

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ

ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**“Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και η εμφάνιση των αυτοάνοσων
νοσημάτων”**

Όνοματεπώνυμο

Χριστίνα Τσόλη

ΑΜ: 21076

Επιβλέπουσα:

Ασπασία Γούλα

Αθήνα, Φεβρουάριος, 2023

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL
CARE MANAGEMENT

Diploma Thesis

**“Contemporary way of life and the emergence of autoimmune
diseases”**

Student name and surname:

Christina Tsoli

Registration Number: 21076

Supervisor name and surname:

Aspasia Goula

Athens, February, 2023

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ

ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

“Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και η εμφάνιση αυτοάνοσων νοσημάτων»

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ / ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Ασπασία Γούλα	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	
2	Γεώργιος Πιερράκος	Καθηγητής	
3	Αγγελική Σταμούλη	ΕΔΙΠ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

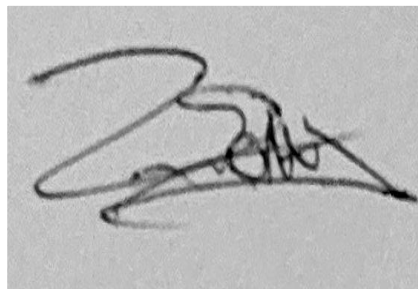
Η κάτωθι υπογεγραμμένη Χριστίνα Τσόλη του Ιωάννη, με αριθμό μητρώου 21076 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30/06/2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Ο/Η Δηλών/ούσα



*** Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα**

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα
(Υπογραφή)

*** Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):**

https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf

Ευχαριστίες

Με την παρούσα διπλωματική εργασία ολοκληρώνονται οι σπουδές μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα ‘Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας’, του Τμήματος Διοίκηση Επιχειρήσεων, στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

Ιδιαίτερα επιθυμώ να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, την κα Ασπασία Γούλα, για την πολύτιμη συμβολή, εμπιστοσύνη και καθοδήγησή της σε κάθε φάση της διπλωματικής μου, που μου πρόσφερε. Οφείλω να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους καθηγητές, για τις γνώσεις που μας προσέφεραν και την βοήθεια τους.

Αφιερωμένη

Στα παιδιά μου Γιώργο και Ανθή

για την κατανόηση και το χωροχρόνο που μου έδωσαν.

Στο σύζυγό μου Νώντα

Για την υποστήριξη και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε.

Στους γονείς μου για τη στήριξη και αγάπη τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία, μελετάται είναι ο σύγχρονος τρόπος ζωής, δηλαδή ο τρόπος που ζούμε την καθημερινότητά μέσω των δραστηριοτήτων, του τρόπου διατροφής, της έλλειψης χρόνου για προσωπική ευχαρίστηση, της άσκησης αλλά και του άγχους που δημιουργείται, κυρίως στις νεαρότερες ηλικιακές ομάδες και η συσχέτιση τους με την εμφάνιση των αυτοάνοσων νοσημάτων. Σκοπός της συγκεκριμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η κατανόηση της επιρροής του σύγχρονου τρόπου ζωής στην εμφάνιση των αυτοάνοσων νοσημάτων και της μετέπειτα πορείας των πασχόντων, με απώτερο στόχο την περαιτέρω ολιστική ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για την πρόληψη και μείωση των κρουσμάτων, παρουσιάζοντας περιστατικά κυρίως νεαρού πληθυσμού. Η μελέτη θα πραγματοποιηθεί μέσω πρόσφατης βιβλιογραφικής ανασκόπησης άρθρων σε ελληνική και αγγλική γλώσσα, μέσω των εργαλείων αναζήτησης Pubmed και Scopus.

Λέξεις-Κλειδιά: αυτοάνοσα νοσήματα, ποιότητα ζωής, σύγχρονος τρόπος ζωής

ABSTRACT

The present study examines the contemporary way of life, i.e. our daily routine, activities, diet, the lack of time for personal pleasure and physical exercise as well as the stress that mainly younger people have to face and the correlation between all the above and the emergence of autoimmunial diseases. The purpose of this literature review is to provide further comprehensive understanding of the impact of this contemporary way of life on the emergence of autoimmunial diseases and the patients' progress in order to inform the general population on how they can prevent them and reduce the outbreaks, presenting cases younger patients. The study will be implemented through the review of recent greek and international literature using Pubmed and Scopus as search tools.

Keywords: autoimmune diseases, quality of life, contemporary way of life

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT	9
Εισαγωγή.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	14
ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	14
1.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	14
1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	15
1.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	16
1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	33
Ο ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	33
2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	33
2.2. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	37
2.3. ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ	41
2.4. ΚΑΡΚΙΝΟΣ.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	48
Ο ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ Η ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ	48
3.1. Ο ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	48
3.2. ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	49
3.3. ΨΩΡΙΑΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	51
3.4. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	54
3.5. ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	56
3.6. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	58
3.7. ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	61
3.8. ΚΟΙΚΙΟΚΑΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	66
3.9. ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ HASHIMOTO ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	69
3.10. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ GRAVES ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	72
3.11. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ADDISON ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	74
3.12. ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJORGEN ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	76
3.13. ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	78
3.14. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	85
ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ, ΣΩΜΑΤΙΚΑ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	85

4.1. Ο ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	85
4.2. ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	87
4.3. ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	88
4.4. ΨΩΡΙΑΣΗ- ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	91
4.5. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	93
4.6. ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	95
4.7. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	97
4.8. ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ HASHIMOTO ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	99
4.9. ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJORGEN ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	101
4.10. ΚΟΙΚΙΟΚΑΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	102
4.11. ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	104
4.12. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ADDISON ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	106
4.13. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ GRAVES ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	107
4.14. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	109
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°.....	113
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	113
5.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	113
5.2. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	115
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	116
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	116
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	118
Διαδικτυακές Πηγές	146

Εισαγωγή

Αρχίζοντας τη συγγραφή της βιβλιογραφικής ανασκόπησης θα πρέπει να γίνει αναφορά στο τι είναι «αυτοάνοσα νοσήματα» και ποιά είναι η διαφορά τους από τα άλλα νοσήματα. Όταν ο οργανισμός νοσεί από κάποια λοίμωξη το ανοσοποιητικό σύστημα προσπαθεί να τον προστατεύσει καταπολεμώντας τον ιό, μικρόβιο ή βακτήριο που προκαλεί τη λοίμωξη. Όταν όμως εμφανίζεται ένα αυτοάνοσο νόσημα, τότε το ανοσοποιητικό σύστημα υπερδραστηριοποιείται και από λάθος εναντιώνεται στον ίδιο τον οργανισμό (Μουτσόπουλος, Χ. Μ., 2001). Πιο συγκεκριμένα αυτό που συμβαίνει είναι ότι η άμυνα του οργανισμού αντί να υπομείνει τον εαυτό της, δεν τον υποστηρίζει άλλο και τον πολεμά (Μουτσόπουλος, Χ. Μ., 2001).

Τα αυτοάνοσα νοσήματα μπορεί να εμφανιστούν μεμονωμένα ή και ταυτόχρονα σε διάφορα μέρη του σώματος, καθώς και να προκαλέσουν συννοσηρότητα με άλλες σοβαρές ασθένειες (Μουτσόπουλος, Χ. Μ., 2001). Η εμφάνισή τους έκτος από τη σωματική υγεία επηρεάζει κι άλλους δείκτες υγείας και ποιότητας ζωής, όπως τη ψυχική υγεία, τη συναναστροφή με τον κοινωνικό περίγυρο, τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες, την οικονομική κατάσταση των νοσούντων και των οικογενειών τους, αλλά και του κράτους που διαμένουν. Παρότι δεν έχει εξακριβωθεί επαρκώς ποιές είναι οι αιτίες που πυροδοτούν την εμφάνισή τους, οι ειδικοί εξαιτίας της αύξησης των κρουσμάτων παγκοσμίως, ερευνούν τα περιστατικά και προσπαθούν να μειώσουν τους παράγοντες εκκίνησης, δίνοντας εκτεταμένη βαρύτητα στο σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει ο σύγχρονος τρόπος ζωής που ακολουθείται τα τελευταία χρόνια (Θεοφίλου, Π. Α., 2015).

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε βάθος τριακονταετίας βάση έρευνας των Lerner και συν., 2015 έχει παρατηρηθεί σημαντική αύξηση σε Σουηδία, Αμερική, Ολλανδία και Ισραήλ. Καθώς έχει διαπιστωθεί ότι η εμφάνιση τους δεν προσδιορίζει συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, αλλά αντιθέτως με την πάροδο των χρόνων προσβάλλει ακόμα πιο νεαρό πληθυσμό, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, ο οποίος χαρακτηρίζεται ως η πανδημία του 21^{ου} αιώνα (Roze et al., 2005), η

νόσος Hashimoto (θερεοειδίτιδα) η οποία έχει αποδειχθεί ότι τις τελευταίες δεκαετίες αγγίζει το 3-5% (Wang και συν., 2015), και η κοιλιοκάκη δημιουργείται το αίσθημα της ερευνητικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης ως προς το τί διαφορετικό συμβαίνει στην καθημερινότητα τα τελευταία χρόνια σε σχέση με παλαιότερα και παρατηρείται αυτή η αύξηση των κρουσμάτων.

Από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχουν προσπαθήσει να αξιολογηθούν κάποιοι συγκεκριμένοι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση των αυτοάνοσων, την ποιότητα ζωής των πασχόντων, την ηλικιακή ομάδα που προσβάλουν και τη συσχέτιση συννοσηρότητας (Θεοφίλου, Π. Α., 2015). Καθώς αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα και η διάστασή του έχει λάβει μεγάλη έκταση, κρίνεται απαραίτητη η επιστημονική έρευνα και η ενημέρωση για τις επιπτώσεις που παρουσιάζει στον πάσχοντα πληθυσμό, με σκοπό την ελαχιστοποίηση της εμφάνισής τους (Θεοφίλου, Π. Α., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το αμυντικό σύστημα ενός φυσιολογικού οργανισμού όταν νοσεί από κάποια λοίμωξη προσπαθεί να τον προστατεύσει καταπολεμώντας τον ιό, μικρόβιο ή βακτήριο που προκαλεί τη λοίμωξη. Όταν όμως εμφανίζεται ένα αυτοάνοσο νόσημα, τότε το ανοσοποιητικό σύστημα υπερδραστηριοποιείται και μπερδεύεται, με αποτέλεσμα να εναντιώνεται στα ίδια του τα κύτταρα ή ακόμα και στα όργανά του (Μουτσόπουλος, Χ. Μ., 2001). Πιο συγκεκριμένα αυτό που συμβαίνει είναι ότι η άμυνα του οργανισμού αντί να υπομείνει τον εαυτό της, δεν τον υποστηρίζει άλλο και τον πολεμά (Μουτσόπουλος, Χ. Μ., 2001).

Το ανοσοποιητικό σύστημα αντιμετωπίζει τους εισβολείς που εισέρχονται στον οργανισμό με δύο τρόπους:

1. Τη **φυσική ανοσία**, η οποία αποτελείται από κύτταρα φυσικούς φονείς και από τα φαγοκύτταρα(μακροφάγα, ουδετερόφυλα), τα οποία βρίσκονται στο δέρμα και στους βλεννογόνους.
2. Την **επίκτητη ανοσία**, η οποία αποτελείται από τα Τ-λεμφοκύτταρα και τα Β-λεμφοκύτταρα (τα οποία είναι κύτταρα-συστατικά) και οι λειτουργίες τους είναι να αναγνωρίζουν και να εξουδετερώνουν τον εισβολέα, δημιουργώντας παράλληλα «μνημονικό» για την πιθανή αντιμετώπισή του στο μέλλον.

Συνοψίζοντας το ανοσολογικό σύστημα απομακρύνει με τη φυσική ανοσία τους εισβολείς, ενώ με την επίκτητη τους αναγνωρίζει, τους «μαθαίνει», τους ξεχωρίζει από το δικό του οργανισμό (αυτοανοχή) και τους αντιμετωπίζει, δημιουργώντας παράλληλα «μνημονικό», ώστε να τους αντιμετωπίσει πιο γρήγορα και αποτελεσματικά στο μέλλον (Μουτσόπουλος, Χ. Μ., 2004). Όταν χάνει την αυτοανοχή του ο οργανισμός τότε η κατάσταση αυτή οδηγείται σε παθολόγνα κατάσταση και αυτός ακριβώς είναι ο ορισμός ενός αυτοάνοσου νοσήματος.

1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Τα αυτοάνοσα εμφανίζονται σε πολλά μέρη του σώματος και η άμεση αντιμετώπισή τους θεωρείται το κλειδί για την μείωση της έξαρσης της νόσου και της συννοσηρότητας που τα χαρακτηρίζει, με αποτέλεσμα τα τελευταία χρόνια να απασχολούν αρκετά τη διεθνή επιστημονική κοινότητα (Μουτσόπουλος, Χ. Μ., 2008). Οι τύποι των αυτοάνοσων νοσημάτων κυμαίνονται περίπου στους 80 και η διάγνωσή τους δεν καθιστάται εύκολη, καθώς αρκετοί τύποι έχουν κοινά συμπτώματα μεταξύ τους. Αξίζει επίσης να επισημανθεί ότι μπορεί σ' έναν οργανισμό να εμφανιστούν περισσότερα από ένα νοσήματα, όπως επίσης ότι δε μεταδίδονται όπως οι υπόλοιπες λοιμώξεις και ούτε ευθύνονται για την εμφάνιση καρκίνου. Ενώ δεν έχει ακόμα διαλευκανθεί τί είναι αυτό που δημιουργεί τα αυτοάνοσα νοσήματα, οι ειδικοί έχουν εστιάσει ότι υπάρχουν τέσσερις παράγοντες που πυροδοτούν το ανοσοποιητικό να στραφεί εναντίον του ίδιου του οργανισμού κι αυτοί είναι:

1. Γενετικοί
2. Ορμονικοί
3. Νευροψυχολογικοί
4. Περιβαλλοντικοί

Ως προς τους γενετικούς παράγοντες έχει διαπιστωθεί ότι για να εμφανίσει κάποιο άτομο αυτοάνοσο νόσημα προϋπάρχει σε κάποιο άτομο από το στενό του οικογενειακό περιβάλλον. Αυτό δε σημαίνει ότι το νόσημα κληρονομείται, αλλά ότι κληρονομείται μόνο το "γενετικό υπόστρωμα" για την εμφάνιση του νοσήματος (Μουτσόπουλος, Χ. Μ., 2001). Όσον αφορά τους ορμονικούς παράγοντες έχει διασαφηνιστεί ο λόγος που η εμφάνισή τους είναι πιο αυξημένη στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες κι αυτός είναι είτε λόγω των οιστρογόνων (π.χ χρήση αντισυλληπτικών δισκίων), είτε λόγω της τεκνοποίησης, όπου κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης και λοχείας υπάρχει έξαρση των αυτοάνοσων νοσημάτων (π.χ η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο ερυθρηματώδης λύκος) (Μουτσόπουλος, Χ. Μ., 2001).

Στους νευροψυχολογικούς παράγοντες κατατάσσονται σαν πρώτοι και κύριοι παράγοντες το άγχος και το στρες. Μέσα από έρευνες έχει καταστεί σαφές ότι η ψυχική μας υγεία συνδέεται με το νευρολογικό και το ανοσοποιητικό μας

σύστημα. Έτσι λοιπόν μετά από μια στρεσογόνο κατάσταση ή από ένα μετατραυματικό σοκ δημιουργείται "έδαφος" για την εμφάνισή τους. Αντιστοίχως έχει παρατηρηθεί ότι όσοι άνθρωποι έχουν αυτοάνοσο νόσημα τείνουν να έχουν, ανάλογα τη βαρύτητα και τη διάρκεια ετών της νόσου, κάποιο είδος ψυχικής διαταραχής. Για την ελάττωση των συμπτωμάτων συστήνεται η μείωση του άγχους, σώστή και ισορροπημένη διατροφή και άσκηση. Γι' αυτό το είδος των νοσημάτων μέχρι στιγμής δεν έχει βρεθεί κάποια αγωγή καταπολέμησής τους και η τάση που έχουν ως λοίμωξη είναι να εμφανίζονται και κάθε φορά να επιδεινώνουν την υπάρχουσα κατάσταση (Μουτσόπουλος, X. M., 2001). Περιβαλλοντικοί παράγοντες που μπορεί να διεγείρουν την εμφάνιση αυτοάνοσων νοσημάτων είναι η έκθεση στον ήλιο, λοιμώξεις από μικρόβια (ρευματικός πυρετός ή στρεπτόκοκκος) και ιοί.

1.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Οι πιο γνωστές ασθένειες αυτοάνοσων νοσημάτων στη διεθνή επιστημονική κοινότητα είναι οι εξής:

- Η Θυρεοειδίτιδα Hashimoto και η Νόσος του Graves που προσβάλλουν το Θυρεοειδή αδέννα.
- Η Κοιλιοκάκη ή Στεατόρροια (εντεροπάθεια με δυσανεξία στη γλουτένη).
- Η Ελκώδης Κολίτιδα και η Νόσος Crohn που προσβάλλουν το γαστρεντερικό σύστημα και χαρακτηρίζονται ως Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου.
- Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα
- Νεανική Ρευματοειδής Αρθρίτιδα
- Ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος (S.L.E.)
- Η Ψωρίαση και η Ψωριασική αρθρίτιδα
- Η Νόσος του Addison.
- Το Σύνδρομο Sjögren.

- Η Μυασθένεια Gravis.
- Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1.
- Η Σκλήρυνση κατά πλάκας και δεκάδες ακόμη.

1.3.1 ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ HASHIMOTO

Η θυρεοειδίτιδα Hashimoto είναι μια αυτοάνοση διαταραχή που αποτελεί μια φλεγμονώδη κατάσταση του θυρεοειδούς αδένος και οι αιτίες εμφάνισής της κατατάσσονται στους γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Στην ίδια κατηγορία εντάσσεται κι η νόσος του Graves, καθώς κι οι δύο διαγιγνώσκονται από βιοχημικές εργαστηριακές εξετάσεις. Εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες ηλικίας μεταξύ 30-50 ετών και πολλές φορές αποτελεί αιτία εμφάνισης κι άλλου αυτοάνοσου νοσήματος όπως ο συστηματικός ερυθρεματώδης λύκος (ΣΕΛ) (Weetman, A. & Walport, M., 1987), η κοιλιοκάκη (Volta, U., et al., 2001), η ρευματοειδής αρθρίτιδα κι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 (Holl, R. W., et al., 1999) κι αντιστρόφως. Οι γενετικοί παράγοντες αφορούν γονίδια του συμπλέγματος ιστοσυμβατότητας και το αντιγόνο 4 των T- λεμφοκυττάρων (Ντάλλες, Κ. & Κώστογλου-Αθανασίου, Ι., 2003). Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να είναι λοιμώξεις από ιούς και μικρόβια που πυροδοτούν την εκκίνηση της νόσου, καθώς και η έλλειψη ιχνοστοιχείων όπως η βιταμίνη D, το σελήνιο, το ιώδιο κι ο σίδηρος (Kawicka, A., & Regulska-Plow, B., 2015). Τα συμπτώματα της θυρεοειδίτιδας Hashimoto είναι η έντονη κόπωση και ατονία, άλγος στα πόδια και αύξηση βάρους. Η διάγνωσή της γίνεται με εργαστηριακό αιματολογικό έλεγχο, όπου καταγράφεται η αύξηση των επιπέδων των αντισωμάτων και με υπερηχογράφημα. Ολοκληρωμένη θεραπεία για την αντιμετώπιση της νόσου δεν υφίσταται. Οι ασθενείς ξεκινούν φαρμακευτική αγωγή με υποκατάστατα ορμονών, τα οποία χορηγούνται εφ' όρου ζωής και με τον τακτικό αιματολογικό και κλινικό έλεγχο που πραγματοποιούν, αναλόγως αλλάζουν τη δοσολογία για να λειτουργεί καλύτερα το ανοσοποιητικό τους σύστημα (Ντάλλες, Κ. & Κώστογλου-Αθανασίου, Ι., 2003). Το τελευταίο στάδιο αντιμετώπισης της θυρεοειδίτιδας Hashimoto είναι η χειρουργική επέμβαση κι

αυτή συνίσταται όταν υπάρχουν βρογχοκήλες, οι οποίες μεγαλώνουν παρά τη φαρμακευτική αγωγή (Ντάλλες, Κ. & Κώστογλου-Αθανασίου, Ι., 2003).

