετοιμάσει τον αθλητή για την προπόνηση ή το αγώνισμα, γεμίζοντας τις αποθήκες ενέργειας και υγρών ώστε να εξασφαλισθεί η μέγιστη αθλητική απόδοση. Συστήνεται:

- Να καταναλωθεί 3-4 ώρες πριν την άσκηση
- Να περιέχει 200-300 gr υδατανθράκων, ώστε να επέλθει πληρότητα των αποθηκών ηπατικού και μυϊκού γλυκογόνου, καθώς και των επιπέδων γλυκόζης πλάσματος. Για λόγους εξοικονόμησης ενέργειας καλό θα ήταν να στηρίζεται σε σύνθετους υδατάνθρακες ώστε να διατηρούνται σταθερά τα επίπεδα γλυκόζης και να κινητο-

ποιείται λιγότερο μυϊκό γλυκογόνο (λόγω αργής απορρόφησης)

- Να περιέχει όσο το δυνατόν λιγότερα λιπαρά και φυτικές ίνες και μέτρια ποσότητα πρωτεΐνης
- Ο αθλητής μπορεί να καταναλώσει οποιαδήποτε μορφή τροφίμου (στερεή, ημιστερεή ή υγρή) κατά τη διάρκεια του αγώνα ή στα φυσιολογικά κενά που δημιουργούνται ή στο ημίχρονο, με απώτερο στόχο να αποδώσει καλύτερα και να καθυστερήσει την κόπωση.
- Εάν ο αθλητής ασκείται από οθονύκτια νηστεία (μείωση αποθεμάτων ηπατικού γλυκογόνου) σε αθλήματα που διαρκούν λιγότερο ή ίσο με 60 λεπτά, συστήνεται η πρόσληψη 150-350 ml υδατανθράκων μέσω αθλητικού ποτού κάθε 15-20 λεπτά
 - Για αγώνισμα άνω των 60 λεπτών συστήνεται η πρόσληψη με ρυθμό 0,7 gr/kg/ώρα ή 30-60 gr μέσω αθλητικού ποτού (6-8%)
 - Εάν ο αθλητής είναι επαρκώς ενυδατωμένος και με γεμάτες αποθήκες ενέργειας σε αθλήματα διάρκειας λιγότερο από 60 λεπτών, δε χρειάζεται να προσλάβει τίποτα
- Το γεύμα αποκατάστασης ξεκινά 30 λεπτά μετά το τέλος της άσκησης και επαναλαμβάνεται ανά 2 ώρες για τις επόμενες 6.
- Συστήνονται υδατάνθρακες υψηλού γλυκαιμικού δείκτη σε ποσότητα 1,0-1,5 gr/kg
 - 6-20 gr απαραίτητα αμινοξέα
 - Για κάθε 0,5kg απώλειας, προτείνεται η πρόσληψη 450-675 ml υγρών

ΚΡΟΚΟΣ ΚΟΖΑΝΗΣ ΚΑΙ ΜΕΛΙ

Πολλυσίου Μόσχος

Καθηγητής Χημείας

*Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου
Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Ο κρόκος και το μέλι, λόγω της μεγάλης εμπορικής τους αξίας, αποτελούν προϊόντα-στόχο. Ο προσδιορισμός χημικών ενώσεων που υπάρχουν στα προϊόντα αυτά σχετίζεται άμεσα με τα ποιοτικά τους χαρακτηριστικά, πιο συγκεκριμένα η σαφρανίνη με το άρωμα, η πικροκροκίνη με τη γεύση και οι κροκίνες με το χρώμα, για τον κρόκο και αντίστοιχα τα σάκχαρα και τα οργανικά οξέα για τη γεύση, οι πτηνικές ενώσεις για το άρωμα, τα καροτενοειδή και οι πολυφαινόλες για το χρώμα και ανόργανα άλατα στο μέλι, συνδέονται άμεσα με τον προσδιορισμό της γεωγραφικής προέλευσης του κρόκου και αντίστοιχα της βοτανικής προέλευσης του μελιού. Οι καθιερωμένες αναλυτικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι η αέρια χρωματογραφία (GC) [1,2] σε συνδυασμό με φασματοσκοπία μάζας και η υγρή χρωματογραφία υψηλής απόδοσης (HPLC) [3]. Τα τελευταία χρόνια, έχουν χρησιμοποιηθεί αναλυτικές φασματοσκοπικές τεχνικές όπως η φασματοσκοπία Raman και η υπέρυθρη φασματοσκοπία (IR) [4-7]. Οι τεχνικές αυτές είναι μια σύγχρονη εναλλακτική λύση που δεν απαιτεί πολύπλοκη προετοιμασία του δείγματος και η καταγραφή των αποτελεσμάτων είναι γρήγορη. Η εφαρμογή αυτών των τεχνικών, μαζί με τα στατιστικά προγράμματα της χημεομετρίας εδραίωνουν τις μεθόδους αυτές για την ποσοτικοποίηση των χημικών και οργανοληπτικών συστατικών [8].

Τα παραπάνω συστατικά πέραν του ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως δείκτες που ταυτίζονται με την αυθεντικότητα και την ποιότητα καθιστούν τον κρόκο και το μέλι πολύ σημαντικά προϊόντα στη διατροφή του ανθρώπου. Πράγματι τόσο η αντικαρκινική δράση των κροκινών [9], όσο και η αντιοξειδωτική [10] και η αντιμικροβιακή [11] δράση συστατικών του κρόκου δείχνουν τη μεγάλη βιολογική αξία του προϊόντος αυτού που χρησιμοποιείται κυρίως ως μπαχαρικό. Το μέλι με τα επιμέρους προϊόντα της μελισσοκομίας, τη γύρη και το βασιλικό πολτό αποτελούν επίσης προϊόντα με πλούσια διατροφική και θρεπτική αξία.

[1] E. Anastasaki, C. Kanakis, C. Pappas, L. Maggi, C.P. del Campo, M. Carmona, G.L. Alonso and M. Polissiou (2010), *Eur Food Res Technol.* 230, 571-577.

[2] E. Alissandrakis, D. Daferera, P.A. Tarantilis, M. G. Polissiou and P.C. Hariznis (2003), *Food Chem.* 82, 575-582.

[3] M. Carmona, A.M. Sanchez, F. Ferreres, A. Zalacain, F. Tomas-Barberan and G. L. Alonso (2007), *Food Chem.* 100, 445-450.

[4] C.S. Pappas, P.A. Tarantilis, P. C. Harizanis and M.G. Polissiou (2003), *Appl. Spectrosc.* 57, 23-27.

[5] A. N. Batsoulis, N.G. Siatas, A.C Kimbaris, E. Alissandrakis, C.S. Pappas, P.A. Tarantilis, P. C. Harizanis and M.G. Polissiou (2005), *J. Agric. Food Chem.* 53, 207-210

[6] C.P. del Campo, M. Carmona, L. Maggi, C. Kanakis, E. Anastasaki, P. Tarantilis, M.G. Polissiou and G.L. Alonso (2010), *J. Agric. Food Chem.*, 58, 1305-1312

[6] E. Anastasaki, C. Kanakis, C. Pappas, L. Maggi, C.P. del Campo, M. Carmona, G.L. Alonso and M. Polissiou (2010), *Eur Food Res Technol.* 230, 571-577.

[7] E. Αλυσσανδράκης, Χ. Σ. Παππάς, Π. Α. Ταραντίλης, Π. Χ. Χαριζάνης και Μ. Γ. Ποθυσίου. Διεθνές Έτος Χημείας 2011 Ημέρες Χημείας Τροφίμων, 4-5 Νοεμβρίου 2011, Αθήνα, Γενικό Χημείο του Κράτους

[8] E. Anastasaki, C. Kanakis, C. Pappas, L. Maggi, A. Zalacain., M. Carmona, G.L. Alonso, M. Polissiou, (2010), *J. Agric. Food Chem.*, 58, 6011-6017.

[9] P. Tarantilis; M. Polissiou; M. Manfait (1994), *Anticancer Res.* 14, 1913 – 1918

[10] C.D. Kanakis, P.A. Tarantilis, H.A. Tajmir-Riahi, M.G. Polissiou M.G. (2007), *J. Agric. Food Chem.* 3, 970-977.

[11] E. Anastasaki, G. Zoumpoulou, K. Papadimitriou, P. Tarantilis, E. Tsakalidou and M. Polissiou. *Microbiokosmos* 2012, 13-15 December 2012, Athens, Greece.

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΑΝΙ- ΧΝΕΥΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Πούλια Καλλιόπη – Άννα, PhD

Κλινική Διαιτολόγος-Διατροφολόγος
ΓΝΑ "Λαϊκό"

Η ανάγκη αναγνώρισης των ασθενών σε κίνδυνο κακής θρέψης έχει ωθήσει αρκετούς ερευνητές στη δημιουργία πληθώρας εργαλείων ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου,

σχεδιασμένα για να εφαρμόζονται από τους επαγγελματίες υγείας σε διάφορα περιβάλλοντα, για ποικίλα νοσήματα και για διάφορες ηλικιακές ομάδες¹. Τα βασικά χαρακτηριστικά που πρέπει να πληρούν τα εργαλεία αυτά είναι να είναι γρήγορα και εύκολα στη συμπλήρωσή τους (< 5 λεπτά), να μην απαιτούν πολυπλοκούς και εξειδικευμένους υπολογισμούς ή εργαστηριακές μετρήσεις, να μπορούν να εφαρμοστούν από μη εξειδικευμένο προσωπικό και να μην απαιτούν κάποιου είδους παρέμβασης στον ασθενή, να είναι έγκυρα και αξιόπιστα². Εργαλεία των οποίων η εγκυρότητα και η αξιοπιστία δεν έχει δοκιμαστεί για τον υπό μελέτη πληθυσμό μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη κατηγοριοποίηση των ατόμων, σε απώλεια ατόμων που θα έπρεπε να είχαν διατροφική υποστήριξη, σε καθυστέρηση της διατροφικής αξιολόγησης και παρέμβασης και τέλος στην σπατάλη πόρων σε άτομα που δεν έπρεπε να είχαν παρέμβαση².

Αναφερόμενοι στην εγκυρότητα των εργαλείων ουσιαστικά μιλάμε για την ικανότητα του κάθε εργαλείου να μετρά αυτό για το οποίο έχει σχεδιαστεί. Ιδανικά, τα εργαλεία ανίχνευσης θα πρέπει να διακρίνονται από μεγάλη ευαισθησία και ειδικότητα³.

Οι κύριοι στόχοι των εργαλείων ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου είναι τουλάχιστον οι πέντε παρακάτω, οι οποίοι συχνά αλληλεπικαλύπτονται⁴:

A) Η ανίχνευση της κατάστασης θρέψης.

B) Η αναγνώριση της ανάγκης διατροφικής παρέμβασης

Γ) Η πρόβλεψη για την κλινική έκβαση χωρίς διατροφική υποστήριξη

Δ) Η πρόβλεψη της χρήσης των πόρων του συστήματος υγείας
Δεδομένου ότι η ανίχνευση διατροφικού κινδύνου έχει αναγνωριστεί ως το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση της κακής θρέψης⁵, η σημασία της ένταξης ενός εύκολου στη χρήση και αξιόπιστου εργαλείου ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου κατά την εισαγωγή του ασθενούς είναι εξαιρετικά μεγάλη. Λαμβάνοντας υπόψη την έλλειψη ιδανικής σταθεράς για την εκτίμηση του βαθμού κακής θρέψης, η εκτίμηση του κινδύνου κακής θρέψης με εργαλεία ειδικά για τον υπό μελέτη πληθυσμό θα μπορούσε επίσης να είναι πολύ χρήσιμη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 Elia M, Stratton RJ. An analytic appraisal of nutrition screening tools supported by original data with particular reference to age. *Nutrition.* 2012; 28: 477-94.
- 2 Anthony P. Nutritional Screening Tools for Hospitalized patients. *Nutr Clin Pract.* 2008; 23: 373-82.
- 3 Deeks JJ. Systematic reviews in health care: systematic reviews of evaluations of diagnostic and screening tests. *BMJ.* 2001; 323: 157-62.
- 4 Elia M, Stratton RJ. Considerations for screening tool selection and role of predictive and concurrent validity. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2011; 14: 425-33.
- 5 Blackburn G, Thornton P. Nutritional assessment of the hospitalized patient. *Med Clin North Am.* 1979; 63: 1103-15.

ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΙΤΙΣΗΣ & ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ

Πούλιου Εριφύλη MSc, SLP

Λογοθεραπεύτρια-Δυσφαγιολόγος

Ειδικός Διαταραχών Κατάποσης Ενηλίκων

Κέντρο Φωνής και Κατάποσης

Η κατάποση είναι μια από τις πιο συχνές, περίπλοκες, κινητικές διαδικασίες του οργανισμού. Ένας μέσος ενήλικας καταπίνει από 600 έως 2000 φορές την ημέρα, για να μεταφέρει το σάλιο του, τα υγρά και τις τροφές στον οισοφάγο με ασφάλεια και επάρκεια. Όταν ένα ή περισσότερα στάδια της κατάποσης (στοματικό, φαρυγγικό, οισοφαγικό) διαταραχθεί, με αποτέλεσμα τη μη-ασφαλή ή μη επαρκή σίτιση, τότε το άτομο μπορεί να πάσχει από δυσφαγία. Συμπτώματα μπορεί να είναι σιελλήροια ή τροφόρροια, κατακρατήσεις τροφής στο στόμα, το φάρυγγα ή τον άνω οισοφαγικό σφιγκτήρα, εμετός, ρινική διαφυγή βήλου κ.ά. Το σοβαρότερο σύμπτωμα είναι ο βήχας ή/και πνιγμός κατά τα γεύματα, που υποδηλώνει εισρόφηση σάλιου, υγρών ή τροφών στους πνεύμονες. Η εισρόφηση, βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές αναπνευστικές λοιμώξεις (πνευμονία από εισρόφηση) ακόμα και θάνατο, σε ποσοστό ακόμα και 80% σε ηλικιωμένους. Οι δυσφαγίες διαγιγνώσκονται και αντιμετωπίζονται από ομάδα επιστημόνων (ιατρός ΩΡΛ, λογοθεραπευτής-δυσφαγιολόγος, ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων καθώς και κλινικός διαιτολόγος-διατροφολόγος, φυσικοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, ψυχολόγος). Ο ιατρός ΩΡΛ και η λογοθεραπεύτρια πραγματοποιούν τον διαγνωστικό έλεγχο (κλινική λογοθεραπευτική αξιολόγηση, βιντεο-ενδοσκόπηση κατάποσης, βιντεο-ακτινοσκόπηση κατάποσης) και σε συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες, σχεδιάζουν το πλάνο παρέμβασης. Ο διαιτολόγος-διατροφολόγος είναι εξαιρετικά σημαντικό μέλος της ομάδας δυσφαγίας, καθώς αξιολογεί τη θρεπτική κατάσταση του δυσφαγικού ασθενή και παρέχει θρεπτική υποστήριξη στον υποσιτισμένο ασθενή, προσαρμόζοντας και τροποποιώντας τον τρόπο σίτισης, το περιεχόμενο της διαίτας και τη σύσταση των τροφών. Αυτό γίνεται σε στενή συνεργασία με τον λογοθεραπευτή, ο οποίος αξιολογεί τον ασφαλέστερο και επαρκέστερο τρόπο σίτισης. Ο λογοθεραπευτής παρεμβαίνει για την επίτευξη/αποκατάσταση της στοματικής σίτισης και εκπαιδεύει, όπου είναι δυνατόν, τον ασθενή σε διάφορες τεχνικές ασφαλούς κατάποσης, σε ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών που συμμετέχουν στην κατάποση και σε τροποποιήσεις στο περιβάλλον σίτισης. Η επίτευξη επαρκούς θρέψης και ενυδάτωσης είναι το κοινό σημείο συνεργασίας λογοθεραπευτή και διαιτολόγου.

ΠΩΣ Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΑΛΛΕΡΓΙΑ

Σταυρουλάκης Γεώργιος

Ειδικός αλλεργιολόγος παιδών και ενηλίκων,

Στρατιωτικός Ιατρός, Μέλος Κολλεγίου Αλλεργιολογίας

Τα τελευταία χρόνια πληθαίνουν οι ενδείξεις ότι η έκθεση σε διάφορους παράγοντες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της πρώτης

παιδικής ηλικίας επηρεάζει την μετέπειτα εμφάνιση αλλεργίας, με το ενδιαφέρον να επικεντρώνεται ειδικά στο ρόλο της διαίτας της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη και του παιδιού στα πρώτα χρόνια της ζωής. Μια πρόσφατα δημοσιευμένη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση¹ εξέτασε την επάρκεια των επιστημονικών δεδομένων για τη συσχέτιση μεταξύ της διαίτας εγκύων γυναικών και παιδιών και του κινδύνου ανάπτυξης άσθματος και άλλων αλλεργιών στα παιδιά. Από 62 δημοσιευμένες επιστημονικές μελέτες που αναλύθηκαν, αναδείχθηκε ως πιθανός ο προστατευτικός ρόλος των βιταμινών A, D και E, του ψευδαργύρου, των φρούτων και λαχανικών και της Μεσογειακής διατροφής στην πρόληψη εμφάνισης άσθματος και αλλεργικών νοσημάτων. Ειδικά για την επίδραση της Μεσογειακής διαίτας κατά την εγκυμοσύνη, μια μελέτη ομάδας κοόρτης² κατέδειξε ως πιθανή την προστατευτική επίδρασή της στη μετέπειτα ανάπτυξη συμπτωμάτων άσθματος και ατοπίας στα παιδιά, σε ηλικία 6,5 ετών. Τέλος, μελέτη που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της μεγάλης επιδημιολογικής έρευνας ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood), συμπέρανε ότι η κατανάλωση φρούτων από παιδιά (ηλικίας 6-7 ετών) και εφήβους (13-14 ετών) τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα έχει προστατευτικό ρόλο στην εκδήλωση συμπτωμάτων σοβαρού άσθματος³. Αντιθέτως, αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση συμπτωμάτων σοβαρού άσθματος, ρινίτιδας και εκζέματος είχαν τα παιδιά και οι έφηβοι που κατανάλωναν προϊόντα τύπου fast food τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα (αύξηση του κινδύνου για σοβαρό άσθμα κατά 39% στους εφήβους και κατά 27% στα παιδιά ηλικίας 6-7 ετών)³. Συνεπώς μια ισορροπημένη διαίτα είναι πολύ πιθανό ότι προστατεύει από τις αλλεργίες, ωστόσο απαιτούνται περισσότερες μελέτες για την οριστική επιβεβαίωση αυτής της συσχέτισης.

1. Nurmatov U, Devereux G, Sheikh A. Nutrients and foods for the primary prevention of asthma and allergy: systematic review and meta-analysis. *J Allergy Clin Immunol* 2011;127:724-33 e1-30.
2. Chatzi L, Torrent M, Romieu I, Garcia-Esteban R, Ferrer C, Vioque J, Kogevinas M, Sunyer J. Mediterranean diet in pregnancy is protective for wheeze and atopy in childhood. *Thorax* 2008;63:507-13.
3. Ellwood P, Asher MI, Garcia-Marcos L, Williams H, Keil U, Robertson C, Nagel G. Do fast foods cause asthma, rhinoconjunctivitis and eczema? Global findings from the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) phase three. *Thorax* 2013;68:351-60.

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΤΟΝΗΣ ΠΡΟΠΟΝΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Τζιμούρτας Αθανάσιος Ζ.

Αναπληρωτής καθηγητής

Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Αναφορές στη βιβλιογραφία υποδεικνύουν πως μετά από ένα αγώνισμα έντονης επιβάρυνσης μπορεί να εμφανιστούν προ-

βλήματα υγείας, όπως για παράδειγμα μεγαλύτερη συχνότητα λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος (Nieman et al. 1989). Μεταβολικοί (π.χ. μειωμένα επίπεδα γλυκόζης και μυϊκού γλυκογόνου) και ορμονικοί παράγοντες (π.χ. αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης), αυξημένα επίπεδα ιντερλευκινών (π.χ. IL-6 και IL-10) και μεταβολές στην οξειδωαναγωγική κατάσταση αποτελούν μερικούς από τους παράγοντες που ευθύνονται για την αυξημένη συχνότητα των λοιμώξεων. Η θεωρία του ανοιχτού παραθύρου έχει αναπτυχθεί για να εξηγήσει χρονικά την αυξημένη συχνότητα των λοιμώξεων για μερικές ώρες μετά από μια έντονη δοκιμασία (π.χ. μαραθώνιος δρόμος). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία παράγοντες του ανοσοποιητικού συστήματος (π.χ. ουδετερόφιλα, λεμφοκύτταρα) υπολειπόμενα για μερικές ώρες ή και μέρες μετά την πραγματοποίηση της άσκησης με αποτέλεσμα να μη μπορούν να αντεπεξέλθουν στην εισβολή παθογόνων μικροοργανισμών με αποτέλεσμα να εμφανίζεται η λοίμωξη. Η διατροφική προσέγγιση για τον περιορισμό της εμφάνισης λοιμώξεων συμπεριλαμβάνει την αποφυγή αρνητικού θερμιδικού ισοζυγίου και κυρίως από την πλειοψηφία των υδατανθράκων, ικανοποιητική λήψη βιταμινών (Α, C, D και E) και ψευδαργύρου. Άλλοι διατροφικοί παράγοντες φαίνεται ότι μπορεί να βελτιώσουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και να μειώσουν την εμφάνιση λοιμώξεων, όπως για παράδειγμα τα προβιοτικά, η μη-αλκοολούχα μπύρα και η κερκετίνη (quercetin). Τέλος, η χρόνια κόπωση και η υπερπροπόνηση, η έλλειψη ύπνου, οι απότομες μεταβολές στο σωματικό βάρος αποτελούν άλλους παράγοντες που δε σχετίζονται με τη διατροφή και μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος καθώς και να αυξήσουν την πιθανότητα για λοιμώξεις του οργανισμού.

ΕΞΩΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D

Τουρνής Συμεών, MD

Ενδοκρινολόγος

Εργαστήριο έρευνας Παθήσεων Μυοσκελετικού Συστήματος «Θ. Γαροφαλλίδης»

Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Η βιταμίνη D ανήκει στην κατηγορία των λιποδιαλυτών βιταμινών. Διακρίνουμε δυο μορφές, τη βιταμίνη D3 (χοληκαλσιφερόλη) και βιταμίνη D2 (εργοκαλσιφερόλη), ζωικής και φυτικής προέλευσης αντίστοιχα, οι οποίες διαφέρουν στη χημική δομή και στις φαρμακοκινητικές ιδιότητες. Πρόκειται στην πραγματικότητα για στεροειδική προ-ορμόνη, με δράσεις οι οποίες δεν περιορίζονται στο μεταβολισμό του ασβεστίου και του φωσφόρου, αλλά είναι πλειοτροπικές και αφορούν στην κυτταρική διαφοροποίηση, στην ανοσιακή απάντηση, στον ενδιάμεσο μεταβολισμό και στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Ιστορικά οι πρώτες παρατηρήσεις αναφορικά με τις εξωσκελετικές δράσεις της βιταμίνης D χρονολογούνται στις αρχές του 20ου αιώνα, όπου παρατηρήθηκε αύξηση των λοιμώξεων αναπνευστικού στα παιδιά με ραχίτιδα, βελτίωση διαφόρων δερματολογικών

παθήσεων με την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία (δερματική φυματίωση, Finsen – βραβείο Nobel 1903) καθώς και αύξηση της θνητότητας από καοήθειες νόσους όσο απομακρυνόμαστε από τον ισημερινό. Τις τελευταίες δεκαετίες διαπιστώθηκε ότι ο υποδοχέας της βιταμίνης D (VDR) εκφράζεται σε πηθώρα ιστών, οι οποίοι δεν εμπλέκονται στην ομοιοστασία του ασβεστίου και του φωσφόρου (δέρμα, πάγκρεας, παχύ έντερο, προστάτης, μαστός, μονοκύτταρα, ΚΝΣ, κλπ), ότι πολλοί ιστοί έχουν την ικανότητα να παράγουν τοπικά καλσιτριόλη καθώς εκφράζουν 1-α υδροξυλάση και ότι περίπου 3000 γονίδια στον άνθρωπο ανταποκρίνονται στη βιταμίνη D.