1.3.2 ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ

Η κοιλιοκάκη είναι μια φλεγμονώδης νόσος του λεπτού εντέρου και του δωδεκαδακτύλου ή της νήστιδας (Ludvigsson, J. F., & Green, P. H., 2011), η οποία χαρακτηρίζεται από τη δυσανεξία στη γλουτένη. Προκαλείται από γενετικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. Εμφανίζεται κυρίως σε παιδιά και βρέφη με τη μορφή συμπτωμάτων όπως διάρροια, μικρή και αργή ανάπτυξη και σε ενήλικες με αναιμία ή άλλα νευρολογικά συμπτώματα (Troncone, R., & Jabri, B., 2011). Η νόσος επιπλέον δρα με τη μη απορρόφηση βιταμινών και θρεπτικών ουσιών. Η διάγνωση πραγματοποιείται με εργαστηριακό αιματολογικό έλεγχο, όπου παρατηρείται αύξηση των αντισωμάτων της ιστικής τρανσγλουταμινάσης και για εγκυρότερα αποτελέσματα με γαστροσκόπηση και βιοψία ιστού (Lewis, D. Et al., 2017). Είναι επίσης υπεύθυνη για την εμφάνιση των αυτοάνοσων νοσημάτων της θυρεοειδίτιδας και του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1, καθώς και για άλλες καρδιαγγειακές και νευρολογικές νόσους, ακόμα και για την εμφάνιση καρκίνου (Cosnes, J., & Nion-Larmurier, I., 2011). Οι γενετικοί παράγοντες αφορούν και σ' αυτήν τη νόσο γονίδια του συμπλέγματος ιστοσυμβατότητας (Kupfer, S. S., & Jabri, B., 2012), ενώ οι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι και πάλι η έλλειψη βιταμίνης D, καθώς και η μη ισορροπημένη μεσογειακή διατροφή (Koning, F., 2014:). Δεν ενδείκνυται φαρμακευτική αγωγή για αυτή τη νόσο, παρά μόνο διατροφή χωρίς γλουτένη για το υπόλοιπο της ζωής των νοσούντων, εμπλουτισμένη με φυλλικό οξύ και σίδηρο. Η οποιαδήποτε παρασπονδία μπορεί να προκαλέσει περαιτέρω ζημιά στο έντερο (Φώτος, Ν. Β., & Μπροκαλάκη-Παναουδάκη, Η., 2015). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς με κοιλιοκάκη αντιμετωπίζουν έντονη συναισθηματική φόρτιση, αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψη, κοινωνικό αποκλεισμό και απομόνωση εξαιτίας της φύσης της νόσου (Burger, J. P., et al., 2017).

1.3.3 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 είναι ένα αυτοάνοσο νόσημα που προκαλείται από την ολική έλλειψη ινσουλίνης. Τα β-κύτταρα που παράγουν την ινσουλίνη καταστρέφονται, κι έτσι η γλυκόζη (ενέργεια) που προσλαμβάνεται από τις τροφές δε μπορεί να μεταβεί στα κύτταρα (World Health Organization., 2003). Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 καθιστά τα άτομα ινσουλινοεξαρτώμενα, κι η έγκαιρη διάγνωσή του μπορεί να θεωρηθεί πρόληψη για τη μετέπειτα πορεία του και για την εμφάνιση άλλων αυτοάνοσων νοσημάτων, όπως είναι η κοιλιοκάκη, η λεύκη, η νόσος Graves, η νόσος Addison και η θυρεοειδίτιδα Hashimoto (Liu, E., et al., 2002). Προσβάλλει κυρίως παιδιά κι εφήβους κάτω των 16 ετών κι η αύξησή του τα τελευταία 30 χρόνια είναι ραγδαία, καθώς η τάση του φαίνεται ανοδική. Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι η πολουρία, η πολυδιψία, η πολυφαγία, η απότομη απώλεια βάρους και η κόπωση χωρίς να έχει προηγηθεί έντονη άσκηση (Lissauer. T. and Clayden. G. Foster., 2016). Η διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 γίνεται με εργαστηριακό αιματολογικό έλεγχο σε συνδυασμό με εξέταση γενικής ούρων. Η έγκαιρη διάγνωσή του είναι άκρως σημαντική για την εξέλιξη της πορείας της νόσου, καθώς και πολλών άλλων νοσημάτων που προκαλούνται από τον Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1, όπως η διαβητική νεφροπάθεια και η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, η υπέρταση, το εγκεφαλικό και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. (<https://www.iatropedia.gr/encyclopedia/sakcharodis-diavitis/>). Οι γενετικοί παράγοντες αφορούν και σ' αυτό το νόσημα γονίδια του συμπλέγματος ιστοσυμβατότητας (Stankov, K., et al., 2013) και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αναφέρονται κυρίως στο στρες, σε κάποια μετατραυματική εμπειρία, στην περιορισμένη σωματική άσκηση και στον τρόπο διατροφής (Crume, T. L., et al., 2014). Η θεραπεία που ακολουθείται από τους ασθενείς της νόσου είναι η χορήγηση ινσουλίνης σε ενέσιμη μορφή για τη διατήρηση των επιπέδων γλυκόζης σε φυσιολογικές τιμές, ειδική διατροφή και παρακολούθηση από διατροφολόγο, καθώς και άσκηση (<https://www.iatropedia.gr/encyclopedia/sakcharodis-diavitis/>). Θα πρέπει ακόμα να αναφερθεί η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και ιδιαίτερα των παιδιών, η οποία μεταβάλλεται λόγω του άγχους και του στρες που βιώνουν αλλάζοντας την καθημερινότητά τους, συγκρίνοντας τον εαυτό τους με

τα άλλα παιδιά που συναναστρέφονται και της εκ νέου εκπαίδευσης τους στο νέο τρόπο ζωής τους, που μπορεί να τα οδηγήσει σε τάσεις αυτοκαταστροφής ή ακόμη και σε κατάθλιψη (Delamater, A. M., et al., 2014).

1.3.4 ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας είναι ένα χρόνια αυτοάνοσο νόσημα που αποτελεί μια φλεγμονώδη διαταραχή στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, καταστρέφοντας τη μυελίνη στους νευρικούς ιστούς, με αποτέλεσμα στο σημείο αυτό να δημιουργούνται μικρές πλάκες (Tremlett, H., et al., 2010). Παρουσιάζεται κατά κύριο λόγο στο γυναικείο πληθυσμό σε νεαρές ηλικίες μεταξύ 20-40 ετών. Το βασικό σύμπτωμα αυτής της νόσου είναι η κόπωση (ψυχική ή σωματική), η οποία παρεμποδίζει τον πάσχοντα να ανταπεξέλθει στις καθημερινές του δραστηριότητες και υποχρεώσεις (Giovannoni, G., 2006), με αποτέλεσμα να επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής του, να του δημιουργείται άγχος και να έχει δυσκολίες ακόμα και στον ύπνο (Krupp, L. B., et al., 2010). Στις περισσότερες περιπτώσεις οι πάσχοντες οδηγούνται σε κατάθλιψη λόγω της περιορισμένης κινητικότητας τους, της μειωμένης συμμετοχής τους σε κοινωνικές δραστηριότητες, της σεξουαλικής τους δυσλειτουργίας και της μειωμένης αυτοεκτίμησής τους (Carr, A. J., et al., 2001) και πρέπει να παρακολουθούνται από ειδικό (ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗ, Μ., κ. ά., 2006). Για την εμφάνιση κάθε νέου συμπτώματος η διάγνωση πρέπει να είναι έγκαιρη για την άμεση ρύθμιση και αντιμετώπισή του και για την ομαλή σταθεροποίηση της εξέλιξης των φάσεων της νόσου.

1.3.5 ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος των αρθρώσεων στα σημεία σύνδεσης με τα οστά που πραγματοποιούν μια κίνηση (Μανουσάκης, Μ. Ν., 2008). Το χαρακτηριστικό της νόσου είναι η καταστροφή των αρθρώσεων συμμετρικά, δηλαδή και στις δύο πλευρές των αρθρώσεων και σε συνέχεια της η

διάβρωση των οστών (Μανουσάκης, Μ. Ν., 2008). Τα συμπτώματα που προμηνύουν την εμφάνισή της νόσου είναι πόνος, ερεθισμός και οίδημα στα σημεία φλεγμονής, ενώ πολλές φορές μπορεί να υπάρχει και δυσκολία στην κάμψη. Τα σημεία που προσβάλλονται είναι: γόνατα, δάχτυλα άνω και κάτω άκρων, αγκώνες και καρποί. Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι μια νόσος η οποία έχει ραγδαία εξέλιξη μέχρι τα πρώτα τρία χρόνια από την έναρξη της εκδήλωσής της κι αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή (Μανουσάκης, Μ. Ν., 2008). Σε περίπτωση που δεν ακολουθηθεί φαρμακευτική αγωγή, μπορεί να οδηγήσει σε μυϊκή ατροφία (λόγω της μη κινητικότητας των αρθρώσεων- με συνέπεια και των μυών) ακόμη και σε αναπηρία. Η συμπτωτική της νόσου με φαρμακευτική αγωγή κυρίως στα πρώτα στάδια καθιστά την εξέλιξή της πιο βραδεία (Μανουσάκης, Μ. Ν., 2008). Οι παράγοντες που την πυροδοτούν είναι γενετικοί (πάσχουν αρκετά γονίδια) και περιβαλλοντικοί, όπως είναι το στρες και πιθανές λοιμώξεις. Οι ηλικίες στις οποίες παρουσιάζεται είναι άνω των 40 ετών και κυρίως στις γυναίκες, όπως και η πλειονότητα των αυτοάνοσων νοσημάτων, πράγμα το οποίο μετά την ηλικία των 65 ετών φαίνεται να εξισορροπείται ανάμεσα στα δύο φύλα ((Μανουσάκης, Μ. Ν., 2008).

1.3.6 ΝΕΑΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η Νεανική Ρευματοειδής Αρθρίτιδα είναι μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος κι αυτή, η οποία αντί να καταστρέφει τις αρθρώσεις αυξάνει το αρθρικό υγρό, εντείνει τη φλεγμονή και μεγαλώνει το πάχος του αρθρικού υμένα. Η νόσος αυτή προσβάλλει κυρίως παιδιά κάτω των 16 ετών και τα συμπτώματά της είναι πόνος, μεγαλοποίηση των αρθρώσεων και δυσκολία στην κάμψη των αρθρώσεων (Κωνσταντόπουλος, Α., Κλινική Παιδιατρική, Παρισιάνου: Αθήνα, 2002) . Εκτός από αυτά τα συμπτώματα, τα οποία μπορεί να μη γίνουν αντιληπτά μέχρι τους πρώτους δύο μήνες, παρατηρείται η μη φυσιολογική ανάπτυξη των παιδιών σε ύψος (μειωμένη), καθώς και η μη φυσιολογική σεξουαλική ανάπτυξη στην περαιτέρω πορεία της ζωής τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχουν ευρήματα για μετέπειτα ψυχολογικές διαταραχές εξαιτίας της νόσου, μόνο η ψυχολογική επιβάρυνση που νιώθουν οι ίδιοι ή ο στενός τους οικογενειακός κύκλος

(Marcadante, K., 2016). Οι παράγοντες που προκαλούν την έναρξη της νόσου είναι γενετικοί και περιβαλλοντικοί. Βάσει μελετών στηρίζονται σε λοιμώξεις και μικρόβια που εστιάζουν κυρίως στο έντερο και σε ασθένειες όπως η ηπατίτιδα Β η ερυθρά κ.ά. Οι αρθρώσεις στις οποίες εκδηλώνεται είναι τα γόνατα, οι αγκώνες, τα ισχία, ο θώρακας και το ιερό οστό. Ο μέχρι τώρα ασφαλέστερος τρόπος παρακολούθησης της νόσου στα παιδιά είναι μέσω της μαγνητικής τομογραφίας, καθώς μπορεί να δώσει πιο συγκεκριμένα αποτελέσματα ως προς το βαθμό επιβάρυνσης των αρθρώσεων και της διάβρωσης των οστών (Giancane, G., et al., 2016). Βάσει στατιστικών δεδομένων το 15% των πασχόντων περίπου πρόκειται να χειρουργηθεί έστω μία φορά για ολική αρθροπλαστική ισχίου, ενώ μόλις το 2% για ολική αρθροπλαστική γόνατος (Basra, H. A., et al., 2017). Σε κάποιες περιπτώσεις είναι πιθανό να συνυπάρξει κι η εμφάνιση ωχράς κηλίδας, η οποία επίσης θα πρέπει να αξιολογείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα από οφθαλμίατρο. Μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή για τη σταθεροποίηση και καλύτερευση της νόσου δεν έχει βρεθεί, καθώς η εμπειρία στη συγκεκριμένη νόσο δεν είναι επαρκής (Stoll, M. L., et al., 2014).

1.3.7 ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Η Ελκώδης Κολίτιδα είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος, η οποία εμφανίζεται στο παχύ έντερο και πιο συγκεκριμένα στο βλεννογόνο του. Ξεκινάει κυρίως από το ορθό κι ανάλογα με την εξέλιξη της πορείας της νόσου πορεύεται στα υπόλοιπα τμήματα του παχέος εντέρου (όπως το σιγμοειδές ή το τυφλό) (Silverberg, M. S., 2005). Τα συμπτώματα που υποδεικνύουν τη νόσο είναι το έντονο κοιλιακό άλγος, εμπύρετο κι αρκετές κενώσεις την ημέρα. Η διαφορά της ελκώδους κολίτιδας από τη νόσο του Crohn είναι ότι προσβάλλει μόνο το παχύ έντερο σε αντίθεση με τη νόσο του Crohn που προσβάλλει και το λεπτό έντερο (Meier, J., & Sturm, A., 2011). Οι παράγοντες που την προκαλούν φαίνεται να είναι το γενετικό υπόβαθρο και οι περιβαλλοντικοί (π.χ. κακή διατροφή, κάπνισμα, στρεσογόνο κατάσταση). Είναι σύνηθες αν νοσεί κάποιο άτομο στην οικογένεια να παρουσιαστεί και σ' άλλο άτομο από τη συγγένεια πρώτου βαθμού. Οι ηλικιακές ομάδες που προσβάλλονται είναι κυρίως οι ενήλικες άνω των 40

ετών, με μια μικρή αύξηση των κρουσμάτων και σε νεαρότερες ηλικίες ξεκινώντας από την ηλικία των 16 ετών (Silverberg, M. S., 2005). Ανάλογα με την ηλικία έναρξης της νόσου και το στάδιο διάγνωσης της δίνεται φαρμακευτική αγωγή, η οποία όμως δε μπορεί να καταπολεμήσει αποτελεσματικά τη νόσο, αλλά μπορεί να ελαττώσει τα συμπτώματα και τις εξάρσεις της (D'haens, G., et al., 2007). Η παρακολούθηση της πορείας της ελκώδους κολίτιδας γίνεται με κολονοσκόπηση για την ασφαλή κι έγκαιρη διάγνωση τυχόν επιπλοκών της (Carter, M. J., 2004). Η ελκώδης κολίτιδα, όπως και τα υπόλοιπα αυτοάνοσα νοσήματα έχει την τάση της συννοσηρότητας με άλλες αυτοάνοσες διαταραχές όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1, η θυρεοειδίτιδα Hashimoto- Graves, η ρευματοειδής αρθρίτιδα κ.ά. (Danese, S., 2005).

1.3.8 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN

Η νόσος του Crohn είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος, η οποία προσβάλλει αρκετά όργανα του σώματος, με την πλειοψηφία των κρουσμάτων να εμφανίζονται στο λεπτό και το παχύ έντερο. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου μπορεί να παρουσιαστεί στο στόμα, τον οισοφάγο και στο δωδεκαδάκτυλο (Ευστάθιος Λ. Παπαλάμπρος, 2011). Οι ηλικίες στις οποίες εκδηλώνεται είναι συνήθως μεταξύ 15-35 ετών (Priscilla LeMone, et al., 2014). Όπως και στα υπόλοιπα αυτοάνοσα νοσήματα έτσι και σ' αυτήν τη νόσο είναι πιο συχνή η εμφάνισή της στο γυναικείο πληθυσμό. Κατά τη διάρκεια της νόσου υπάρχουν στάδια ύφεσης κι έξαρσης. Οι παράγοντες που την πυροδοτούν είναι γενετικοί και περιβαλλοντικοί (αποτέλεσμα λοιμογόνων καταστάσεων, διατροφή, κάπνισμα, έλλειψη Βιταμίνης D, στρες) (Gaya, D. R., et al., 2006). Τα συμπτώματα της νόσου είναι ίδια με αυτά της ελκώδους κολίτιδας (κοιλιακό άλγος, εμπύρετο, διάρροια, απώλεια βάρους) και γι' αυτό είναι δύσκολο να διαγνωσθεί από τα πρώιμα στάδια. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι σε αντίθεση με την ελκώδη κολίτιδα, η νόσος του Crohn έχει ενοχοποιηθεί για την ύπαρξη καρκίνου του παχέος εντέρου λόγω της σοβαρότερης φύσης της πορείας της (Henriksen, M., et al., 2006). Η παρακολούθηση της νόσου του Crohn γίνεται με κολονοσκόπηση και βιοψία ιστών, για την καλύτερη πρόληψη και διάγνωση της εξέλιξής της. Όπως και στην

ελκώδη κολίτιδα, έτσι και στη νόσο του Crohn έχει παρατηρηθεί ότι περίπου το 15% των πασχόντων έχουν στο στενό οικογενειακό τους περιβάλλον κι άλλο άτομο με την ίδια νόσο (Freeman, H. J., 2002). Λόγω του ότι φλεγμένεται το εντερικό σύστημα υπάρχουν διατροφικές διαταραχές, γίνεται δύσκολη απορρόφηση (βιταμινών, σιδήρου κι άλλων ιχνοστοιχείων) κι οι ασθενείς έχουν υψηλό βαθμό εμφάνισης οστεοπόρωσης, αναιμίας κι αρθρίτιδας (Burisch, J., et al., 2013). Αξίζει επίσης να επισημανθεί ότι σε σχέση με το γενικό πληθυσμό οι πάσχοντες, εκτός από τη συννοσηρότητα με άλλες αυτοάνοσες διαταραχές, είναι πιο επιρρεπείς σε ψυχικές διαταραχές, διαταραχές της διάθεσης και κατάθλιψη (Fuller-Thomson, E., et al., 2015: 2341-2348).

1.3.9 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ GRAVES

Η νόσος του Graves είναι μία χρόνια αυτοάνοση διαταραχή του θυρεοειδούς αδένου, η οποία εκδηλώνεται ως υπερθυρεοειδισμός. Τα κύρια συμπτώματά της είναι οι ταχυκαρδίες και το εξόφθαλμο, το οποίο μπορεί με την πάροδο των χρόνων να οδηγήσει σε μία άλλη αυτοάνοση νόσο, την οφθαλμοπάθεια του Graves (Davies, T. F., et al., 2020). Συνοδά συμπτώματα είναι η εφίδρωση, η απώλεια βάρους, η αϋπνία, η κόπωση και στις γυναίκες εμφανίζονται διαταραχές στην έμμηνου ρύση (Trzepak, P. T., et al., 1989). Δεν έχει αποσαφηνιστεί ποιες ηλικιακές ομάδες προσβάλλει περισσότερο, καθώς το εύρος της ηλικίας κυμαίνεται από 20-60 ετών (Jacobson, D. L., 1997). Όπως και στις περισσότερες αυτοάνοσες ασθένειες, έτσι κι η νόσος του Graves "βρίσκει πιο συχνά έδαφος" στο γυναικείο πληθυσμό και οι παράγοντες που την προκαλούν φαίνεται να είναι οι γενετικοί κι οι περιβαλλοντικοί (Hollowell, J. G., et al., 2002). Ο τρόπος παρακολούθησης της νόσου γίνεται με εργαστηριακές εξετάσεις (για τον έλεγχο των αντισωμάτων), με σπινθηρογράφημα (για τον έλεγχο πρόσληψης ιωδίου και τα επίπεδά του) και με υπερηχογράφημα (όταν συνοδεύεται από την ύπαρξη όζων) (Becker, D., 1996). Ο τρόπος θεραπείας ξεκινάει πρώτα με φαρμακευτική αγωγή, για τη συντήρηση και σταθεροποίηση της παραγωγής αντισωμάτων, στη συνέχεια με ραδιενεργό ιώδιο (Becker, D., 1996), και τρίτο στάδιο με την ολική ή

μερική χειρουργική αφαίρεση του θυρεοειδούς αδένος (Phitayakorn, R., et al., 2013). Δεν έχει συσχετισθεί η ύπαρξη καρκίνου του θυρεοειδούς αδένος με τη νόσο του Graves (Erbil, Y., et al., 2008).

1.3.10 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ

Ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος είναι το αποκορύφωμα των χρόνιων αυτοάνοσων νοσημάτων, καθώς επηρεάζει το μεγαλύτερο ποσοστό συστημάτων και ζωτικών οργάνων (Σκοπούλη, Φ. Ν., 2008). Ανάλογα με το σημείο εκκίνησης της νόσου διαγιγνώσκεται ως βαριάς ή ήπιας μορφής. Βαριάς μορφής μπορεί να θεωρηθεί η προσβολή του εγκεφάλου και των νεφρών, κι αυτό επειδή αν δε διαγνωσθεί κι αντιμετωπισθεί έγκαιρα, οι λειτουργίες των ζωτικών οργάνων υφίστανται μόνιμη βλάβη, με αποτέλεσμα οι επιπτώσεις μετέπειτα να είναι σοβαρότερες και μη αναστρέψιμες. Ήπιας μορφής μπορεί να θεωρηθεί η προσβολή του δέρματος και των αρθρώσεων. Ζωτικά όργανα που επίσης προσβάλλονται είναι η καρδιά και οι πνεύμονες (Σκοπούλη, Φ. Ν., 2008). Εκδηλώνεται κυρίως σε γυναίκες με ηλικιακή έναρξη τα 15 έτη έως τα 35., κι ακόμη συχνότερα στις έγχρωμες σε σύγκριση με τις λευκές. Η νόσος αυτή έχει πολλές υφέσεις κι εξάρσεις κι ο κλινικός έλεγχος για την πρόληψη κι αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και την εμφάνισή της σ' άλλα όργανα είναι επιτακτική και σημαντική. Το κύριο εξωτερικό γνώρισμα του συστηματικού ερυθηματώδη λύκου είναι ένα ερυθρό εξάνθημα που εμφανίζεται στις παρειές και τη μύτη, το οποίο παραπέμπει σε σχηματισμό πεταλούδας, συμπορευόμενο με εμπύρετο και άλγος στις αρθρώσεις. Αρκετές είναι οι φορές που μπορεί να μη γίνει αντιληπτή κατά την εκκίνησή της, μιας και τα συμπτώματα μπορεί να είναι ήπια και τότε ανιχνεύεται με την ύπαρξη αιματοουρίας σε γενική εξέταση ούρων (Σκοπούλη, Φ. Ν., 2008). Οι παράγοντες που ξεκινούν τη νόσο είναι το γενετικό υπόβαθρο, περιβαλλοντικοί (λοιμώξεις από ιούς κι ηλιακή ακτινοβολία), αλλά και ορμονικοί, γι' αυτό και πολλές φορές παρατηρούνται και αναζωπυρώσεις κατά τη διάρκεια κυοφορίας και λοχείας (αύξηση προλακτίνης και οιστρογόνων) (Σκοπούλη, Φ. Ν., 2008). Πλήρης αντιμετώπιση της νόσου δεν υπάρχει, όπως και σε κανένα άλλο αυτοάνοσο νόσημα. Ο τρόπος αντιμετώπισης πραγματοποιείται με φαρμακευτική αγωγή, τακτική κλινική παρακολούθηση για τον έλεγχο της

πορείας και για τις παρενέργειες των φαρμάκων και βιοψία τμήματος του νεφρού σε περίπτωση προσβολής του (Σκοπούλη, Φ. Ν., 2008). Αξίζει να σημειωθεί ότι πασχοντες της νόσου του συστηματικού ερυθματώδη λύκου είναι πολύ επιρρεπείς σε ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της διάθεσης, καθώς επίσης και σε κατάθλιψη καταστάσεις οι οποίες επιβαρύνουν την πορεία της νόσου και την ποιότητα ζωής τους (Stoll, T., et al., 2001).

1.3.11 ΨΩΡΙΑΣΗ ΚΑΙ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η Ψωρίαση είναι μια φλεγμονώδης διαταραχή και συναντάται κυρίως στο δερματικό ιστό με τη μορφή ερυθματωδών πλακών με αργυρό επίχρισμα στο εξωτερικό μέρος της επιφάνειας τους, οι οποίες μοιάζουν με «λέπια» (Burd, R. M., 2006). Παρατηρούνται κυρίως στους αγκώνες, τα γόνατα, το τριχωτό της κεφαλής και τα συμπτώματα της νόσου είναι ξηρότητα του δέρματος, μη κάμψη της πλάκας και κνησμός. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να εξαφανιστούν και να επανεμφανιστούν μετά από χορήγηση θεραπευτικής αγωγής ή και χωρίς (Burd, R. M., 2006). Οι ηλικίες που κατά κύριο λόγο προσβάλλονται είναι μεταξύ της δεύτερης και πέμπτης δεκαετίας στη ζωή ενός ανθρώπου (Ιωαννίδης, Δ., 2008). Περίπου το 20% από τους πάσχοντες με ψωρίαση τείνουν να εμφανίσουν στη συνέχεια ψωριασική αρθρίτιδα μέσα στην πρώτη δεκαετία από την εκδήλωση της ψωρίασης (Ιωαννίδης, Δ., 2008). Οι παράγοντες που τη βοηθούν να εμφανιστεί είναι όπως σ' όλα τα αυτοάνοσα νοσήματα το γενετικό υπόβαθρο, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (διατροφή-παχυσαρκία, λοιμώξεις από τραυματισμούς του δέρματος, αυξομειώσεις της θερμοκρασίας) και ορμονικοί παράγοντες (ορμονικές διαταραχές) (Naldi, L., et al., 2005). Η ψωριασική αρθρίτιδα είναι μια ξεχωριστή αυτοάνοση νόσος από τη ψωρίαση, συνακόλουθής της, η οποία σχετίζεται και με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, γι' αυτό και χαρακτηρίζεται ως φλεγμονώδης παραμορφωτική αρθρίτιδα. Επηρεάζει αρκετά συστήματα όπως τους οφθαλμούς, το καρδιαγγειακό και το αναπνευστικό και κατά την εξέλιξη της της πορείας της νόσου μπορεί να έχει συννοσηρότητα με τη νόσο του Crohn (Alibert, J. L., 2018). Οι εκλυτικοί παράγοντες είναι ίδιοι με της ψωρίασης, εφόσον προπορεύεται της ψωριασικής αρθρίτιδας. Ως θεραπευτικό

σχήμα στη ψωρίαση και τη ψωριασική αρθρίτιδα συνιστάται ισορροπημένη διατροφή, φαρμακευτική αγωγή, τακτική παρακολούθηση από ειδικό και φωτοθεραπεία (Ιωαννίδης, Δ., 2008). Στην πλειονότητα των ασθενών οι μορφές της ψωρίασης αλλά και της ψωριασικής αρθρίτιδας είναι ήπιες κι σ' αυτό συμβάλλει η έγκαιρη διάγνωση κι έναρξη αντιμετώπισης τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτό που είναι πιο δύσκολο σ' αυτές τις δύο νόσους είναι η ποιότητα ζωής των ασθενών. Σχεδόν το 50% βιώνουν κοινωνική απομόνωση, καθώς όταν υπάρχουν εξάρσεις το κοινωνικό τους περιβάλλον απομακρύνεται και δεν έχουν καλή σεξουαλική ζωή λόγω της εξωτερικής εκδήλωσης της νόσου (Ιωαννίδης, Δ., 2008).

1.3.12. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ADDISON

Η νόσος του Addison ή αλλιώς αυτοάνοση επινεφρίτιδα χαρακτηρίζεται από τη επινεφριδιακή ανεπάρκεια, η οποία προκαλείται από την ελλιπή παραγωγή ορμονών για τη σύσταση του φλοιού των επινεφριδίων (Bancos, I., et al., 2015). Σε μεγάλο ποσοστό εμφανίζεται όταν προϋπάρχουν άλλα αυτοάνοσα νοσήματα που επηρεάζουν τους αδένες (Michels, A. W., & Eisenbarth, G. S., 2010). Οι ηλικιακές ομάδες που προσβάλλει είναι μεταξύ 20-30 ετών. Η συγκεκριμένη αυτοάνοση νόσος είναι από τις πιο σπάνιες, αλλά και από τις πιο επικίνδυνες ταυτόχρονα, καθώς αν δε διαγνωσθεί κι αντιμετωπισθεί από τα πρώτα στάδια η κατάληξη μπορεί να αποβεί μοιραία (Chanson, P., et al., 2017). Τα συμπτώματα δεν είναι ξεκάθαρα από την αρχή κι αυτό συμβαίνει επειδή είναι κοινά και συναντώνται σε αρκετές λοιμώξεις. Μερικά από αυτά είναι η κόπωση, η απώλεια βάρους, ο έμετος, η διάρροια, η αφυδάτωση, το κοιλιακό άλγος κι η ορθοστατική υπόταση. Οι παράγοντες που την κινητοποιούν είναι γενετικοί, ορμονικοί, περιβαλλοντικοί (προϋπάρχουσα ασθένεια, στρες, φαρμακευτική αγωγή) (Bouachour, G., et al., 1994). Η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί το άλφα και το ωμέγα στη συγκεκριμένη ασθένεια και δεν πρέπει να υπάρχει χρονοκαθυστέρηση ως προς την αναμονή των αποτελεσμάτων. Η αγωγή με ορμόνες συντηρεί σε σταθερά επίπεδα την εξέλιξή της (Arlt, W., 2016), οι ίδιοι οι ασθενείς θα πρέπει να εκπαιδεύονται για την αυτοφροντίδα τους και να φορούν ειδικό ιατρικό

βραχιόλι, σε περίπτωση εμφάνισης οξείας επινεφριδιακής κρίσης (Guignat, L., 2018).

1.3.13 ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS

Η Μυασθένεια Gravis είναι μία σπάνια αυτοάνοση διαταραχή, η οποία εμφανίζεται στο μυοσκελετικό σύστημα του ανθρώπου (Thanvi, B. R., et al., 2004:690-700). Οι πρώτοι μύες που επηρεάζονται είναι οι οφθαλμικοί μύες κι αυτό γίνεται αντιληπτό από τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν κατά το κλείσιμο των βλεφάρων. Η μυασθένεια Gravis ενώ μπορεί να προσβάλλει αρκετά συστήματα, όπως κι άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, το χαρακτηριστικό της είναι ότι η πορεία της νόσου ξεκινάει από την κεφαλή και "κατηφορίζει" προς το υπόλοιπο σώμα, γι' αυτό κι εμφανίζεται πρώτα στους οφθαλμικούς μύες (Binu, A., et al., 2022). Το πρώτο κύριο σύμπτωμα είναι η κόπωση (αδυναμία των μυών), η οποία τείνει να είναι πιο έντονη κατά τη διάρκεια της νύχτας (Turner, C., 2007). Άλλα συστήματα που επηρεάζει είναι το αναπνευστικό (το οποίο έχει ως σύμπτωμα τη δυσκολία στην αναπνοή και προσβάλλει τους μεσοπλεύριους μύες και το διάφραγμα), οι μύες των άνω άκρων (με δυσκολία στην κίνηση, καθώς προσβάλλει τον ώμο και το αντιβράχιο) κι οι ραχιαίοι καμπτήρες του άκρου ποδός (Meriggioli, M. N., & Sanders, D. B., 2009). Οι παράγοντες που την επηρεάζουν είναι γενετικοί, περιβαλλοντικοί (λοιμώξεις, φάρμακα, άσκηση και αύξηση της θερμοκρασίας) και στρεσογόνοι παράγοντες. Οι ηλικίες που πρωτοεμφανίζεται είναι συνήθως μεταξύ 30-50ετών. Η διάγνωση της νόσου επιτυγχάνεται με εργαστηριακό αιματολογικό έλεγχο και ηλεκτροφυσιολογικές εξετάσεις (Meriggioli, M. N., & Sanders, D. B., 2009). Η θεραπεία που συνιστάται για τη μυασθένεια Gravis είναι κατά κύριο λόγο η φαρμακευτική αγωγή, πρώτα για τη μείωση των συμπτωμάτων (Gilhus, N. E., & Verschuuren, J. J., 2015), μετά για την ενδυνάμωση της μυϊκής δύναμης (Thanvi, B. R., & Lo, T. C. N., 2004) και τέλος η χειρουργική επέμβαση του θύμου αδένου, ο οποίος έχει τον πρωταρχικό ρόλο στη ρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος, καθώς είναι το όργανο της λειτουργίας του συστήματος της T-κυτταρικής ανοσίας (Fritsch, H., & Leonhardt, H., 2009). Παρατηρείται συννοσηρότητα με τον ερυθρηματώδη λύκο, τη

ρευματοειδή αρθρίτιδα, την ελκώδη κολίτιδα, τη θυρεοειδίτιδα Hashimoto, το σύνδρομο Sjorgen κ.ά. (Tanovska, N., al., 2018).

1.3.14 ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJORGEN

Το σύνδρομο Sjorgen είναι μία χρόνια αυτοάνοση διαταραχή που εντοπίζεται στο επιθήλιο, του οποίου η λειτουργία είναι να καλύπτει τους ιστούς που έρχονται σ' επαφή με το περιβάλλον. Τέτοιοι ιστοί είναι οι εξωκρινείς αδένες και πιο συγκεκριμένα οι δακρυϊκοί κι οι σιελογόνοι αδένες (Τζιούφας, Α. Γ., 2008). Η συννοσηρότητα στο σύνδρομο Sjorgen είναι συνηθισμένη και συμπορεύεται με το συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα και τη σκληροδερμία. Αν εμφανιστεί πριν από άλλες αυτοάνοσες ασθένειες μπορεί να προσβάλλει όργανα όπως πνεύμονες, νεφρούς και ήπαρ, ακόμα και αρθρώσεις. Παρά την πολυοργανική νοσηρότητα που παρουσιάζει η εξέλιξη της πορείας της νόσου είναι αργή και ήπια (Τζιούφας, Α. Γ., 2008). Τα συμπτώματα που παρουσιάζει είναι η απουσία σιέλου, όταν προσβάλλει τους σιελογόνους αδένες κι η ελάχιστη έκκριση δακρύων όταν προσβάλλει τους δακρυϊκούς αδένες. Ως γενικά συμπτώματα εντοπίζονται το ξηρό στόμα, πόνος σε αρθρώσεις, μη ανοχή σε υψηλές και χαμηλές θερμοκρασίες, καθώς και μουδιάσματα στα άκρα (Τζιούφας, Α. Γ., 2008). Η ηλικιακή ομάδα στην οποία εμφανίζεται πιο συχνά είναι στην πέμπτη δεκαετία της ζωής ενός ανθρώπου. Η διάγνωση της νόσου γίνεται με κλινική εξέταση του ασθενούς και λήψη ιστορικού. Ενδέχεται να γίνει και λήψη βιοψίας όταν εμφανίζεται στους σιελογόνους αδένες (Τζιούφας, Α. Γ., 2008). Οι παράγοντες που πυροδοτούν τη νόσο είναι γενετικοί και περιβαλλοντικοί. Το σύνδρομο Sjorgen αποτελεί παράγοντα εμφάνισης λεμφώματος, το οποίο θεωρείται κακοήθεια του λεμφοκυττάρου. Το ποσοστό που μπορεί να νοσήσει από λέμφωμα αγγίζει το 5% των ασθενών (Τζιούφας, Α. Γ., 2008). Η αντιμετώπιση της νόσου τις περισσότερες φορές γίνεται με την εφαρμογή επιπλέον ατομικών μέτρων, όπως η τακτική στοματική υγιεινή, η καλή εξαέρωση κλειστών χώρων και η χρήση τεχνητών δακρύων, άνευ συντηρητικών. Φαρμακευτική αγωγή δίνεται μόνο όταν τα συμπτώματα είναι συνεχόμενα και δεν υπάρχουν σημάδια ύφεσης (Τζιούφας, Α. Γ., 2008).

1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Βάσει ερευνών των Lerner και συν., 2015 σε βάθος τριακονταετίας αξίζει να σημειωθεί ότι έχει παρατηρηθεί σημαντική αύξηση σε Σουηδία, Αμερική, Ολλανδία και Ισραήλ. Έχει διαπιστωθεί ακόμη ότι η εμφάνιση τους δεν προσδιορίζει συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, αλλά αντιθέτως με την πάροδο των χρόνων προσβάλλει ακόμα πιο νεαρό πληθυσμό, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, ο οποίος χαρακτηρίζεται ως η πανδημία του 21^{ου} αιώνα, (Roze et al., 2005), η νόσος Hashimoto (θυρεοειδίτιδα) η οποία έχει αποδειχθεί ότι τις τελευταίες δεκαετίες αγγίζει το 3-5% (Wang και συν., 2015), χαρακτηρίζεται ως η πιο κοινή αιτία υποθυρεοειδισμού στον αναπτυγμένο κόσμο με αναλογία 4/1000 άτομα όσον αφορά τις γυναίκες και 1/1000 άτομα ως προς τους άνδρες με μέση ηλικιακή έναρξη τα 20-50 έτη (Ντάλλες, Κ. & Κώστογλου-Αθανασίου, Ι., 2003). Η κοιλιοκάκη ενώ αναφέρεται στο 1% του συνολικού πληθυσμού, το 4,5% των ασθενών της χαρακτηρίζεται ως ομάδα υψηλού κινδύνου και κυμαίνεται στις ηλικίες κάτω των 10 ετών ως προς τα παιδιά και άνω των 20-40 ως προς τους ενήλικες. Στην Ευρώπη εκτιμάται ότι νοσούν από Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 σχεδόν 1.500.000 παιδιά < 15 ετών κι αναμένεται μέχρι το 2030 να έχει διπλασιαστεί. (Saeedi, P., et al., 2019). Η αύξηση αυτή έχει παρατηρηθεί την τελευταία εικοσαετία κι ενοχοποιείται ο μη υγιεινός τρόπος διατροφής, η καθιστική ζωή και το άγχος που βιώνουμε από τον τρόπο ζωής (World Health Organization., 2002). Στις Ηνωμένες Πολιτείες η ρευματοειδής αρθρίτιδα κατέχει την πρωτιά των αυτοάνοσων νοσημάτων στις γυναίκες με αύξηση των κρουσμάτων σε βάθος 30ετίας >0,25% με σημείο ηλικιακής αναφοράς τα 20 έτη και το σύνδρομο Sjorgen βρίσκεται στη δεύτερη θέση με περισσότερα από τέσσερα εκατομμύρια κρούσματα μεταξύ 30-50 ετών (Τζιούφας, Α. Γ., 2008). Η ρευματοειδής αρθρίτιδα έχει αυξηθεί παγκοσμίως σε ποσοστό 0,8% με την Ιταλία να έχει σημαντική διαφορά από τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης και οι ηλικίες στις οποίες γίνεται αναφορά κυμαίνονται μεταξύ 16-35 έτη (Οτόν, Τ., & Carmona, L., 2019). Ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος εμφανίζεται σε αναλογία 150 ατόμων στα 100.000 και 9:1 στο γυναικείο πληθυσμό τείνει να εμφανίζεται κατά τη παραγωγική ηλικία των γυναικών, δηλαδή από 20-40 ετών. Παρατηρείται κυρίως σε Αφροαμερικανούς, Ισπανούς και Αμερικανούς (Φράγκου, Ε., 2017). Η

μυασθένεια Gravis στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρεται ως 5/10.000 άτομα του πληθυσμού με τις γυναίκες να αποτελούν το 95% από το σύνολο με ηλικία εμφάνισης τα 20-40 έτη (MacDonald, B. K et al., 2000). Η νόσος του Crohn και η ελκώδης κολίτιδα παρουσιάζεται πιο έντονα στην Αμερική, την Αγγλία και τη Βόρεια Ευρώπη απ' ό τι στη Δυτική Ευρώπη με αναλογία 9/100.00 κατοίκους ανά έτος και προσβάλλει ηλικίες από 16 ετών έως 40 (Loftus Jr, E. V., 2004). Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας έχει καταγραφεί ότι προσβάλλει περίπου 800 άτομα το μήνα παγκοσμίως, με την Αμερική να έχει τους περισσότερους νοσούντες, οι οποίοι ανέρχονται ετησίως στους 250.000 και νοσούν άτομα ηλικίας 15-50 ετών (Lonergan, R., et al., 2015). Η Ψωρίαση προσβάλλει παγκοσμίως 100 εκατομμύρια ανθρώπους και αποτελεί το 4% του γενικού πληθυσμού, ενώ η ψωριασική αρθρίτιδα προσβάλλει σχεδόν το 2% (Ιωαννίδης, Δ., 2008:126). Οι ηλικίες που επηρεάζει η ψωρίαση είναι συνήθως από 10 ετών (νεανική ψωρίαση) και η ψωριασική αρθρίτιδα εφόσον είναι μεταγενέστερη της ψωρίασης ξεκινάει να εμφανίζεται από τα 30-50 έτη. Από όλες τις έρευνες που έχουν ολοκληρωθεί τα ευρήματα αποδεικνύουν ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση αυτοάνοσων νοσημάτων απ' ό τι οι άνδρες. Πρόσφατες έρευνες για τη νόσο του Addison δεν έχουν ολοκληρωθεί. Από μία έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί στη Δανία το 1997 η αντιστοιχία των νοσούντων ήταν 39 άτομα προς ένα εκατομμύριο (Willis, A. C., & Vince, F. P., 1997). Έτσι δημιουργείται το αίσθημα της ερευνητικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης ως προς το τί διαφορετικό συμβαίνει στην καθημερινότητα τα τελευταία χρόνια σε σχέση με παλαιότερα και παρατηρείται αυτή η αύξηση των κρουσμάτων.