Εως σήμερα πηθώρα επιδημιολογικών μελετών έχει συσχετίσει την υποβιταμίνωση D με σειρά νοσημάτων, όπως οι καοήθειες (μαστός, προστάτης), το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και την πολυληπλή σκλήρυνση, τις λοιμώξεις (φυματίωση), την ψωρίαση, το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Παρόλα αυτά δεν υπάρχουν επί του παρόντος δεδομένα καλά σχεδιασμένων μελετών με καλά καθορισμένα καταληκτικά σημεία. Υπάρχουν ενθαρρυντικά στοιχεία αναφορικά με το ΣΔ τύπου 1, την ψωρίαση με τη χρήση αναλόγων τοπικά και με τη φυματίωση. Παρόλα αυτά απουσιάζουν στοιχεία καλά σχεδιασμένων μελετών παρέμβασης αναφορικά με την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια, τα ιδανικά επίπεδα καθώς και του κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος χορήγησης βιταμίνης D σε σχέση με σαφή καταληκτικά σημεία. Επί του παρόντος κρίνεται σκόπιμη η αποκατάσταση της υποβιταμίνωσης D με στόχο επίπεδα $25(OH)D \geq 20$ ng/ml. Η στόχευση σε υψηλότερα επίπεδα $25(OH)D (> 30$ ng/ml) δεν υποστηρίζεται επί του παρόντος από δεδομένα τυχαιοποιημένων προοπτικών μελετών, ενώ παράλληλα υπάρχουν στοιχεία δυσμενών αποτελεσμάτων αναφορικά με τα οστά, τις πτώσεις ακόμη και με τη θνησιμότητα με την ύπαρξη υψηλών επιπέδων βιταμίνης D.

Η ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΜΑΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗ : ΤΟ ΧΤΕΣ ΩΣ ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΙΑ ΤΟ ΑΥΡΙΟ

Τριχοπούλου Αντωνία, MD

Ομότιμη Καθηγήτρια

Διευθύντρια Συνεργαζόμενου Κέντρου Διατροφής Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας,

Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Τα πρότυπα παραγωγής και κατανάλωσης τροφίμων έχουν αλλάξει με τρόπο που επηρεάζει καίρια τόσο τα οικοσυστήματα όσο και την ανθρώπινη διατροφή. Ο ταχύς ρυθμός απώλειας της τροφικής βιοποικιλότητας και η υποβάθμιση των οικοσυστημάτων, μας ωθούν να ξανασκεφτούμε αγροτικές διαδικασίες και διατροφικά σχήματα.

Ο 7ος από τους 8 βασικούς Στόχους Ανάπτυξης του Διεθνούς Οργανισμού Τροφίμων και Γεωργίας (FAO), στις αρχές της χιλιετίας που διανύουμε, αναφέρεται στη “διασφάλιση της περιβαλλοντικής βιωσιμότητας”. Ο στόχος αυτός μπορεί να επιτευχθεί

μέσω της ενσωμάτωσης αρχών της αειφόρας ανάπτυξης στις εθνικές στρατηγικές και στα εθνικά προγράμματα.

Κατά τη διάρκεια πρόσφατου συνεδρίου του FAO, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στο ρόλο της προώθησης των παραδοσιακών τοπικών τροφίμων ως βήμα προς την αειφόρα αγροτική ανάπτυξη. Επισημάνθηκε επίσης ότι η ποικιλία των τροφίμων που καταναλώνουμε συνδυάζεται με την περιβαλλοντική βιοποικιλότητα. Ιδιαίτερη αναφορά οφείλουμε στην παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή, μία διατροφή η οποία προάγει την υγεία και περιλαμβάνει μία πληθώρα παραδοσιακών τροφίμων. Αναδεικνύοντας τη Μεσογειακή διατροφή ως πρότυπο των υγιεινών και βιώσιμων διατροφικών σχημάτων βοηθούμε ταυτόχρονα τη διατήρηση της βιοποικιλότητας.

Το 2010, σε έκθεση του FAO, με θέμα τη τα βιώσιμα διατροφικά σχήματα, αναφέρεται ότι: “Οι χώρες, οι κοινωνίες και οι πολιτισμοί που διατηρούν τα δικά τους παραδοσιακά συστήματα διατροφικών σχημάτων είναι σε θέση να διαφυλάξουν τις τοπικές παραδοσιακές καταβολές και την ποικιλία τόσο σε καλλιέργειες όσο και σε είδη ζώων. Επίσης τείνουν να παρουσιάζουν χαμηλότερο επιπολασμό χρόνιων παθήσεων σχετιζόμενων με τη διατροφή. Η Μεσογειακή διατροφή αποτελεί ένα σαφές παράδειγμα”.

Ο τρόπος που η Μεσογειακή διατροφή έχει χαρακτηριστεί και μελετηθεί σε σχέση με διάφορες παραμέτρους της υγείας μπορεί να είναι χρήσιμος ως υπόδειγμα για τη μελέτη άλλων, δυνητικά βιώσιμων, διατροφικών σχημάτων και ως σημείο αναφοράς για την αντιμετώπιση ορισμένων από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν πολλές από τις αναπτυσσόμενες περιοχές του πλανήτη.

EU MENU - ΜΙΑ ΠΑΝΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

Τσιγαρίδα Ειρήνη

*Προϊσταμένη Διεύθυνσης Διατροφικής Πολιτικής & Ερευνών
Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων*

Η διαθεσιμότητα λεπτομερών πληροφοριών για την κατανάλωση τροφίμων είναι θεμελιώδους σημασίας τόσο για την εκτίμηση της έκθεσης σχετικά με την ασφάλεια των τροφίμων όσο και για το σχεδιασμό και την υλοποίηση διατροφικής πολιτικής. Παρόλο που εθνικές μελέτες συλλογής δεδομένων κατανάλωσης τροφίμων έχουν διεξαχθεί σε πολλά κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δεν καθίσταται δυνατή μια συγκρίσιμη εικόνα της κατανάλωσης τροφίμων στην Ευρώπη, εξαιτίας των διαφορών στο τρόπο συλλογής των πληροφοριών.

Το 2010, τα Μέλη του Συμβουλευτικού Σώματος της EFSA συμπεριλαμβανομένου του Ενιαίου Φορέα Ελέγχου Τροφίμων προσέπεγραψαν μια δήλωση με την οποία στηρίζουν τη διενέργεια μιας πανευρωπαϊκής εναρμονισμένης συλλογής δεδομένων κατανάλωσης τροφίμων - «What’s on the menu in Europe? (EU Menu)».

Στόχος της μελέτης EU Menu είναι η συλλογή λεπτομερών και

τυποποιημένων δεδομένων κατανάλωσης τροφίμων σε ατομικό επίπεδο από παιδιά μέχρι και ηλικιωμένους σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρέχοντας με τον τρόπο αυτό συγκρίσιμες και επαρκώς αναλυτικές πληροφορίες για την εκτίμηση κινδύνου σχετικά με την ασφάλεια τροφίμων.

Για την υποστήριξη αυτής της έρευνας, ξεκίνησαν δύο προκαταρκτικές μελέτες. Τον Ιανουάριο του 2010, η EFSA ξεκίνησε το πρόγραμμα «Πιλοτική μελέτη για την αξιολόγηση της πρόσληψης θρεπτικών συστατικών και την κατανάλωση τροφίμων μεταξύ των παιδιών στην Ευρώπη» (PANCAKE) ώστε να αναπτυχθούν και να δοκιμαστούν εργαλεία και διαδικασίες για τη συλλογή ατομικών δεδομένων κατανάλωσης τροφίμων από βρέφη, νήπια και άλλα παιδιά έως 10 ετών. Ένα χρόνο αργότερα, η μελέτη PILOT-PANEU, άρχισε με στόχο να προσαρμόσει και να ελέγξει αυτά τα εργαλεία και τις διαδικασίες που αφορούν τις ηλικίες από 10 ετών και άνω.

Το 2011, οι δύο πρώτες συμβάσεις EU MENU χορηγήθηκαν στη Γαλλία και την Εσθονία (παιδιά) και ακολουθήθηκαν άλλες πέντε το 2012 στην Εσθονία (ενήλικες), τη Λετονία, τις Κάτω Χώρες, την Πορτογαλία και την Ισπανία (παιδιά), ενώ το Βέλγιο, η Κύπρος, η Ελλάδα (ενήλικες), η Ισπανία (ενήλικες) και η Ρουμανία (παιδιά) ακολούθησαν το 2013.

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Φάππα Ευαγγελία, PhD

Διαιτολόγος - Διατροφολόγος

ΠΑ.ΜΕ.ΔΥ, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Στην Πανελλαδική Μελέτη Διατροφής και Υγείας (ΠΑ.ΜΕ.Δ.Υ.) θα αξιολογηθούν, μεταξύ άλλων, οι διατροφικές συνήθειες και η διατροφική κατάσταση του Ελληνικού πληθυσμού. Στο πλαίσιο της μελέτης θα αξιολογηθούν στο σύνολο του πληθυσμού, αλλά και ανά ηλικία και φύλο, η πρόσληψη σε κύρια τρόφιμα και ομάδες τροφίμων, ενέργεια, μακρο- και μικρο-θρεπτικά συστατικά, η προσκόλληση στο διατροφικό πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής, καθώς και λοιπές διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές, όπως γευματικές συνήθειες, λήψη συμπληρωμάτων διατροφής και τάσεις απέναντι στο φαγητό. Για το σκοπό αυτό θα χρησιμοποιηθεί συνδυασμός μεθόδων, ενώ τα επιμέρους εργαλεία και μετρήσεις θα είναι κατάλληλα προσαρμοσμένα για κάθε ηλικία. Συγκεκριμένα, η διατροφική αξιολόγηση θα περιλαμβάνει τη συλλογή ανθρωπομετρικών (ύψος, σωματικό βάρος, περιφέρειες μέσης και ισχύου), βιοχημικών/ εργαστηριακών (βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία) και διατροφικών δεδομένων (πρόσληψη σε τρόφιμα, μακρο- και μικροθρεπτικά συστατικά, κατανάλωση φαγητού εκτός σπιτιού, κ.α.). Από τις διαθέσιμες μεθόδους καταγραφής τροφίμων και ποτών θα χρησιμοποιηθούν ένα κατάλληλα σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων και δύο ανακλήσεις 24ώρου, ενώ πρόσθετα ερωτηματολόγια θα εφαρμοστούν για την εκτίμηση των υπόλοιπων δια-

τροφικών παραμέτρων. Η συλλογή των δεδομένων θα γίνει κατά τη διάρκεια συνέντευξης στο σπίτι των εθελοντών, και κατά την επίσκεψή αυτών σε κινητή μονάδα αιμοληψίας.

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΨΑΡΙΟΥ & ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

Φραγκοπούλου Ελισάβετ

*Επίκουρη Καθηγήτρια Βιολογικής Χημείας Φυσικών Προϊόντων
Τμήμα Επιστήμης Διατροφολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο*

Καρδιαγγειακή νόσος (CVD) είναι μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θανάτου σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι διατροφικές συνήθειες συγκαταλέγονται ανάμεσα στους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την εμφάνιση και την εξέλιξη της νόσου. Συγκεκριμένα η κατανάλωση ψαριού θεωρείται ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της δίαιτας με καρδιο-προστατευτική δράση. Στο πλαίσιο αυτο οι οργανισμοί υγείας συνιστούν, όσον αφορά τα φυσιολογικά άτομα, την κατανάλωση ψαριών, κυρίως λιπαρών, τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα.

Η ευεργετική επίδραση της κατανάλωσης ψαριού θεωρείται ότι οφείλεται στην ύπαρξη των μακράς αλυσού πολυακόρεστων λιπαρών οξέων (LC-PUFA) τα οποία βρίσκονται σε μεγαλύτερη περιεκτικότητα στα λιπαρά ψάρια. Παρόλο που δεν έχουν πλήρως διευκρινιστεί οι μηχανισμοί μέσω των οποίων τα LC-PUFA εκδηλώνουν την προστατευτική τους δράση θεωρείται ότι επιδρούν στο μεταβολισμό των λιποπρωτεϊνών, στην αρτηριακή πίεση, στη λειτουργία των αιμοπεταλίων και του ενδοθηλίου καθώς και στις διαδικασίες της φλεγμονής.

Παρόλα αυτά η κατανάλωση ιχθυελαίου θεωρείται από πολλούς ότι υπερέρχει έναντι της κατανάλωσης συμπληρωμάτων που περιέχουν LC-PUFA, ενώ όλοι συμφωνούν ότι η κατανάλωση ψαριού δίνει τα καλύτερα αποτελέσματα. Αυτό πιθανώς να οφείλεται στην διαφορετική απορρόφηση ή και πέψη των λιπαρών που περιέχονται στο ψάρι ως τρόφιμο καθώς και στην πιθανή ύπαρξη άλλων βιοδραστικών ενώσεων στο ψάρι με καρδιο-προστατευτική δράση. Σε αυτή την κατεύθυνση έχουν βρεθεί πεπτιδικά, ελεύθερα αμινοξέα, φωσφολιποειδή και ιχθυοστοιχεία τα οποία εκδηλώνουν προστατευτική βιολογική δράση. Σε αυτό το πλαίσιο διάφορα ερωτήματα προκύπτουν όσον αφορά εάν η παρατηρούμενη καρδιο-προστατευτική δράση επηρεάζεται από το είδος του ψαριού, το είδος της τροφής που χρησιμοποιείται στις ιχθυοκαλλιέργειες ή ακόμα και από το τρόπο μαγειρέματος. Τέλος, πρέπει να ληφθεί υπόψη η πιθανή ύπαρξη βαρέων μετάλλων κυρίως στα λιπαρά ψάρια ως ένας επιβλαβής παράγοντας.

ΑΓΡΙΑ ΧΟΡΤΑ & ΚΡΑΣΙ

Φραγκοπούλου Ελισάβετ

*Επίκουρη Καθηγήτρια Βιολογικής Χημείας Φυσικών Προϊόντων
Τμήμα Επιστήμης Διατροφολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο*

Επιδημιολογικά δεδομένα έχουν αναδείξει την Μεσογειακή Δίαιτα (ΜΔ) ως ένα διατροφικό πρότυπο που σχετίζεται με μειωμένη

νοσηρότητα και θνησιμότητα από διάφορες παθήσεις και κυρίως και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η ευεργετική δράση της ΜΔ θεωρείται ότι οφείλεται στην ύπαρξη βιο-δραστικών συστατικών στα που τρόφιμα την απαρτίζουν.

Ανάμεσα στα τρόφιμα τα οποία αποτελούν μέρος της ΜΔ κάποια, όπως είναι το κρασί, έχουν μελετηθεί σε μεγαλύτερο βαθμό και κάποια άλλα όπως, τα εδάδιμα άγρια χόρτα, σε μικρότερο βαθμό. Το κρασί αποτελεί ένα από τα πιο μελετημένα τρόφιμα της ΜΔ τόσο σε επιδημιολογικό όσο και σε πειραματικό επίπεδο. Τα βιοδραστικά συστατικά του κρασιού είναι κυρίως φαινολικές ενώσεις αλλά και κλασικά λιποειδή που εμφανίζουν έντονη αντι-οξειδωτική, αντι-θρομβωτική και αντι-φλεγμονώδη δράση. Η ελαφριά προς μέτρια κατανάλωση κρασιού έχει βρεθεί ότι σχετίζεται αντίστροφα με την εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων. Η παρατήρηση αυτή έχει ενισχυθεί και από μελέτες παρέμβασης στις οποίες έχει φανεί ότι η κατανάλωση κρασιού έχει τόσο άμεσες, μεταγενετικές, όσο και έμμεσες, μακροχρόνιες, επιδράσεις σε καρδιαγγειακούς δείκτες.

Τα άγρια εδάδιμα χόρτα έχουν προσελκύσει τελευταία το ερευνητικό ενδιαφέρον καθώς συχνά περιέχουν μεγαλύτερες ποσότητες βιοδραστικών ενώσεων από τα φυτά που καλλιεργούνται. Ένα από τα βασικά προβλήματα όμως στην έρευνα που αφορά τα άγρια χόρτα είναι η πολύ μεγάλη ποικιλία και ετερογένεια. Η ύπαρξη βιο-δραστικών συστατικών με ισχυρή in vitro βιολογική δράση έχει πιστοποιηθεί σε αρκετά είδη άγριων χόρτων. Ανάμεσα στα χόρτα τα οποία έχουν ξεχωρίσει είναι η άγρια ακγινάρα, η χοντρολαχανίδα και η γαλατσίδα. Παρόλα αυτά ο αριθμός των κλινικών παρεμβάσεων είναι περιορισμένος και δεν έχουν επιβεβαιωθεί όλες αυτές οι δράσεις σε in vivo συνθήκες.

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Χαρμανδάρη Ευαγγελία, MD, MSc, PhD, MRCP(UK), CCST(UK)

*Αν. Καθηγήτρια Παιδιατρικής και Εφηβικής Ενδοκρινολογίας
Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Διαβήτη
Α' Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
Νοσοκομείο Παιδών 'Η Αγία Σοφία', Αθήνα*

Η Α' Παιδιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, στο πλαίσιο του επιστημονικού και ερευνητικού της έργου, έχει αναλάβει δράση για την καταπολέμηση της παιδικής παχυσαρκίας στη χώρα μας, η οποία τα τελευταία χρόνια αυξάνει με ανησυχητικούς ρυθμούς.

Η δράση αφορά την ηλεκτρονική καταγραφή και αξιολόγηση του προβλήματος πανελλαδικά, καθώς και την εκπόνηση οδηγιών προς τους Παιδιάτρους για την σωστή αντιμετώπισή του. Πρόκειται για το Πρόγραμμα με τίτλο: "Ανάπτυξη Εθνικού Συστήματος Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Υπερβαρότητας και Παχυσαρκίας κατά την Παιδική και Εφηβική Ηλικία", με σύνθημα «Χάνω

Βάρος – Κερδίζω Ζωή», το οποίο χρηματοδοτείται από τα ΕΣΠΑ (MIS 370545). Επιστημονική Υπεύθυνη είναι η κ. Ευαγγελία Χαρμανδάρη, MD, MSc, PhD, MRCP(UK), CCST(UK), Av. Καθηγήτρια Παιδιατρικής και Εφηβικής Ενδοκρινολογίας.

Το Πρόγραμμα υλοποιείται από το Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Διαβήτη της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής, το οποίο αποτελεί Κέντρο Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Παχυσαρκίας κατά την Παιδική και Εφηβική Ηλικία στην Ελλάδα, και έχει αναλάβει τον συντονισμό και διεκπεραίωση όλων των σχετικών δράσεων.

Στα πλαίσια του Προγράμματος και προκειμένου να αξιολογηθούν οι προτεινόμενες παρεμβάσεις, αναπτύχθηκε το Ιατρείο Αντιμετώπισης Αυξημένου Βάρους Σώματος, το οποίο λειτουργεί καθημερινά στο Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Διαβήτη της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία» (Κεντρικό Κτίριο, 6ος Όροφος, τηλ. 213 2013 666).

Το Ιατρείο Αντιμετώπισης Αυξημένου Βάρους Σώματος είναι στελεχωμένο με Ιατρικό προσωπικό, Διατροφολόγο, Καθηγητή Φυσικής Αγωγής και Παιδοψυχολόγο. Τα παιδιά και οι έφηβοι που παρακολουθούνται στο Ιατρείο αξιολογούνται κλινικά και εργαστηριακά ανά τακτά χρονικά διαστήματα χωρίς οικονομική επιβάρυνση.

Για περισσότερες πληροφορίες www.childhood-obesity.gr.

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΦΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ

Χήνου Ιωάννα

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Φαρμακευτικό Τμήμα ΕΚΠΑ, Τομέας Φαρμακογνωσίας και Χημείας Φυτικών Προϊόντων, Αντιπρόεδρος Επιτροπής Φαρμάκων Φυτικής Προέλευσης (HMPC), Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων (EMA)

Τα φυτικά προϊόντα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως τρόφιμα, καρυκεύματα, φάρμακα (καθώς καθιερωμένης χρήσης ή παραδοσιακά), συμπληρώματα διατροφής, ιατρικά βοηθήματα και ως καλλυπτικά.

Φυσικά, η νομοθεσία που διέπει τη κάθε κατηγορία στην ΕΕ είναι διαφορετική, με ιδιαίτερες για κάθε μία, απαιτήσεις ποιότητας, έγκρισης στις κατά τόπους διοικητικές αρχές, ακόμη και με διαφορετικούς τρόπους και τόπους διάθεσης και διάχυσης των πληροφοριών (διαφήμιση).

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ο έλεγχος όλων των φαρμάκων φυτικής προέλευσης υπόκειται στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA) και ειδικότερα στην Επιτροπή Φαρμάκων Φυτικής Προέλευσης (HMPC). Η σημαντικότερη αλλαγή στην χρήση και την αξιολόγηση των φαρμάκων φυτικής προέλευσης, επιτελέστηκε με αλλαγή της Κατευθυντήριας οδηγίας 2001/83/ΕΚ,, μέσω της νεώτερης 2004/24/ΕΚ. Η χρήση των φυτικών παρασκευασμάτων στο χώρο των τροφίμων, καλύπτεται από τη κατευθυντήρια οδηγία των συμπληρωμάτων διατροφής [Food Supplements Directive (FSD) 2002/46/ΕΚ]. Οι κανονιστικές οδηγίες περί των ισχυρισμών δραστηριότητας και διατροφικής αξίας (Regulations on nutritional and health claims) και τη προσθήκη βιταμινών, αμινοξέων και ανόργανων ιχνοστοιχείων όπως και ειδικών άλλων προϊόντων ως τροφίμων, καλύπτονται από την οδηγία Directive 2006/38/ΕΚ και 03. Σε πολλές περιπτώσεις, ο ακριβής διαχωρισμός μεταξύ παραδοσιακών φαρμάκων φυτικής προέλευσης και συμπληρωμάτων διατρο-

φής (ή βιολεπιουργικών τροφίμων, υπερτροφών, νεοφανών τροφίμων κλπ) που περιέχουν φυτικά προϊόντα χωρίς διατροφική αξία αλλά με φυσιολογικές δράσεις, παραμένει δύσκολος και αντιφατικός. Προϊόντα στα όρια ανάμεσα στις δύο κατηγορίες, όσο και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα στις χρήσεις τους (ως φάρμακα με ενδείξεις ή προϊόντα διατροφής με ισχυρισμούς δράσεων) θα αναπτυχθούν με στόχο πάντοτε την ασφάλεια των χρηστών - καταναλωτών. Θα γίνει παράλληλα μία ανασκόπηση των κανονιστικών διατάξεων καθώς και της υπάρχουσας εμπειρίας στην Ελλάδα, μέσω ανάλυσης επιλεγμένων και χαρακτηριστικών παραδειγμάτων ασφαούς χρήσης των φυτικών προϊόντων στη καθημερινότητα μας.