Από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχουν προσπαθήσει να αξιολογηθούν κάποιοι συγκεκριμένοι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση των αυτοάνοσων, την ποιότητα ζωής των πασχόντων, την ηλικιακή ομάδα που προσβάλλουν και τη συσχέτιση συννοσηρότητας.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες τα αυτοάνοσα νοσήματα κατατάσσονται στην τρίτη θέση των ασθενειών και αφορούν το 5-8% του πληθυσμού τους, από τον οποίο το 78% περίπου είναι γυναίκες. Ενώ φαίνεται ότι όταν προσβάλλει τον ανδρικό πληθυσμό η κατάσταση είναι πιο σοβαρή (μέχρι και θνησιμότητα), όταν προσβάλλει το γυναικείο πληθυσμό ο ρόλος τους είναι προστατευτικός απέναντι στις λοιμώξεις (Styrt, B., & Sugarman, B., 1991). Αυτό συμβαίνει επειδή οι

γυναίκες ως οργανισμοί ανταποκρίνονται πιο εύκολα σε μολύνσεις, φλεγμονές και εμβόλια, με αποτέλεσμα να έχουν μεγαλύτερη παραγωγή αυτοαντισωμάτων για την προστασία τους, κι αυτό με τη σειρά του καθιστά τον οργανισμό τους πιο επιρρεπή στην εμφάνιση αυτοάνοσων νοσημάτων (Giron-Gonzalez, J. A., et al., 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Ο ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ο όρος «υγεία» έχει προσπαθήσει να αποδοθεί από διάφορους κλάδους της επιστήμης, όπως είναι της Ιατρικής, της Ψυχολογίας, της Κοινωνιολογίας, της Οικονομίας και της Περιβαλλοντολογίας. Αναμφισβήτητα το κοινό σημείο όλων των επιστημών στοχεύουν στην προαγωγή της υγείας η οποία καθορίζεται από τις πιθανότητες των ικανοτήτων που έχει ένα άτομο ή ένας πληθυσμός, να υλοποιεί τις επιθυμίες του και να φέρει εις πέρας τις καθημερινές του ανάγκες και από την άλλη να μπορεί να προσαρμόζεται μέσα στο περιβάλλον στο οποίο ζει ή να το μεταβάλλει στα μέτρα του (Θεοφίλου, Π. Α., 2015). Συμπερασματικά η προαγωγή της υγείας είναι το σύνολο των ενεργειών των ατόμων, το οποίο αποσκοπεί στην ανάπτυξη του ελέγχου της υγείας τους και στη βελτίωσή της. Η επιτυχία της προσπάθειας αυτής αντικατοπτρίζεται στην υγεία του πληθυσμού, όταν είναι συνολική (Θεοφίλου, Π. Α., 2015).

Η προσαρμογή σε μία **υγιή συμπεριφορά** απαιτεί ολοκληρωμένη και ακατάπαυστη ενημέρωση για θέματα υγείας με στόχο την ελαχιστοποίηση ασθενειών κι επιπτώσεων αυτών, επισημαίνοντας τις θετικές επιδράσεις που έχει σ' όλους τους τομείς. Εκτός από τους γενετικούς (το γενετικό προφίλ), τους δημογραφικούς (ηλικία, φύλο, θρησκεία, εισόδημα) και τους περιβαλλοντικούς (ατμοσφαιρική ρύπανση, συνθήκες υγιεινής) παράγοντες, εκ των οποίων οι περισσότεροι δε μπορούν να μεταβληθούν, υπάρχουν και οι συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου οι οποίοι σχετίζονται με τις πράξεις και τις δράσεις ενός ατόμου ή ενός κοινωνικού συνόλου. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής των τελευταίων δεκαετιών, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, ο περιορισμένος ελεύθερος χρόνος, η κακή διατροφή και η ελλιπής συστηματική άσκηση έχουν μελετηθεί ως παράγοντες κινδύνου της υγείας (World Health Organization., 2009). Κοινώς είναι οι συνήθειες του σύγχρονου τρόπου ζωής, οι οποίες ως αποτέλεσμα έχουν την εμφάνιση της παχυσαρκίας, της υψηλής χοληστερόλης, της διαταραχής της

γλυκόζης και της αρτηριακής πίεσης (World Health Organization., 2009).

Το **κάπνισμα** έχει επιβεβαιωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ότι αποτελεί εξαρτησιογόνα ουσία εξαιτίας της δράσης της νικοτίνης, η οποία προκαλεί σωματική και ψυχολογική εξάρτηση (World Health Organization., 1992). Η συνήθεια αυτή ευθύνεται για βλάβες στην καρδιά, τους πνεύμονες και το ήπαρ και ενοχοποιείται ως παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου, καρδιακών παθήσεων, εγκεφαλικών επεισοδίων, χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, περιφερικής αγγειακής νόσου και υπέρτασης, καθώς επίσης επηρεάζει την ανοσολογική λειτουργία προκαλώντας φλεγμονές (Reddy, K. P., et al., 2016). Επίσης, οι καπνιστές έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης διαβήτη, οστεοπόρωσης και ρευματοειδούς αρθρίτιδας (Chao, A., et al., 2000).

Η δράση του **αλκοόλ** είναι αμφιλεγόμενη καθώς από έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι όταν καταναλώνεται σε μικρές ή μέτριες ποσότητες δεν επηρεάζει αρνητικά τον οργανισμό, αντιθέτως μειώνει τα ποσοστά εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων σε υψηλό βαθμό. Αντιθέτως η κατανάλωση οινοπνεύματος ανά τακτά χρονικά διαστήματα αποτελεί παράγοντα κινδύνου ως προς την εμφάνιση μιας νόσου ή ως προς την επιδείνωση μιας ήδη υπάρχουσας. Άλλες επιπτώσεις που παρουσιάζει η υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ είναι η αρτηριακή υπέρταση, το εγκεφαλικό επεισόδιο, η κίρρωση του ήπατος και η παγκρεατίτιδα. Γι' αυτούς τους λόγους το αλκοόλ έχει καταταχθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ένας από τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία (World Health Organization, 2004).

Ένας ακόμη παράγοντας, του οποίου δεν του έχει αποδοθεί η σημαντικότητα που του πρέπει είναι η **παχυσαρκία**, η οποία με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έχει θεωρηθεί από τους κύριους παράγοντες κινδύνου, καθώς κατά κανόνα προδιαθέτει την εξέλιξη της πορείας της υγείας του κάθε ανθρώπου (World Health Organization., 2020). Η παχυσαρκία προσδιορίζεται ως η αύξηση λιπώδους ιστού, αποτέλεσμα της μειωμένης κατανάλωσης ενέργειας σε σχέση με την προσλαμβανόμενη ενέργεια. Αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται η **διατροφή** και η μη συστηματική **φυσική δραστηριότητα** (Φλωράκης, Δ., και συν., 2009). Οι επιπτώσεις της στην υγεία σε ενήλικες συνδέονται άμεσα με παθήσεις όπως η υπέρταση, η υπερχοληστερολαιμία, τα καρδιαγγειακά νοσήματα,

τα εγκεφαλικά επεισόδια, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, οι αρθρικές παθήσεις και οι διαταραχές στην έμμηνο ρύση, γεγονός που αιτιολογεί τη μειωμένη ποιότητα ζωής αυτών των ανθρώπων (Goss, J. S., 2003).

Αξίζει να επισημανθεί ότι η **παιδική παχυσαρκία** έχει αναγνωριστεί ως μια από τις σημαντικότερες απειλές του 21ου αιώνα, καθώς οι συνέπειες της εκτιμάται να είναι τόσο βραχυχρόνιες όσο και μακροχρόνιες, καθώς έχει την τάση να εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία νόσους και να επιδεινώνει υπάρχουσες (Davis, M., et al., 2011).

Η **διατροφή** είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για την υγεία καθώς τροφοδοτεί τον ανθρώπινο οργανισμό με την ενέργεια, η οποία είναι απαραίτητη για να αναπτυχθεί και να λειτουργήσει, παρέχοντας του θρεπτικά συστατικά, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία που είναι αναγκαία για τον μεταβολισμό και της λειτουργίες του σώματος. Η υγιεινή διατροφή αποτελεί το ιδανικό πρότυπο διατροφής, καθώς στοχεύει στη μακροζωία και τη ζωτικότητα (Mendis, S., et al., 2011). Η πιο μελετημένη κι αποδεδειγμένη ως προς τα οφέλη της διατροφή, είναι αυτή της Μεσογειακής Διατροφής. Έρευνες έχουν δείξει ότι εξαιτίας των αντιφλεγμονωδών και των αντιοξειδωτικών δράσεων η Μεσογειακή Διατροφή αποτελεί πρότυπο για την προαγωγή της υγείας, καθώς βοηθάει στη διατήρηση του ιδανικού σωματικού βάρους, μειώνοντας έτσι τα ποσοστά παχυσαρκίας, καρδιαγγειακών νοσημάτων, του μεταβολικού συνδρόμου, νόσων σχετιζόμενες με αρθρίτιδες (π.χ. ρευματοειδούς αρθρίτιδας), διάφορων τύπων καρκίνων και νόσων σχετιζόμενες με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και με το Περιφερικό, όπως το Alzheimer και το Parkinson (Due, A., et al., 2011).

Η **σωματική δραστηριότητα** σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας συστήνεται ως ένα απαραίτητο μέτρο για την επίτευξη της προαγωγής της υγείας. Η συστηματική άσκηση, καθώς και η διάρκεια, η ένταση, η συχνότητα και ο τύπος της δραστηριότητας έχουν μελετηθεί ως προς τη μείωση εμφάνισης μη μεταδοτικών ασθενειών (World Health Organization, T., 2010). Η καλή φυσική κατάσταση ενός ανθρώπου έχει την ικανότητα να λειτουργεί προληπτικά, να καθυστερεί την πορεία ασθενειών, να βελτιώνει την ποιότητα ζωής και πιθανότατα να την αυξάνει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, καθώς έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι εκτός από τη βελτίωση της σωματικής

υγείας επιδρά θετικά και σε διαταραχές της ψυχικής υγείας με αποκορύφωμα αυτή της κατάθλιψης και του άγχους (King, A. C., et al., 1993). Οι επιπτώσεις που έχει η συστηματική άθληση είναι πιθανοί τραυματισμοί, των οποίων ο αντίκτυπος κρίνεται ελάχιστης σημασίας μπροστά στα οφέλη που προσφέρει. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει επίσης επισημάνει τα οφέλη του κι έχει δώσει κατευθυντήριες οδηγίες και ως προς τον παιδικό πληθυσμό. Η καθημερινή άσκηση 1 ώρας μέτριας έντασης και 3 φορές την εβδομάδα έντονης έντασης ενδυναμώνει το καρδιοαναπνευστικό σύστημα, τους μύες και τα οστά, εξασφαλίζει τη διατήρηση του σωματικού βάρους, διαμορφώνοντας ένα καλό μεταβολικό προφίλ για την ενήλικη ζωή τους, καθώς ακόμα εκτονώνει το στρες μειώνοντας ταυτόχρονα τα ποσοστά εμφάνισης ψυχικών διαταραχών (άγχος-κατάθλιψη) και μη μεταδιδόμενων ασθενειών (World Health Organization, T., 2010).

Η Οικονομική Επιστήμη επικεντρώνεται στο ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) και στο κατά κεφαλήν εισόδημα, καθώς βάσει αυτού γίνονται οι συναλλαγές σε αγορές που αφορούν υλικά και υπηρεσίες, χωρίς όμως να αναφέρεται στην ανακατανομή των οικονομικών πόρων σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού και στις επενδύσεις της κάθε χώρας στο Σύστημα Υγείας, με αποτέλεσμα να διαφαίνεται ότι όταν υπάρχει οικονομική ανάπτυξη συνήθως υστερεί η ποιότητας ζωής του πληθυσμού (Theofilou, P. A., 2011). Έτσι λοιπόν καθιέρωσε η Διεθνής Τράπεζα το Δείκτη Φυσικής Ποιότητας Ζωής, ο οποίος συμπεριλαμβάνει στο ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) την προσδοκώμενη διάρκεια ζωής, τη βρεφική θνησιμότητα, την απώλεια ετών εργασίας, τα Σταθμισμένα Ποιοτικά Χρόνια Ζωής και το ποσοστό εκπαίδευσης του πληθυσμού μιας χώρας (Theofilou, P. A., 2011). Το συμπέρασμα που αντικατοπτρίζεται από την κοινωνία είναι ότι όσο πιο φτωχός είναι ο πληθυσμός μιας χώρας, τόσο πιο σημαντικό παράγοντα αποτελεί ως προς τις κοινωνικές επιπτώσεις, αλλά και ως προς την ποιότητα της υγείας (World Health Organization., 1998).

2.2. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι οι παθήσεις που επηρεάζουν την καρδιά και τα αγγεία. Τα πιο γνωστά και συνηθισμένα νοσήματα είναι η στεφανιαία νόσος, τα εγκεφαλικά επεισόδια, η περιφερική αρτηριοπάθεια, οι καρδιακές αρρυθμίες και τα ανευρύσματα της θωρακικής και κοιλιακής αορτής (Maton, A., et al., 1993). Η αιτία εμφάνισής τους είναι κατά κύριο λόγο η αθηροσκλήρωση, δηλαδή η μείωση της ποσότητας της ροής του αίματος μέσω των αγγείων, εξαιτίας πλακών που έχουν δημιουργηθεί, οι οποίες στενεύουν το εύρος των αγγείων, με αποτέλεσμα να μην αιματώνεται επαρκώς η καρδιά (Maton, A., et al., 1993).

Αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως, καθώς παρουσιάζεται θνησιμότητα σε ποσοστό 50% του ανδρικού πληθυσμού και στο 1/3 του γυναικείου πληθυσμού, σε ηλικίες κυρίως άνω των 40 ετών (Tsao, C. W., et al., 2022). Αν και τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί μια μικρή μείωση της θνησιμότητας στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, οι έρευνες δείχνουν ότι οφείλεται αφενός στις σύγχρονες και πιο εξελιγμένες θεραπείες που υφίστανται για την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων (όπως φάρμακα, αγγειοπλαστικές κ.ά.) και αφετέρου στην ενημέρωση για την καλύτερη αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου μέσω οργανωμένων δράσεων, οι οποίες έχουν επικεντρωθεί στην πρόληψη και στην καταπολέμηση των σημαντικότερων παραγόντων κινδύνου (<https://www.hygeia.gr/kardiaggeiaka-nosimata-kleidi-i-prolipsi/>).

Οι παράγοντες κινδύνου χωρίζονται σε 2 κατηγορίες:

- Μη τροποποιήσιμοι: σ' αυτούς συγκαταλέγονται το φύλο, η ηλικία, η κληρονομικότητα και η εθνικότητα.
- Τροποποιήσιμοι: σ' αυτούς συγκαταλέγονται οι συνήθειες της συμπεριφοράς των ατόμων, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, το στρες, η διατροφή και η μειωμένη φυσική δραστηριότητα, δηλαδή ο σύγχρονος τρόπος ζωής. Σ' αυτήν την κατηγορία εντάσσεται και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ανθρώπων (Greenland, P., et al., 2003).

Ως προς τους μη τροποποιήσιμους παράγοντες η **κληρονομικότητα**

διαδραματίζει έναν από τους πιο σημαντικούς ρόλους στην εμφάνιση των καρδιαγγειακών παθήσεων. Από μελέτες έχει αποδειχθεί ότι η πιθανότητα να εμφανίσει κάποιος καρδιαγγειακή νόσο αυξάνεται πολύ από το οικογενειακό ιστορικό του. Αυτό σημαίνει ότι αν κάποιο συγγενικό του πρόσωπο από το στενό οικογενειακό του κύκλο (γονείς, αδέρφια) έχει υποστεί καρδιαγγειακό νόσημα σε ηλικία μικρότερη των 50 ετών, έχει κι ο ίδιος αυξημένα ποσοστά εμφάνισης ανάλογου καρδιαγγειακού νοσήματος. Το ποσοστό αυξάνεται στο διπλάσιο αν έχουν προσβληθεί και οι δύο οι γονείς σε ηλικία κάτω των 50 ετών (Greenland, P., et al., 2003).

Γενική παραδοχή υφίσταται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του κάθε ατόμου, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης μιας νόσου, λόγω της φθοράς του οργανισμού. Ως προς το **φύλο** η φύση φαίνεται να προστατεύει το γυναικείο πληθυσμό όσο βρίσκεται στο ηλικιακό φάσμα της αναπαραγωγής και τα ποσοστά είναι πολύ μικρότερα σε σχέση με τον ανδρικό πληθυσμό, κάτι το οποίο εξισορροπείται μετά το πέρας της εμμηνόπαυσης (Greenland, P., et al., 2003). Ως προς την **εθνικότητα**, έχει διαπιστωθεί πως τα άτομα αφρικανικής ή ασιατικής καταγωγής βρίσκονται σε υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων σε σύγκριση με άλλες φυλετικές ομάδες, γεγονός το οποίο εκτιμάται ότι στηρίζεται στην κληρονομικότητα κι όχι στο σύγχρονο τρόπο ζωής (Greenland, P., et al., 2003).

Ως προς το σύγχρονο τρόπο ζωής, ο οποίος αφορά τους τροποποιήσιμους παράγοντες θα πρέπει να σημειωθεί ότι από έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι οι νοσούντες από καρδιαγγειακά νοσήματα παρουσιάζουν περισσότερους από έναν παράγοντα κινδύνου, γεγονός που δημιουργεί πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη κάποιου καρδιαγγειακού νοσήματος, καθώς ο συνδυασμός τους αναστέλλει την ισορροπημένη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού, δημιουργώντας μακροπρόθεσμα αθηροσκλήρωση και κατ' επέκταση καρδιαγγειακά νοσήματα, με πιο συνήθη τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια και τη στεφανιαία νόσο (Greenland, P., et al., 2003).

Σύμφωνα με άρθρο που έχει επιμεληθεί ο Ιατρός Ηρακλής Αβραμόπουλος, συνεργάτης του Ομίλου Υγεία δίνονται κατευθυντήριες γραμμές ως προς τον τρόπο διαμόρφωσης των συμπεριφορικών συνηθειών, με απώτερο σκοπό την

ελαχιστοποίηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων:

✓ **“Κάπνισμα:** Είναι η μεγαλύτερη απειλή της υγείας για τον άνθρωπο. Σήμερα υπάρχουν διάφορα θεραπευτικά μέσα για τη διακοπή του καπνίσματος που θα πρέπει να προτείνονται σε όλους τους καπνιστές.

✓ **Υγιεινή διατροφή:** Θα πρέπει να περιλαμβάνει φρούτα και λαχανικά, ψάρια, ελαιόλαδο αντί για ζωικά λίπη, περιορισμό των γλυκών, προτίμηση των προϊόντων ολικής αλέσεως, μείωση του αλατιού, μετριασμό του αλκοόλ.

✓ **Άσκηση:** Γρήγορο βάδισμα επί 30 λεπτά επί πέντε ημέρες την εβδομάδα έχει ευεργετικές επιδράσεις. Εκμετάλλευση κάθε ευκαιρίας καθημερινά για αύξηση της σωματικής δραστηριότητας.

✓ **Υπέρταση:** Προσβάλλει το 30% των ενηλίκων. Η ρύθμισή της με υγιεινοδιαιτητικά μέσα και με φαρμακευτική αγωγή μειώνει σημαντικά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Δυστυχώς πολλοί άνθρωποι αγνοούν ότι έχουν υπέρταση και απ’ αυτούς που το ξέρουν πολλοί είναι αρρυθμιστοι.

✓ **Διαβήτης:** Αυξάνει τόσο πολύ τον κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων ώστε θεωρείται ισοδύναμο στεφανιαίας νόσου. Η πρόληψη και η αντιμετώπισή του έχει ιδιαίτερη σημασία. Σήμερα υπάρχει ποικιλία αντιδιαβητικών φαρμάκων που είναι και ασφαλή και αποτελεσματικά.

✓ **Δυσλιπιδαιμία:** Ο συνδυασμός της κατάλληλης διατροφής και της χορήγησης υπολιπιδαιμικών φαρμάκων, όπου αυτή χρειάζεται, μειώνουν αποτελεσματικά τα λιπίδια και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.

✓ **Παχυσαρκία:** Έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας. Η καταπολέμησή της εκτός του ότι μειώνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, προλαμβάνει σωρεία άλλων επιπτώσεων

για τον οργανισμό.”(<https://www.hygeia.gr/kardiaggeiaka-nosimata-kleidi-i-prolipsi/>).

Η αυξανόμενη συχνότητα κι η έξαρση των μη μεταδιδόμενων ασθενειών καθώς και οι παράγοντες κινδύνου προσβάλλουν τόσο τις αναπτυγμένες χώρες όσο και τις μη ήδη αναπτυγμένες (Mendis, S., et al., 2011). Παρά το γεγονός ότι οι παράγοντες κινδύνου θεωρητικά σχετίζονται με τις αναπτυγμένες χώρες, τα ποσοστά συχνότητας κι έξαρσης σε χώρες με μεσαίο ή χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό υπόβαθρο αποδεικνύουν το ότι το μέγεθος του προβλήματος είναι παγκόσμιο. Ενώ στις ανεπτυγμένες χώρες ο σύγχρονος τρόπος ζωής αποτελεί υψηλό παράγοντα κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, στις πιο υποανάπτυκτες χώρες, όπως η Αφρική, όπου παρουσιάζεται υψηλό ποσοστό θνησιμότητας οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι και με θέματα υγιεινής, όπως η μη πρόσβαση σε καθαρό και πόσιμο νερό, στην έκθεσή τους σε μεταδοτικές ασθένειες και στη μη επάρκεια τροφής, αντιμετωπίζοντας το φαινόμενο του υποσιτισμού (Mendis, S., et al., 2011). Η θνησιμότητα σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος φτάνουν να αγγίζουν το 80%, κυρίως εξαιτίας της λόγω έλλειψης προγραμμάτων πρόληψης ή άλλων μέτρων αποτροπής των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τα καρδιαγγειακά νοσήματα σε συνδυασμό με την περισσότερη έκθεσή τους σε σημαντικούς και τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα (Finegold, J. A., et al., 2013).

Βάσει στατιστικών από τη Eurostat η χώρα μας παρουσιάζει αυξητική τάση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, καθώς από το 2012 έως το 2017 βρισκόταν στην 11^η θέση των 27 χωρών, θέση αρκετά υψηλή αλλά σταθερή για μια εξαετία, από το 2018 έως το 2020 ετησίως ανεβαίνει μία θέση φτάνοντας την 7^η, κρούοντας τον κώδωνα του κινδύνου για μαζική αλλαγή συμπεριφοράς του σύγχρονου τρόπου ζωής (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_CD_ARO_custom_4678_599/default/bar?lang=en).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναγνωρίσει τη βαρύτητα των επιπτώσεων των καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως και των μη μεταδιδόμενων ασθενειών κι έχει στοχεύσει στη δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης, μέσω της υιοθέτησης ενός υγιεινού τρόπου ζωής, με απώτερο στόχο την προαγωγή της

υγείας του πληθυσμού και την καταγραφή τους σε εθνικό και διεθνές επίπεδο για τη συνεχή αξιολόγηση της εφαρμογής και της αποτελεσματικότητας των δράσεων (World Health Organization., 2009).

2.3. ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από τη νευρολογική δυσλειτουργία, η οποία προκαλείται εξαιτίας της μη καλής κατάστασης των αγγείων και τη μη επαρκή αιμάτωση όλων των τμημάτων του εγκεφάλου, προκαλώντας νευρολογικές διαταραχές και χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες:

1. **Ισχαιμικό επεισόδιο:** προκαλείται από την ύπαρξη θρόμβου στην κυκλοφορία του αίματος, με αποτέλεσμα τη μη επαρκή αιμάτωση του εγκεφάλου και παρουσιάζονται σε ποσοστό περίπου 82%.
2. **Παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο:** προκαλείται από εστιακή εγκεφαλική ισχαιμία και χαρακτηρίζεται παροδικό εξαιτίας της σύντομης διάρκειάς του, με χαμηλό ποσοστό εμφάνισης της τάξεως του 4%.
3. **Αιμορραγικό επεισόδιο:** προκαλείται από το σπάσιμο αιμοφόρου αγγείου, το οποίο αυξάνει την ενδοκρανιακή πίεση και παρουσιάζονται σε ποσοστό περίπου 14% (Osborn, K. S., et al., 2010).

Παγκοσμίως, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια αποτελούν τη δεύτερη κύρια αιτία θανάτου και την τρίτη κύρια αιτία αναπηρίας (World Health Organization., 2016). Η ξαφνική απώλεια ορισμένων εγκεφαλικών κυττάρων λόγω έλλειψης οξυγόνου, όταν χάνεται η ροή του αίματος στον εγκέφαλο είτε από απόφραξη είτε από ρήξη μιας αρτηρίας του εγκεφάλου, αποτελεί επίσης μία από τις κύριες αιτίες εμφάνισης άνοιας και κατάθλιψης (Owolabi, M. O., et al., 2015).

Παγκοσμίως, το 70% των εγκεφαλικών επεισοδίων και το 87% των θανάτων που σχετίζονται με εγκεφαλικό συγκαταλέγονται στα έτη ζωής προσαρμοσμένα στην αναπηρία κυρίως σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Feigin, V. L., et al., 2014). Τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες, έχει παρατηρηθεί ότι η συχνότητα εγκεφαλικού επεισοδίου έχει υπερδιπλασιαστεί σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, ενώ σε χώρες υψηλού εισοδήματος έχει μειωθεί κατά 42%. Κατά

μέσο όρο, το εγκεφαλικό εμφανίζεται 15 χρόνια νωρίτερα και παρουσιάζει αυξημένη θνησιμότητα σε άτομα χωρών με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, σε σύγκριση με τις χώρες υψηλού εισοδήματος (Owolabi, M. O., et al., 2015). Αξιοσημείωτο είναι ότι τα εγκεφαλικά επεισόδια έχουν την τάση να επηρεάζουν τα άτομα κατά το αποκορύφωμά της παραγωγικής τους ζωής. Παρά το μεγάλο αντίκτυπο που έχουν στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη των χωρών, η σημαντικότητα της κατάστασης δεν έχει εκτιμηθεί επαρκώς (Pendlebury, S. T., & Rothwell, P. M., 2009).

Οι **παράγοντες κινδύνου** για την εμφάνιση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου είναι παρόμοιοι με αυτούς της στεφανιαίας νόσου κι άλλων αγγειακών παθήσεων, καθώς ανήκουν στην ευρύτερη κατηγορία των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Οι στρατηγικές ενημέρωσης και πρόληψης έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές ως προς τη μείωση της θνησιμότητας από εγκεφαλικά ακόμη και σε χώρες χαμηλού εισοδήματος (O'donnell, M. J., et al., 2010), καθώς στοχεύουν στην αλλαγή των τροποποιήσιμων παραγόντων, δηλαδή του σύγχρονου τρόπου ζωής, όπως το κάπνισμα, τη χαμηλή σωματική δραστηριότητα επίπεδα, την ανθυγιεινή διατροφή και την παχυσαρκία, των οποίων οι επιπτώσεις συμβάλουν στην αύξηση του κινδύνου της υγείας μέσω της υπέρτασης, των αυξημένων λιπιδίων και της εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη (Johnston, S. C. et al., 2009).

Ο λόγος εμφάνισης των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και πιο συγκεκριμένα του αιμορραγικού τύπου, καθώς κι η θνησιμότητά του σε νεότερες ηλικίες παραμένει άγνωστος (Owolabi, M. O., et al., 2015). Μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση μέσω της επιτήρησης, της πρόληψης, της άμεσης φροντίδας και της αποκατάστασης θα μπορούσαν να αποτελέσουν μια αντικειμενική βάση δεδομένων για ανάλυση και δημιουργία κατευθυντήριων γραμμών σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Owolabi, M. O., et al., 2015). Η πιο κατάλληλη λύση είναι η εφαρμογή νέων, αποτελεσματικών, ευρέως διαθέσιμων και οικονομικά αποδοτικών στρατηγικών πρόληψης και θεραπείας για τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης και της κατανομής της σοβαρότητας των εγκεφαλικών επεισοδίων κι άλλων σημαντικών μη μεταδοτικών ασθενειών (Feigin, V. L., et al., 2015).

Σύμφωνα με τον Ελληνικό Οργανισμό Εγκεφαλικών σχεδόν 60.000 αγγειακά

εγκεφαλικά επεισόδια σημειώνονται κάθε χρόνο στην Ελλάδα, αριθμός αρκετά υψηλός σε σχέση με την Ευρώπη. Η αναλογία εγκεφαλικών στη χώρα μας ανά 100.000 πληθυσμού κυμαίνεται γύρω στα 500 ετησίως, ενώ στην Ευρώπη ο αριθμός είναι περίπου 350-400 (<https://www.stroke.gr/el/>). Τα εγκεφαλικά αποτελούν το νούμερο ένα αίτιο αναπηρίας σε ποσοστό περίπου 98% και οι ασθενείς νοσηλεύονται στα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία πρέπει να είναι στελεχωμένα με Μονάδες Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων κι εξειδικευμένο προσωπικό. Η διαφορά της χώρας μας σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες είναι ότι η ενημέρωση για την πρόληψη είναι λιγότερη και γι' αυτό οι πολίτες στην Ευρώπη πηγαίνουν πολύ πιο γρήγορα στα νοσοκομεία (<https://www.stroke.gr/el/>).

2.4. ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Ο καρκίνος είναι μια πολυπαραγοντική νόσος η οποία αποτελείται από πολλά στάδια και τα αίτιά της μελετώνται ως προς τους μολυσματικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως είναι ο σύγχρονος τρόπος ζωής και οι μεταλλάξεις των γονιδίων των φυσιολογικών κυττάρων. Κάποιες φορές οι μεταλλάξεις των γονιδίων των φυσιολογικών κυττάρων μπορούν να οδηγήσουν στη δημιουργία των ογκογονιδίων, με συνέπεια την εμφάνιση καρκίνου. Κάποιες άλλες φορές δημιουργούνται τα ογκοκατασταλτικά γονίδια, τα οποία ως δράση τους έχουν την καταστολή της ανάπτυξης των όγκων και ελέγχουν τη δράση των γονιδίων που παίζουν ρόλο στον πολλαπλασιασμό των κυττάρων (Croce, C. M., 2008). Οι όγκοι χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: αυτή των καλοηθών και των κακοηθών. Οι καλοήθεις όγκοι αντιμετωπίζονται με τη χειρουργική αφαίρεση και δεν συνδέονται με κάποιο τύπο καρκίνου, καθώς δεν πραγματοποιείται διήθηση των κυττάρων, γεγονός που συμβαίνει στους κακοήθεις όγκους, οι οποίοι εξαιτίας της διήθησης συνέχειά τους έχουν τη μετάσταση σε διαφορετικά όργανα από την εμφάνιση του πρωτοεμφανιζόμενου όγκου (Croce, C. M., 2008). Απώτερο αποτέλεσμα της μελέτης της δράσης των μεταλλάξεων των γονιδίων είναι η ανακάλυψη και άλλων γονιδίων που εμπλέκονται στην καρκινογένεση. Ο καρκίνος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε μορφή και να προσβάλλει

οποιοδήποτε ζωτικό όργανο, ιστό ή και κόκκαλα, αποφέροντας μοιραία κατάληξη για τον ασθενή.

Ο καρκίνος είναι από τα μεγαλύτερα προβλήματα υγείας που αναφέρεται σήμερα στις αναπτυγμένες χώρες. Βάσει στατιστικών αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες. Οι ηλικιακές ομάδες που προσβάλλει είναι συνήθως αυξημένης ηλικίας, όμως τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση και σε άτομα νεαρής ηλικίας άτομα, όπως τα παιδιά (Αδαμαντιάδου ΣΜ., και συν., 2013).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ο καρκίνος είναι η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως, αντιπροσωπεύοντας σχεδόν 10 εκατομμύρια θανάτους το 2020. Οι πιο συχνοί το 2020 (όσον αφορά τα νέα κρούσματα καρκίνου) παρουσιάστηκαν σε:

- στήθος (2,26 εκατομμύρια περιπτώσεις).
- πνεύμονα (2,21 εκατομμύρια περιπτώσεις);
- κόλον και ορθό (1,93 εκατομμύρια περιπτώσεις).
- προστάτη (1,41 εκατομμύρια περιπτώσεις);
- δέρμα (μη-μελάνωμα) (1,20 εκατομμύρια περιπτώσεις). και
- στομάχι (1,09 εκατομμύρια περιπτώσεις).

Οι πιο συχνές προσβάλλουσες εστίες του καρκίνου που οδήγησαν σε θάνατο το 2020 παγκοσμίως ήταν:

- πνεύμονας (1,80 εκατομμύρια θάνατοι);
- κόλον και ορθό (916.000 θάνατοι)·
- συκώτι (830.000 θάνατοι);
- στομάχι (769.000 θάνατοι)· και
- μαστού (685.000 θάνατοι).

Κάθε χρόνο, περίπου 400.000 παιδιά εμφανίζουν καρκίνο. Οι πιο συχνοί καρκίνοι διαφέρουν μεταξύ των χωρών, ανεπτυγμένων και μη. Ο καρκίνος του τραχήλου

της μήτρας είναι ο πιο συχνός σε 23 χώρες. Εκτός από τους γενετικούς παράγοντες, έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι σοβαρό μερίδιο ευθύνης επωμίζεται ο σύγχρονος τρόπος ζωής στην ανάπτυξη και εξέλιξη της πορείας του (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>).

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής όπως η χρήση καπνού, η κατανάλωση αλκοόλ, η ανθυγιεινή διατροφή, η σωματική αδράνεια και η ατμοσφαιρική ρύπανση αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου και άλλων μη μεταδοτικών ασθενειών.

Ορισμένες χρόνιες λοιμώξεις αποτελούν παράγοντες κινδύνου για καρκίνο. Αυτό είναι ένα ιδιαίτερο ζήτημα σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Περίπου το 13% των καρκίνων που διαγνώστηκαν το 2018 παγκοσμίως αποδίδονταν σε καρκινογόνες λοιμώξεις, συμπεριλαμβανομένων του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), του ιού της ηπατίτιδας Β, του ιού της ηπατίτιδας C και του ιού Epstein-Barr (de Martel, C., et al., 2020).

Η θνησιμότητα από καρκίνο μειώνεται όταν τα περιστατικά εντοπίζονται και αντιμετωπίζονται έγκαιρα μέσω της έγκαιρης διάγνωσης και του προσυμπτωματικού ελέγχου.

Ο καθορισμός των αποτελεσμάτων της θεραπείας είναι το πρώτο και καθοδηγητικό βήμα. Ο πρωταρχικός στόχος είναι γενικά η θεραπεία του καρκίνου ή η σημαντική παράταση της ζωής. Ένας εξίσου σημαντικός στόχος είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, η οποία μπορεί να επέλθει μέσω ενός υποστηρικτικού πλαισίου που να συμπεριλαμβάνει τη σωματική υγεία, τη ψυχοκοινωνική και πνευματική ευεξία, αλλά και την παρηγορητική φροντίδα στα τελικά στάδια του καρκίνου (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>).

Κάποιοι από τους πιο κοινούς τύπους καρκίνου, όπως ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, ο καρκίνος του στόματος και ο καρκίνος του παχέος εντέρου, έχουν υψηλές πιθανότητες ίασης όταν η ανίχνευση είναι έγκαιρη και η αντιμετώπισή τους πραγματοποιείται σύμφωνα με τις βέλτιστες πρακτικές. Η διαθεσιμότητα θεραπείας δεν υφίσταται σ' όλες τις χώρες, γεγονός που αποτελεί πλήγμα στο στάδιο της αντιμετώπισης της νόσου. Σε χώρες με υψηλό

εισόδημα η ολοκληρωμένη θεραπεία φαίνεται να είναι επαρκής σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 90%, ενώ σε χώρες με χαμηλό εισόδημα αγγίζει μετά βίας το ποσοστό του 15% (World Health Organization., 2020).

Το 2017, η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας ενέκρινε το ψήφισμα για την πρόληψη και τον έλεγχο του καρκίνου στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης (WHA70.12) που παροτρύνει τις κυβερνήσεις και τον ΠΟΥ να επιταχύνουν τη δράση για την επίτευξη των στόχων που καθορίζονται στο Παγκόσμιο Σχέδιο Δράσης για την πρόληψη και τον έλεγχο της MNK 2013-2020 και η Ατζέντα του ΟΗΕ για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη για το 2030 για τη μείωση της πρόωρης θνησιμότητας από καρκίνο (World Health Organization., 2020).

Ο ΠΟΥ και η IARC συνεργάζονται με άλλους οργανισμούς του ΟΗΕ, συμπεριλαμβανομένου του Διεθνούς Οργανισμού Ατομικής Ενέργειας και εταίρους για:

- *“αύξηση της πολιτικής δέσμευσης για την πρόληψη και τον έλεγχο του καρκίνου·*
- *Συντονίζει και διεξάγει έρευνα για τα αίτια του καρκίνου στον άνθρωπο και τους μηχανισμούς καρκινογένεσης·*
- *παρακολούθηση της επιβάρυνσης του καρκίνου (ως μέρος των εργασιών της Παγκόσμιας Πρωτοβουλίας για τα Μητρώα Καρκίνου)·*
- *να προσδιορίσει τις «καλύτερες αγορές» και άλλες οικονομικά αποδοτικές στρατηγικές προτεραιότητας για την πρόληψη και τον έλεγχο του καρκίνου·*
- *ανάπτυξη προτύπων και εργαλείων για την καθοδήγηση του σχεδιασμού και της υλοποίησης παρεμβάσεων για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, τον προσυμπτωματικό έλεγχο, τη θεραπεία και την παρηγορητική φροντίδα και φροντίδα επιβίωσης για καρκίνους ενηλίκων και παιδιών·*
- *ενίσχυση των συστημάτων υγείας σε εθνικό και τοπικό επίπεδο για να τους βοηθήσει να βελτιώσουν την πρόσβαση σε θεραπείες για τον καρκίνο·*
- *καθορίζει την ατζέντα για την πρόληψη και τον έλεγχο του καρκίνου στην Έκθεση του 2020 της ΠΟΥ για τον καρκίνο·*

- να παρέχει παγκόσμια ηγεσία καθώς και τεχνική βοήθεια για να υποστηρίξει τις κυβερνήσεις και τους εταίρους τους να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν υψηλής ποιότητας προγράμματα ελέγχου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ως μέρος της παγκόσμιας στρατηγικής για την επιτάχυνση της εξάλειψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.
- Βελτίωση του ελέγχου του καρκίνου του μαστού και μείωση των θανάτων που μπορούν να αποφευχθούν από τον καρκίνο του μαστού, εστιάζοντας στην προαγωγή της υγείας, την έγκαιρη διάγνωση και την πρόσβαση στη φροντίδα, προκειμένου να επιταχυνθεί η συντονισμένη εφαρμογή μέσω της Παγκόσμιας Πρωτοβουλίας για τον Καρκίνο του Μαστού του ΠΟΥ.
- υποστήριξη των κυβερνήσεων για τη βελτίωση της επιβίωσης για τον παιδικό καρκίνο μέσω κατευθυνόμενης υποστήριξης από τη χώρα, περιφερειακών δικτύων και παγκόσμιας δράσης ως μέρος της Παγκόσμιας Πρωτοβουλίας του ΠΟΥ για τον Παιδικό Καρκίνο χρησιμοποιώντας την προσέγγιση Cure All .
- αύξηση της πρόσβασης σε βασικά αντικαρκινικά φάρμακα, ιδίως μέσω της Παγκόσμιας Πλατφόρμας για την Πρόσβαση σε Φάρμακα για τον Καρκίνο της Παιδικής Ηλικίας και
- παροχή τεχνικής βοήθειας για ταχεία και αποτελεσματική μεταφορά των παρεμβάσεων βέλτιστης πρακτικής στις χώρες” (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Ο ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ Η ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

3.1. Ο ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής που ακολουθείται τα τελευταία χρόνια, όπως το junk food, το αλκοόλ, το κάπνισμα, το στρες, η μη συστηματική άσκηση, η υπερβολική έκθεση στον ήλιο, τα φαρμακευτικά σκευάσματα είναι περιβαλλοντικοί παράγοντες που μέχρι στιγμής έχει αποδειχθεί ότι οδηγούν στην εμφάνιση αυτοάνοσων νοσημάτων και στη χειροτέρευση της εξέλιξης της πορείας τους (Barrea, L., et al., 2015).

Η μη ισορροπημένη διατροφή και η έλλειψη συστηματικής, αν όχι καθημερινής, άσκησης οδηγούν στην αύξηση του Δείκτη Μάζας Σώματος, λόγω της της έλλειψης πρόσληψης ιχνοστοιχείων και βιταμινών, της αυξημένης πρόσληψης λιπαρών και της μη καύσης τους μέσω της άσκησης, με αποτέλεσμα να γεννάται η παχυσαρκία, η οποία παρατηρείται ως σημαντικός παράγοντας για την έναρξη αυτοάνοσων νοσημάτων και η υπερλιπιδαιμία η οποία ευθύνεται για την αύξηση καρδιαγγειακών νοσημάτων (Targońska-Stepniak, B., & Majdan, M., 2011).

Η έλλειψη χρόνου για προσωπική ξεκούραση κι ευχαρίστηση οδηγεί σε άγχος και στρες, το οποίο προκαλεί κυτταρική δυσλειτουργία εξαιτίας της διαταραχής της ισορροπίας της οξειδωτικής και της οξειδωτικής των αμυντικών οργανισμών, με αποτέλεσμα να είναι ένας από τους κύριους παράγοντες εμφάνισης των αυτοάνοσων αντισωμάτων και εκλυτικός παράγοντας για την επιδείνωση τους, καθώς πυροδοτεί κι άλλες νόσους, όπως διαταραχές της διάθεσης και ψυχιατρικές και συνδυαστικά δε βοηθάει την εξέλιξη της πορείας τους (Attwa, E., & Swelam, E., 2011).

Ο ορισμός της έννοιας «άσκηση» είναι η συστηματική σωματική άσκηση σε συνδυασμό με τη θέληση που έχει ο κάθε άνθρωπος να αφιερώσει, με απώτερο σκοπό την ενδυνάμωση της μυϊκής του μάζας και την αναπλήρωση των ψυχικών

του δυνάμεων, αποσκοπώντας στη σωματική και ψυχική ευεξία. Αποτελεί παράγοντα προστασίας και θεραπείας σωματικών και ψυχικών νόσων, καθώς μπορεί να γίνεται με διασκεδαστικό τρόπο και παράλληλα να βελτιώνει μακροπρόθεσμα την ποιότητα υγείας του ανθρώπου (Αυγερινός, Θ., 2007).