ΕΛΙΑ ΚΑΙ ΕΛΑΙΟΛΑΔΟ

Χίου Αντωνία

Επίκουρη Καθηγήτρια Χημικής Ανάλυσης και Σύνθεσης

Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Η ελιά και το ελαιόλαδο αποτελούν αναπόσπαστο στοιχείο της ελληνικής διατροφής και έναν από τους βασικούς πυλώνες διαφοροποίησης της δίαιτας Μεσογειακού τύπου από αυτή των Βορείων χωρών. Το ελαιόδενδρο αποδίδει καρπούς με ιδιαίτερα πικρή γεύση, αποδιδόμενη κυρίως στην ελευρωπαίνη, μια φαινολική ένωση με σειρά ευεργετικών δράσεων για την υγεία. Οι επιτραπέζιες ελιές λαμβάνονται μετά από επεξεργασία, η οποία ποικίλλει και αντίστοιχα κατηγοριοποιεί το προϊόν. Η σύσταση σε μακρο- και μικρο- συστατικά επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως η ποικιλία, ο βαθμός ωρίμανσης, αλλά και η επεξεργασία. Στα μικροσυστατικά της εδωδιμης ελιάς περιλαμβάνονται τόσο λιπόφιλα όσο και υδρόφιλα βιοδραστικά συστατικά. Τα σημαντικότερα υδρόφιλα μικροσυστατικά είναι τα φαινολικά αντιοξειδωτικά, όπως υδρόξυτυροσόλη, τυροσόλη κ.ά. Οι φαινολικές ενώσεις αποτελούν δεσμευτές ελευθέρων ριζών, ενώ πηκθώρα μελετών υποδεικνύει την ικανότητά τους να δρουν προληπτικά έναντι σειράς εκφυλιστικών ασθενειών. Το παρθένο ελαιόλαδο αποτελεί το χυμό του φρούτου της ελιάς που λαμβάνεται αποκλειστικά με φυσικές διεργασίες. Από πλευράς σύστασης το ελαιόλαδο συνδυάζει μακρο- και μικρο- συστατικά, τα οποία φαίνεται να συμβάλουν στην υψηλή διατροφική του αξία και τις δράσεις του στην υγεία. Αναφορικά με τα μακροσυστατικά του (λιπιδική σύσταση) πρόκειται για προϊόν πλούσιο σε τριακυλογλυκερόλες με μονοακόρεστα λιπαρά, κυρίως με ελαϊκό οξύ. Τα μονοακόρεστα λιπαρά φαίνεται ότι ασκούν προστασία έναντι καρδιαγγειακών νοσημάτων. Πέραν της λιπιδικής του σύστασης μια πηκθώρα μικροσυστατικών εμφανίζουν ιδιότητες ευεργετικές για την υγεία: βιταμίνη Ε, φυτοστερόλες, σκουαλένιο, φαινολικά συστατικά, τερπενοειδή. Σημειωτέον δε ότι το χαμηλό του περιεχόμενο σε πολυακόρεστα λιπαρά συνδυαζόμενο με τα περιεχόμενα αντιοξειδωτικά καθιστά το ελαιόλαδο έλαιο σχετικά ανθεκτικό στην οξείδωση. Κάτι τέτοιο καταφαίνεται σε συγκριτικές μελέτες σταθερότητας ελαίων υπό δραστηρές συνθήκες, ήτοι παρουσία οξυγόνου και υψηλών θερμοκρασιών, όπως π.χ. το τηγάνισμα. Σε τέτοιες διεργασίες το ελαιόλαδο εμφανίζεται σταθερότερο έναντι των περισσότερων σπορελαίων ενώ παράλληλα βιοδραστικά συστατικά του ελαιόλαδου μεταφέρονται και ενσωματώνονται στο προς κατανάλωση τρόφιμο.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας – Διατροφής Τόμος 4 – Συμπλήρωμα 1, Σελίδες 40 - 47

ΠΑ01.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΑΠΟΓΑΛΑΚΤΙΣΜΟ ΣΤΗ ΜΕΤΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟΔΟΧΗ ΦΡΟΥΤΩΝ ΚΑΙ ΛΑΧΑΝΙΚΩΝ

Αλεξάνδρα Γεωργίου¹, Χριστίνα Μαυρογιάννη¹, Γεώργιος Μοσχώνης¹, Φλώρα Μπακοπούλου², Κωνσταντίνος Βλάχος¹, Ευγενία Τουλούνη¹, Πέτρος Κιουρής¹, Ιωάννης Μανιός¹

¹ Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών

² Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Η περίοδος του απογαλακτισμού θεωρείται κρίσιμη στην αύξηση της αποδοχής, αρέσκειας και κατανάλωσης νέων τροφίμων από τα παιδιά.

Σκοπός: Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας παροχής οδηγιών στους γονείς για επαναλαμβανόμενη έκθεση των βρεφών σε ποικιλία λαχανικών στην αρχή του απογαλακτισμού.

Υλικό: Δείγμα 92 ζευγών μητέρων-βρεφών τυχαιοποιήθηκε στην ομάδα παρέμβασης (ΟΠ), παρέχοντας συμβουλές σχετικά με την εισαγωγή ποικιλίας λαχανικών ως πρώτες τροφές κατά τον απογαλακτισμό, ή στην ομάδα ελέγχου (ΟΕ), στην οποία δόθηκαν οι συνήθεις συμβουλές από τους παιδίατρος.

Μέθοδος: Ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν σε τρεις επανελέγχους (στον πρώτο, έκτο και ένατο μήνα μετά την παρέμβαση) για αξιολόγηση της αρέσκειας και κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών. Σε μια υποομάδα βρεφών διενεργήθηκαν γευστικές δοκιμές στους δυο πρώτους επανελέγχους για την αξιολόγηση της αποδοχής ενός καινοφανούς λαχανικού και φρούτου.

Αποτελέσματα: Η ΟΠ κατανάλωνε μεγαλύτερη ποικιλία λαχανικών σε όλους τους επανελέγχους ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,039$ αντίστοιχα) και φρούτων στον τρίτο επανελέγχο ($p = 0,014$) συγκριτικά με την ΟΕ. Στις γευστικές δοκιμές παρουσιάστηκε τάση υψηλότερης καταναλισκόμενης ποσότητας νέων φρούτων και λαχανικών στην ΟΠ σε σύγκριση με την ΟΕ, χωρίς επίτευξη στατιστικής σημαντικότητας.

Συμπεράσματα: Η παρέμβαση ήταν αποτελεσματική αυξάνοντας την ποικιλία καταναλισκόμενων λαχανικών και φρούτων βραχυπρόθεσμα. Για τη διερεύνηση μακροπρόθεσμης επίδρασης στην αρέσκεια και κατανάλωση απαιτείται μεγαλύτερος χρόνος παρακολούθησης.

ΠΑ02.

ΟΛΙΚΟ ΚΑΙ ΣΠΛΑΧΝΙΚΟ ΛΙΠΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ. ΜΕΛΕΤΗ HEALTHY GROWTH

Μαρία-Χριστίνα Πολυχρονοπούλου¹, Καλλιόπη Καρατζή¹, Γεώργιος Μοσχώνης¹, Φλώρα Μπακοπούλου², Ιωάννης Μανιός¹

¹ Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας & Διατροφής, Χαροκόπειο Πανε-

πιστήμιο, Αθήνα

² Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Η παχυσαρκία φαίνεται να συσχετίζεται με τα επίπεδα λιπικών και δεικτών φλεγμονής στο αίμα, καθώς και με την εμφάνιση ινσουλινοαντίστασης στους ενήλικες. Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της ύπαρξης ανάλογων συσχετίσεων σε παιδικό πληθυσμό και ο προσδιορισμός κατωφλικών τιμών σε δείκτες σύστασης σώματος για την συνύπαρξη ινσουλινοαντίστασης και φλεγμονής. Υλικό: Ένα τυχαιοποιημένο δείγμα 1.000 μαθητών ηλικίας 9-13 ετών συμμετείχε στη μελέτη Healthy Growth. Μέθοδος: Αξιολογήθηκαν διάφοροι δείκτες σύστασης σώματος μεταξύ των οποίων ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), η περιφέρεια μέσης, το % ποσοστό της λιπώδους μάζας και τα επίπεδα κοιλιακού σπληχνικού λίπους. Επίσης, προσδιορίστηκαν σε ορό αίματος τα επίπεδα γλυκόζης, ινσουλίνης, IL-6, CRP, λεπτίνης και αδιπονεκτίνης και υπολογίστηκε ο δείκτης ινσουλινοαντίστασης HOMA-IR. Αποτελέσματα: Οι κατωφλικές τιμές που προέκυψαν για το ΔΜΣ είναι 21,45 kg/m², για την περιφέρεια μέσης 72 cm, για το % ολικό λίπος 33,8%, για το % σπληχνικό λίπος 6,05% και για το % ολικό κοιλιακό λίπος επί του συνολικού 79,5%. Οι παρούσες τιμές δείχνουν το όριο πάνω από το οποίο συνυπάρχουν αυξημένα επίπεδα λεπτίνης, CRP και ινσουλίνης, καθώς και αυξημένη τιμή για το δείκτη HOMA-IR. Μάλιστα, μετά από σύγκριση των ορισθέντων κατωφλικών τιμών με τις κατωφλικές τιμές που ορίζουν το υπέρβαρο και την παχυσαρκία, παρατηρήθηκε ότι οι προσδιορισθείσες κατωφλικές τιμές μπορεί να ανήκουν και εντός του φυσιολογικού εύρους τιμών. Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης προτείνουν συγκεκριμένες κατωφλικές τιμές δεικτών σύστασης σώματος για την αξιολόγηση της παράλληλης συνύπαρξης ινσουλινοαντίστασης και φλεγμονής σε παιδιά ανεξάρτητα από την παρουσία παχυσαρκίας ή υπέρβαρου.

ΠΑ03.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Κλεοπάτρα Ρούτση, Αναστάσιος Ιωαννίδης, Σοφία Ζυγά, Πέτρος Κολλοβός, Γεώργιος Πανουτσόπουλος, Μαρία Τσιρώνη, Παρασκευάς Κουτσοβίτης, Δάφνη Ελένη Κουγιουμτζή-Δημοιλιάνη, Άννα Μαρία Πιστικού, Μαρία Μαγγανά, Ανδρέα Παόλα Ρόχας-Χιλι Σχολή Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί επιδημία στη χώρα μας και οι επιπλοκές της εμφανίζονται ήδη από μικρή ηλικία. Σκοπός: της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας και των επιπλοκών της. Μεθοδολογία: Στη μελέτη συμμετείχαν 950 μαθητές νηπιαγωγείων και δημοτικών σχολείων της Σπάρτης. Χρησιμοποιήθηκε

ερωτηματολόγιο για να αξιολογηθούν οι καθημερινές οικογενειακές διατροφικές συνήθειες. Ταυτόχρονα πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις: δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ%), περίμετρος μέσης (ΠΜ%), αρτηριακή πίεση, και βιοχημικούς δείκτες για ενδοθηλιακή βλάβη από περιφερειακό αίμα. Αποτελέσματα: 33% των παιδιών ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Το 65% είχαν ΠΜ% > 90%. Σχετικά με τις διατροφικές τους συνήθειες, το 8% δεν τρώει πρωινό, το 30% των παιδιών καταναλώνει ένα φρούτο εβδομαδιαίως και μόνο το 44% καταναλώνει λαχανικά καθημερινά. Το 15,5% τρώει πρόχειρο φαγητό πάνω από 4 φορές την εβδομάδα και το 61% 1-4 φορές την εβδομάδα. Η κατανάλωση φρούτων βρέθηκε να μειώνει τα επίπεδα CRP ($p=0,002$) ενώ το πρόχειρο φαγητό την αυξάνουν ($p=0,005$). Βρέθηκε ότι τα παιδιά με ΠΜ% > 90% σε σύγκριση με αυτά με φυσιολογική ΠΜ, δεν τρώνε πρωινό ($p=0,024$), καταναλώνουν περισσότερο ελαιόλαδο και ελιές εβδομαδιαίως ($p=0,04$), αθλούνται λιγότερο ($p=0,03$), έχουν αυξημένα επίπεδα συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης, αυξημένα τριγλυκερίδια ($p=0,01$), αυξημένο CAD ($p=0,004$) και CRP ($p=0,011$). Επίσης παρουσίασαν υψηλότερα ηπατικά ένζυμα ALT/SGP και LDH ($p=0,03$). Συμπεράσματα: Οι επιπλοκές της κεντρικού τύπου παχυσαρκίας εμφανίζονται ήδη από μικρή ηλικία και προδιαθέτουν για καρδιοαγγειακά νοσήματα, σακχαρώδη ΣΔΙΙ και ηπατική δυσλειτουργία. Είναι ζωτικής σημασίας η ευαισθητοποίηση γονέων και εκπαιδευτικών προς την κατεύθυνση υιοθέτησης προτύπων και πολιτικών υγείας.

ΠΑ04.

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Δαφνή Ελένη Κουγιουμτζή-Δημολιάνη, Μαρία Χρονά, Αναστάσιος Ιωαννίδης, Σοφία Ζυγά, Μαρία Τσιρώνη, Γεώργιος Πανουτσόπουλος, Άννα Μαρία Πιστικού, Μαρία Μαγγανά, Ανδρέα Παόλα Ρόχας-Χιλ Σχολή Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η κεντρική παχυσαρκία και η αυξημένη αρτηριακή πίεση ενισχύουν την ανάπτυξη μεταβολικού συνδρόμου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας και των επιπλοκών της στους εφήβους. **Μεθοδολογία:** Το πρόγραμμα υλοποιήθηκε σε 198 μαθητές (12-18ετών) του 1ου Γυμνασίου και Λυκείου Περιστερίου-Αττικής. Μετρήθηκαν: το ΔΜΣ%, περίμετρος μέσης (ΠΜ%) και αξιολογήθηκαν οι διατροφικές και οικογενειακές τους συνήθειες με τη χρήση ερωτηματολογίου. Έγινε και προσδιορισμός της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). **Αποτελέσματα:** Το 88% των εφήβων είχαν φυσιολογικό ΔΜΣ%, το 12,7% ήταν υπέρβαρα και το 3,4% παχύσαρκοι. Η ΠΜ% ήταν μεγαλύτερη στα κορίτσια (12,1%) σε σχέση με τα αγόρια (7,5%). Το 94,5% των γονέων μαγειρεύουν στο σπίτι και το 65,2% των εφήβων γευματίζει καθημερινά με την οικογένεια. Βρέθηκαν στατικά σημαντικές συσχετίσεις ($p<0,005$): Η αύξηση της ΠΜ% και του ΔΜΣ% αυξάνει την ΑΠ ιδιαίτερα στα αγόρια. Η απουσία πρωινού αυξάνει την ΑΠ στα κορίτσια και η ΠΜ% μειώνεται με την κατανάλωση ψαριού. Το 59,5% των παιδιών παρακολου-

θούν τηλέοραση κατά τη διάρκεια των γευμάτων και αυτό συσχετίζεται θετικά με την ΠΜ%. Στους παχύσαρκους εφήβους: η ΠΜ% μειώνεται με την κατανάλωση ψαριών και οσπρίων, ενώ η κατανάλωση ρυζιού αυξάνει τη ΠΜ% και το ΔΜΣ%. Η κατανάλωση φρούτων μειώνει την ΑΠ. Οι μειωμένες ώρες ύπνου και η ώρα βραδινής κατάκλισης για ύπνο σχετίζονται με την αύξηση της ΑΠ. **Συμπεράσματα:** Παρόλο που παρατηρήθηκαν χαμηλά ποσοστά παχύσαρκων εφήβων, το ποσοστό των παιδιών με υψηλή συστολική ΑΠ (>130mmHg) φτάνει το 66,6%. Στην πρόληψη καρδιαγγειακής νόσου συμβάλλουν θετικά η υιοθέτηση μιας υγιεινής διατροφής, η καθιέρωση ύπνου τουλάχιστον οκτώ ωρών ενώ η συμβολή των γονέων παίζει καθοριστικό ρόλο.

ΠΑ05.

A PROSPECTIVE STUDY OF THE EFFECT OF RAMADAN FASTING ON BODY COMPOSITION AND NUTRITIONAL INTAKE IN ADULTS

Elena Philippou¹, Abdolreza Norouzy², Mahta Salehi², Hamid Arabi², Farshid Shiva², Sahar Mehmoosh², Seyed Mohammad R. Mohajeri², Seyed Amir R. Mohajeri², Maryam Sabery², Mohsen Nematy²

¹ Department of Life and Health Sciences, School of Sciences and Engineering, University of Nicosia, Nicosia, Cyprus

² Department of Nutrition, Mashad Medical School, Mashad University of Medical Science, Mashad, Iran

Background: Ramadan intermittent fasting affects body weight and composition.

Aim: To assess the effects of Ramadan on body weight and composition and study the effects of age and gender.

Methods: Body weight, height, waist and hip circumferences were measured, BMI was calculated and fat mass, fat-free mass and % body fat were assessed by bioelectrical impedance on 240 adult subjects (male: 158) who fasted between sunrise and sunset for at least 20 days. Measurements were taken one week before and one week after Ramadan. Energy and macronutrient intakes before and during Ramadan were assessed using a 3-day food frequency questionnaire. **Results:** Subjects were grouped according to age and gender: ≤ 35 y (n=82, males: 31) and 36-70y (n=158 males: 127). There were significant reductions in weight and BMI ($p<0.001$) in almost all subjects, the biggest being in males ≤ 35 y (-2.0% (SEM:0.4), $p<0.001$). Waist and hip circumferences fell in most subjects except females aged 36-70y. Fat mass fell in most subjects, ranging from 2.5-4.8% from baseline, except in females aged 36-70y who did not experience a significant change. Fat-free mass was significantly reduced in all subjects ($p<0.001$) while % body fat was lower only in males by 2.7% (SEM:1.1), $p=0.029$ in those aged <35 y and by 1.0% (SEM:0.2), $p<0.001$ in those aged 36-70y. Dietary intake was similar before and during Ramadan except in males whose protein intake fell during Ramadan ($p=0.032$).

Conclusions: Ramadan fasting leads to weight loss. Changes in body composition, however, vary depending on age and gender.

ΠΑ06.

ΓΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ

Δώρα Μπρίκου, Ελένη Καρφοπούλου, Αναστασία Γκτζα, Εύα Καμπίτση, Μαίρη Γιαννακούλια

Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Εισαγωγή: Τα δεδομένα για το ρόλο των γευματικών συνθηκών στην επιτυχή διατήρηση της απώλειας βάρους είναι περιορισμένα. Μόνο η τακτική κατανάλωση πρωινού έχει βρεθεί πως αποτελεί κοινή συμπεριφορά των επιτυχόντων της διατήρησης.

Σκοπός: Η διερεύνηση των γευματικών συνθηκών που χαρακτηρίζουν την επιτυχή διατήρηση της απώλειας βάρους.

Υλικό: Στη μελέτη συμμετείχαν 128 διατηρούντες απώλεια βάρους και 49 επανακτήσαντες (18-65 ετών, 44% άνδρες).

Μέθοδος: Οι εθελοντές συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με το σωματικό βάρος και τις διατροφικές τους συνήθειες. Σε κάθε εθελοντή πραγματοποιήθηκαν δύο ανακλήσεις 24ώρου βάσει των οποίων τα επεισόδια λήψης τροφής κατηγοριοποιήθηκαν σε διατροφικά επεισόδια με την χρήση δύο συστημάτων ταξινόμησης.

Αποτελέσματα: Το 68,4% των διατηρούντων καταναλώνει καθημερινά πρωινό, ενώ το 4,3% δεν καταναλώνει ποτέ. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους επανακτήσαντες είναι 45,7% και 10,9% ($p=0,067$). Αναφορικά με την κατανάλωση φαγητού που παρασκευάζεται εκτός σπιτιού, 16,2% των διατηρούντων καταναλώνει σπάνια και κανείς δεν καταναλώνει καθημερινά, ενώ 1,7% των επανακτησάντων καταναλώνει καθημερινά τέτοιου είδους φαγητό και κανένας δεν ανέφερε πως δεν καταναλώνει ποτέ ($p=0,009$). Οι διατηρούντες χαρακτηρίζονται από υψηλότερο αριθμό διατροφικών επεισοδίων ($5,3\pm 1,4$ έναντι $4,9\pm 1,6$, $p=0,079$) και σνακ υψηλής ποιότητας ($0,8\pm 0,8$ έναντι $0,5\pm 0,7$, $p=0,010$).

Συμπεράσματα: Η μελέτη MedWeight υποδεικνύει κάποιες γευματικές συνήθειες που ενδέχεται να συμβάλουν στην επιτυχή διατήρηση της απώλειας βάρους. Αυτές είναι η τακτική κατανάλωση πρωινού, η ελαχιστοποίηση της κατανάλωσης φαγητού που παρασκευάζεται εκτός σπιτιού και η ενσωμάτωση υψηλής ποιότητας σνακ στη δίαιτα.

ΠΑ07.

ΒΑΘΜΟΣ ΥΙΟΘΕΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ

Νίκη Μουρούτη¹, Αθανασία Λαίνα¹, Επαμεινώνδας Σαμαντάς², Χρήστος Παπαβαγγέλης¹, Πετρίνη Πλυτζανοπούλου³, Τώνια Βασιλάκου³, Νικόλαος Μαλάμος⁴, Δημοσθένης Παναγιωτάκος¹

¹Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

²Γ' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ», Αθήνα, Ελλάδα

³Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγιεινής της Διατροφής και

Βιοχημείας, Αθήνα, Ελλάδα

⁴Μονάδα Παθολογίας-Ογκολογίας, Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ», Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Το 15% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού θα μπορούσε να προληφθεί με μία «μετατόπιση» προς τη Μεσογειακή διατροφή.

Σκοπός: Να μελετηθεί η συσχέτιση του βαθμού υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής με τον καρκίνο-του-μαστού.

Υλικό: 250 ασθενείς με πρώτη διάγνωση καρκίνου του μαστού (56 ± 12 έτη) προερχόμενες από 5 νοσοκομεία της Αττικής και 250 υγιείς εξομοιωμένες ως-προς-την-ηλικία και επιλεγμένες σε εθελοντική βάση από το γενικό πληθυσμό, εντάχθηκαν στη μελέτη μεταξύ 2010-2012.

Μέθοδος: Οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων αποτελούμενο από 86 ερωτήσεις. Η προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή αξιολογήθηκε με τη χρήση του δείκτη MedDietScore (εύρος 0-55). Επιπλέον έγινε καταγραφή πληροφοριών για ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, οικογενειακό ιστορικό, φυσική δραστηριότητα, καπνιστικές και διατροφικές συνήθειες.

Αποτελέσματα: Η λογαριθμιστική παλινδρόμηση ανέδειξε ότι οι ασθενείς με καρκίνο-του-μαστού παρουσίαζαν μικρότερη πιθανότητα προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή σε σχέση με τις υγιείς (Σχετικός Λόγος ανά 1 μονάδα αύξησης στο MedDietScore = 0.923, 95%CI 0.879-0.968), αφού λήφθηκαν υπόψη συγχυτικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου-του-μαστού, ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), η φυσική δραστηριότητα (IPAQ score), το κάπνισμα και το επίπεδο εμμηνόπαυσης. Η προστατευτική δράση της Μεσογειακής διατροφής εξακολούθησε να υπάρχει ανεξάρτητα από το επίπεδο εμμηνόπαυσης, όταν οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν σύμφωνα με αυτό (δηλ. οι ασθενείς προεμμηνόπαισιακά είχαν 0.913, 95%CI 0.848-0.983 φορές και οι ασθενείς μετεμμηνόπαισιακά 0.911, 95%CI 0.851-0.975 φορές μικρότερη πιθανότητα να παρουσιάζουν προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή). **Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα τονίζουν την προστατευτική δράση της υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού για τις γυναίκες τόσο προεμμηνόπαισιακά όσο και μετεμμηνόπαισιακά.

ΠΑ08.

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΜΕΝΟΥ ΚΡΕΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΜΑΡΤΥΡΩΝ

Νίκη Μουρούτη¹, Μαρία Σωμαράκη¹, Ευάγγελος Φιλίππου², Χρήστος Παπαβαγγέλης¹, Πετρίνη Πλυτζανοπούλου³, Τώνια Βασιλάκου³, Νικόλαος Μαλάμος⁴, Δημοσθένης Παναγιωτάκος¹

¹Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

²Κλινική Μαστού, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», Αθήνα, Ελλάδα

³Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγιεινής της Διατροφής και Βιοχημείας, Αθήνα, Ελλάδα

⁴Μονάδα Παθολογίας-Ογκολογίας, Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ», Αθήνα, Ελλάδα

³Εργαστήριο Ιστολογίας και Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
⁴ Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική ΓΝΑ «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Η κατανάλωση επεξεργασμένου κρέατος έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του-παχέος-εντέρου, με τα δεδομένα ωστόσο για τον καρκίνο-του-μαστού να παραμένουν ασαφή.

Σκοπός: Να μελετηθεί η συσχέτιση της κατανάλωσης επεξεργασμένου κρέατος με τον καρκίνο-του-μαστού.

Υλικό: 250 ασθενείς με πρώτη διάγνωση καρκίνου-του-μαστού (56±12 έτη) προερχόμενες από 5 νοσοκομεία της Αττικής και 250 υγιείς εξομοιωμένες ως-προς-την-ηλικία και επιλεγμένες σε εθελοντική βάση από το γενικό πληθυσμό, εντάχθηκαν στη μελέτη μεταξύ 2010-2012.

Μέθοδος: Οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων αποτελούμενο από 86 ερωτήσεις, μέσω του οποίου καταγράφηκε η συχνότητα κατανάλωσης επεξεργασμένου κρέατος. Επιπλέον έγινε καταγραφή πληροφοριών για ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, οικογενειακό ιστορικό, φυσική δραστηριότητα, καπνιστικές και διατροφικές συνήθειες.

Αποτελέσματα: Η λογαριθμιστική παλινδρόμηση ανέδειξε ότι οι ασθενείς με καρκίνο-του-μαστού παρουσίαζαν 3.356 φορές (95%CI 1.508-7.471) μεγαλύτερη πιθανότητα να καταναλώνουν επεξεργασμένο κρέας 1-2 φορές/εβδομάδα και 3.663 φορές (95%CI 1.339-10.020) να καταναλώνουν επεξεργασμένο κρέας καθημερινά συγκριτικά με τις υγιείς, αφού λήφθηκαν υπόψη συγχυτικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου-του-μαστού, ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), η φυσική δραστηριότητα (IPAQ score), το κάπνισμα και το επίπεδο εμμνόπιασης. Το επίπεδο εμμνόπιασης φαίνεται να ενισχύει τα προαναφερθέντα αποτελέσματα (δηλ. Οι γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακά είχαν 4,141, 95%CI 1.444-11.873 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να καταναλώνουν επεξεργασμένο-κρέας 1-2 φορές/εβδομάδα και 5.433, 95%CI 1.281-23.039 φορές να καταναλώνουν επεξεργασμένο-κρέας καθημερινά, ενώ για τις γυναίκες προεμμηνοπαυσιακά δεν υπήρξε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση, δηλ. 2.378, 95%CI 0.593-9.547 και 2.428, 95%CI 0.512-11.508 αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα τονίζουν την επιβαρυντική δράση της κατανάλωσης επεξεργασμένου κρέατος σε σχέση με τον καρκίνο-του-μαστού, ιδιαίτερα για τις γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακά.

Εισαγωγή: Η NAFLD θεωρείται ότι αντιπροσωπεύει την ηπατική εκδήλωση του μεταβολικού συνδρόμου (ΜΣ). Η κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων έχει συσχετιστεί με τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης ΜΣ.

Σκοπός: Η διερεύνηση της συσχέτισης της κατανάλωσης γαλακτοκομικών προϊόντων με κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών με NAFLD.

Υλικό: Στη μελέτη συμμετείχαν 73 νεοδιαγνωσμένοι ασθενείς (άνδρες: 69%, μέση ηλικία: 45,4±11,3 έτη) με NAFLD.

Μέθοδος: Στους εθελοντές πραγματοποιήθηκε λήψη ιατρικού ιστορικού, αξιολόγηση επιπέδου σωματικής δραστηριότητας, μέτρηση ανθρωπομετρικών παραμέτρων, ανάλυση σύστασης σώματος και βιοχημικών δεικτών. Η διατροφική αξιολόγηση των εθελοντών έγινε μέσω τριών ανακλήσεων 24ώρου, καθώς και ενός ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, μέσω του οποίου εκτιμήθηκε η συνολική κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων και των επιμέρους τύπων τους (πλήρη και χαμηλά σε λιπαρά). Δεδομένα ελαστογραφίας ήπατος ήταν διαθέσιμα σε 58/73 ασθενείς, και δεδομένα βιοψίας ήπατος σε 34/73 ασθενείς.

Αποτελέσματα: Η κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων πλήρους περιεκτικότητας σε λιπαρά συσχετίστηκε θετικά με τα επίπεδα κοιλιακού λίπους ($\rho=0,258$, $p=0,030$), το δείκτη αντίστασης στην ινσουλίνη HOMA-IR ($\rho=0,273$, $p=0,021$) και το βαθμό ηπατικής ακαμψίας ($\rho=0,323$, $p=0,014$) και αρνητικά με τα επίπεδα HDL χοληστερόλης ($\rho=-0,274$, $p=0,021$) και αδιπονεκτίνης ($\rho=-0,436$, $p<0,001$). Η ανάλυση πολυμεταβλητών μοντέλων ανέδειξε μόνο μια αρνητική συσχέτιση της κατανάλωσης γαλακτοκομικών προϊόντων χαμηλών σε λιπαρά με το δείκτη HOMA-IR ($\beta=-0,314$, $p=0,006$), μετά από διόρθωση για ηλικία, φύλο, ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη, επίπεδα κοιλιακού λίπους και επίπεδα αδιπονεκτίνης. Ωστόσο, δεν αναδείχθηκε κάποια σχέση μεταξύ της συνολικής κατανάλωσης γαλακτοκομικών προϊόντων και των επιμέρους τύπων τους με την πιθανότητα παρουσίας στεατοπατίτιδας.

Συμπεράσματα: Η κατανάλωση άπαχων γαλακτοκομικών προϊόντων σχετίζεται με μειωμένη αντίσταση στην ινσουλίνη, αλλά όχι με την βαρύτητα της NAFLD.

ΠΑ09.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ (NAFLD)

Ναυσικά Τιλελή¹, Μιχαήλ Γεωργούλης¹, Μερόπη Κοντογιάννη¹, Κατερίνα Μαργαρίτη², Ελισάβετ Φραγκοπούλου¹, Ροδέσσα Ζαφειροπούλου², Ντίνα Τνιακού³, Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης⁴

¹ Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

² Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

ΠΑ10.

Ο ΒΑΘΜΟΣ ΥΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟΥΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΜΕΤΑ-ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

Λυδία Τσιριγώτη¹, Καλλιόπη-Άννα Πούλια², Μαρία Δαρεμά³, Νικόλαος Αιτάνης³, Βασιλική Ιατρίδη¹, Μαρία Μαντή¹, Γεώργιος Ζαβός⁴, Ιωάννης Μπολέτης³, Μερόπη Κοντογιάννη¹

¹Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, ² Τμήμα Διατροφής ΓΝΑ «Λαϊκό», ³Νεφρολογικό Τμήμα

και Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Νεφρού ΓΝΑ «Λαϊκό», ⁴Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Νεφρού, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

Εισαγωγή: Δεδομένων των διαιτητικών περιορισμών που περιλαμβάνει η διαχείριση των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο σταδίων 4 και 5, η συμμόρφωση σε υγιεινά διατροφικά πρότυπα όπως αυτό της Μεσογειακής δίαιτας (ΜΔ) είναι συχνά δύσκολη.

Σκοπός: Η εκτίμηση του βαθμού υιοθέτησης της ΜΔ και η συσχέτιση αυτής με την εμφάνιση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων (Hospital Infections, HI) και καθυστερημένης λειτουργίας του μοσχεύματος (Delayed Graft Function, DGF) σε μεταμοσχευμένους νεφροπαθείς κατά την πρώτη μετα-μεταμοσχευτική περίοδο.

Μέθοδος: Πενήντα έξι νεφροπαθείς με μόσχευμα από αποβιώσαντα δότη παρακολούθηθηκαν προοπτικά. Η μακροχρόνια συμμόρφωση στη ΜΔ εκτιμήθηκε μέσω ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων την πρώτη μετα-μεταμοσχευτική εβδομάδα, με το δείκτη MedDietScore. Κατά την ίδια περίοδο συλλέχθηκαν δεδομένα για την εμφάνιση HI και DGF.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 50±12 έτη και 36(64%) νεφροπαθείς ήταν άνδρες. Ο μέσος MedDietScore ήταν 28,0±4,0. Οι ασθενείς που εμφάνισαν HI είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στο δείκτη MedDietScore (25,8±2,5 έναντι 28,4±4,1, $p=0,015$), ενώ ο MedDietScore σχετίστηκε αρνητικά με την εμφάνιση HI, μετά από διόρθωση για το φύλο, την ηλικία, το δείκτη μάζας σώματος καθώς και την παρουσία σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) προμεταμοσχευτικά (ΣΛ= 0,739, 95% ΔΕ: 0,555-0,984). Σημαντική παρέμεινε η παραπάνω συσχέτιση όταν στο πολυμεταβλητό μοντέλο συμπεριλήφθηκε η εμφάνιση ΣΔ μετα-μεταμοσχευτικά (ΣΛ= 0,753, 95% ΔΕ: 0,571-0,992). Καμία σημαντική συσχέτιση δεν βρέθηκε ανάμεσα στον MedDietScore και την εμφάνιση DGF.

Συμπεράσματα: Οι νεφροπαθείς του δείγματος είχαν μετρίου βαθμού υιοθέτηση της Μεσογειακής δίαιτας. Ο βαθμός υιοθέτησης στο πρότυπο αυτό, συσχετίστηκε αρνητικά με την εμφάνιση ενδονοσοκομειακής λοίμωξης μετά τη μεταμόσχευση, λαμβάνοντας υπόψη διάφορους συγχυτικούς παράγοντες.

ΠΑ11.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΣΑΝ ΜΕΣΟ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Ζωή Μπουλούμπαση, Δημήτρης Καραγιάννης, Δημήτρης Κωνσταντίνου, Δημήτρης Μαγγανάς, Σπύρος Δρακόπουλος
Α' Χειρουργική Κλινική – Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Οργάνων, Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», Αθήνα, Τμήμα Διατροφής, Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εισαγωγή: Ο ποσοτισμός πριν από μεγάλες επεμβάσεις κοιλίας αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών, παρατεταμένης διάρκειας νοσηλείας και αύξηση της νοσηρότητας και της θνητότητας

Σκοπός: Η αξιολόγηση της ικανότητας των εργαλείων ανίχνευ-

σης διατροφικού κινδύνου να προβλέπουν τον κίνδυνο μετεγχειρητικών επιπλοκών

Μέθοδος: Μελετήθηκαν 107 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε επεμβάσεις κοιλίας στην Α' χειρουργική κλινική του Ευαγγελισμού. Ως εργαλεία ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου χρησιμοποιήθηκαν τα Nutritional Risk Screening (NRS 2002) και Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). Αξιολογήθηκαν ανθρωπομετρικοί και αιματολογικοί δείκτες, πρόσφατη απώλεια βάρους, σοβαρότητα χειρουργείου, συνοσηρότητα, κακοήθεια, διάρκεια νοσηλείας και μετεγχειρητικές επιπλοκές. Χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την εκτίμηση της προβλεπτικής ικανότητας των μεταβλητών στην ανίχνευση μετεγχειρητικών επιπλοκών

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με το NRS κακή θρέψη εμφανίστηκε σε ποσοστό 56,1%, ενώ σύμφωνα με το MUST τα ποσοστά μέτριας και σοβαρής δυσθρεψίας ήταν 43.9% και 12.1% αντίστοιχα. Από τους 41 ασθενείς που εμφάνισαν επιπλοκές οι 30 (73.1%) είχαν προεγχειρητικά NRS>3 ($p<0,002$). Από την ανάλυση των στοιχείων προέκυψε ότι η κακή θρέψη (OR 3.27), η συνοσηρότητα (OR 2.27), η σοβαρότητα του χειρουργείου (OR 3.72), η διάρκεια νοσηλείας (OR 6.00) και η απώλεια βάρους τους τελευταίους 3 μήνες (OR 2.58) προέβλεψαν σημαντικά τις μετεγχειρητικές επιπλοκές. Το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης που περιελάμβανε μεταβλητές όπως κακή θρέψη (με NRS και MUST), CRP, αλβουμίνη και ολικά λευκώματα, εμφάνισε τη μεγαλύτερη προβλεπτική ικανότητα ως προς τις μετεγχειρητικές επιπλοκές

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι ο κίνδυνος μετεγχειρητικών επιπλοκών μπορεί εύκολα να προβλεφθεί με τα εργαλεία NRS και MUST

ΠΑ12.

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Ευαγγελία Σχοινά¹, Μερóπη Κοντογιάννη¹, Μιχαλίτσα Μακρίδου², Διονυσία Κάκαλου³, Χρυσούλα Βασιλείου³, Ελένη-Ισιδώρα Περδικούρη³, Δέσποινα Νάση³, Ιωάννης Γκιουλιμπασάνης⁴, Χρήστος Παπανδρέου³

¹ Τμήμα Επ. Διαιτολογίας Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

² Αιματολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

³ Ογκολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

⁴ Ογκολογικό Τμήμα, Γενική Κλινική Λάρισας

Εισαγωγή: Ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο πνεύμονα (ΚΠ) και ανώτερου πεπτικού (ΚΑΠ) εμφανίζουν συχνά διαταραχές θρέψης λόγω καρκινικής καχεξίας. Ελλείψεις στην ενεργειακή πρόσληψη και σε θρεπτικά συστατικά σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την έκβαση της νόσου.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της διαιτητικής πρόσληψης ασθενών με μεταστατικό ΚΠ και ΚΑΠ κατά την έναρξη της συστηματικής χη-

μειοθεραπείας και σύγκρισή της με τις υπάρχουσες συστάσεις. Μέθοδος: Καταγράφηκαν πληροφορίες από το ιατρικό ιστορικό και κατά τη διάγνωση μετρήθηκαν το σωματικό βάρος (ΣΒ) και το ύψος των ασθενών. Για τους υπολογισμούς χρησιμοποιήθηκε το διορθωμένο ΣΒ για τους παχύσαρκους και το παρόν για τους υπόλοιπους. Η διαιτητική πρόσληψη εκτιμήθηκε πριν ή κατά τον πρώτο κύκλο χημειοθεραπείας, με τρεις ανακλήσεις 24ώρου. Αποτελέσματα: Συνολικά αξιολογήθηκαν 86 ασθενείς (84,9% άνδρες), ηλικίας $67 \pm 8,6$ ετών. Το 72,1% είχαν μεταστατικό ΚΠ και οι υπόλοιποι μεταστατικό ΚΑΠ. Η μέση ημερήσια πρόσληψη ενέργειας ήταν $26,9 \pm 12,6$ Kcal/KgΣΒ και 62,8% του δείγματος προσλάμβανε <30 Kcal/KgΣΒ/ημέρα. Η μέση πρόσληψη πρωτεΐνης ήταν $1,17 \pm 0,5$ g/KgΣΒ/ημέρα και 37,2% των ασθενών προσλάμβανε <1 g/KgΣΒ. Κανένας από τους ασθενείς δεν κάλυπτε το RDA της βιταμίνης E (μέση πρόσληψη $1,1 \pm 1,4$ IU/ημέρα), το 47,7% των ασθενών δεν κάλυπτε το RDA της βιταμίνης C (μέση πρόσληψη: $114,8 \pm 107,3$ mg/ημέρα) και το 15,1% των ασθενών δεν κάλυπτε το RDA του σεληνίου (μέση πρόσληψη: $105,9 \pm 80,3$ μg/ημέρα). Η μέση πρόσληψη β-καροτενίου ήταν 2625 ± 2860 μg/ημέρα και η μέση πρόσληψη του εικοσιπενταενοϊκού οξέος ήταν $0,07 \pm 0,2$ g/ημέρα. Συμπεράσματα: Σημαντικό ποσοστό ασθενών με μεταστατικό ΚΠ και ΚΑΠ εμφανίζουν μειωμένη ενεργειακή πρόσληψη και ελλείψεις σε μακρο- και μικροθρεπτικά συστατικά ήδη κατά τη διάγνωση της νόσου.

ΠΑ13.

ΒΙΟΔΡΑΣΤΙΚΑ ΜΙΚΡΟΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΟΞΕΙΔΩΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΚΟΡΙΝΘΙΑΚΗΣ ΣΤΑΦΙΔΑΣ

Ειρήνη Α. Παναγοπούλου, Αντωνία Χίου, Βάιος Θ. Καραθάνος
Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Εισαγωγή: Η Κορινθιακή Σταφίδα (*Vitis vinifera* L. var. *Argyrea*) είναι ξηρό φρούτο που αποτελεί συστατικό της Μεσογειακής διατροφής. Παράγεται σχεδόν αποκλειστικά στην Πελοπόννησο και διακρίνεται σε τρεις ποιοτικές υποκατηγορίες: Βοστίτσας, Κορινθίας και Επαρχιακή.

Σκοπός: Η ανάλυση και ο προσδιορισμός βιοδραστικών μικροσυστατικών της Κορινθιακής σταφίδας, η οποία παρά το γεγονός ότι αποτελεί ένα εκ των πλέον δυναμικών εξαγωγικών ελληνικών προϊόντων, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Η Κορινθιακή σταφίδα είναι εθνικό προϊόν αφού το 85% της παγκόσμιας παραγωγής παράγεται στην Ελλάδα.

Υλικό: Δείγματα Κορινθιακής σταφίδας (*V. vinifera* L., var. *Argyrea*) παραγωγής Δυτικής Πελοποννήσου, δύο εσοδειών, παραγωγής 2011-2012 και τριών υποκατηγοριών.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση των περιεχόμενων ολικών φαινολικών συστατικών και ολικών ανθοκυανινών φασματοφωτομετρικά, επιμέρους ανθοκυανινών με χρωματογραφία HPLC. Επίσης, εκτιμήθηκε η επιδεικνυόμενη αντιοξειδωτική

δράση in vitro.

Αποτελέσματα: Το περιεχόμενο σε ολικές ανθοκυανίνες κυμάνθηκε από 205 – 2253 μg ισοδύναμων γλυκοζιτη κυανιδίνης ανά 100 g. Έως και πέντε διαφορετικές ανθοκυανίνες ταυτοποιήθηκαν και ποσοτικοποιήθηκαν σε Κορινθιακή σταφίδα για πρώτη φορά. Το ολικό φαινολικό περιεχόμενο κυμάνθηκε από 152–383 mg ισοδύναμων γαλλικού οξέος/100 g, η αντιοξειδωτική δράση από 116–203 μmol ισοδύναμων Trolox/100 g και η αναγωγική δύναμη από 4.3–42.4 mg ασκορβικού οξέος/100 g.

Συμπεράσματα: Η Κορινθιακή σταφίδα αποτελεί προϊόν πλούσιο σε βιοδραστικά μικροσυστατικά με αντιοξειδωτική δράση και δικαίως κατέχει θέση στη Μεσογειακή διατροφή.

ΠΑ14.

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΣΕ ΒΙΟΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΤΡΟΦΙΜΟ (FETA BAR 50/50)

Μαρία Κανάκη¹, Ειρήνη Μάνθου^{1,2,4}, Καλλιόπη Γεωργακούλη^{2,4}, Χαρίκλεια Κ. Δελή^{2,4}, Δημήτριος Κουρέτας³, Ιωάννης Κουτεντάκης^{2,4,5}, Αθανάσιος Ζ. Τζιαμούρτας^{2,4}

¹Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, ΤΕΙ Θεσσαλίας, Καρδίτσα

²Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα

³Τμήμα Βιοχημείας- Βιοτεχνολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

⁴Ινστιτούτο Έρευνας και Τεχνολογίας Θεσσαλίας (Ι.Ε.Τ.Ε.Θ), Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης (Ε.Κ.Ε.Τ.Α.), Τρίκαλα
⁵School of Sport, Performing Arts and Leisure, Wolverhampton University, Walsall, UK

Εισαγωγή. Τα προϊόντα διατροφής χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη οδηγούν σε ήπια και σταθερή γλυκαιμική απόκριση η οποία επιδρά θετικά σε δείκτες υγείας, στην πρόληψη και αντιμετώπιση χρόνιων μεταβολικών νοσημάτων (Livesey et al., 2008) και ίσως μπορούν να βοηθήσουν στη μεγιστοποίηση της αθλητικής απόδοσης. Σκοπός. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η εκτίμηση του γλυκαιμικού δείκτη βιολεϊτουργικού τροφίμου με πρωτεΐνη ορού τυρογάλακτος και υδατάνθρακες σε ίση αναλογία (Feta Bar 50/50, Eatwalk Hellas). Υλικό-Μέθοδος. Εννέα υγιή άτομα (5 άνδρες, 4 γυναίκες), (ηλικία, 23 ± 3 ετών; ύψος, $176,4 \pm 13,03$ cm; βάρος, $75,8 \pm 17,7$ kg; σωματικό λίπος%, $18,6 \pm 10$) κατανάλωσαν με τυχαία σειρά και με διαφορά επτά ημερών είτε τρόφιμο αναφοράς (υδατικό διάλυμα γλυκόζης περιεκτικότητας 50g), είτε ποσότητα του βιολεϊτουργικού τροφίμου ίσης περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες. Σε κάθε επίσκεψη, λήφθηκαν δείγματα αίματος μετά από 12ωρη νηστεία (0 min) και σε χρόνους 15, 30, 45, 60, 90 και 120min μετά την κατανάλωση του γεύματος. Η συγκέντρωση γλυκόζης μετρήθηκε στο πλάσμα και κατόπιν προσδιορίστηκε ο γλυκαιμικός δείκτης του τροφίμου με τη μέθοδο αυξανόμενης περιοχής πάνω από την καμπύλη (iAUC) και το γλυκαιμικό φορτίο μέσω του τύπου: Γλυκαιμικός δείκτης τροφίμου/100 * g υδατανθράκων τροφίμου. Αποτελέσματα. Ο γλυκαιμικός δείκτης

του βιολετουργικού τροφίμου προσδιορίστηκε 5.18 ενώ το γλυκαιμικό φορτίο μίας μερίδας 70g βρέθηκε να είναι 1.09g glucose equivalents/d. Συμπεράσματα. Το βιολετουργικό τρόφιμο Feta Bar 50/50 κατατάσσεται στα τρόφιμα χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη (<55) και χαμηλού γλυκαιμικού φορτίου (<10) τα οποία αποτελούν πρόσθετα πλεονεκτήματα της κατανάλωσής του τόσο από φυσιολογικούς όσο και από ειδικούς πληθυσμούς.

Livesey G, Taylor R, Hulshof T, Howlett J. (2008). Glycemic response and health--a systematic review and meta-analysis: relations between dietary glycemic properties and health outcomes. *Am J Clin Nutr.* 87(1):258S-268S.

ΠΑ15.

MCT vs. LCT ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ)

Ευσταθία Παπαδά¹, Ανδριάνα Καλιώρα², Αριστέα Γκιοξάρη², Απόστολος Παπαδόνης³, Alastair Forbes¹

¹Centre for Gastroenterology and Clinical Nutrition, Rockefeller Building, University College London, Gower Street, London, WC1E 6BT, UK

²Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Λεωφόρος Ελ. Βενιζέλου 70, 17671, Καλλιθέα, Αθήνα, Ελλάδα

³Πειραματικό-Ερευνητικό Κέντρο, Φαρμακευτική Εταιρεία ELPEN, Πικέρμι Αττικής, Ελλάδα

Εισαγωγή: Ο ρόλος της εντερικής σίτισης στην αντιμετώπιση της ΙΦΝΕ κρίνεται σημαντικός, καθώς μάλιστα οι φαρμακευτικές αγωγές που εφαρμόζονται έχουν πολλές και διαφορετικές παρενέργειες. Το είδος του διαιτητικού λίπους στην εντερική διατροφή παραμένει υπό διερεύνηση.