Το **κάπνισμα** και η κατανάλωση **αλκοόλ** επίσης θεωρούνται παράγοντες οι οποίοι διαταράσσουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και το αποδιοργανώνουν, με αποτέλεσμα να "αφήνουν ελεύθερο έδαφος" για την εμφάνιση των αυτοάνοσων νοσημάτων και κυρίως για τη μη καλή πορεία στην εξέλιξη των νόσων αυτών (Higgins, H., 2000).

Τα **φαρμακευτικά σκευάσματα** ενώ πιστεύεται ότι βοηθούν στην καταπολέμηση οποιασδήποτε νόσου, πολλές φορές αποδεικνύεται ότι μπορεί να προκαλούν παρενέργειες στον οργανισμό και να ευθύνονται για την πρόκληση μιας νέας, καθώς κι ότι πολλές φορές γίνεται χρήση τους για την αναπλήρωση βιταμινών και ιχνοστοιχείων, πράγμα το οποίο θα μπορούσε να αποφευχθεί με ισορροπημένη διατροφή (Targońska-Stepniak, B., & Majdan, M., 2011).

3.2. ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα είναι ένα υπόδειγμα της νόσου ως προς την πρόωμη γήρανση του ανοσοποιητικού συστήματος, κι ο λόγος είναι ότι όσο η νόσος προχωράει, οι ασθένειες που εμφανίζονται σε ώριμη ηλικία με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα εμφανίζονται νωρίτερα. Οι πιο συνηθισμένες ασθένειες που σχετίζονται με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι παθήσεις του πνεύμονα, η οστεοπόρωση, καθώς κι οι νόσοι του νευρολογικού και ψυχιατρικού κλάδου (Barbé-Tuana, F., et al., 2020).

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής όπως το κάπνισμα, η έλλειψη τακτικής άσκησης, η παχυσαρκία (που έχει κάνει σημαντική αίσθηση τα τελευταία τριάντα χρόνια), σε συνδυασμό με τη φύση της νόσου (δηλαδή την ύπαρξη της χρόνιας συνεχούς φλεγμονής) και τη λήψη φαρμάκων για τη μείωση των συμπτωμάτων της (όπως μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, ανοσοτροποποιητικά και κορτικοειδή) αυξάνουν την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων (Στεφανιαία νόσος,

Καρδιακή ανεπάρκεια) εις διπλούν, σε σχέση με άτομα που δε νοσούν από ρευματοειδή αρθρίτιδα (Serhal, L., et al., 2020).

Οι κακοήθειες αποτελούν τη δεύτερη πιο συνηθισμένη επίπτωση σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, κι αυτό οφείλεται στο ότι η νόσος από μόνη της **είναι** παράγοντας για τη δημιουργία λεμφώματος, ιδίως όταν έχει πιο έντονα συμπτώματα- άρα είναι γρήγορα εξελίξιμη, καθώς και για καρκίνο του δέρματος (Van Onna, M., et al., 2016). Επιπλέον για την εμφάνιση του καρκίνου ενοχοποιείται ο τρόπος ζωής, ο οποίος αναφέρθηκε και προωότερα.

Τα ανοσοτροποποιητικά φάρμακα σε σύγκριση με τα απλά συμβατικά φάρμακα φαίνεται να αυξάνουν την εμφάνιση λοιμώξεων από βακτήρια (Thompson, M. K., et al., 2011) και να πυροδοτούν την εξέλιξη της δραστηριότητας της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, με αποτέλεσμα να επέρχεται γρηγορότερα κακή λειτουργικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος και εν συνεχεία περισσότερες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, μέχρι κι εμφάνιση σηπτικής αρθρίτιδας (Serhal, L., et al., 2020). Η χορήγηση φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται σταδιακά και με σύνεση, καθώς η μακροχρόνια χρήση τους σε συνδυασμό με τις επιπλοκές της νόσου, επιφέρουν σε νεαρότερη ηλικία ασθένειες που τυχόν θα εμφανίζονταν κατά τη διάρκεια γήρατος (Boots, AM, et al., 2013).

Η οστεοπόρωση είναι μία από τις σημαντικότερες επιπλοκές της νόσου, η οποία αγγίζει το 60% σχεδόν των πασχόντων. Νευροψυχιατρικές ασθένειες που παρατηρείται να έχουν αυξημένη τάση εμφάνισης είναι η Νόσος του Alzheimer, η κατάθλιψη κι η Αγγειακή Νόσος βακτήρια (Thompson, M. K., et al., 2011).

Αποτελέσματα ερευνών έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η χρόνια **χρήση καπνού** (τσιγάρο) κατέχει έναν από τους κυρίαρχους παράγοντες για την παθογένεια της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, αφού κιτρονιλοποιεί τις πρωτεΐνες. Αυτή η τροποποίηση των πρωτεϊνών σε κιτρολινοποίηση εμφανίζεται στα σημεία της φλεγμονής σ' όλους τους ασθενείς της νόσου (Alexiou, I., et al., 2007). Παρατηρείται η ίδια διεργασία και σ' όσους πάσχουν από περιοδοντίτιδα, αλλά και από παθήσεις των πνευμόνων (Bogdanos, D. P., & Sakkas, L. I., 2017).

Ένας ακόμη παράγοντας που επιδεινώνει την πορεία της νόσου είναι η **διατροφή**. Η θεραπεία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι η συντήρηση των

συμπτωμάτων με τη χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων. Η κύρια ουσία των φαρμάκων είναι η κορτιζόνη, η οποία κατά τη διάρκεια της πολυετούς χορήγησης οδηγεί τον οργανισμό σε εμφάνιση οιδήματος, αύξηση των επιπέδων γλυκόζης κι εμφάνιση οστεοπόρωσης (Nam, J. L., et al., 2010). Γι' αυτό λοιπόν συνιστάται ο συνδυασμός σωστής και ισορροπημένης εξατομικευμένης διατροφής σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή, έτσι ώστε να μην εκκινεί ο οργανισμός άλλες ασθένειες όπως, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η παχυσαρκία και η υπερλιπιδαιμία που ευθύνονται για καρδιαγγειακά νοσήματα. Η ανεπάρκεια βιταμινών, ιχνοστοιχείων (σελήνιο, ψευδάργυρος) και φυλλικού οξέος οδηγούν σε λοιμώξεις (πράγμα το οποίο είναι χαρακτηριστικό της νόσου) και προκαλείται από μη επαρκή πρόσληψη θρεπτικών ουσιών (GF, H. T., 2009).

Γι' αυτό το λόγο η διατροφή και η ταυτόχρονη παρακολούθηση από διατροφολόγο κρίνεται αναγκαία σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή, για την καλύτερη πορεία της νόσου και τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης συννοσηρότητας (Targońska-Stepniak, B., & Majdan, M., 2011).

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα εκτός από ενήλικες προσβάλλει και παιδιά κάτω των 16 ετών και ονομάζεται Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα. Αποτελεί την πιο συνηθισμένη νόσο από τα ρευματικά νοσήματα στις παιδικές ηλικιακές ομάδες. Παρατηρείται πιο έντονα στη Βόρεια Ευρώπη, την Αμερική και την Αφρική σε σχέση με τη Δυτική Ευρώπη (Gare, B. A., 1999).

3.3. ΨΩΡΙΑΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η Ψωρίαση είναι μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος με κύρια εμφάνιση στο δέρμα και είναι μη μεταδιδόμενη. Κύρια συμπτώματά της είναι ο κνησμός και το έντονο άλγος, και η πορεία της εξέλιξής της μπορεί να οδηγήσει σε παραμόρφωση, ακόμη και αναπηρία, γι' αυτό και η συννοσηρότητά της σχετίζεται άμεσα με ψυχιατρικές νόσους και διαταραχές της διάθεσης (Mahmutovic, J., et al., 2017). Άλλες νόσοι που εμφανίζουν συννοσηρότητα με τη ψωρίαση φαίνεται να είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τα μεταβολικά (Barrea, L., et al., 2015).

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η έκθεση στον ήλιο,

το αλκοόλ, η έλλειψη συστηματικής άσκησης, το στρες και η μη καλή διατροφή σε συνδυασμό με άτομα που έχουν γενετικό υπόβαθρο σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου και την πορεία της εξέλιξής της (Barrea, L., et al., 2015). Η ψωρίαση εκτός από την τοπική δερματική βλάβη που είναι εμφανής, "επικοινωνεί" τη φλεγμονή μέσω των ανοσοκυττάρων στην κυκλοφορία του αίματος και σε άλλα όργανα και ιστούς, με αποτέλεσμα να συσχετίζεται και με άλλες φλεγμονώδεις νόσους, όπως είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η νόσος του Crohn (Davidovici, B. B., et al., 2010).

Η **παχυσαρκία** την τελευταία δεκαετία έχει γίνει συνδετικό κι ενοχοποιητικό στοιχείο για την εμφάνιση αρκετών φλεγμονωδών νόσων, εξαιτίας της υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά διατροφής και η σχέση της με την έναρξη της ψωρίασης και αντιστρόφως έχει διαπιστωθεί μέσα από αρκετές έρευνες (Carrascosa, J. M., et al., 2014). Αναφορές έχουν γίνει και ως προς την επιδείνωση της νόσου σε συνδυασμό με την **παχυσαρκία**, ανεξαρτήτου ηλικίας, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι ακόμα και παχύσαρκα παιδιά, μετά από μία βariatρική επέμβαση αντιμετωπίζουν στάδια ύφεσης της νόσου (Nakamizo, S., et al., 2017).

Το **κάπνισμα** βάσει ερευνών θεωρείται ένας από τους κύριους παράγοντες εμφάνισης της ψωρίασης, καθώς μέσα από μελέτες έχει αποδειχθεί ότι ο καπνός διαφοροποιεί τύπους λεμφοκυττάρων (Th-17) και αυξάνει τις κυτοκίνες, οι οποίες αναφέρονται ως στοιχεία της έναρξης της ψωρίασης, γι' αυτό συστήνεται η διακοπή του (Woo, Y. R., et al., 2017). Αξίζει να σημειωθεί ότι εξετάζεται η θεωρία της συσχέτισης του καπνίσματος με το **οξειδωτικό στρες** ως ένας ακόμη παράγοντας για την εμφάνιση της ψωρίασης, καθώς όπως προαναφέρθηκε ο καπνός απελευθερώνει προφλεγμονώδεις κυτοκίνες και περιέχει ελεύθερες ρίζες.

Το **οξειδωτικό στρες** κατά τους Attwa, E., & Swelam, E., (2011), προκαλεί κυτταρική δυσλειτουργία εξαιτίας της διαταραχής της ισορροπίας της οξυγόνωσης και της οξείδωσης των αμυντικών οργανισμών. Έχει παρατηρηθεί σε έρευνα των Attwa, E., & Swelam, E., (2011), ότι ο καπνός επί προσθέτει στον οργανισμό πολλά οξειδωτικά προϊόντα, τα οποία υπάρχουν και κατά το οξειδωτικό στρες, με πιθανή συσχέτιση να προκαλεί το κάπνισμα το οξειδωτικό στρες. Η δράση του **αλκοόλ** ως προς το ανοσοποιητικό σύστημα είναι να παύει

την ανοσία των κυττάρων, να αυξάνει τις προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες και να πολλαπλασιάζει τα λεμφοκύτταρα, ακόμα και να τα μετασχηματίζει (Higgins, H., 2000). Πιθανολογείται, ότι δε σχετίζεται άμεσα ως στοιχείο εμφάνισης της ψωρίασης, αλλά ως εκλυτικός παράγοντας της μη καλύτερευσης της πορείας της νόσου.

Ένας ακόμη παράγοντας που οδηγεί στην εμφάνιση αυτοάνοσων νοσημάτων, όπως είναι η ψωρίαση είναι το **ψυχολογικό στρες**, ανεξαρτήτου ορίου ηλικίας (Woo, Y. R., et al., 2017). Μέσα από έρευνες παρατηρείται ότι άτομα που έχουν βιώσει ένα ψυχολογικό στρες (είτε εργασιακό, είτε απώλεια κοντινού προσώπου) αυτό που συμβαίνει στον οργανισμό είναι ότι αποδιοργανώνεται το συμπαθητικό σύστημα (υπερδραστηριοποίηση) κι ο υποθάλαμος επινεφριδίων (μειωμένη δραστηριότητα), με αποτέλεσμα να απελευθερώνονται προφλεγμονώδεις κυτοκίνες, οι οποίες υφίστανται και κατά τη διάρκεια της έναρξης της ψωρίασης (Woo, Y. R., et al., 2017).

Αποτελέσματα ερευνών έχουν καταλήξει ότι περίπου το 70% των πασχόντων εμφάνισαν τη νόσο εντός 3 μηνών μετά από τη βίωση ενός ισχυρού ψυχολογικού στρες, και περίπου το 90% παρουσίασαν επιδείνωση στις ήδη υπάρχουσες δερματικές βλάβες (Kudligi, C., et al., 2016). Τα **καρδιαγγειακά νοσήματα** έχουν συνδεθεί με τη ψωρίαση και με τη ψωριασική αρθρίτιδα η οποία αποτελεί επίπτωση της ψωρίασης, επειδή τα λεμφοκύτταρα Th-17 εμφανίζονται σε υψηλά επίπεδα σε άτομα με στεφανιαία νόσο, όπως και στη ψωρίαση και η φλεγμονή του δέρματος με την πάροδο των χρόνων οδηγεί σε αγγειακή φλεγμονή, κι αυτή με τη σειρά της σε Αρτηριοσκλήρυνση, Εγκεφαλικό και Έμφραγμα του μυοκαρδίου (Hu, S. C. S., & Lan, C. C. E., 2017).

Το ανοσοποιητικό σύστημα κατά τη διάρκεια της **άσκησης** φαίνεται να μειώνει την αύξηση των προφλεγμονωδών κυτοκινών, να αυξάνει την παραγωγή αντιφλεγμονωδών κυτοκινών, με συνέπεια και τη χρόνια φλεγμονή. Μία ακόμη θετική δράση που έχει η άσκηση στο ανοσοποιητικό σύστημα είναι ότι ενεργοποιεί τα T-κύτταρα, τα οποία ελαττώνουν το άγχος κι έτσι μειώνεται κι η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών και ψυχιατρικών νόσων (Frankel, H. C., et al., 2012).

3.4. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος, η οποία επηρεάζει το δέρμα, τους ιστούς και πολλές φορές και όργανα του ανθρώπου όπως το πρόσωπο, τα αγγεία, την καρδιά, τους πνεύμονες, τα νεφρά, ακόμη και τον εγκέφαλο. Χαρακτηριστικό της νόσου είναι η ερυθρότητα του προσώπου και τα εξανθήματα που εμφανίζονται στα μάγουλα και τη μύτη σε σχήμα πεταλούδας (Αυγερινού, Γ., και συν, 2011).

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του Συστηματικού Ερυθηματώδη Λύκου είναι εκτός από το γενετικό υπόβαθρο, οι περιβαλλοντικοί όπως η υπερέκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, οι λοιμώξεις, το άγχος και τα φαρμακευτικά σκευάσματα. Βασικός παράγοντας για τη διατήρηση και συντήρηση των συμπτωμάτων και σ' αυτή τη νόσο αποτελεί η διατροφή σε συνδυασμό με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και τη συστηματική άσκηση. Η βιταμίνη D και κατανάλωση λιπαρών Ω3 βοηθούν στη μείωση των φλεγμονών και την έξαρση των συμπτωμάτων, καθώς συστήνεται διατροφή πλούσια σε αντιοξειδωτικά και αντιφλεγμονώδη τρόφιμα, όπως είναι τα φρούτα και τα λαχανικά, οι ξηροί καρποί και τα γαλακτοκομικά. Με κατάλληλη ισορροπημένη διατροφή και την απώλεια βάρους αποφεύγονται συννοσηρότητες, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τα εγκεφαλικά, τα οποία σχετίζονται με την ύπαρξη υπέρτασης και υπερλιπιδαιμίας (Davies, R. J., et al., 2012).

Οι επιπτώσεις του Συστηματικού Ερυθηματώδη Λύκου τείνουν να παρουσιάζονται στους νεφρούς με μειωμένη τη νεφρική λειτουργία, στους πνεύμονες με πνευμονίτιδα ή ακόμη και πνευμονική αιμορραγία, στην καρδιά με την εμφάνιση περικαρδίτιδας, στεφανιαίας νόσου κι ενδοκαρδίτιδας (Boumpas, D. T., et al., 1995). Πιο συχνή είναι η εμφάνιση της συστηματικής λεμφαδενοπάθειας και της ηπατοσπληνομεγαλίας, καθώς συμβάλλει σ' αυτές τις παθήσεις η χρόνια χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, τα οποία αυξάνουν τα ηπατικά ένζυμα (Gladman, D. D., et al., 2002).

Ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις

και γι' αυτό γίνονται έρευνες και συζήτηση για την επίπτωση που έχει ως προς τις νευροψυχιατρικές νόσους με γνωστότερες την κατάθλιψη, το άγχος, την παράλυση, το παραλήρημα, την οξεία συγχυτική κατάσταση, τις κεφαλαλγίες και τις αλλοιώσεις του υποθαλάμου, καθώς επηρεάζει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, τόσο το κεντρικό όσο και το περιφερικό (Souirti, Z., Lahlou, et al., 2013).

Το **άγχος** διαχωρίζεται στο **φυσιολογικό άγχος** και στο **παθολογικό άγχος**. Το **φυσιολογικό άγχος** εμφανίζεται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, ανησυχίας ή όταν βρισκόμαστε υπό απειλή, ενώ το **παθολογικό** συναντάται σε καταστάσεις όπου δεν υπάρχει κάποιος πραγματικός κίνδυνος ή ανησυχία (Varvogli, L., 2006). Το **παθολογικό άγχος** γίνεται αντιληπτό μέσα από σωματικές και ψυχικές καταστάσεις, οι οποίες χαρακτηρίζονται από τη μέτρηση βαθμού της κλίμακας εμφάνισής τους και συστήνεται η αντιμετώπιση από ειδικό, καθώς δημιουργεί ένα νέο κύμα σωματικών συμπτωμάτων ή επιδείνωση των υπαρχόντων (Varvogli, L., 2006). Οι νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις του Συστηματικού Ερυθρηματώδη Λύκου χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

1. Διάχυτες

2. Εστιακές

Στις **διάχυτες** εκδηλώσεις συγκαταλέγονται: η οξεία συγχυτική κατάσταση ,οι κεφαλαλγίες, οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές της διάθεσης, η ψύχωση, το απομυελινωτικό σύνδρομο και η άσηπτη μηνιγγίτιδα.

Στις **εστιακές** εκδηλώσεις συγκαταλέγονται: οι επιληπτικές κρίσεις, η μυασθένεια Gravis, η μυελοπάθεια, οι κινητικές διαταραχές, τα αγγειακά εγκεφαλικά συμβάματα κι άλλες νευρικές νευροπάθειες (Bertsias, G. K., et al., 2010).

Ο Συστηματικός Ερυθρηματώδης Λύκος προσβάλλει σε ποσοστό 20% παιδιά, τα οποία εμφανίζουν ίδια συμπτώματα με τους ενήλικες, όμως η εξέλιξή του είναι πιο επικίνδυνη, καθώς παρουσιάζονται πιο νωρίς προβλήματα στους νεφρούς, οι οποίοι καθορίζουν την πορεία του και στην καρδιά, επιπτώσεις που μπορεί να οδηγήσουν και σε θνησιμότητα. Αξίζει να σημειωθεί ότι περίπου το 25% των νοσούντων παιδιών παρουσιάζουν νευροψυχιατρικές διαταραχές από το πρώτο έτος νόσησης (Sibbitt, W. L., et al., 2002).

3.5. ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας είναι μια φλεγμονώδης διαταραχή στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, η οποία καταστρέφει τη μυελίνη στους νευρικούς ιστούς, με αποτέλεσμα στο σημείο αυτό να δημιουργούνται μικρές πλάκες (Tremlett, H., et al., 2010). Παρουσιάζεται κατά κύριο λόγο στο γυναικείο πληθυσμό σε νεαρές ηλικίες μεταξύ 20-40 ετών και υπολογίζεται ότι εβδομαδιαίως παρουσιάζονται 200 περίπου νέα κρούσματα ανά τον κόσμο (ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗ, Μ., & ΚΥΡΙΤΣΗ, Ε., 2006).

Το βασικό σύμπτωμα αυτής της νόσου είναι η **κόπωση** (ψυχική ή σωματική), η οποία παρεμποδίζει τον πάσχοντα να ανταπεξέλθει στις καθημερινές του δραστηριότητες και υποχρεώσεις (Giovannoni, G., 2006:2-3), με αποτέλεσμα να επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής του, να του δημιουργείται άγχος και να έχει δυσκολίες ακόμα και στον ύπνο (Krupp, L. B., et al., 2010: 1437-1447). Τα συμπτώματα της νόσου αφορούν κυρίως διαταραχές στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, όπως δυσκολία στις κινητικές λειτουργίες, διαταραχές στην όραση, στη συγκέντρωση και στην εκφορά λόγου, οι οποίες κατά την πορεία της νόσου έχουν μεγάλες πιθανότητες να οδηγήσουν σε μερική ή ολική αναπηρία, πράγμα το οποίο εξαρτάται από το στάδιο της διάγνωσης και την έγκαιρη ομαλοποίηση των συμπτωμάτων (Ghasemi, N., et al., 2017).