Σκοπός: Η αξιολόγηση δύο ισοενεργειακών στοιχειακών σκευασμάτων διαφορετικού λιπιδικού περιεχομένου σε ζωικό πρότυπο χημικής κοιλίτιδας που μιμείται την ΙΦΝΕ.

Υλικό: Σαράντα πέντε αρσενικοί αρουραίοι τύπου Wistar διαχωρίστηκαν σε 5 ομάδες: Α) ομάδα ελέγχου, Β) ομάδα χημικής κοιλίτιδας, C) ομάδα χημικής κοιλίτιδας+δίαιτα πλούσια σε τριγλυκερίδια μακράς αλυσού (LCT), D) ομάδα χημικής κοιλίτιδας+δίαιτα πλούσια σε τριγλυκερίδια μέσης αλυσού (MCT), E) ομάδα χημικής κοιλίτιδας+ινφλιξιμάμπη.

Μέθοδος: Η χημική κοιλίτιδα προκλήθηκε με ενδοκοιλιακή έγχυση 2,4,6-τρινιτροβενζολοσουλφονικού οξέος. Η διαιτητική αγωγή διήρκεσε 12 ημέρες πριν και 4 ημέρες μετά την επαγωγή της κοιλίτιδας οπότε τα πειραματόζωα θυσιάστηκαν. Δείγματα παχέος εντέρου παρελήφθησαν προς αξιολόγηση της ιστικής βλάβης, του οξειδωτικού στρες και της φλεγμονής.

Αποτελέσματα: Η πλούσια σε MCT δίαιτα μείωσε σημαντικά τα επίπεδα των IL-6, IL-8, ICAM-1 και τη δραστηριότητα της τρανσφεράσης της γλουταθειόνης (GST) ($p < 0.05$). Η πλούσια

σε LCT δίαιτα μείωσε σημαντικά μόνο τα επίπεδα των ICAM-1 και GST ($p < 0.05$). Καμία από τις δύο δεν επηρέασε σημαντικά τα επίπεδα της IL-10. Η ινφλιξιμάμπη μείωσε σημαντικά τα επίπεδα των IL-8, ICAM-1 και GST ($p < 0.05$). Καμία σημαντική διαφορά δεν ανιχνεύθηκε στα επίπεδα της μηλονικής διαλδεύδης.

Συμπεράσματα: Μία δίαιτα πλούσια σε MCT φαίνεται να ασκεί ισχυρότερη αντιφλεγμονώδη δράση από μια δίαιτα πλούσια σε LCT σε ζωικό πρότυπο χημικής κοιλίτιδας. Περαιτέρω διερεύνηση απαιτείται για την αναγωγή των αποτελεσμάτων στον ανθρώπινο οργανισμό.

ΠΑ16.

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕ ΚΟΡΙΝΘΙΑΚΗ ΣΤΑΦΙΔΑ (ΒΟΣΤΙΤΣΑ) ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΚΟΥΝΕΛΙΑ NEW ZEALAND WHITE

Αμαλία Ε. Γιάννη¹, Βησσαρίων Ευθυμίου¹, Παύλος Λελλόβας², Ελένη Ιωαννίδη¹, Νίκος Κωστομυτσόπουλος², Βάϊος Καραθάνος¹

¹ Εργαστήριο Χημείας-Βιοχημείας-Φυσιολογίας Τροφίμων, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

² Μονάδα Ζωικών Προτύπων, Κέντρο Πειραματικής Χειρουργικής, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή Η Κορινθιακή σταφίδα (VC) είναι ξηρό φρούτο που καλλιεργείται στη Νότια Ελλάδα για εκατοντάδες χρόνια. Μελέτες έδειξαν ότι είναι πλούσια σε αντιοξειδωτικά συστατικά και έχει ευεργετικές ιδιότητες για την ανθρώπινη υγεία.

Σκοπός Να διερευνηθεί η επίδραση της κατανάλωσης VC σε βιοχημικές παραμέτρους και δείκτες οξειδωτικού στρες υπερχοληστερολαιμικών κουνελιών.

Υλικό και Μέθοδος Μελετήθηκαν 28 αρσενικά λευκά κουνέλια Νέας Ζηλανδίας (~2,5 μηνών και ~3kg) για 8 εβδομάδες. Τα ζωικά πρότυπα μοιράστηκαν σε 4 ομάδες (n=7 έκαστη) στις οποίες χορηγήθηκε: δίαιτα εμπλουτισμένη με 0,5% χοληστερόλη (Chol), ή ίδια δίαιτα και ταυτόχρονα 10% VC (Chol+VC10%), ή τυπική δίαιτα (Normal) ή τυπική δίαιτα και 10% VC (Normal+VC10%). Αιμοηπίσεις διενεργήθηκαν στις 0, 4 και 8 εβδομάδες. Σε ορό/πλάσμα προσδιορίστηκαν η TC, η LDLC και η HDLC, οι TAG, η γλυκόζη, η γGT, η AST, η ALT και οι ενώσεις που αντιδρούν με το θειοβαρβιτουρικό οξύ (TBARS).

Αποτελέσματα Το σωματικό βάρος αυξήθηκε ($P < 0,05$) σε όλες τις ομάδες ($P > 0,05$). Η TC, η LDLC και η HDLC αυξήθηκαν ($P < 0,05$) στις ομάδες Chol και Chol+VC10% ($P > 0,05$ μεταξύ των δύο ομάδων). Η γλυκόζη, οι TAG, η γGT και η ALT δεν επηρεάστηκαν ενώ η AST αυξήθηκε στην ομάδα Chol κατά τη διάρκεια της παρέμβασης ($P < 0,05$). Οι TBARS αυξήθηκαν ($P < 0,05$) στις Chol και Chol+VC10% λαμβάνοντας υψηλότερες τιμές στην ομάδα Chol ($P < 0,05$ μεταξύ των δύο ομάδων) την 8η εβδομάδα.

Συμπεράσματα Η χορήγηση Κορινθιακής σταφίδας σε ζωικά πρό-

τυπα κατά τη διάρκεια παρατεταμένης υπερχοηστερολαιμίας περιόρισε την αύξηση του οξειδωτικού στρες και της AST, χωρίς να επηρεάζει τη συγκέντρωση της γλυκόζης και το σωματικό βάρος.

ΠΑ17.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΘΗΚΗΣ ΚΑΝΕΛΛΑΣ ΣΤΗ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Χρήστος Λιάσκος¹, Καλλιόπη Άννα Πούλια², Βασιλική Αργιανά¹, Δέσποινα Περρέα³, Αλέξανδρος Κόκκινος¹, Σταύρος Λιάτσης¹

¹Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα

²Τμήμα Διατροφής, ΓΝΑ Λαϊκό

³Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας «Ν.Σ. Χρηστέας», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή: Η κανέλλα θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί επικουρικά στη βελτίωση της γλυκαιμίας σε διαβητικούς ασθενείς, δεδομένου ότι η μακροχρόνια κατανάλωσή της μπορεί να βελτιώσει την ινσουλινοευαισθησία και να μειώσει τα επίπεδα γλυκόζης νηστείας.

Σκοπός: Η μελέτη της επίδρασης της κανέλλας στα μεταγευματικά επίπεδα γλυκόζης σε άτομα με διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2), όταν αυτή προστίθεται σε υδατανθρακούχο χυμό.

Υλικά και μέθοδοι: Στην μελέτη συμμετείχαν 13 ασθενείς με ΣΔ2 (4 γυναίκες: 9 άνδρες, ηλικίας: 58.5±11.2 έτη, ΔΜΣ: 30.2±5.1 kg/m², HbA1c: 6.2±0.3%). Οι ασθενείς έπρεπε είτε να μη λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για το διαβήτη ή να λαμβάνουν μικρή δόση μονοθεραπείας με μετφορμίνη (81g ημερησίως) και να έχουν HbA1c<7.5%. Οι ασθενείς έλαβαν τρία διαφορετικά πρωινά σε διάστημα 10 ημερών, μετά από 12ωρη νηστεία. Σε κάθε επίσκεψη καλούνταν να καταναλώσουν το ίδιο υδατανθρακούχο γεύμα (χυμός μήλου), (α) χωρίς κανέλλα ή ακαρβόζη, (β) με 2g κανέλλας και (γ) με λήψη 50 mg ακαρβόζης. Δείγματα αίματος λαμβάνονταν σε κατάσταση νηστείας και 30', 60', 90' και 120' μεταγευματικά. Μετρήθηκαν τα επίπεδα γλυκόζης στον ορό και υπολογίστηκε το εμβαδόν υπό την καμπύλη της γλυκόζης (AUC).

Αποτελέσματα: Το AUC ήταν στατιστικά μειωμένο με την προσθήκη 2g κανέλλας στο χυμό (AUCκανέλλα: 4213.75±1682.58 mg/dl vs AUCχυμός: 5451.88±1842.99 mg/dl, p=0.006). Η μεταγευματική γλυκαιμία μετά την χορήγηση κανέλλας και ακαρβόζης δεν ήταν στατιστικά σημαντική (AUCκανέλλα: 4213.75±1682.58 mg/dl vs AUCακαρβόζη: 5539.82±2087.68 mg/dl, p=0.096). Η μεταγευματική γλυκαιμία δεν είχε διαφορά μετά τη χορήγηση ακαρβόζης (AUCακαρβόζη: 5539.82±2087.68 mg/dl vs AUCχυμός: 5451.88±1842.99 mg/dl, p=0.85).

Συμπεράσματα: Η κανέλλα μειώνει τη μεταγευματική γλυκαιμία όταν προστίθεται σε υδατανθρακούχο χυμό σε διαβητικούς ασθενείς.

ΠΑ18.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

Αιμιλία Παπακωνσταντίνου¹, Ιωάννα Κεχριμπάρη², Νατάσσα Χατζηλεωνίδα¹, Δήμητρα Βασιλειάδη³, Παναγιώτα Μήτρου³, Βασιλική Φραγκάκη³, Εκάβη Ν. Γεωργουσοπούλου², Αντώνης Ζαμπέλας¹, Τζώρτζης Νομικός², Ευτύχης Τρακάκης³, Μερόπη Κοντογιάννη², Γεώργιος Δημητριάδης³

¹Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

³Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

Εισαγωγή: Η επίδραση της συχνότητας γευμάτων στο γλυκαιμικό έλεγχο γυναικών με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (ΣΠΩ), δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς.

Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης ισοενεργειακής δίαιτας με τρία ή έξι γεύματα στο γλυκαιμικό έλεγχο γυναικών με ΣΠΩ.

Υλικά: Σαράντα γυναίκες με ΣΠΩ, ηλικίας 27±6 έτη, φυσιολογικού σωματικού βάρους (n=20) και υπέρβαρες/παχύσαρκές (n=20).

Μέθοδος: Η μελέτη είχε τυχαιοποιημένο, διασταυρούμενο σχεδιασμό διάρκειας 6 μηνών. Οι εθελόντριες κατανάλωσαν δίαιτα τριών ή έξι γευμάτων (σύσταση:40% υδατάνθρακες,25% πρωτεΐνες,35% λίπος) και στόχο τη διατήρηση του σωματικού βάρους.

Κάθε παρέμβαση διήρκεσε 3 μήνες. Το σωματικό βάρος, οι περιμετροί μέσος/ισχίων και η διαιτητική πρόσληψη, αξιολογούνταν κάθε 2 εβδομάδες. Στην έναρξη και τέλος κάθε παρέμβασης εκτιμήθηκαν σε κατάσταση νηστείας η γλυκόζη, ινσουλίνη και λιπίδια, καθώς και οι μεταγευματικές αποκρίσεις γλυκόζης/ινσουλίνης.

Αποτελέσματα: Το 49% των γυναικών ανέφεραν θετικό οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου2 και 58% είχαν υπερινσουλιναίμια. Το σωματικό βάρος παρέμεινε σταθερό καθόλη τη διάρκεια της παρέμβασης. Η κατανάλωση 6 γευμάτων συνδυάστηκε με αύξηση της μεταγευματικής ινσουλινοευαισθησίας (δείκτης Matsuda) συγκριτικά με τα 3 γεύματα (p=0.012), ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, ΔΜΣ και βαθμού προσκόλλησης στη Μεσογειακή Δίαιτα. Η μεταγευματική ινσουλινοευαισθησία αυξήθηκε σημαντικά σε όλες τις γυναίκες με τα 6 γεύματα, εντούτοις η αύξηση ήταν σημαντικά υψηλότερη σε εκείνες που είχαν μεγαλύτερη ινσουλινοευαισθησία κατά την έναρξη. Καμία διαφορά ανάμεσα στις δύο παρεμβάσεις δεν παρατηρήθηκε στη γλυκόζη και ινσουλίνη νηστείας, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, δείκτη HOMA-IR και λιπίδια ορού. **Συμπεράσματα:** Δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες με κατανομή θερμίδων και υδατανθράκων σε 6 γεύματα αυξάνει σημαντικά τη μεταγευματική ινσουλινοευαισθησία, συγκριτικά με 3 γεύματα, σε γυναίκες με ΣΠΩ.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας – Διατροφής Τόμος 4 – Συμπλήρωμα 1, Σελίδες 48-60

ΑΑ01.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΒΙΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΕΚΧΥΛΙΣΜΑΤΩΝ ΚΟΛΟΚΥΘΟΣΠΟΡΟΥ ΣΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ PC-3

Μαρία Σκυριανού¹, Μαριάννα Ξανθοπούλου¹, Χάρης Πρατσίνης², Δημήτρης Κλέτσας², Σμαραγδή Αντωνοπούλου¹, Τζώρτζης Νομικός¹, Ρωξάνη Τέντα¹

¹.Εργαστήριο Βιολογίας, Βιοχημείας και Φυσιολογίας του Ανθρώπου και των Μικροοργανισμών, Τμήμα Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

².Εργαστήριο Κυτταρικού Πολλαπλασιασμού και Γήρανσης, Ινστιτούτο Βιολογίας NCSR «Δημόκριτος», Αθήνα

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου κακοήθους αιτιολογίας στους άντρες και, εκτός από το γενετικό υπόβαθρο, η διατροφή αποτελεί έναν από τους παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνισή του.

Σκοπός: Η διερεύνηση βιοδραστικών εκχυλισμάτων κολοκυθόσπορου ως προς την πιθανή χημειοπροστατευτική δράση τους στην ανδρογόνο-ανεξάρτητη ανθρώπινη προστατική καρκινική σειρά PC-3.

Υλικό: Εκχυλίσματα κολοκυθόσπορου παρελήφθησαν με διαφορετικές μεθόδους εκχύλισης και τα κλάσματα που προέκυψαν δοκιμάστηκαν στα κύτταρα PC-3.

Μέθοδος: Χορηγήθηκαν τα εκχυλίσματα αυτά και μελετήθηκε η δράση τους στον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και στον κυτταρικό κύκλο των κυττάρων PC-3, με δόσο- και χρόνο- εξαρτώμενο τρόπο. Τέλος μετρήθηκε η δραστηριότητα της γλυουταθειόνης και της υπεροξειδάσης της γλυουταθειόνης.

Αποτελέσματα: Όλα τα εκχυλίσματα που μελετήθηκαν ανέστειλαν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό των κυττάρων PC-3 με δόσο-εξαρτώμενο τρόπο. Οι πιο δραστικές ενώσεις επιλέχθηκαν για περαιτέρω μελέτη. Ο κυτταρικός κύκλος έδειξε, ότι το λιπιδικό κλάσμα του κολοκυθόσπορου προκάλεσε μια μικρή αύξηση της κατανομής των κυττάρων στη φάση S. Τέλος από τη μέτρηση δραστηριότητας της γλυουταθειόνης βρέθηκε ότι όλα τα εκχυλίσματα προκάλεσαν μια μικρή αύξηση της γλυουταθειόνης ενώ δεν ανιχνεύτηκε, σε μετρήσιμα επίπεδα, δραστηριότητα της υπεροξειδάσης γλυουταθειόνης.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα εκχυλίσματα του κολοκυθόσπορου έχουν άμεση επίδραση στην αναστολή του πολλαπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων του προστάτη και ενδέχεται να συμβάλουν, επικουρικά, στη θεραπεία ασθενών με καρκίνο προστάτη.

ΑΑ02.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΒΙΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΕΚΧΥΛΙΣΜΑΤΩΝ ΛΕΥΚΟΥ ΚΑΙ ΚΟΚΚΙΝΟΥ ΚΡΑΣΙΟΥ ΣΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ PC-3

Μαρία Σκυριανού¹, Μαριάννα Ξανθοπούλου¹, Χάρης Πρατσίνης²,

Δημήτρης Κλέτσας², Σμαραγδή Αντωνοπούλου¹, Ελισάβετ Φραγκοπούλου¹, Ρωξάνη Τέντα

¹.Εργαστήριο Βιολογίας, Βιοχημείας και Φυσιολογίας του Ανθρώπου και των Μικροοργανισμών, Τμήμα Διαιτολογίας– Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

².Εργαστήριο Κυτταρικού Πολλαπλασιασμού και Γήρανσης, Ινστιτούτο Βιολογίας NCSR «Δημόκριτος», Αθήνα

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου κακοήθους αιτιολογίας στους άντρες και, εκτός από το γενετικό υπόβαθρο, η διατροφή αποτελεί έναν από τους παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνισή του.

Σκοπός: Η διερεύνηση βιοδραστικών εκχυλισμάτων λευκού και κόκκινου κρασιού ως προς την πιθανή χημειοπροστατευτική δράση τους στην ανδρογόνο-ανεξάρτητη ανθρώπινη προστατική καρκινική σειρά PC-3.

Υλικό: Εκχυλίσματα λευκού κρασιού (ποικιλία Ρομπόλα), κόκκινου κρασιού (ποικιλία Cabernet Sauvignon) παρελήφθησαν με διαφορετικές μεθόδους εκχύλισης και τα κλάσματα που προέκυψαν δοκιμάστηκαν στα κύτταρα PC-3.

Μέθοδος: Χορηγήθηκαν τα εκχυλίσματα αυτά καθώς και πρότυπες ενώσεις και μελετήθηκε η δράση τους στον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και στον κυτταρικό κύκλο των κυττάρων PC-3, με δόσο- και χρόνο- εξαρτώμενο τρόπο. Τέλος μετρήθηκε η δραστηριότητα της γλυουταθειόνης και της υπεροξειδάσης της γλυουταθειόνης.

Αποτελέσματα: Όλα τα εκχυλίσματα που μελετήθηκαν ανέστειλαν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό των κυττάρων PC-3 με δόσο-εξαρτώμενο τρόπο. Οι πιο δραστικές ενώσεις επιλέχθηκαν για περαιτέρω μελέτη. Ο κυτταρικός κύκλος έδειξε, ότι τα δύο εκχυλίσματα λευκού και κόκκινου κρασιού, προκάλεσαν μια μικρή αύξηση της κατανομής των κυττάρων στη φάση S, ενώ η ρεσβερατρόλη, αύξησε την κατανομή των κυττάρων στη φάση G0/G1. Τέλος από τη μέτρηση δραστηριότητας της γλυουταθειόνης βρέθηκε ότι όλα τα εκχυλίσματα εκτός από την οργανική φάση του λευκού κρασιού (FIIA) προκάλεσαν μια μικρή αύξηση της γλυουταθειόνης ενώ δεν ανιχνεύτηκε, σε μετρήσιμα επίπεδα, δραστηριότητα της υπεροξειδάσης γλυουταθειόνης.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα εκχυλίσματα του κρασιού έχουν άμεση επίδραση στην αναστολή του πολλαπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων του προστάτη και ενδέχεται να συμβάλουν, επικουρικά, στη θεραπεία ασθενών με καρκίνο προστάτη.

ΑΑ03.

ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΚΡΑΣΙΟΥ ΣΤΗΝ ΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΟΞΕΙΔΑΣΗΣ ΤΗΣ ΓΛΟΥΤΑΘΕΙΟΝΗΣ

Δήμητρα Στρατίκη, Μαριάννα Ν. Ξανθοπούλου, Κωνσταντία Καλαθάρη, Καλλιόπη Αραμπατζή, Σμαραγδή Αντωνοπούλου, Ελισάβετ Φραγκοπούλου

Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Εισαγωγή: Η μεταγευματική κατάσταση χαρακτηρίζεται από αυξημένο οξειδωτικό στρες το οποίο συνδέεται με μια πληθώρα ασθενειών όπως η αθηροσκλήρωση. Ένας από τους αμυντικούς μηχανισμούς που διαθέτει ο οργανισμός περιλαμβάνει τη δράση αντιοξειδωτικών ενζύμων όπως η υπεροξειδάση της γλυουταθειόνης.

Σκοπός: Η μελέτη της επίδρασης της κατανάλωσης δύο τύπων κρασιού παράλληλα με γεύμα στην υπεροξειδάση της γλυουταθειόνης.

Υλικό: Στη μελέτη συμμετείχαν δέκα υγιείς μη καπνίζοντες άντρες φυσιολογικού βάρους 31 ± 4 ετών.

Μέθοδος: Συμμετείχαν σε 4 παρεμβάσεις που περιλάμβαναν την κατανάλωση τυποποιημένου γεύματος (λίπος=53%) παράλληλα με 4ml/kg σωματικού βάρους νερό ή υδατικό διάλυμα αιθανόλης ή Ρομπόλα ή Cabernet Sauvignon. Συλλήχθηκαν δείγματα αίματος πριν, αμέσως μετά την κάθε παρέμβαση και σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές για τις επόμενες έξι ώρες. Μετρήθηκε η δραστηριότητα της υπεροξειδάσης της γλυουταθειόνης στον ορό (GPx-3) και σε ομογενοποίηση λευκοκυττάρων (GPx-LRP).

Αποτελέσματα: Η δραστηριότητα της GPx-3 και της GPx-LRP δεν διέφερε μεταξύ των τεσσάρων παρεμβάσεων. Στις επιμέρους συσχετίσεις παρατηρήθηκε αύξηση της δραστηριότητας του ενζύμου στον ορό στην παρέμβαση με αιθανόλη συγκριτικά με το νερό στα 60 λεπτά που φαίνεται να μετριάζεται στις παρεμβάσεις με το κρασί. Η δραστηριότητα της GPx-LRP στην παρέμβαση με το Cabernet Sauvignon παρουσιάζει τάση μείωσης στα μικρά χρονικά διαστήματα, ενώ στην παρέμβαση με τη Ρομπόλα παρουσιάζει τάση αύξησης σε μεγαλύτερες χρονικές στιγμές.

Συμπεράσματα: Η αντιοξειδωτική δράση των κρασιών μεταγευματικά μπορεί να οφείλεται μερικώς στην επίδραση των μικροστατικών τους στο ένζυμο GPx.

AA04.

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΨΗΛΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΩΜΕΓΑ-3 ΛΙΠΑΡΩΝ ΟΞΕΩΝ, ΚΟΡΤΙΖΟΝΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παρασκευή Ντετοπούλου, Βασίλειος Παπαμίκος
Τμήμα διατροφής, ΓΝΑ Κοργιαλένιο Μπενάκειο, Αθήνα

Εισαγωγή: Τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα ασκούν πληθώρα φυσιολογικών δράσεων, όπως μείωση τριγλυκεριδίων, φλεγμονής, βελτίωση του ανοσοποιητικού και αντιθρομβωτικές επιδράσεις.

Σκοπός: Σκοπός είναι η μελέτη της περίπτωσης ενός ερασιτέχνη αθλητή 60 ετών που κατανάλωνε μεγάδωση λιπαρών οξέων καθημερινά από συμπληρώματα διατροφής για ένα χρόνο και νοσηλεύτηκε με αιμορραγία γαστρεντερικού μετά από λήψη κορτιζόνης και αντιβίωσης.

Μέθοδος: Έγινε λήψη ιατρικού, διαιτολογικού ιστορικού και πραγματοποιήθηκαν γαστροσκόπηση και βιοψία. Συλλήχθηκαν δεδομένα κατά την εισαγωγή, δόθηκαν διατροφικές οδηγίες και ο ασθενής επανεξετάστηκε σε 4 μήνες.

Αποτελέσματα: Η γαστροσκόπηση έδειξε έλκος δωδεκαδακτύλου και η βιοψία ότι δεν υπήρχε *H.Pylori*. Από το διαιτολογικό ιστορικό

φάνηκε ότι λάμβανε ω-3 λιπαρά οξέα, λινέλαιο, αλόη, σπιρουλίνα, σκόνη τριαντάφυλλου, ιπποφαές, χλωρέλλα και μαγιά μπίρας. Η υπολογιζόμενη δόση ω-3 λιπαρών οξέων από α-λινολενικό και ω-3 μακράς αλυσού ήταν περίπου 20 g/ημέρα. Επίσης ανέφερε περπάτημα 5 ωρών την ημέρα. Συστήθηκε διακοπή όλων των συμπληρωμάτων και δόθηκε φαρμακευτική αγωγή για το έλκος. Κατά την επανεξέταση φάνηκε πλήρης επούλωση αυτού.

Συμπεράσματα: Παρά την πιθανή γαστρο-προστατευτική δράση των ωμέγα-3 λιπαρών οξέων σε πειραματόζωα η σύγχρονη λήψη τους με κορτιζόνη και αντιβίωση οδήγησε σε έλκος και αιμορραγία πεπτικού. Αυτό μπορεί να οφείλεται (i) στη μεγάδωση ωμέγα-3 λιπαρών οξέων και την αντιθρομβωτική τους δράση, (ii) στο γεγονός ότι η κορτιζόνη αυξάνει την οξειδωση τους και μπορεί να τα καταστήσει προ-φλεγμονώδη, (iii) σε άλλα αντι-θρομβωτικά μικροστατικά που περιλαμβάνονται στα συμπληρώματα και τη διατροφή του αθλητή και (iv) σε διαφορές στην πήξη και ινωδόλυση στα προπονημένα άτομα. Η πιθανή αλληλεπίδραση της κορτιζόνης και των ωμέγα-3 λιπαρά οξέα χρήζει διερεύνησης.

AA05.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΗΣ ΓΕΝΙΑΣ ΤΩΝ 700 ΕΥΡΩ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ

Χρύσω Πατσαλίδου¹, Μαριέλλα Ανδρέου Ηλία¹, Άννα Μαρία Μαρκάκη², Λένα Μπορμπουδάκη³

¹ Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Παράρτημα Σητείας, ΑΤΕΙ Κρήτης

² Ψυχολόγος, MPH, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

³ Οικονομολόγος Υγείας, MPH, Υποψήφια Διδάκτωρ Τμήματος Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας, Παράρτημα Σητείας, ΑΤΕΙ Κρήτης

Εισαγωγή: Η εισοδηματική κατάσταση ως ένας από τους σημαντικότερους δείκτες του κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου σχετίζεται με διαφορές στις συμπεριφορές υγείας, συμπεριλαμβανομένου των διατροφικών συνθηκών.

Σκοπός: Η μελέτη των διατροφικών συνθηκών πληθυσμού της Κρήτης και η συγκριτική ανάλυση των διατροφικών συνθηκών ατόμων που ανήκουν σε ομάδα χαμηλού οικονομικού επιπέδου (<700 ευρώ) με άτομα υψηλότερης εισοδηματικής κλίμακας. Επίσης, η μέτρηση του άγχους και η συγκριτική ανάλυση ανά εισοδηματική κατηγορία.

Υλικό-Μέθοδος: Το υπό μελέτη δείγμα επιλέχθηκε με απλή τυχαία δειγματοληψία και αποτελείται από 95 ενήλικες 25-40 ετών που διαβιούν στην πόλη της Σητείας. Η άντληση των δεδομένων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίων δημογραφικών στοιχείων και διατροφικής αξιολόγησης (Food Frequency Questionnaire) σε άτομα με μηνιαίο εισόδημα <700 ευρώ και η σύγκριση αυτών με άτομα που ανήκουν σε υψηλότερη οικονομική κλίμακα (700-1000 ευρώ, >1000 ευρώ). Τα επίπεδα άγχους μετρήθηκαν με τη χρήση σταθμισμένου ερωτηματολογίου (Spielberger STAIT/STATE). Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε

από το Σεπτέμβριο του 2011 έως το Φεβρουάριο του 2012.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε υψηλός βαθμός συμμόρφωσης του πληθυσμού-στόχου στο μεσογειακό-κρητικό διατροφικό πρότυπο. Αυτό επαληθεύεται από την αυξημένη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, άπαχου κρέατος και τροφών υψηλών σε φυτικές ίνες, βασικά τρόφιμα του μεσογειακού προτύπου. Επίσης, παρατηρήθηκε μειωμένη κατανάλωση τροφίμων που περιέχουν υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη και κορεσμένα λιπαρά.

Η εισοδηματική κατάσταση που εμπίπτει στους ευρύτερους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που καθορίζουν τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων, φαίνεται να μην επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη διατροφή του υπό μελέτη δείγματος. Ωστόσο παρατηρήθηκαν μέτρια επίπεδα άγχους στο γενικότερο πληθυσμό και θετική συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος και στο εισόδημα, με τα άτομα χαμηλότερου εισοδήματος να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους.

Συμπεράσματα: Απαραίτητη κρίνεται η εφαρμογή παρεμβάσεων εθνικής πολιτικής, με σκοπό την άμβλυση των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων και την προαγωγή της υγιεινής διατροφής.

AA06.

BREAKFAST INTAKE IS ASSOCIATED WITH FOUR OBESITY INDEXES, MEDITERRANEAN DIET ADHERENCE, SERUM IRON AND FASTING GLUCOSE: THE CYFAMILIES STUDY

Chrystalleni Lazarou¹, Antonia-Leda Matalas²

¹. Cyprus Food and Nutrition Museum, Nicosia, Cyprus

². Department of Dietetics and Nutrition, Harokopio University, Athens, Greece

Background & Aims: Breakfast intake is considered an essential characteristic of a healthy diet being associated with healthy lifestyles, cardiovascular health and increased physical activity. We aimed to assess the association of breakfast intake to Mediterranean diet adherence, physical activity levels, obesity, selected cardiovascular risk markers and iron status.

Methods: Eighty three Cypriot children (9.2 ± 1.7 years) were studied. Body mass index (BMI), body fat percentage (BF%) and waist circumference (WC) were assessed. Physical activity was assessed using a pedometer and diet quality was evaluated by applying the KIDMED index. Blood tests to assess blood lipids, hs-CRP, fasting glucose, serum iron and ferritin, as well as hemoglobin, were performed.

Results: Regular breakfast eaters were 1.4 times more likely to have a KIDMED score higher by one point on average [OR= 1.41; 95% CI(1.08-1.85)], and by 14% less likely to have a BF% value increased by one unit, BMI and WC. The relationship was significantly strengthened when combining BF% and WC into a composite obesity index [OR= 0.20; 95% CI (0.06-0.69)]. Fasting glucose inversely correlated with breakfast intake, in descriptive analyses, whereas serum iron was positively correlated to breakfast intake after considering age, gender

and diet quality. The relationship disappeared after considering physical activity levels.

Conclusions: Cypriot children who are regular breakfast consumers have higher adherence to Mediterranean diet, higher serum iron concentrations, lower obesity indexes and fasting glucose. Public health professionals, educators and parents should prioritize on actions that will motivate children to regularly eat breakfast.

AA07.

ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΣΧΟΛΕΙΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΟΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Χριστιάνα Παυλίδου¹, Ηλίας Γιασεμής², Αθανάσιος Βοζίκης³, David N. Cooper⁴, Δημήτριος Νοταράς⁵, Γεώργιος Π. Πατρινός¹

¹. Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Φαρμακευτικής, Ρίο Πάτρα

². 2ο Γενικό Λύκειο Αλίμου, Ελευθερίου Βενιζέλου 4, Άλιμος, Αθήνα.

³. Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα Οικονομικών, Πειραιάς

⁴. Institute of Medical Genetics, School of Medicine, Cardiff University, Cardiff University School of Medicine, Cardiff, United Kingdom

⁵. Εκπαιδευτήρια Γείτονα, Αθήνα

Εισαγωγή: Η διατροφογονιδιωματική είναι μια αναδυόμενη επιστήμη που στοχεύει στην διερεύνηση της συσχέτισης της γενετικής σύστασης ενός ατόμου με την διατροφική του πρόσληψη καθώς και τον τρόπο που επηρεάζεται η γονιδιακή έκφραση. Η διατροφογονιδιωματική επιχειρεί να ενώσει τις 3 τεχνολογίες των -omics, τα γνωστά ως metabolomics, transcriptomics και proteomics. **Σκοπός- υλικό- Μέθοδος:** Για τους σκοπούς αυτής της μελέτης, συλλέχθηκαν 375 ερωτηματολόγια από δύο σχολεία, ένα ιδιωτικό και ένα δημόσιο στην Αθήνα, ώστε να αξιολογηθούν οι απόψεις και οι γνώσεις των μαθητών σχετικά με την διατροφογονιδιωματική. Για να πραγματοποιήσουμε την στατιστική ανάλυση, χρησιμοποιήσαμε το πρόγραμμα SPSS 18.0. **Αποτελέσματα:** Η μεγαλύτερη πλειοψηφία των μαθητών του λυκείου γνώριζαν την ύπαρξη του DNA (97.5% και 97.1% για το δημόσιο και το ιδιωτικό σχολείο αντίστοιχα) και το γενετικό υλικό (90.6% και 93.2% για το δημόσιο και το ιδιωτικό σχολείο αντίστοιχα; p=0.032). Τουλάχιστον τα 2/3 των ατόμων που απάντησαν (68.8% για το δημόσιο και 62.4% για το ιδιωτικό σχολείο) είχαν την άποψη ότι το σωματικό τους βάρος σχετιζόταν με τα γονίδια τους. Περισσότερο από 70% του συνολικού δείγματος (76.1% μαθητές του δημόσιου σχολείου, 77.2% μαθητές του ιδιωτικού σχολείου) θεωρούν ότι υπάρχει μια σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας και των γονιδίων ενός ατόμου. **Συμπεράσματα:** Συμπεραίνουμε ότι χρειάζεται περισσότερη ενημέρωση όλων των ηλικιακών ομάδων πάνω στη γενετική ανάλυση και ιδιαίτερα στην ανάλυση της διατροφογονιδιωματικής. Η συνταγογράφηση και παραπομπή για διατροφογονιδιωματική ανάλυση ιδανικά θα πρέπει να γίνεται από τον ιατρό και τον διαιτολόγο, όπως φάνη-

κε από τους συμμετέχοντες και στις δύο μελέτες που διενεργήσαμε (προηγούμενη μελέτη στο γενικό πληθυσμό). Αυτό δίνει έμφαση στο γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι σε θέση να ερμηνεύουν τα αποτελέσματα του γενετικού τεστ στους ενδιαφερόμενους ασθενείς/άτομα. Συνοψίζοντας, η διατροφολογική διαβίωση είναι μια επιστήμη που έχει πολλές προοπτικές ώστε να βελτιστοποιήσει την υγεία και διατροφή αθλητών και να μειώσει τα κόστη της υγειονομικής περίθαλψης. Όλο αυτό συνοδεύεται από πολλές ερωτήσεις περί ηθικής που πρέπει να εξεταστούν πριν εφαρμοστεί η διατροφολογική στην ιατρική πράξη.

Λέξεις- κλειδιά: Γενετική, διατροφολογική, γενετική επίγνωση, DNA, μαθητές λυκείου, ερωτηματολόγια.

AA08.

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΦΡΟΥΤΩΝ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Ειρήνη Μπαθρέλλη, Μαρία Γιαννακούλια

Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας- Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Εισαγωγή: Οι επιτυχείς σχολικές παρεμβάσεις για την αύξηση της κατανάλωσης φρούτων από τους μαθητές έχει αποδειχθεί ότι δεν στηρίζονται αποκλειστικά στη γνώση, αλλά πρέπει να αφορούν αλλαγές στο περιβάλλον, τόσο σε όρους χώρων όσο και ανθρώπινου δυναμικού.

Σκοπός: Με πρωτοβουλία ενός ιδιωτικού εκπαιδευτηρίου οργανώθηκε παρέμβαση με στόχο τη βελτίωση των διατροφικών συνθηκών των μαθητών, ειδικότερα ως προς την κατανάλωση φρούτων και πιο υγιεινών σνακ.

Υλικό: Η παρέμβαση ήταν πολυδιάστατη, υπό την έννοια ότι όλες οι ομάδες της σχολικής κοινότητας εκπαιδεύτηκαν, ώστε να εφαρμόσουν εμπειριστικά μεθόδους προς την κατεύθυνση υλοποίησης του στόχου. Η διάρκειά της ήταν ένα σχολικό έτος και για την αξιολόγησή της συμπληρώθηκε από τους μαθητές πριν και μετά ερωτηματολόγιο που αφορούσε τις ειδικότερες συνθήκες διατροφής τους.

Μέθοδος: Οι δράσεις που υλοποιήθηκαν στηρίχθηκαν στην εφαρμογή των εξής τεχνικών: διαθεσιμότητα (κυλικείο, εστιατόριο), πρόσβαση (κυλικείο), μίμηση (εκπαιδευτικοί, ομάδες επιρροής συνομηθικών), ενίσχυση/επιβράβευση (εκπαιδευτικοί), έκθεση (εκπαιδευτικοί, δραστηριότητες, χώροι-υποδομές), παροχή συμβουλών (γονείς, μαθητές, εκπαιδευτικοί).

Αποτελέσματα: Συνολικά συγκεντρώθηκαν 1819 ερωτηματολόγια (1057 πριν, 762 μετά). Το ποσοστό των μαθητών που κατανάλωσαν φρούτο την προηγούμενη ημέρα αυξήθηκε, τόσο κατά τη διάρκεια του σχολείου (συνολικά: 28% πριν, 32% μετά) όσο και κατά τη διάρκεια της υπόλοιπης ημέρας (συνολικά: 78% πριν, 87% μετά). Παράλληλα, μειώθηκε το ποσοστό των μαθητών που κατανάλωσαν κάποιο λιγότερο υγιεινό σνακ στο σχολείο (συνολικά: 48% πριν, 36% μετά).

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή μιας πολυδιάστατης παρέμβασης μέσω τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς για ένα σχολικό έτος φαίνεται ότι οδήγησε σε βελτίωση των στοχευμένων διατροφικών συνθηκών των μαθητών.

AA09.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΑΤΟΜΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αιμιλία Παπακωνσταντίνου¹, Χρυσούλα Τσιγκνή², Δήμητρα Βασιλειάδη³, Παναγιώτα Μήτρου³, Βασιλική Φραγκάκη³, Εκάβη Γεωργουσοπούλου², Τζώρτζης Νομικός², Μερόπη Κοντογιάννη², Γεώργιος Δημητριάδης³

¹Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

³Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

Εισαγωγή: Υπάρχουν ελλιπή δεδομένα για την επίδραση της συχνότητας γευμάτων στο γλυκαιμικό έλεγχο ατόμων υψηλού κινδύνου εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης ισοενεργειακής δίαιτας με τρία ή έξι γεύματα στο γλυκαιμικό έλεγχο ατόμων υψηλού κινδύνου εμφάνισης ΣΔ2.

Υλικό: 41 εθελοντές [19 με προδιαβήτη (IGT/IFG) και 22 με υπερινσοϋλιναίμια], μέσης ηλικίας 44±14ετών και μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 32±5Kg/m².

Μέθοδος: Η μελέτη είχε τυχαίοπονημένο, διασταυρούμενο σχεδιασμό διάρκειας 6 μηνών (3 μήνες για κάθε παρέμβαση). Οι εθελοντές κατανάλωναν μία Μεσογειακού τύπου δίαιτα (45% υδατάνθρακες, 20% πρωτεΐνη, 35% λίπος) με 3 ή 6 γεύματα. Στην έναρξη και τέλος κάθε παρέμβασης εκτιμήθηκαν η γλυκόζη, η ινσουλίνη και τα λιπίδια νηστείας, καθώς και οι μεταγευματικές αποκρίσεις γλυκόζης και ινσουλίνης.

Αποτελέσματα: Το σωματικό βάρος παρέμεινε σταθερό καθόλη τη διάρκεια της παρέμβασης. Η σύγκριση των δύο παρεμβάσεων στα άτομα με διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη ανέδειξε μία ενδεικτική (p=0.110) βελτίωση της ινσουλινοευαισθησίας στην περίοδο των 6 γευμάτων σε σχέση με τα 3, ανεξάρτητα από συγχυτικούς παράγοντες. Καμία διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των δύο παρεμβάσεων ως προς το γλυκαιμικό έλεγχο, την ινσουλίνη και τα λιπίδια. Σε περαιτέρω ανάλυση, παρατηρήθηκε πως τα 6 γεύματα σε σχέση με τη μη παρέμβαση προκάλεσαν αύξηση της μεταγευματικής ινσουλινοευαισθησίας (δείκτης Matsuda) κατά 0.58 μονάδες (p=0.049) ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, ΔΜΣ και βαθμού προσκόλλησης στη Μεσογειακή Δίαιτα.

Συμπεράσματα: Η κατανόηση της ημερήσιας πρόσληψης θερμίδων και υδατανθράκων σε 6 γεύματα πιθανόν να σχετίζεται με βελτιωμένη μεταγευματική ινσουλινοευαισθησία, εύρημα που πρέπει να επιβεβαιωθεί και από άλλες μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα εθελοντών.

ΑΑ10.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΚΑΦΕ ΣΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ: ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΜΑΡΤΥΡΩΝ

Ασημένια Κουρούπη¹, Χριστίνα-Μαρία Καστορίνη^{1,2}, Χαράλαμπος Μηλιώνης², Μαρκέλλα Συμεπούλου¹, Βησσαρίων Ευθυμίου¹, Ειρήνη Τριχιά¹, Βασίλειος Νικολάου³, Κωνσταντίνος Βέμμος⁴, Ιωάννης Γουδέβενος², Δημοσθένης Β. Παναγιωτάκος¹

¹.Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

².Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

³.Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο “Κοργιαλένιο-Μπενάκειο, Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (Ε.Ε.Σ.)”, Αθήνα

⁴.Μονάδα Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων, Θεραπευτική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο “Αλεξάνδρα”, Αθήνα

Εισαγωγή: Η σχέση της κατανάλωσης καφέ με τον κίνδυνο εκδήλωσης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) δεν έχει αξιολογηθεί με ελληνικά δεδομένα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της κατανάλωσης καφέ-ΑΕΕ.

Υλικό και Μέθοδος: Διενεργήθηκε μελέτη ασθενών-μαρτύρων κατά τα έτη 2009-2010. Στη μελέτη εντάχθηκαν 500 άτομα: 250 ασθενείς (77±9 ετών, 56% άνδρες) με πρώτη εκδήλωση ισχαιμικού ΑΕΕ και 250 υγιή άτομα χωρίς καμία υποψία καρδιαγγειακής νόσου (73±9 ετών, 56% άνδρες) εξομοιωμένοι ως προς το φύλο και την ηλικία με τους ασθενείς. Αξιολογήθηκαν ποικίλα κλινικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για τη συχνότητα (σπάνια, μηνιαία, εβδομαδιαία, καθημερινά), τον ημερήσιο αριθμό φλιτζανιών, το είδος και τον τύπο (ελαφρύς, μέτριος, βαρύς) καφέ που κατανάλωναν.

Αποτελέσματα: Μετά από έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες (ηλικία, φύλο, ΔΜΣ, φυσική δραστηριότητα, καπνιστικές συνήθειες, οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, υπέρταση, υπερχοληστερολαιμία, σακχαρώδη διαβήτης), η συχνότητα κατανάλωσης καφέ δεν συσχετίστηκε με την πιθανότητα παρουσίας ΑΕΕ, αν και η κατανάλωση 0-1 φλιτζανιού καφέ ημερησίως συγκριτικά με μη κατανάλωση σχετίστηκε με μείωση της πιθανότητας κατά 53% (95%ΔΕ:0,25-0,89) μετά από έλεγχο για την ηλικία και το φύλο. Ωστόσο η σχέση δεν παρέμεινε σημαντική μετά από έλεγχο για τους συγχυτικούς παράγοντες που προαναφέρθηκαν. Ανάμεσα στα είδη και τύπους καφέ, μόνο ο ελληνικός και ελαφρύς καφές φάνηκε να έχουν προστατευτική δράση στα

μη σταθμισμένα μοντέλα, η οποία ωστόσο δεν παρέμεινε σημαντική μετά από έλεγχο για περισσότερους συγχυτικούς παράγοντες.

Συμπεράσματα: Καθημερινή κατανάλωση μικρής ποσότητας καφέ, ιδιαίτερα ελληνικού και ελαφρύ φαίνεται να μειώνει την πιθανότητα παρουσίας ΑΕΕ.

ΑΑ11.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΩΝ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΑΣΧΟΥΣΕΣ ΑΠΟ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΕΙΔΙΚΑ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑ

Αμαλία Τσαγκάρη¹, Αντώνης Γαλανός², Ευάγγελος Παπαταξιάρχης¹, Γαρυφαλλιά Μπελεγιάτη¹, Ιωάννης Τριανταφυλλόπουλος², Ισμήνη Δοντά², Νικόλαος Παπαϊωάννου²

¹.Τμήμα Διατροφής, Νοσοκομείου ΚΑΤ, Αθήνα

².Εργαστήριο Έρευνας Μυοσκελετικών Παθήσεων, Αθήνα

Σκοπός: Η επαρκής διατροφική κάλυψη σε ασβέστιο είναι απαραίτητη για τη σκελετική υγεία. Στη μελέτη αυτή εξετάζεται η συσχέτιση ανάμεσα στην εφαρμογή κάποιου ειδικού διαιτολογίου σε συνδυασμό με την πρόσληψη γαλακτοκομικών.

Υλικό - Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 486 γυναίκες από διάφορους Δήμους της Αττικής, ηλικίας 59,03 ± 11,2 (22-90). Στις οποίες πραγματοποιήθηκε καταγραφή διατροφικών συνθηκών με ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφίμων.

Αποτελέσματα: Η κατανάλωση γιαουρτιού ήταν υψηλότερη στις συμμετέχουσες που ακολουθούσαν ειδικό διαιτολόγιο ελέγχου σωματικού βάρους (mean, 2,78±2,99 έναντι 1,76±2,15, p<0,001). Η κατανάλωση γάλακτος χαμηλών λιπαρών ήταν υψηλότερη στις συμμετέχουσες αυτές (mean 3,55±4,77 έναντι 2,37±3,53, p<0,016) και η κατανάλωση γάλακτος πλήρους χαμηλότερη (mean 0,52±1,7 έναντι 1,44±3,3, p<0,027) Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην πρόσληψη φέτας ανθότυρου και κίτρινου τυριού. Η κατανάλωση ανθότυρου ήταν υψηλότερη σε όσους ακολουθούσαν διαιτολόγια για την αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας (mean 2,55±4,58 έναντι 1,22±2,53, p<0,005), του σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (mean 3,23±4,58 έναντι 1,41±2,99, p<0,002) και της αρτηριακής υπέρτασης (mean 3,86±4,49 έναντι 1,37±3, p<0,005). Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε λοιπά γαλακτοκομικά.