Οι πιο σημαντικές και συνηθισμένες επιπτώσεις σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι οι συναισθηματικές, αφού νιώθουν αβεβαιότητα για το μέλλον και για την εξέλιξη της πορείας τους, χάνουν την αυτοπεποίθησή τους, την επιθυμία για σεξουαλική ζωή, την αυτονομία τους και βιώνουν ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη και αλεξιθυμία (Feinstein, A., N., et al., 2014).

Παράγοντες οι οποίοι πυροδοτούν την έναρξη της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας είναι εκτός από τη γενετική προδιάθεση οι περιβαλλοντικοί όπως οι λοιμώξεις, η μη σωστή και ισορροπημένη διατροφή, η οποία θεωρείται αιτία λόγω έλλειψης βιταμινών (Βιταμίνη D) και κατανάλωσης αυξημένων δόσεων άλατος, το άγχος, το μεταβολικό σύνδρομο (παχυσαρκία), οι λιγοςτές ώρες ξεκούρασης και ύπνου και η έλλειψη σωματικής άσκησης.

Από μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι ασθενείς που ακολουθούν τη Μεσογειακή Διατροφή, η οποία περιέχει περισσότερα φρούτα, λαχανικά και σιτηρά μη επεξεργασμένα (τα οποία δρουν ως αντιοξειδωτικά και αντιφλεγμονώδη), έχουν μεγαλύτερη πρόσληψη Βιταμίνης D, η οποία σε χαμηλά ποσοστά εμφανίζεται σ' όλους τους ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα και κυρίως σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, ως παράγοντας εκκίνησής τους (Sedaghat, F., et al., 2016). Από τη Μεσογειακή Διατροφή επηρεάζεται και ένα μέρος του μεταβολικού συνδρόμου (παχυσαρκία), μιας και η πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών και η μειωμένη κατανάλωση ζωικών τροφίμων βοηθά στη διατήρηση σωστού σωματικού βάρους και στην αποτροπή του να επιβαρύνουν την ίδια τη νόσο, είτε με επιπλέον κιλά είτε με τα αντίθετα αποτελέσματα, όπως της καχεξίας (Pasquinelli, S., & Solaro, C., 2008). Η παχυσαρκία τείνει να είναι βασική επιπλοκή της σκλήρυνσης κατά πλάκας εξαιτίας της μερικής ή ολικής αναπηρίας που επέρχεται σε αρκετούς ασθενείς (Pasquinelli, S., & Solaro, C., 2008). Επιπλέον η παχυσαρκία και η καχεξία αποτελούν αιτία εμφάνισης ψυχικών και συναισθηματικών διαταραχών, όπως είναι η κατάθλιψη.

Η χρόνια χρήση των **φαρμακευτικών σκευασμάτων** (αντιβιοτικών, αντικαταθλιπτικών ή κορτικοστεροειδών) οδηγεί σε μειωμένη πρόσληψη ιχνοστοιχείων και δυσαπορρόφηση βιταμινών, τα οποία με τη σειρά τους εμφανίζουν οστεοπόρωση, αφυδάτωση, έκπτωση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος και αύξηση βάρους (Katz Sand, I., 2018).

Όλοι αυτοί οι παράγοντες αν ισοσταθμιστούν μακροπρόθεσμα ευδοκιμούν στην εξέλιξη της πορείας της νόσου, χωρίς να έχει αποδειχθεί ότι μπορούν να την αποτρέψουν (Stephen J. McPhee., Χαράλαμπος Μ. Μουτσόπουλος., 2009). Μια μέχρι στιγμής εκτίμηση έχει δείξει ότι το 50% περίπου από όσους δεν ακολούθησαν κάποια φαρμακευτική αγωγή εντός της πρώτης δεκαετίας κατέληξαν σε μέσα υποβοήθησης ως προς τις κινητικές τους λειτουργίες.

Η πιο συχνή και πιο συνηθισμένη συννοσηρότητα που παρατηρείται με τη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας είναι οι ψυχικές διαταραχές. Το 50-75% των νοσούντων εμφανίζουν σημάδια ψυχικών διαταραχών, τα οποία εξαρτώνται από το χαρακτήρα του πάσχοντα και τον τρόπο σκέψης του κι αντιμετώπισης της κατάστασης που βιώνει (Benedict, R. H., et al., 2004). Οι πιο συχνές ψυχικές και

συναισθηματικές διαταραχές είναι η κατάθλιψη και η αλεξιθυμία.

Η **αλεξιθυμία** (ψυχική διαταραχή) είναι η δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων λεκτικά και η δυσκολία της κατάστασης να μπερδεύουν τα σωματικά συμπτώματα και να τα εκφράζουν ως συναισθήματα. Επίσης σ' αυτήν τη διαταραχή δεν είναι εύκολο να έχουν θετικά όνειρα για την εξέλιξη της πορείας τους (Benedict, R. H., et al., 2004).

Η **κατάθλιψη** (συναισθηματική διαταραχή) εμφανίζεται σε ποσοστό 25-55% των ασθενών με Σκλήρυνση κατά πλάκας κι εκδηλώνεται κατά τα πρώτα στάδια της νόσου με τη μορφή του θυμού, της έλλειψης προσωπικών ενδιαφερόντων, της ανησυχίας και της έντονης οξυθυμίας τους και τους ακολουθεί σ' όλη τη διάρκεια της νόσου με υφέσεις κι εξάρσεις συνδυαστικά με τα στάδια της ίδιας της νόσου (Fernández-Jiménez, E., & Arnett, P. A., 2015).

Οι συναισθηματικές διαταραχές είναι πιο εμφανείς και πιο συνήθεις στην σκλήρυνση κατά πλάκας ακριβώς επειδή η ίδια η νόσος επηρεάζει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και δημιουργεί έκπτωση στις γνωστικές και νοητικές λειτουργίες κυρίως διαταραχές στη μνήμη και την έλλειψη συγκέντρωσης), με αποτέλεσμα να αφήνει χώρο στην εμφάνιση των ψυχικών και συναισθηματικών διαταραχών (Kern, S., et al., 2009).

3.6. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η νόσος του Crohn είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος, η οποία προσβάλλει αρκετά όργανα του σώματος, με την πλειοψηφία των κρουσμάτων να εμφανίζουν στο λεπτό και το παχύ έντερο. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου μπορεί να παρουσιαστεί στο στόμα, τον οισοφάγο και στο δωδεκαδάκτυλο (Ευστάθιος Λ. Παπαλάμπρος, 2011). Το 50% περίπου των πασχόντων εμφανίζουν στον ειλεό και στο παχύ έντερο, ενώ το 15% εμφανίζει στο παχύ έντερο. Οι ηλικίες στις οποίες εκδηλώνεται είναι συνήθως μεταξύ 15-35 ετών, με μια αισθητή αύξηση των τελευταίων ετών και σε προεφηβικές ηλικίες (Priscilla LeMone, et al., 2014). Όπως και στα υπόλοιπα αυτοάνοσα νοσήματα έτσι και σ' αυτήν τη νόσο είναι πιο συχνή η εμφάνισή της στο γυναικείο πληθυσμό.

Τα συμπτώματα της νόσου του Crohn είναι οι συνεχόμενες διαρροϊκές κενώσεις για διάστημα μεγαλύτερο από 6 εβδομάδες, η απώλεια βάρους, ο έμετος, η ναυτία, το κοιλιακό άλγος, η κόπωση, η αναιμία, η ανορεξία και το εμπύρετο (Kalla, R., et al., 2014). Αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετές φορές πριν την έναρξη των συμπτωμάτων, την εμφάνισή τους κάνουν οι εξωεντερικές εκδηλώσεις, οι οποίες προμηνύουν την πιθανή διάγνωση της νόσου.

Η πορεία της νόσου του Crohn όταν προσβάλλει το λεπτό ή το παχύ έντερο χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις. Περίπου το 15% των ασθενών μετά την πρώτη εμφάνιση της νόσου παρουσιάζει ένα μεγάλο διάστημα ύφεσης, ενώ το υπόλοιπο 85% παρουσιάζει μικρότερα διαστήματα ύφεσης και συχνότερα εξάρσεων (Pariante, B., et al., 2011).

Οι επιπλοκές που εμφανίζονται στη νόσο του Crohn είναι κυρίως: τα ενδοκοιλιακά αποστήματα, η στένωση του παχέος εντέρου, η αιμορραγία, οι εκδηλώσεις ουροποιητικού (ουρολοιμώξεις, υδρονέφρωση), η απόφραξη του εντέρου (η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί με αγωγή ή διαφορετικά με χειρουργική επέμβαση), τα συρίγγια, ο υποσιτισμός (λόγω της δυσαπορρόφησης θρεπτικών συστατικών), η διάτρηση του εντέρου, οι εξωεντερικές εκδηλώσεις, οι οποίες μπορεί να αναφέρονται σε άλλα συστήματα, όπως οι δερματικές (ερύθημα), οι μυοσκελετικές (αγκυλωτική σπονδυλίτιδα), οι οφθαλμικές (επισκληρίτιδα) και οι στοματικές (αφθώδης στοματίτιδα). Σ' ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 1-5% παρουσιάζεται καρκίνος του παχέος εντέρου, αλλά δεν είναι σύνηθες, κι αυτό το μικρό ποσοστό υφίσταται λόγω της μακροχρόνιας φύσης της νόσου (Molodecky, N. A., et al., 2012).

Οι παράγοντες που την πυροδοτούν είναι γενετικοί και περιβαλλοντικοί (αποτέλεσμα λοιμογόνων καταστάσεων, διατροφή, κάπνισμα, έλλειψη Βιταμίνης D, στρες) (Gaya, D. R., et al., 2006). Ο σύγχρονος τρόπος ζωής παρατηρείται ως μία παράμετρος που μπορεί κατά ένα μέρος να μειώσει την εμφάνιση της νόσου, αλλά πολύ περισσότερο να ελαττώσει τις επιπλοκές και τις εξάρσεις της, με απώτερο αποτέλεσμα την μείωση της συννοσηρότητάς της με άλλες ασθένειες, όπως τις ψυχικές διαταραχές, διαταραχές της διάθεσης και την κατάθλιψη (Fuller-Thomson, E., et al., 2015).

Το **κάπνισμα** έχει προσδιοριστεί ως αιτιολογικός παράγοντας της εμφάνισης της νόσου του Crohn, καθώς επηρεάζει τα επιθηλιακά κύτταρα του εντέρου και τα T-λεμφοκύτταρα. Αποτελεί ακόμη παράγοντα επιδείνωσης της νόσου και συμβάλλει σημαντικά στα στάδια εξάρσεων (Molodecky, N. A., et al., 2012). Γι' αυτό είναι σύνηθες να συστήνεται άμεσα η διακοπή του καπνίσματος.

Τα **φαρμακευτικά σκευάσματα**, όπως τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, ενοχοποιούνται σε ποσοστό 20% για την επιδείνωση της πορείας της νόσου και σε συνδυασμό με τη χρήση του καπνού, μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο έξαρσης σε τριπλάσιο βαθμό (Cutolo, M., et al., 2006). Σκευάσματα τα οποία μπορεί να δρουν θετικά στην εξέλιξη της πορείας της νόσου του Crohn, είναι η αγωγή των αντισυλληπτικών δισκίων, η οποία και μετά το πέρας της ολοκλήρωσης της αγωγής συνεχίζουν να έχουν προστατευτική δράση ως προς τον οργανισμό (Cutolo, M., et al., 2006).

Η **διατροφή** αποτελεί και σ' αυτήν τη νόσο ένα μεγάλο και σημαντικό κομμάτι της εμφάνισης της νόσου του Crohn, καθώς το γρήγορο κι έτοιμο φαγητό είναι πλούσιο σε ζωικές πρωτεΐνες και ενισχύει τον κίνδυνο έναρξης της νόσου. Αποτελέσματα ερευνών σε άτομα υγιά (κυρίως παιδιά) που παρακολούθηθηκαν για τέσσερα χρόνια, έδειξαν ότι διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου όσοι καταλάωναν αρκετά συχνά κόκκινο κρέας και μαργαρίνες (Amre, D. K., et al., 2007). Η Μεσογειακή Διατροφή μπορεί να υποστηριχθεί ως οδηγός για τη μείωση της εκκίνησης της νόσου, επειδή περιέχει τροφές (όπως φρούτα, λαχανικά, αυγά, ψάρια, γαλακτοκομικά) οι οποίες είναι πλούσιες σε αντιοξειδωτικές και αντιφλεγμονώδεις δράσεις, σε σχέση με τις γρήγορες τροφές που καταναλώνει κάποιος, οι οποίες περιέχουν προ-φλεγμονώδεις δράσεις. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι η υψηλή περιεκτικότητα υδατανθράκων και λιπών έχει παρατηρηθεί στη δημιουργία μικροβίων και στην παραγωγή φλεγμονής του εντέρου (Yang, Y., et al., 2018). Η μη ισορροπημένη διατροφή προκαλεί και μειωμένη πρόσληψη βιταμινών, όπως η **Βιταμίνη D**, η οποία χαρακτηρίζεται για τη λειτουργία της ως προς την απορρόφηση του ασβεστίου στο έντερο και συμβάλλει στην ενδυνάμωση των οστών, επιπλοκή που παρατηρείται στη νόσο του Crohn, η οστεοπόρωση λόγω της χρήσης στεροειδών δισκίων

(Ananthakrishnan, A. et al., 2012).

Το **άγχος** είναι ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας κυρίως για την εξέλιξη της πορείας της νόσου και σε μικρότερο βαθμό για την εκκίνησή της, καθώς δεν έχει αποδειχθεί επιστημονικά. Είναι αποτέλεσμα της νόσου του Crohn, λόγω των συμπτωμάτων που παρουσιάζει (τις συχνές κενώσεις, το κοιλιακό άλγος) και της αβεβαιότητας που νιώθουν οι πάσχοντες για την εξέλιξη της πορείας τους. Παρατηρείται σε άτομα που βιώνουν φλεγμονώδεις καταστάσεις και επικρατεί η θεωρία της ότι σχετίζεται με την εμφάνιση των εξάρσεων της νόσου (Maunder, R. G., 2005).

Συννοσηρότητα παρατηρείται έντονα με **ψυχιατρικές διαταραχές** και διαταραχές της διάθεσης. Πιο συχνή είναι η καταθλιπτική διαταραχή και οι αγχώδεις καταστάσεις, οι οποίες αποτελούν απόρροια της πορείας της νόσου και συνηθίζεται οι πάσχοντες να παρακολουθούνται από ειδικό και να δίνεται κάποια φαρμακευτική αγωγή, έτσι ώστε να ελαττώνονται τα συμπτώματα και μαζί μ' αυτά και οι εξάρσεις της νόσου. Παρατηρείται επίσης η έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης, καθώς τείνουν να χάνουν τη σεξουαλική τους ταυτότητα, είτε λόγω της διαταραχής της διάθεσης είτε λόγω φαρμακευτικών σκευασμάτων που δίνονται για τη νόσο του Crohn και προκαλούν στυτική δυσλειτουργία (Sainsbury, A., & Heatley, R. V., 2005).

Ο **καρκίνος του παχέος εντέρου** μπορεί να συνδεθεί με τη νόσο του Crohn σε χαμηλά ποσοστά, καθώς θα πρέπει ο βαθμός της νόσου να είναι υψηλός και η πορεία του αυτή να συνεχίζει για τουλάχιστον μία δεκαετία (Von Roon, A. C., et al., 2007).

3.7. ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η Ελκώδης Κολίτιδα είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος, η οποία εμφανίζεται στο παχύ έντερο και πιο συγκεκριμένα στο βλεννογόνο του. Ξεκινάει κυρίως από το ορθό κι ανάλογα με την εξέλιξη της πορείας της νόσου πορεύεται στα υπόλοιπα τμήματα του παχέος εντέρου (όπως το σιγμοειδές ή το τυφλό)

(Silverberg, M. S., 2005). Η ηλικιακή ομάδα κατά την οποία παρατηρείται η έναρξη της ελκώδους κολίτιδας είναι μεταξύ των 50-60 ετών, αλλά και μεταξύ των 15-35 ετών, ενώ σπάνια παρατηρείται σε μικρές ηλικιακές ομάδες κάτω των 8 ετών (Loftus Jr, E. V., 2004). Μόνο στο 15% των πασχόντων παρατηρείται έντονη επιδείνωση με αποτέλεσμα την εξάπλωση της νόσου σ' όλο το παχύ έντερο. Τα συμπτώματα που υποδεικνύουν τη νόσο είναι το έντονο κοιλιακό άλγος, εμπύρετο κι αρκετές κενώσεις την ημέρα. Η διαφορά της ελκώδους κολίτιδας από τη νόσο του Crohn είναι ότι προσβάλλει μόνο το παχύ έντερο σε αντίθεση με τη νόσο του Crohn που προσβάλλει και το λεπτό έντερο (Meier, J., & Sturm, A., 2011).

Τα συμπτώματα της ελκώδους κολίτιδας είναι οι συνεχόμενες βλεννοαιματηρές διαρροϊκές κενώσεις, η απώλεια βάρους, ο έμετος, η ναυτία, το κοιλιακό άλγος, η ανορεξία και το εμπύρετο (Meier, J., & Sturm, A., 2011). Αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετές φορές με την έναρξη των συμπτωμάτων, την εμφάνισή τους κάνουν οι εξωεντερικές εκδηλώσεις, όπως είναι η αναιμία, η οστεοπόρωση, φλεγμονές των οφθαλμών (σκληρυντική χολαγγειίτιδα), η κίρρωση του ήπατος και κολικοί νεφρού (εξαιτίας δημιουργίας λίθων στους νεφρούς) (Meier, J., & Sturm, A., 2011).

Οι κατηγορίες της ελκώδους κολίτιδας είναι ανάλογες με το σημείο φλεγμονής του εντέρου και χαρακτηρίζονται ως εξής:

- Ελκώδης πρωκτίτιδα (όταν η φλεγμονή εντοπίζεται στα πρώτα εκατοστά του πρωκτού)
 - Ελκώδης ορθοσιγμοειδίτιδα (όταν η φλεγμονή εντοπίζεται ταυτόχρονα στο ορθό και στο σιγμοειδές)
 - Περιφερική κολίτιδα αριστερού τύπου (όταν η φλεγμονή εντοπίζεται στο αριστερό τμήμα του παχέος εντέρου)
 - Εκτεταμένη κολίτιδα (όταν η φλεγμονή εντοπίζεται στο εγκάρσιο τμήμα του παχέος εντέρου)
- ✓ Πανκολίτιδα (όταν η φλεγμονή εντοπίζεται σ' ολόκληρο το παχύ έντερο) (Harbord, M., et al., 2017).

Η πορεία της ελκώδους κολίτιδας χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις. Το 50% των πασχόντων παρουσιάζουν συμπτώματα και το 20% των ασθενών μόνο παρουσιάζει ένα μεγάλο διάστημα ύφεσης (πιθανής διάρκειας μέχρι 24 μήνες), ενώ το 5% παρουσιάζει μικρότερα διαστήματα ύφεσης έως 12 μήνες (Harbord, M., et al., 2017).

Οι επιπλοκές που εμφανίζονται στην ελκώδη κολίτιδα είναι κυρίως: η διάτρηση του παχέος εντέρου, η αιμορραγία, η οποία αν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως μπορεί να οδηγήσει σε χειρουργική επέμβαση (κολεκτομή), το τοξικό megacolon (εμφανίζεται στην κατηγορία της εκτεταμένης κολίτιδας), η στένωση του παχέος εντέρου (εξαιτίας των συνεχόμενων φλεγμονών στο ίδιο σημείο) ο υποσιτισμός (λόγω της δυσαπορρόφησης θρεπτικών συστατικών) και ο καρκίνος του παχέος εντέρου, ο οποίος έχει την τάση να εμφανίζεται σε βαριάς μορφής και μακρόχρονης κολίτιδας (Harbord, M., et al., 2017).

Οι παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου είναι κατά κύριο λόγο το γενετικό υπόβαθρο, αλλά και ο σύγχρονος τρόπος ζωής, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, η κακή διατροφή, η έλλειψη Βιταμίνης D, τα μεταβολικά σύνδρομα (παχυσαρκία), οι λοιμώξεις, τα φαρμακευτικά σκευάσματα, η ελλιπής σωματική δραστηριότητα και οι αγχώδεις καταστάσεις (Ananthakrishnan, A. N., 2015). Ο σύγχρονος τρόπος ζωής παρατηρείται ως μία παράμετρος που μπορεί κατά ένα μέρος να μειώσει την εμφάνιση της νόσου, αλλά πολύ περισσότερο να ελαττώσει τις επιπλοκές και τις εξάρσεις της, με απώτερο αποτέλεσμα την μείωση της συννοσηρότητάς της με άλλες ασθένειες, όπως τις ψυχικές διαταραχές, διαταραχές της διάθεσης και την κατάθλιψη (Fuller-Thomson, E., et al., 2015).