Συμπεράσματα: Το ανθότυρο προτιμάται από τις πάσχουσες από δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και αρτηριακή υπέρταση, αν και είναι ένα τυρί χαμηλής περιεκτικότητας σε ασβέστιο και επομένως η επιλογή του αυξάνει τον κίνδυνο ανεπαρκούς κάλυψης των ημερήσιων αναγκών σε ασβέστιο. Για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας οι συμμετέχουσες προτιμούσαν το συνδυασμό προϊόντων χαμηλών λιπαρών και μεγαλύτερης κατανάλωσης γιαουρτιού, χωρίς ταυτόχρονα να μειώνουν την πρόσληψη των λοιπών γαλακτοκομικών, με αποτέλεσμα τα ειδικά διαιτολόγια ελέγχου σωματικού βάρους να μην χαρακτηρίζονται

και με μείωση της προσλαμβανόμενης ποσότητας ασβεστίου.

AA12.

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΤΟΜΩΝ 50+ ΣΕ 11 ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ - ΜΕΛΕΤΗ SHARE-2004

Λένα Μπορμπουδάκη¹, Μανώλης Λιναρδάκης², Άννα Μαρία Μαρκάκη³, Αναστάσιος Φιλαλήθης⁴

¹. Οικονομολόγος Υγείας, ΜΡΗ, Υποψήφια Διδάκτωρ, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης, Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος Διατροφής & Διαιτολογίας, ΑΤΕΙ Κρήτης

². Βιοστατιστικός, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

³. Ψυχολόγος, ΜΡΗ, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

⁴. Καθηγητής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

Εισαγωγή: Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για το έτος 2008, το 48% των θανάτων από μη μεταδιδόμενα νοσήματα σχετίζεται με καρδιαγγειακά νοσήματα, τα οποία αποδίδονται σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου όπως π.χ. το κάπνισμα, η διατροφή ή η έλλειψη σωματικής άσκησης.

Σκοπός: Η εκτίμηση του επιπολασμού των καρδιαγγειακών νοσημάτων σε 11 ευρωπαϊκές χώρες και η σχέση τους με παράγοντες κινδύνου (ΠΚ) και τη χρήση υπηρεσιών υγείας.

Υλικό-Μέθοδος: Τα δεδομένα αντλήθηκαν από την Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση σε 11 χώρες της Ευρώπης (SHARE-2004), με δείγμα μελέτης 27.444 άτομα 50+ ετών. Οι εκτιμήσεις προκύπτουν βάση σταθμισμένων περιπτώσεων αναγόμενες σε πραγματικό πληθυσμό 107.128.912 ατόμων.

Αποτελέσματα: Συνολικά διαπιστώθηκε ότι 12,0% πάσχουν από καρδιακά νοσήματα (ΚΝ), 3,7% από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) και 33,3% από υψηλή αρτηριακή πίεση (ΑΠ). Η Σουηδία εμφανίζει τον υψηλότερο επιπολασμό ΚΝ και χαμηλότερο η Ελβετία. Οι βόρειες χώρες έχουν υψηλότερο επιπολασμό ΚΝ & ΑΕΕ σε σχέση με τις κεντρικές & νότιες, ιδιαίτερα στις ηλικίες των 80+ ετών ($p < 0.001$). Οι νότιες εμφανίζουν υψηλότερο επιπολασμό αυξημένης χοληστερόλης, σακχαρώδη διαβήτη και υψηλής ΑΠ ($p < 0.001$). Οι πιθανότητες (δείκτες odds ratios) αν και είναι σημαντικά υψηλότερες για εκείνους που έχουν ΚΝ για την εμφάνιση περιορισμών στην καθημερινή ζωή ή στο αυξημένο σωματικό βάρος ή στη χρήση διαφόρων υπηρεσιών υγείας, δεν διαφοροποιούνται μεταξύ βόρειων, κεντρικών & νότιων χωρών. Εκείνοι με ΚΝ σε σχέση με όσους δεν έχουν, βρέθηκαν με μεγαλύτερη συχνότητα αυξημένου βάρους (66,8% έναντι 52,1%, $p < 0,001$), με πακετο-έτη καπνίσματος (26,9 έναντι 25,5, $p < 0,001$), με έλλειψη σωματικής άσκησης (15,8% έναντι 9,8%, $p < 0,001$) αλλά και με οργανωμένη παροχή φροντίδας υγείας τον τελευταίο χρόνο (18,3% έναντι 13,3%, $p < 0,001$) ή με εισαγωγή

σε νοσοκομείο (18,0% έναντι 9,5%, $p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Διαπιστώνεται υψηλός επιπολασμός καρδιαγγειακών και συνοδών νοσημάτων σε 11 χώρες της Ευρώπης το 2004 ενώ έντονη είναι η σχέση τους με ΠΚ όπως το αυξημένο σωματικό βάρος ή η σωματική άσκηση αλλά και με τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Η τροποποίηση συμπεριφορικών ΠΚ μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των ΚΝ.

AA13.

Η ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΜΕ ΣΥΧΝΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΠΟΞΗΡΑΜΕΝΩΝ ΦΡΟΥΤΩΝ ΚΑΙ ΞΗΡΩΝ ΚΑΡΠΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ. 5-ΕΤΗΣ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗ

Εκάβη Ν Γεωργουσοπούλου¹, Δημοσθένης Β Παναγιωτάκος¹, Χρήστος Πίτσας², Χριστίνα Χρυσόχοου², Ιωάννης Σκούμας², Λάμπρος Παπαδημητρίου², Κωνσταντίνα Μασούρα², Χριστόδουλος Στεφανάδης²

¹. Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

². Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή. Πολλά διατροφικά πρότυπα έχουν συσχετιστεί με τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη, όμως η επίδραση της κατανάλωσης αποξηραμένων φρούτων και ξηρών καρπών που είναι πολύ συχνή στην Ελλάδα, δεν έχει διευκρινιστεί. **Μεθοδολογία.** Από τους 3042 συμμετέχοντες της μελέτης ΑΤΤΙΚΗ, οι 2101 αξιολογήθηκαν ως προς την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη (2001-2006). Οι διατροφικές συνήθειες όπως μετρήθηκαν με τη χρήση ημιποσοτικού ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης χρησιμοποιήθηκαν σε ανάλυση σε κύριες συνιστώσες. Μεταξύ άλλων μία συνιστώσα η οποία χαρακτηρίστηκε από συχνή κατανάλωση ξηρών καρπών και αποξηραμένων φρούτων και φέρει το 10% της αρχικής πληροφορίας, εισήχθη σε ημιπαραμετρικό μοντέλο αναλογικών κινδύνων Cox, με διόρθωση για πιθανούς συγχιστές. **Αποτελέσματα.** Το ποσοστό των ατόμων με ελεύθερο ιστορικό διαβήτη που ανέπτυξαν τη νόσο εντός μιας πενταετίας είναι 3.5%. Ο αυξημένος βαθμός υιοθέτησης του προαναφερθέντος προτύπου αυξάνει τον 5-ετή κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη (ΣΛ=1.62, 95%ΔΕ: 0.97,2.7) ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, Δείκτη Μάζας Σώματος, επιπέδου φυσικής δραστηριότητας και του δείκτη ινσουλινοαντοχής -Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance (HOMA-IR). **Συμπεράσματα:** Η κατανάλωση αποξηραμένων φρούτων και ξηρών καρπών συσχετίζεται με διαταραγμένο μεταβολισμό γλυκόζης και χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση η κατανάλωσή τους σε σχέση με τη διαχείριση του διαβήτη.

ΑΑ14.**Ο ΥΨΗΛΟΣ ΒΑΘΜΟΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΑΝΤΟΧΗ, ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΣΤΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ. ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ: ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Εκάβη Ν Γεωργουσοπούλου¹, Δημοσθένης Β Παναγιωτάκος¹, Χρήστος Πίτσαβος², Χριστίνα Χρυσόχου², Ιωάννης Σκούμας², Χριστόδουλος Στεφανάδης²

¹. Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

². Α Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή. Η προσκόλληση στη Μεσογειακή διαίτα έχει δείξει προστατευτική δράση σε σχέση με τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη, η επίδρασή της όμως σε επίπεδο ινσουλινοαντοχής δεν έχει ευρέως μελετηθεί.

Μεθοδολογία. Στο πλαίσιο της μελέτης ΑΤΤΙΚΗ, μετρήθηκαν το σωματικό βάρος, το ύψος, τα επίπεδα γλυκόζης και ινσουλίνης ορού σε φάση νηστείας από τις οποίες προέκυψε και η τιμή του δείκτη ινσουλινοαντοχής -Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance (HOMA-IR) και αποτιμήθηκαν το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, ο βαθμός προσκόλλησης στη Μεσογειακή διαίτα (MedDietScore, εύρος 0-55) και το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, σε 3042 συμμετέχοντες (μέσης ηλικίας 45±13 χρόνων, 50.2% γυναίκες).

Αποτελέσματα. Ο βαθμός προσκόλλησης στη Μεσογειακή διαίτα διέφερε μεταξύ διαβητικών και μη διαβητικών ατόμων (26±0.13 έναντι 22±0.4 αντίστοιχα, p<0.001) και παρουσίασε αντίστροφη συσχέτιση με την ινσουλινοαντίσταση (Pearson's r=-0.164, p<0.001). Ο υψηλός βαθμός προσκόλλησης στη Μεσογειακή διαίτα (μεγαλύτερη από το διάμεσο βαθμό προσκόλλησης) συσχετίστηκε ανεξάρτητα και αντίστροφα με το δείκτη HOMA-IR (b=-0.218, 95%CI: -0.425,-0.012) αφού έγινε διόρθωση ως προς το φύλο, την ηλικία, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, την παρουσία σακχαρώδους διαβήτη και το Δείκτη Μάζας Σώματος. Σε υπο-ανάλυση που έγινε ξεχωριστά στα άτομα που είχαν ήδη αναπτύξει σακχαρώδη διαβήτη, η προσκόλληση στη Μεσογειακή διαίτα είχε ακόμα ισχυρότερη προστατευτική επίδραση στη μείωση την ινσουλινοαντίστασης (b=-3.63, 95%CI: -7.13,-0.115).

Συμπεράσματα. Η προσκόλληση στη Μεσογειακή διαίτα συσχετίζεται με πλειοτροπικές θετικές επιδράσεις στο μεταβολισμό της γλυκόζης, οι οποίες δεν είναι αποτέλεσμα μόνο της επίτευξης ενός φυσιολογικού σωματικού βάρους και μπορεί να αποτελέσει σημαντική συνιστώσα της πρόληψης και κυρίως της διαχείρισης του σακχαρώδη διαβήτη.

ΑΑ15.**ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ Ε' ΚΑΙ ΣΤ' ΤΑΞΕΩΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΕ ΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΑΡΧΙΑΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ**

Ευπραξία Νοικοκύρη¹, Άννα Μαρία Μαρκάκη², Αλίνα Παπαδάκη³,

Λένα Μπορμπουδάκη⁴

¹. Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Παράρτημα Σητείας, ΑΤΕΙ Κρήτης

². Ψυχολόγος, ΜΡΗ, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

³. Λέκτορας Διατροφής και Δημόσιας Υγείας, Centre for Exercise, Nutrition and Health Sciences School for Policy Studies, University of Bristol, UK

⁴. Οικονομολόγος Υγείας, ΜΡΗ, Υποψήφια Διδάκτωρ, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης, Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας, Παράρτημα Σητείας, ΑΤΕΙ Κρήτης

Εισαγωγή: Η παιδική ηλικία είναι ένα σημαντικό στάδιο της ζωής, κατά το οποίο το παιδί υιοθετεί τις διατροφικές συνήθειες (ΔΣ) και προτιμήσεις. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα για την ανάπτυξη υγιεινών ΔΣ. Ακόμη ένας σημαντικός παράγοντας είναι ο τόπος διαμονής.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μέτρηση των ΔΣ παιδιών της Ε' και ΣΤ' δημοτικού σε αστική περιοχή και επαρχία και πιο συγκεκριμένα η μέτρηση της πρόσληψης φρούτων, λαχανικών και fast food (γρήγορο, έτοιμο φαγητό) και η σύγκριση των διατροφικών συνθηκών των παιδιών σε σχέση με τον τόπο διαμονής.

Υλικό/Μέθοδος: Στην έρευνα έλαβαν μέρος 122 παιδιά από τα οποία τα 66 φοιτούσαν σε δημοτικά σχολεία αστικής περιοχής (Πειραιάς) και 56 παιδιά σε δημοτικά σχολεία της επαρχίας (Μυτιλήνη). Για τη μέτρηση των ΔΣ χρησιμοποιήθηκε τροποποιημένο Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων βασισμένο στο Pro Children adopted for PRO GREENS.

Αποτελέσματα: Διαπιστώνεται στατιστικώς σημαντική (σ.σ.) διαφορά (p<0,05) στην κατανάλωση πρωινού γεύματος ανάμεσα στις δύο περιοχές και συγκεκριμένα τα παιδιά της επαρχίας φαίνεται να καταναλώνουν πρωινό σε υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τα παιδιά της αστικής περιοχής (85,5% έναντι 64,2%, p=0.006). Επιπροσθέτως, σ.σ. διαφορά εμφανίζεται στη συχνότητα κατανάλωσης φρέσκων φρούτων και λαχανικών με υψηλότερη συχνότητα πρόσληψης αυτών από τα παιδιά της αστικής περιοχής. Επίσης, η κατανάλωση φυσικού χυμού είναι αυξημένη στα παιδιά της αστικής περιοχής (50,7% έναντι 18,2%, p=0,001). Η κατανάλωση χάμπουργκερ εμφανίζει υψηλότερα ποσοστά στα παιδιά της αστικής περιοχής συγκριτικά με την κατανάλωση των παιδιών της επαρχίας (p<0,05). Επίσης, σ.σ. διαφορά υπάρχει στην κατανάλωση πίτσας και γύρου που εμφανίζεται υψηλότερη στα παιδιά της επαρχίας σε σχέση με αυτά της αστικής περιοχής (p<0,05).

Συμπεράσματα: Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις ΔΣ των παιδιών της αστικής περιοχής συγκριτικά με των παιδιών της επαρχίας. Απαραίτητη κρίνεται η ανάπτυξη δράσεων ενημέρωσης για τη σωστή διατροφή των παιδιών με βασικό στόχο την προαγωγή υγείας κατά την παιδική ηλικία αλλά και την ενήλικη ζωή.

ΑΑ16. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Παναγιώτα Πυρρή¹, Αθηνά Ιωάννου¹, Άννα Μαρία Μαρκάκη²,
Λένα Μπορμπουδάκη³

¹Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας,
Παράρτημα Σητείας, ΑΤΕΙ Κρήτης

²Ψυχολόγος, ΜΡΗ, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Κρήτης

³Οικονομολόγος Υγείας, ΜΡΗ, Υποψήφια Διδάκτωρ Τμήματος Ια-
τρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος
Διατροφής και Διαιτολογίας, Παράρτημα Σητείας, ΑΤΕΙ Κρήτης

Εισαγωγή: Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών αυξάνεται δραματι-
κά, προκαλώντας ένα βαθύτατο πρόβλημα στην υγεία του πλη-
θυσμού παγκοσμίως. Οι επιδράσεις της χρήσης και κατάχρησης
αυτών φαίνεται να αποδυναμώνει τον οργανισμό καθώς και την
όρεξη των χρηστών με αποτέλεσμα πολλαπλές ελλείψεις θρε-
πτικών συστατικών καθώς και υποσιτισμό.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης ατόμων που
κάνουν χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών και παρακο-
λουθούν πρόγραμμα απεξάρτησης όπως επίσης και η διερεύνηση
της σχέσης μεταξύ της διατροφικής κατάστασης, της χρήσης ή
κατάχρησης ουσιών και των διατροφικών συνθηκών των ατό-
μων.

Υλικό/Μέθοδος: Το υπό μελέτη δείγμα αποτελείται από 18 ενήλι-
κες χρήστες που παρακολουθούν πρόγραμμα απεξάρτησης στην
ιδιωτική Κλινική ‘Βερεσιέ’ Λάρνακας Κύπρου. Χορηγήθηκε
το ερωτηματολόγιο Mediterranean Diet Score για τη διερεύ-
νηση των διατροφικών συνθηκών, το ερωτηματολόγιο όρεξης
SNAQ (Simplified Nutritional Appetite Questionnaire) για τον
εντοπισμό υποσιτισμένων ασθενών, το ερωτηματολόγιο MUST
(Malnutrition Universal Screening Tool) για την αξιολόγηση
υποσιτισμού ή παχυσαρκίας και ερωτηματολόγιο δημογραφικών
δεδομένων. Επίσης, έγιναν ανθρωπομετρήσεις, όπως μέτρηση
αναστήματος, βάρους, περιμέτρου στο μέσο του βραχίονα και
μέτρηση του ολικού σωματικού λίπους καθώς και της μυϊκής
μάζας. Επιπλέον, έγινε 24ωρη ανάκληση τροφίμων. Τέλος, ακο-
λούθησε περιγραφή των δεδομένων, συσχέτιση μεταβλητών και
λογιστική παλινδρόμηση.

Αποτελέσματα: Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος εμφανί-
ζει φυσιολογικό Δείκτη Μάζας Σώματος και ποσοστό σωματικού
λίπους καθώς και μέτρια συμμόρφωση στο μεσογειακό πρότυπο
διατροφής. Παρατηρείται μικρή έλλειψη μικροθρεπτικών συστα-
τικών, χωρίς αυτό να επηρεάζει την εμφάνιση υποθρεψίας καθώς
το ποσοστό εμφάνισής της ανέρχεται μόλις στο 5,6% με βάση το
BMI και το MUST. Από την άλλη η ανάλυση του ερωτηματολογί-
ου SNAQ εμφανίζει ένα ποσοστό δείγματος 55,6%, το οποίο έχει
κίνδυνο απώλειας βάρους 5% σε διάστημα 6 μηνών.

Συμπεράσματα: Διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος για εμφάνιση υπο-
θρεψίας μειώνεται σημαντικά όταν τα άτομα-χρήστες παρακο-
λουθούν κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης. Κρίνεται απαραίτητη

η ανάληψη δράσης από την πολιτεία για τη δημιουργία κέντρων
απεξάρτησης με υψηλή προσβασιμότητα.

ΑΑ17. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Κωνσταντίνα Τσουτσουλοπούλου^{1,2}, Χριστίνα Δημητρακάκη²,
Γιάννης Τούντας²

¹Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Δια-
τροφής, Αθήνα

²Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδη-
μιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

Εισαγωγή: Διατροφική διαλογή είναι η διαδικασία αναγνώρισης
των χαρακτηριστικών που υποδηλώνουν διατροφικά προβλήμα-
τα με στόχο την ιεράρχηση όσων έχουν επείγουσα ανάγκη υπο-
στήριξης.

Σκοπός: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με την εκ-
παίδευση επαγγελματιών υγείας στην πραγματοποίηση διατρο-
φικής διαλογής για την ανίχνευση πιθανής ύπαρξης διατροφικού
κινδύνου σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπη-
ση δημοσιευμένων άρθρων στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων
PubMed, National Institute for Health and Clinical Excellence
(NICE) και στο Σύνδεσμο Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών
(HEAL-Link) για την περίοδο 1970-2013. Ως λέξεις-κλειδιά χρησι-
μοποιήθηκαν οι: “nutritional screening”, “nutritional education”,
“tool”, “training”, “health professionals”, καθώς και συνδυασμός
τους. Κριτήρια ένταξης των άρθρων ήταν η αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Ανευρέθηκαν 16 ερευνητικές μελέτες, τα απο-
τελέσματα των οποίων ποικίλλουν. Οι ερευνητικές παρεμβάσεις
πραγματοποιήθηκαν σε χώρους της πρωτοβάθμιας και δευτερο-
βάθμιας φροντίδας υγείας. Αποδέκτες ήταν διάφορες κατηγορί-
ες επαγγελματιών υγείας (νοσηλεύτες, γιατροί). Οι τεχνικές που
χρησιμοποιήθηκαν στην εκπαίδευσή τους, και οι οποίες κρίνονται
ως αποτελεσματικές βάση της βιβλιογραφίας, ήταν κυρίως με-
λέτες περιπτώσεων, κλινικά εργαστήρια και διαλέξεις. Η πλει-
οψηφία των μελετών προερχόταν από χώρες της Ευρωπαϊκής
Ένωσης (Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία, Σουηδία), όπως επίσης
και από μια αναπτυσσόμενη χώρα (Βραζιλία) (Πίνακας 1).

Συμπεράσματα: Τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα αυτών των ερευνητι-
κών παρεμβάσεων ήταν η αύξηση της χρήσης εργαλείων διατροφικής
διαλογής, η τροποποίηση της συμπεριφοράς (αύξηση των γνώσεων) από
τους επαγγελματίες υγείας και η έγκαιρη ανίχνευση των ηλικιωμένων
ασθενών που βρίσκονταν σε διατροφικό κίνδυνο. Διαφορές, ωστόσο,
στους μεθοδολογικούς σχεδιασμούς (εργαλεία, μετρήσεις μεταβλητών)
εμποδίζουν στην σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των μελετών.

Πίνακας 1. Προγράμματα εκπαίδευσης Επαγγελματιών Υγείας στην ανίχνευση διατροφικού κινδύνου σε ηλικιωμένους ασθενείς

Μελέτες	Χώρα	Τόπος	Δείγμα	Τεχνικές εκπαίδευσης	Αποτελέσματα
Cheskin et al., 1996	ΗΠΑ	Νοσοκομείο	24 ειδικευόμενοι ιατροί (16 interns+8 residents)	- Διαλέξεις	Αύξηση % ανίχνευσης υποσιτιζόμενων ασθενών (p=0,0004)
Waitzberg et al., 2004	Λατ. Αμερική	Νοσοκομείο	3025 ιατροί	- Διαλέξεις - Εργαστήρια - Μελέτες περιπτώσεων	Αύξηση % συμπερίληψης της διατροφικής αξιολόγησης στη συνήθη πρακτική τους (p<0,05)
Wong, 2008	Ην. Βασίλειο	Νοσοκομείο	Ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό	- Διαλέξεις	Αύξηση χρήσης εργαλείου ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου (p<0,001)
Evans, n.d.	Ην. Βασίλειο	Νοσοκομείο	Κλινικό και μη-κλινικό προσωπικό	- Παρακολούθηση ομάδων ασθενών - Διαδικτυακή ενημέρωση	Αύξηση πραγματοποίησης διατροφικής διαλογής (p<0,05)
Summers, 2011	Ην. Βασίλειο	Νοσοκομείο	Ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό	- Διαλέξεις - Έντυπο υλικό (εγχειρίδια)	Αύξηση χρήσης εργαλείου ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου (p<0,05)
Olsson et al., 1998	Σουηδία	Νοσοκομείο	171 Νοσηλεύτριες	- Διαλέξεις - Επιδείξεις - Συζητήσεις	Αύξηση πραγματοποίησης διατροφικής διαλογής (p<0,05) και αύξηση γνώσεων νοσηλευτριών για τη διατροφική κατάσταση του ασθενούς (p>0,05)
Freebody, 1998	Ην. Βασίλειο	Νοσοκομείο	Ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό	- Διαλέξεις	Αύξηση χρήσης εργαλείου ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου
Underwood et al., n.d.	Ην. Βασίλειο	Νοσοκομείο	Νοσηλευτικό προσωπικό - Διαλέξεις	- Εργαστήρια	Αύξηση % ανίχνευσης υποσιτιζόμενων σε αιμοδιάλυση (p<0,05)
Acuña, et al., 2004, 2008	Βραζιλία	Νοσοκομείο	165 Συμμετέχοντες (Ιατροί, Νοσηλεύτες Φοιτητές Ιατρικής και Νοσηλευτικής, Διαιτολόγοι)	- Έντυπο υλικό (εγχειρίδια) - Διαλέξεις - Εργαστήρια - Συζητήσεις - Πρακτική εκμάθηση χρήσης των εργαλείων σε ασθενείς	Αύξηση διαγνωστικής ικανότητας όσον αφορά τον υποσιτισμό (p<0,05) και αύξηση πραγματοποίησης διατροφικής διαλογής (p<0,001)

Ewalt et al., 1997	ΗΠΑ	Εξωτ. Ιατρεία	Ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό	- Έντυπο υλικό (φυλλάδια)	Αύξηση χρήσης εργαλείου ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου (p<0,05)
Royal College of Nursing, n.d	Ην. Βασίλειο	Νοσοκομεία, Γηροκομεία	Επαγγελματίες υγείας	- Διαλέξεις - Εργαστήρια	Αύξηση πραγματοποίησης διατροφικής διαλογής (p<0,05)
Beck et al., 2009	Ην. Βασίλειο	Γηροκομεία	Ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό	- Διαλέξεις - Έντυπο υλικό (φυλλάδια, εγχειρίδια) - Ομάδες εστίασης	Αύξηση πραγματοποίησης διατροφικής διαλογής (p<0,05) και χρήσης εργαλείου ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου (p<0,05)
Kennelly et al., 2010;	Ιρλανδία	Κέντρα Υγείας, Γηροκομεία	96 επαγγελματίες υγείας	- Διαλέξεις - Μελέτες περιπτώσεων	Αύξηση γνώσεων σε σχέση με τη διατροφή (p<0,001) και αύξηση % ανίχνευσης υποσιτισζόμενων ασθενών (p<0,001)

AA18. ΒΑΘΜΟΣ ΥΙΟΘΕΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Νίκη Μουρούτη¹, Αγγελική Σιολλάβου¹, Γεράσιμος Αραβαντινός², Χρήστος Παπαβαγγέλης¹, Πετρίνη Πλυτζανοπούλου³, Τώνια Βασιλάκου³, Νικόλαος Μαλάμος⁴, Δημοσθένης Παναγιωτάκος¹

¹.Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

².Β' Παθολογική-Ογκολογική Κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ», Αθήνα, Ελλάδα

³.Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγιεινής της Διατροφής και Βιοχημείας, Αθήνα, Ελλάδα

⁴.Μονάδα Παθολογίας-Ογκολογίας, Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ», Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Το 15% των περιπτώσεων καρκίνου-του-μαστού θα μπορούσε να προληφθεί με μία «μετατόπιση» προς τη Μεσογειακή διατροφή.

Σκοπός: Να μελετηθεί η συσχέτιση του βαθμού υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής με τον καρκίνο-του-μαστού.

Υλικό: 250 ασθενείς με πρώτη διάγνωση καρκίνου-του-μαστού (56±12 έτη) προερχόμενες από 5 νοσοκομεία της Αττικής και 250 υγιείς εξομοιωμένες ως-προς-την-ηλικία και επιλεγμένες σε εθελοντική βάση από το γενικό πληθυσμό, εντάχθηκαν στη μελέτη μεταξύ 2010-2012. **Μέθοδος:** Οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων αποτελούμενο από 86 ερωτήσεις. Η προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή αξιολογήθηκε με τη χρήση του δείκτη MedDietScore (εύρος 0-55). Επιπλέον έγινε καταγραφή πλη-

ροφοριών για ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, οικογενειακό ιστορικό, φυσική δραστηριότητα, καπνιστικές και διατροφικές συνήθειες.

Αποτελέσματα: Η λογαριθμιστική παλινδρόμηση ανέδειξε ότι οι ασθενείς με καρκίνο-του-μαστού παρουσίαζαν μικρότερη πιθανότητα προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή σε σχέση με τις υγιείς (Σχετικός Λόγος ανά 1 μονάδα αύξησης στο MedDietScore = 0.923, 95%CI 0.879-0.968), αφού λήφθηκαν υπόψη συχνοί παράγοντες όπως η ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου-του-μαστού, ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), η φυσική δραστηριότητα (IPAQ score), το κάπνισμα και το επίπεδο εμπνύοπαυσης. Πραγματοποιώντας αναλύσεις σύμφωνα με το επίπεδο παχυσαρκίας, η προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή φάνηκε να διατηρεί την προστατευτική δράση στις φυσιολογικού-βάρους γυναίκες (OR=0.903, 95%CI 0.827-0.987) καθώς και τις υπέρβαρες (OR=0.875, 95%CI 0.805-0.950). Ωστόσο στις παχύσαρκες δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση (OR=0.974, 95%CI 0.884-1.073, p=0.59).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα τονίζουν την προστατευτική δράση της υιοθέτησης της Μεσογειακής-διατροφής σε σχέση με τον καρκίνο-του-μαστού, ειδικά για τις φυσιολογικού-βάρους και υπέρβαρες γυναίκες, ενώ υπογραμμίζουν τον επιβαρυντικό ρόλο της παχυσαρκίας στη σχέση διατροφής-νόσου.

AA19. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΣΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΜΑΡΤΥΡΩΝ

Νίκη Μουρούτη¹, Θανάσης Τεκτονίδης¹, Χρήστος Παπαβαγγέλης¹, Πετρίνη Πλυτζανοπούλου², Τώνια Βασιλάκου², Νικόλαος

Μαλάμος³, Δημοσθένης Παναγιωτάκος¹

¹Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

²Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγιεινής της Διατροφής και Βιοχημείας, Αθήνα, Ελλάδα

³Μονάδα Παθολογίας-Ογκολογίας, Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ», Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Παρά τα αντικρουόμενα δεδομένα της βιβλιογραφίας, μια αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης σόγιας και του καρκίνου του μαστού είναι πιθανή, οφειλόμενη σύμφωνα με τους ερευνητές στα φυτοοιστρογόνα που αυτή περιέχει.

Σκοπός: Να μελετηθεί η συσχέτιση της κατανάλωσης σόγιας με τον καρκίνο του μαστού.

Υλικό: 250 ασθενείς με πρώτη διάγνωση καρκίνου του μαστού (56±12 έτη) προερχόμενες από 5 νοσοκομεία της Αττικής και 250 υγιείς εξομοιωμένες ως προς την ηλικία και επιλεγμένες σε εθελοντική βάση από το γενικό πληθυσμό, εντάχθηκαν στη μελέτη μεταξύ 2010-2012.

Μέθοδος: Οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων αποτελούμενο από 86 ερωτήσεις, μέσω του οποίου καταγράφηκε η συχνότητα κατανάλωσης σόγιας. Επιπλέον έγινε καταγραφή πληροφοριών για ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, οικογενειακό ιστορικό, φυσική δραστηριότητα, καπνιστικές και διατροφικές συνήθειες.

Αποτελέσματα: Η λογαριθμιστική παλινδρόμηση ανέδειξε ότι οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού παρουσίαζαν 0.53 φορές (95%CI 0.334-0.843) μικρότερη πιθανότητα να καταναλώνουν σόγια συγκριτικά με τις υγιείς, αφού λήφθηκαν υπόψη συγχυτικοί παράγοντες όπως η ηλικία, ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), η φυσική δραστηριότητα (IPAQ score), το κάπνισμα, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, το επίπεδο εμμηνόπαυσης, η χρήση μετεμμηνόπαυσιακών ορμονών και η προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή (MedDietScore). Το επίπεδο εμμηνόπαυσης φαίνεται να ενισχύει τα προαναφερθέντα αποτελέσματα (δηλ. Οι γυναίκες προεμμηνόπαυσιακά είχαν 0.324, 95%CI 0.150-0.702 φορές μικρότερη πιθανότητα να καταναλώνουν σόγια, ενώ για τις γυναίκες μετεμμηνόπαυσιακά δεν υπήρξε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση, δηλ. 0.751, 95%CI 0.413-1.364).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα τονίζουν την προστατευτική δράση της κατανάλωσης σόγιας σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού, ιδιαίτερα για τις γυναίκες προεμμηνόπαυσιακά.

AA20.

Η ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΙ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ. 5-ΕΤΗΣ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗ

Εκάβη Ν. Γεωργουσοπούλου¹, Δημοσθένης Β. Παναγιωτάκος¹, Χρήστος Πίτσαβος², Χριστίνα Χρυσόχου², Ιωάννης Σκούμας², Χριστόδουλος Στεφανάδης²

¹Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

²Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή. Η Μεσογειακή διαίτα έχει αποδείξει την προστατευτική της δράση σε σχέση με την επίπτωση των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου, δεν έχει όμως μελετηθεί αν η προσκόλληση στη Μεσογειακή διαίτα προστατεύει από τη συνύπαρξή τους. **Μεθοδολογία.** Από τους 3042 συμμετέχοντες της μελέτης ΑΤΤΙΚΗ, οι 2101 αξιολογήθηκαν ως προς την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη, υπέρτασης και υπερλιπιδαιμίας (2001-2006). Η εμφάνιση κανενός, ενός, δύο ή και των τριών παραγόντων κατηγοριοποίησε τα άτομα ανάλογα με τον αριθμό των συνυπαρχόντων παραγόντων, ανεξαρτήτως ποιοί ήταν αυτοί. Ο βαθμός προσκόλλησης στη Μεσογειακή διαίτα αποτιμήθηκε με τη χρήση του MedDietScore. Διατάξιμη λογιστική παλινδρόμηση με ανεξάρτητη μεταβλητή την κατηγορία συνυπαρχόντων παραγόντων κινδύνου χρησιμοποιήθηκε για να εξεταστεί την επίδραση της Μεσογειακής διαίτας. **Αποτελέσματα.** 33% των συμμετεχόντων δεν εμφάνισαν κανέναν παράγοντα κινδύνου, 36% απεκτήσαν έναν παράγοντα κινδύνου, 24% δύο παράγοντες κινδύνου και 7% τρεις παράγοντες κινδύνου. Η προσκόλληση στη Μεσογειακή διαίτα (αύξηση κατά μία μονάδα στο MedDietScore) συσχετίστηκε ανεξάρτητα με την μετακύλιση από τη μία κατηγορία στη χειρότερη ($\beta = -0.017 \pm 0.007$, $p = 0.017$), αφού λήφθηκαν υπόψη το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, η παχυσαρκία, το οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου και το μορφωτικό επίπεδο. **Συμπεράσματα.** Η προσκόλληση στη Μεσογειακή προστατεύει τα άτομα να αποκτήσουν επιπλέον παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, και θα μπορούσε να συμβάλει στη μείωση του κόστους διαχείριση των συνυπαρχόντων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου.

AA21.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ: ΔΕΙΚΤΗΣ CORE

Εμμανουήλ Μπιρμπίλης, Γεώργιος Μοσχώνης, Ιωάννης Μανιός
Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η ανάπτυξη ενός δείκτη εκτίμησης της πιθανότητας εμφάνισης παιδικής παχυσαρκίας με βάση περιγεννητικούς παράγοντες και κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά της οικογένειας.

Μεθοδολογία-Υλικό: Η μελέτη ήταν συγχρονική με επιπλέον αναδρομικά δεδομένα από αντιπροσωπευτικό δείγμα 2294 μαθητών (9 έως 13 ετών) από τέσσερις νομούς της Ελληνικής επικράτειας (Αττικής, Αιτωλοακαρνανίας, Ηρακλείου/Κρήτης και Θεσσαλονίκης). Χαρακτηριστικά της μητέρας όπως, το βάρος πριν την εγκυμοσύνη, το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη και το μορφωτικό της επίπεδο, καθώς και η αύξηση του βρεφικού βάρους κατά το πρώτο εξάμηνο ζωής του, βρέθηκαν να συσχετί-

ζονται ανεξάρτητα με την παιδική παχυσαρκία. Για το λόγο αυτό οι παραπάνω περιγεννητικοί και κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες συνδυάστηκαν με το φύλο του παιδιού στη δημιουργία ενός δείκτη εκτίμησης της πιθανότητας εμφάνισης παιδικής παχυσαρκίας (Δείκτης CORE: Children Obesity Risk Evaluation Index).

Αποτελέσματα: Το σκορ του δείκτη CORE κυμαινόταν από 0 έως 11. Για κάθε μονάδα αύξησης του δείκτη CORE υπήρχε αντίστοιχη αύξηση της πιθανότητας παχυσαρκίας (εύρος πιθανότητας 4% έως 40%). Η διαγνωστική ακρίβεια αξιολογήθηκε με τη βοήθεια της ανάλυσης ROC (Receiver Operating Characteristic Curve), σύμφωνα με την οποία το score του δείκτη CORE ≤ 5 μπορεί να διαχωρίσει καλύτερα τα παχύσαρκα από τα μη-παχύσαρκα παιδιά. Για αυτό το βέλτιστο κατώφλι, η ευαισθησία του δείκτη CORE ήταν 54% και η αντίστοιχη ειδικότητα 65%.

Συμπεράσματα: Ο προτεινόμενος δείκτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί από παιδίατρος και επαγγελματίες υγείας για την αναγνώριση της αυξημένης πιθανότητας εμφάνισης παχυσαρκίας σε παιδιά, από τα πρώτα στάδια της ζωής τους. Αυτό το απλό και ανέξοδο εργαλείο μπορεί να είναι χρήσιμο για την υποστήριξη πρωτοβουλιών που θα μπορούσαν να συνδράμουν στην έγκαιρη πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας.

AA22.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΗΧΗΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ

Ειρήνη Μαμαλάκη, Κωνσταντίνα Ζαχαρή, Δέσποινα Ζαφειροπούλου, Ελένη Καρφοπούλου, Μαίρη Γιαννακούλια
Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Εισαγωγή: Οι μελέτες που ερευνούν την επίδραση του ηχητικού περιβάλλοντος στην ενεργειακή πρόσληψη των ατόμων είναι περιορισμένες. Αξίζει να μελετηθεί περαιτέρω, όμως, καθώς δεν είναι ξεκάθαρο το πώς επιδρά στην ενεργειακή πρόσληψη.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της επίδρασης μουσικής διαφορετικής έντασης στην διαιτητική πρόσληψη.

Υλικό: Συμμετείχαν 20 υγιείς άνδρες, ηλικίας 22 ± 2 ετών, με ΔΜΣ $23,5 \pm 2,9$ kg/m².

Μέθοδος: Διασταυρούμενη και τυχαιοποιημένη μελέτη, στην οποία καταγράφηκε η διαιτητική πρόσληψη των εθελοντών κατά τη διάρκεια ad libitum γεύματος, ενώ ακουγόταν μουσική 60 dB, 90 dB ή χωρίς μουσική (δοκιμασία ελέγχου). Τα διατροφικά δεδομένα αναλύθηκαν ως προς την ενέργεια και τα μακρο- θρεπτικά τους συστατικά.

Αποτελέσματα: Η ενεργειακή πρόσληψη των εθελοντών δεν βρέθηκε να διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των τριών δοκιμασιών (60dB:1048 \pm 298kcal, 90dB:1085 \pm 287kcal, δοκιμασία ελέγχου:1051 \pm 307kcal, $p=0,911$). Τα αποτελέσματα δεν διέφεραν ακόμα και όταν έγινε έλεγχος για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες, όπως ο ΔΜΣ, η ηλικία, η ενεργειακή πρόσληψη της

προηγούμενης μέρας και του πρωινού. Όταν αναλύθηκαν τα δεδομένα ανά σερβίρισμα, στο δεύτερο σερβίρισμα παρατηρήθηκε οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις τρεις δοκιμασίες (60dB:144,1 \pm 136,2γρ., 90dB:164,1 \pm 117,8γρ., δοκιμασία ελέγχου: 155,5 \pm 132,0γρ., $p=0,178$), όταν λήφθηκε υπ' όψιν ως συγχυτικός παράγοντας το πώς αξιολόγησαν οι εθελοντές την ένταση της μουσικής.

Συμπεράσματα: Η ενεργειακή πρόσληψη, δε φάνηκε να διαφοροποιείται ως αποτέλεσμα της έκθεσης σε μουσική διαφορετικής έντασης. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα ώστε να διαπιστωθεί η συμπεριφορά διαφορετικών ομάδων πληθυσμού και με μουσική διαφορετικού είδους.

AA23.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΗΧΗΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΗΝ ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Κωνσταντίνα Ζαχαρή, Ειρήνη Μαμαλάκη, Δέσποινα Ζαφειροπούλου, Ελένη Καρφοπούλου, Μαρία Γιαννακούλια
Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Έχει βρεθεί ότι ο υψηλός ρυθμός κατανάλωσης τροφής συνδέεται με αυξημένο ΔΜΣ κι ότι η αύξηση της έντασης της μουσικής αυξάνει τον ρυθμό κατανάλωσης ποτών. Μόνο μία μελέτη έχει εξετάσει την επίδραση της έντασης της μουσικής στον ρυθμό κατανάλωσης τροφής κι αυτή πραγματοποιήθηκε σε επίμυες.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της επίδρασης μουσικής διαφορετικής έντασης στον ρυθμό κατανάλωσης τροφής.

Υλικό: 20 υγιείς άντρες (22 ± 2 ετών, ΔΜΣ $23,5 \pm 2,9$ kg/m²) με φυσιολογική στάση απέναντι στο φαγητό

Μεθοδολογία: Οι εθελοντές κατανάλωσαν ad libitum γεύμα, παρουσία μουσικής 60 dB, 90 dB ή χωρίς μουσική, με τυχαία σειρά. Καταγράφηκε η διαιτητική πρόσληψη, η διάρκεια του γεύματος και ο συνολικός αριθμός μπουκιών. Υπολογίστηκε ο ρυθμός κατανάλωσης (γραμμάρια τροφής/λεπτό).

Αποτελέσματα: Με την αύξηση της έντασης της μουσικής, ο ρυθμός κατανάλωσης τροφής ($p=0,615$) και ο αριθμός των μπουκιών ($p=0,900$) φάνηκαν να αυξάνονται, ενώ η διάρκεια του γεύματος ($p=0,859$) να μειώνεται, χωρίς ωστόσο στατιστικά σημαντικές διαφορές. Τα αποτελέσματα δεν διαφοροποιήθηκαν έπειτα από έλεγχο πιθανών συγχυτικών παραγόντων. Χωρίζοντας τα άτομα σε φυσιολογικού βάρους και υπέρβαρα/παχύσαρκα, η ενεργειακή πρόσληψη συσχετίστηκε θετικά με την διάρκεια του γεύματος ($p=0,004$), τον αριθμό των μπουκιών ($p=0,010$) και την ταχύτητα κατανάλωσης ($p=0,011$) στους υπέρβαρους/παχύσαρκους.

Συμπεράσματα: Η μουσική διαφορετικής έντασης δεν φάνηκε να διαφοροποιεί τον ρυθμό κατανάλωσης τροφής. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται ώστε να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα, και σε γυναίκες εθελόντριες, και να διερευνηθεί η πιθανή επίδραση μουσικής διαφορετικών ειδών.

ΑΑ24.

Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΥΠΟΘΕΡΜΙΔΙΚΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΒΑΡΩΝ Ή ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΑΔΗΦΑΓΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ. ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΔΟΚΙΜΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΕ ΕΝΑ ΑΣΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ

Ειρήνη Κουτάντου^{1,2}, Michael Patterson¹

¹. *Department of Health & Life Sciences, Roehampton University London, U.K.*

². *Κλινική Διαιτολόγος – Διατροφολόγος BSc (Hons), MSc, Ηράκλειο – Κρήτης*

Εισαγωγή: Η αδηφαγική διατροφική διαταραχή (ΑΔΔ), συνδέεται στενά με την παχυσαρκία, απειλώντας την ψυχική και σωματική υγεία. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ) αποτελεί την περισσότερο τεκμηριωμένη επιστημονική στρατηγική για τη διαχείριση της ΑΔΔ. Προκαταρκτικές μελέτες έχουν συσχετίσει την μεσογειακή διατροφή (ΜΔ) με βελτίωση της διάθεσης και της γνωστικής λειτουργίας.

Σκοπός: Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ΜΔ σε συν-

δυασμό με την ΓΣΘ στην απώλεια βάρους και την αποχή από την ΑΔΔ μακροπρόθεσμα.

Υλικό: Τριάντα τέσσερις υπέρβαρες ή παχύσαρκες ενήλικες γυναίκες με ΑΔΔ.

Μέθοδος: Οι συμμετέχουσες τυχαιοποιημένα έλαβαν είτε ΓΣΘ σε συνδυασμό με ήπια υποθερμιδική δίαιτα, βασισμένη στις βασικές αρχές της ΜΔ (Ομάδα 1) ή ΓΣΘ θεραπεία μόνο (Ομάδα 2) κατά τη διάρκεια δέκα δομημένων συνεδριών και δυο συνεδριών παρακολούθησης (6 και 12 μήνες) μετά το τέλος της θεραπείας.

Αποτελέσματα: Η ομάδα 1, στατιστικά βελτίωσε σημαντικά το αρχικό σκορ στην κλίμακα ευκαιριακής άμετρης κατανάλωσης τροφής (ΚΕΑΚΤ) στο τέλος της θεραπείας ($p = 0.039$), κατά την εξάμηνη ($p = 0.032$) και την δωδεκάμηνη ($p = 0.003$) αντίστοιχα συνεδρία παρακολούθησης, αναφέροντας παράλληλα λιγότερα επεισόδια επαναλαμβανόμενης υπερφαγίας (ΕΕΥ) ένα χρόνο μετά τη λήξη της θεραπείας ($p = 0.046$) συγκριτικά με την ομάδα 2. Δεν υπήρξε σημαντική διαφοροποίηση ως προς τις λοιπές παραμέτρους, ωστόσο όλες οι συμμετέχουσες βελτίωσαν μακροπρόθεσμα τις αρχικές αξιολογήσεις.

Συμπεράσματα: Η συνδυασμένη θεραπεία αποδείχτηκε περισσότερο αποτελεσματική στην διαχείριση της ΑΔΔ μακροπρόθεσμα, υποδηλώνοντας τον πιθανό ρόλο της ΜΔ στη βελτίωση της διάθεσης και των γνωστικών λειτουργιών και κατά συνέπεια των συσχετιζόμενων διατροφικών επιλογών. Μελλοντικές έρευνες χρειάζονται προκειμένου να τεκμηριωθεί περαιτέρω η σχέση αυτή.

Οδηγίες για την Υποβολή Εργασιών

Το 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 (κατόπι προσηκλήσεως).
- 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 αυτόματα αρίθμηση των σελίδων στην κάτω δεξιά γωνία και συνεχή αρίθμηση γραμμών στο αριστερό περιθώριο της σελίδας. Γενικά η συγγραφή των εργασιών πρέπει να ακολουθεί τις υποδείξεις της Διεθνούς Επιτροπής Συνακτών Ιατρικών Περιοδικών (βλ. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, N Engl J Med 1991, 324:424–428).

– Βασικές οδηγίες κατά τη συγγραφή: Να αφήνετε ένα κενό διάστημα μετά τα σημεία στίξης. Κάντε αυτόματα αρίθμηση των σελίδων στην κάτω δεξιά γωνία και συνεχή αρίθμηση γραμμών στο αριστερό περιθώριο της σελίδας. Γενικά η συγγραφή των εργασιών πρέπει να ακολουθεί τις υποδείξεις της Διεθνούς Επιτροπής Συνακτών 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

– Χρησιμοποιείστε 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. 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 (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.

REVIEWS

Every article should be divided in the following sections:

- First page (Title, authors’ names, affiliations, full name)
- 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. “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.



Διοργάνωση συνεδρίου: **Goldair** Congress T. (+30) 210 3274 570, F. (+30) 210 3311 021, E. congress@goldair.gr, S. www.congress.goldair.gr