Το **κάπνισμα** αποτελεί τον πιο γνωστό και πολυσυζητημένο προς έρευνα παράγοντα ως προς την έναρξη και τον τρόπο εξέλιξης της πορείας των αυτοάνοσων νοσημάτων. Στην ελκώδη κολίτιδα φαίνεται να έχει τον αντίθετο ρόλο απ' ότι σε άλλες ασθένειες, καθώς προστατεύει την κατηγορία των καπνιστών και καθιστά τη μορφή της νόσου πιο ήπια, εξαιτίας της δράσης της νικοτίνης κι άλλων παραγόντων του καπνού, οι οποίοι μειώνουν την παραγωγή των κυτοκινών (anti-TNF) που ευθύνονται για την πρόκληση των φλεγμονών

(Abegunde, A. T., et al., 2016).

Η μειωμένη **φυσική δραστηριότητα** φαίνεται να έχει κι αυτή το δικό της ρόλο στην επιδείνωση της εξέλιξης της νόσου, καθώς όταν ο οργανισμός δε βρίσκεται σε συστηματική αθλητική δραστηριότητα η λειτουργία της καρδιάς ελαττώνεται, οι μύες αποδυναμώνονται και παρατηρείται οστεοπόρωση. Αντίθετα όταν ο ασθενής αθλείται η ενεργότητα της ελκώδους κολίτιδας φαίνεται να είναι πιο σταθερή και η κούραση ως σύμπτωμα μοιάζει ανεπαίσθητη (Jones, P. D., et al., 2015).

Η **διατροφή** αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες των υφέσεων κι εξάρσεων της ελκώδους κολίτιδας και γι' αυτό είναι ένα από τα πρώτα βήματα τα οποία είθισται να ακολουθούν οι πάσχοντες (Limdi, J. K., Aggarwal, D., & McLaughlin, J. T., 2016). Αν και δεν υπάρχει συγκεκριμένη διατροφή που να δίνεται στους ασθενείς, μιας και το στάδιο εμφάνισης και η βαρύτητα της νόσου στον καθένα είναι ξεχωριστή, έρευνες έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η πρόσληψη θρεπτικών συστατικών βοηθούν στη σταθεροποίηση της ενεργότητας της νόσου, στη μείωση των εξάρσεων και στην υποστήριξη της ανάπτυξης παιδιών με ελκώδη κολίτιδα (Cabrejos Quevedo, A. M., 2020). Περίπου το 70% των ασθενών με κυρίαρχο αίσθημα το φόβο, αλλά και τον πιθανό έλεγχο της πορείας της νόσου από μέρους τους, οδηγείται σε μείωση της διατροφής για την ελάττωση των συμπτωμάτων πάσχοντες (Limdi, J. K., Aggarwal, D., & McLaughlin, J. T., 2016). Τέτοιες κινήσεις εκ μέρους των πασχόντων μπορεί να οδηγήσουν σε υποθρεψία και υποσιτισμό και εν τέλει να χειροτερέψουν την ήδη υπάρχουσα κατάσταση, ακόμη και να προκαλέσουν νωρίτερα την εμφάνιση άλλων επιπτώσεων όπως είναι η αναιμία (λόγω μη πρόσληψης απαραίτητων βιταμινών και ιχνοστοιχείων) και το εντερικό μικροβίωμα (λόγω πρόσληψης χαμηλών ηλεκτρολυτών, με αποτέλεσμα τη χρήση προβιοτικών τα οποία είναι μεν αναγκαία σ' αυτήν την περίπτωση, όμως επηρεάζουν την εντερική χλωρίδα κι ενεργοποιούν το μηχανισμό των φλεγμονών) (Limdi, J. K., Aggarwal, D., & McLaughlin, J. T., 2016). Η μη ισορροπημένη διατροφή προκαλεί και μειωμένη πρόσληψη βιταμινών, όπως η **Βιταμίνη D**, η οποία χαρακτηρίζεται για τη λειτουργία της ως προς την απορρόφηση του ασβεστίου στο έντερο, τις

αντιοξειδωτικές της δράσεις και συμβάλλει στην ενδυνάμωση των οστών, επιπλοκή που παρατηρείται στη νόσο της ελκώδους κολίτιδας, η οστεοπόρωση λόγω της χρήσης στεροειδών δισκίων (Ananthakrishnan, A. et al., 2012).

Σε υποθρεψία και υποσιτισμό μπορεί να οδηγήσει και η κατανάλωση αλκοόλ καθώς η ποσότητα οινοπνεύματος που εμπεριέχεται προκαλεί ευαισθησία και ερεθισμό στο πεπτικό σύστημα, καθώς και δυσασπορρόφηση των θρεπτικών συστατικών (Limdi, J. K., Aggarwal, D., & McLaughlin, J. T., 2016).

Γίνεται προσπάθεια μέσω ερευνών να μειωθεί η χρήση **φαρμακευτικών σκευασμάτων** ως προς τη θεραπεία της νόσου, καθώς η αποτελεσματικότητά τους δεν είναι ολοκληρωτική κι αντιθέτως σε αρκετές περιπτώσεις επιβαρύνουν περισσότερο τον οργανισμό λόγω της αύξησης της εντερικής διαπερατότητας, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της πορείας και την πρόωρη εμφάνιση κι άλλων ασθενειών ή ακόμη και την χειρουργική αφαίρεση τμήματος του παχέος εντέρου, αναλόγως την έκταση και το σημείο προσβολής (Harbord, M., et al., 2017), (Duff, W., et al., 2018).

Η εμφάνιση του **καρκίνου του παχέος εντέρου** σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα είναι πιο συχνή απ' ό τι σε ασθενείς με τη νόσο του Crohn. Αυτό οφείλεται στο ότι η ελκώδης κολίτιδα εστιάζει μόνο στο παχύ έντερο σε αντίθεση με τη νόσο του Crohn, η οποία έχει μεγαλύτερο φάσμα προσβολής. Οι δυσπλασίες του εντέρου που εντοπίζονται μέσω των ιστολογικών βιοψιών κατά την κολονοσκόπηση, μπορούν να οδηγήσουν σε προληπτική χειρουργική επέμβαση, εξασφαλίζοντας την περαιτέρω βλάβη του εντέρου. Μια τέτοια τεχνική μπορεί να προλάβει τον καρκίνο στα αρχικά του στάδια, μέχρι και να τον ιάσει (Yaeger, R., et al., 2016). Ακόμη παρατηρείται η εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα μια 10ετία νωρίτερα απ' ό τι στον υγιή πληθυσμό ((Yaeger, R., et al., 2016).

Η συννοσηρότητα με τις **ψυχιατρικές νόσους** παρουσιάζονται σε μεγάλη βαρύτητα σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα. Δεν έχει αποδειχθεί μέχρι στιγμής ότι αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα, έχει όμως διαπιστωθεί σε ασθενείς κατά τη

φάση των εξάρσεων (Bitton, A., et al., 2003). Η ψυχολογική πίεση και το άγχος που βιώνουν οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα ως προς την ανταπόκρισή τους στις καθημερινές δραστηριότητες, την αυτοπεποίθησή τους, την αυτοεκτίμησή τους και την αβεβαιότητα της χρόνιας νόσου, τους οδηγεί σε διαταραχές της διάθεσης, απομόνωση και κατάθλιψη. Οι πιο συνηθισμένοι τρόποι καταπολέμησης αυτών των διαταραχών είναι η φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά ή αγχολυτικά δισκία, τρόπος ο οποίος τείνει να μειωθεί καθώς τελευταία έχει δοθεί πιο μεγάλη βαρύτητα στη ψυχοθεραπεία ως ενίσχυση της ψυχικής δύναμης του ίδιου του ασθενούς να αναπτερώσει τις δυνάμεις του και να καταφέρει μέσω αυτού να μειώσει και το αίσθημα του πόνου (<http://www.crohnhellas.gr/>).

3.8. ΚΟΙΚΙΟΚΑΚΗ ΚΑΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ

Η κοιλιοκάκη είναι μια φλεγμονώδης νόσος του λεπτού εντέρου και του δωδεκαδακτύλου ή της νήστιδας (Ludvigsson, J. F., & Green, P. H., 2011), η οποία χαρακτηρίζεται από τη δυσανεξία στη γλουτένη. Εμφανίζεται κυρίως σε παιδιά και βρέφη με τη μορφή συμπτωμάτων όπως διάρροια, μικρή και αργή ανάπτυξη και σε ενήλικες με αναιμία ή άλλα νευρολογικά. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση της νόσου και στους ενήλικες, εκ των οποίων το 55% παρουσιάζονται ασυμπτωματικοί (Troncone, R., & Jabri, B., 2011). Η νόσος επιπλέον δρα με τη μη απορρόφηση βιταμινών και θρεπτικών ουσιών. Έντονος επιπολασμός της κοιλιοκάκης παρατηρείται σε χώρες όπου έχουν ως βασική τροφή τους τα σιτηρά και το ρύζι, όπως το Ιράν, η Τουρκία και η Ινδία (λόγω της εσωτερικής παραγωγής τους) σε σχέση με αναπτυγμένες χώρες (Mariné, M., et al., 2011). Το έντερο είναι το όργανο το οποίο ευθύνεται για την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών, ιχνοστοιχείων και βιταμινών και η σωστή και ισορροπημένη διατροφή αποτελούν σημαντικό ρόλο στο μικροβίωμα του εντέρου, το οποίο μέσα από έρευνες ευθύνεται για την ένδειξη της υγείας και της μακροζωίας του ανθρώπινου οργανισμού (Manzel, A., et al., 2014).

Τα συμπτώματα που εντοπίζονται σε ασθενείς με κοιλιοκάκη είναι: το κοιλιακό άλγος, η διάταση της κοιλιακής χώρας, ο έμετος, η διάρροια, η κούραση, η σιδηροπενική αναιμία (όταν δεν αντιμετωπίζεται με χρήση σιδήρου), άλγος στις αρθρώσεις, η ερπητοειδής δερματίτιδα (εξανθήματα του δέρματος), απώλεια του

σφάλτου και της λευκότητας των δοντιών και ως προς τους παιδιατρικούς ασθενείς είναι: η αργή ανάπτυξη και το χαμηλό ανάστημα (σε κατάσταση βαριάς μορφής της ασθένειας) και η απώλεια βάρους (<http://www.coeliac.gr/Contents.aspx?CatId=41>). Αξιοσημείωτο είναι ότι έχουν διαπιστωθεί περίπου 300 συμπτώματα, τα οποία όμως επειδή είναι κοινά σε πολλές ασθένειες δύσκολα συνδυάζονται με την ασθένεια της κοιλιοκάκης. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο η νόσος αυτή έχει χαρακτηριστεί με το σχήμα του "παγόβουνου". Επειδή οι διαγνωσμένοι ασθενείς παγκοσμίως είναι πολύ λίγοι (κι επομένως βρίσκονται στην κορυφή του παγόβουνου), οι μη διαγνωσμένοι πιθανολογείται ότι αντιστοιχούν σε πολύ μεγαλύτερο αριθμό (όπως είναι η βάση του παγόβουνου) και η νόσος τείνει να γίνει μια από τις πιο επικίνδυνες ασθένειες των επόμενων χρόνων, όχι εξαιτίας της μη ίασής της, αλλά για τη συννοσηρότητα που παρουσιάζει (Caio, G., et al., 2019).

Οι πιο συνηθισμένες επιπλοκές της κοιλιοκάκης είναι η αναιμία, η οστεοπόρωση, η οστεοπενία, η στειρότητα ή οι επαναλαμβανόμενες αποβολές, οι παθήσεις του Περιφερικού ή Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (π.χ περιφερική νευροπάθεια, ψυχιατρικές διαταραχές, επιληψία, κατάθλιψη), ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 και ο καρκίνος του εντέρου (Mariné, M., et al., 2014).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η κοιλιοκάκη σχετίζεται με αρκετές αυτοάνοσες νόσους όπως η θυρεοειδίτιδα Hashimoto, το σύνδρομο Sjorgen, το Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο, την αυτοάνοση ηπατίτιδα, την πολυμυοσίτιδα, κ.ά, και κρίνεται σημαντική και απαραίτητη η έγκαιρη διάγνωσή της για την αποφυγή πυροδότησης άλλων νόσων (Lebwohl, B., et al., 2015).

Παράγοντες που επηρεάζουν την εκκίνηση της κοιλιοκάκης είναι κατά βάση οι γενετικοί (δηλαδή το γενετικό υπόβαθρο) και οι περιβαλλοντικοί. Στο σύγχρονο τρόπο ζωής που ακολουθείται τα τελευταία χρόνια συγκαταλέγεται η διατροφή (η οποία αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα της έναρξης της κοιλιοκάκης και το βασικότερο για την εξέλιξη της πορείας της), το κάπνισμα, η έλλειψη Βιταμίνης D, ο θηλασμός και το άγχος, ο οποίος μπορεί να μη είναι εκλυτικός παράγοντας, όμως συνδράμει κι αυτός ως προς την καλύτερευση ή την επιδείνωση της νόσου (<http://www.coeliac.gr/Contents.aspx?CatId=41>).

Θεραπεία μέσω **φαρμακευτικών σκευασμάτων** για την αντιμετώπιση της

κοιλιοκάκης μέχρι τώρα δεν έχει βρεθεί. Ο μοναδικός τρόπος αντιμετώπισης και ομαλοποίησης των συμπτωμάτων είναι η συμμόρφωση των πασχόντων σε δίαιτα ελεύθερης γλουτένης σε συνδυασμό με παρακολούθηση από διατροφολόγο (Caiο, G., et al., 2019).

Η **διατροφή** παίζει καθοριστικό ρόλο σ' αυτήν τη νόσο καθώς αποτελεί το κλειδί της εξέλιξής της και της αντιμετώπισής της ως μόνος τρόπος θεραπείας της (Caiο, G., et al., 2019). Επιβάλλεται εφ' όρου ζωής η αποχή τροφίμων με γλουτένη, καθώς όταν ένα άτομο που έχει κοιλιοκάκη, είτε συμπτωματικό είτε ασυμπτωματικό, καταναλώσει κάποιο τρόφιμο που περιέχει γλουτένη τότε δημιουργείται φλεγμονή στις λάχνες του εντέρου, με αποτέλεσμα τη μη σωστή λειτουργία τους και τη δυσαπορρόφηση βιταμινών η οποία μπορεί να ενεργοποιήσει άλλες ασθένειες, όπως η αναιμία και η οστεοπόρωση (Caiο, G., et al., 2019). Ακόμη και στους ασυμπτωματικούς και κυρίως στους παιδιατρικούς ασθενείς, η πιστή συμμόρφωση τους σ' αυτό το διαιτολόγιο, τους βοηθάει ως προς την ανάπτυξή τους και την ενδυνάμωση των οστών. Στο εμπόριο υπάρχουν πλέον πολλά τρόφιμα χωρίς γλουτένη εξαιτίας της αύξησης των κρουσμάτων της νόσου, επομένως η δίαιτα είναι εφικτή. Επιπλέον προκειμένου να μπορούν να έχουν μια κανονική κοινωνική ζωή οι ασθενείς αρχίζουν και δημιουργούνται μενού συμμορφωμένα προς αυτήν τη δίαιτα σε εστιατόρια, με απώτερο σκοπό τη μείωση της απομόνωσης και της επανένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο. Κάτι το οποίο πρέπει να τονισθεί είναι ότι με αυτήν την προσαρμοσμένη και εξατομικευμένη δίαιτα που πρέπει να ακολουθούν αποφεύγεται η παχυσαρκία (μιας κι εύκολα μπορεί να καταναλώσουν τροφές αυξημένης ενέργειας, η οποία οδηγεί σε αύξηση βάρους), αλλά και η υποθρεψία (η οποία μπορεί να προέλθει από την καταστροφή των κυττάρων του επιθηλίου, τα οποία έχουν ως λειτουργία την απορρόφηση θρεπτικών συστατικών, εξαιτίας της κατανάλωσης τροφής με γλουτένη) (Hotel, R., 2014).

Έρευνες έχουν δείξει ότι σε παιδιά με κοιλιοκάκη το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δεν έχει **θηλάσει** κατά τη βρεφική ηλικία περισσότερο από δύο μήνες, χωρίς όμως αυτό να επιβεβαιώνει ότι δε θα νοσούσαν κατά τη διάρκεια της ζωής τους ή ότι απλώς καθυστέρησε την εμφάνιση της νόσου. Έχει επίσης επισημανθεί χωρίς να είναι εξακριβωμένο, ότι παιδιά που έχουν γεννηθεί με φυσιολογικό τοκετό διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (Norris, J. M., et al.,

2005).

Η εμφάνιση **κακοηθειών** σχετιζόμενες με την κοιλιοκάκη είναι ένα από τα σοβαρά θέματα που απασχολούν την επιστημονική κοινότητα, καθώς φαίνεται να είναι πιο συχνές σε μη διαγνωσμένους και μακροχρόνιους ασθενείς, οι οποίοι λόγω της μη διάγνωσής τους δεν ακολούθησαν ποτέ τη δίαιτα ελεύθερης γλουτένης, με αποτέλεσμα να φλεγμαίνουν το έντερο κι αυτό να οδηγεί σε δημιουργία κακοηθειών. Γνωστές κακοήθειες είναι: το εντερικό λέμφωμα μη-Hodgkin (T-κυττάρων), το λέμφωμα B-κυττάρων, τα αδενοκαρκινώματα του λεπτού εντέρου, ο καρκίνος του οισοφάγου Barrett, καρκινώματα του στοματοφάρυγγα και ο καρκίνος του γαστρεντερολογικού σωλήνα. Η εμφάνιση αυτών των κακοηθειών σε ασθενείς με κοιλιοκάκη είναι 6 φορές περισσότερη σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό κι η εμφάνισή τους παρατηρείται μεταξύ των 3-5 ετών από την πιθανή έναρξη της νόσου (μη διαγνωσμένη) (Kelly, C. P., et al., 2015).

Στο 25% περίπου των ενήλικων ασθενών με κοιλιοκάκη έχει παρατηρηθεί ότι οι άνδρες είναι πιο επιρρεπείς σε συννοσηρότητα με **ψυχιατρικές** και **νευρολογικές** παθήσεις όπως είναι: η περιφερική νευροπάθεια, η επιληψία, η μυελοπάθεια, ο πονοκέφαλος, η εγκεφαλίτιδα του στελέχους κ. ά., καθώς κι ότι κάποιες από αυτές έχουν παρατηρηθεί και σε παιδιατρικούς ασθενείς (Henri-Bhargava, A., et al., 2008).

3.9. ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ HASHIMOTO ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η θυρεοειδίτιδα Hashimoto είναι μια αυτοάνοση διαταραχή που αποτελεί μια φλεγμονώδη κατάσταση του θυρεοειδούς αδένα και οδηγεί σε υποθυρεοειδισμό στο 25% περίπου των πασχόντων (Fallahi, P., et al., 2017). Χαρακτηρίζεται και ως χρόνια αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα ή χρόνια λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα. Εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες ηλικίας μεταξύ 30-50 ετών και πολλές φορές αποτελεί αιτία εμφάνισης κι άλλου αυτοάνοσου νοσήματος όπως ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ) (Weetman,A.&Walport, M., 1987), η κοιλιοκάκη (Volta, U.,et al., 2001), η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η σκλήρυνση κατά πλάκας κι ο

σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 (Holl, R. W., et al., 1999) κι αντιστρόφως.

Τα συμπτώματα της θυρεοειδίτιδας Hashimoto είναι η έντονη κόπωση, η ατονία, το άλγος στα πόδια, η δυσκοιλιότητα, οι μυϊκές κράμπες, το ξηρό δέρμα, η μειωμένη εφίδρωση, η αύξηση βάρους, η έντονη τριχόπτωση και η έναρξη διαφόρων ψυχολογικών προβλημάτων όπως είναι η κατάθλιψη, η απώλεια μνήμης, οι ανωμαλίες κατά την έμμηνο ρύση, η περιφερική νευροπάθεια, η δυσκολία στη συγκέντρωση και η πιθανή εγκεφαλοπάθεια (Baldini, M., et al., 2009), (Caturegli, P., et al., 2014).

Οι παράγοντες εμφάνισής της νόσου κατατάσσονται στους γενετικούς (σύμπλεγμα ιστοσυμβατότητας και το αντιγόνο 4 των T- λεμφοκυττάρων) και στους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Από έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο η γεωγραφική τοποθεσία ενός τόπου ως προς την εμφάνιση της θυρεοειδίτιδας Hashimoto (αν έχει μεγάλη επάρκεια σε ιώδιο ή όχι). Στην ίδια κατηγορία εντάσσεται κι η νόσος του Graves, καθώς κι οι δύο διαγιγνώσκονται από βιοχημικές εργαστηριακές εξετάσεις. (Ντάλλες, Κ. & Κώστογλου-Αθανασίου, Ι., 2003).

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να είναι το κάπνισμα, η διατροφή, η περιβαλλοντική μόλυνση, το οξειδωτικό στρες, οι λοιμώξεις από ιούς και μικρόβια που πυροδοτούν την εκκίνηση της νόσου, καθώς και η έλλειψη ιχνοστοιχείων όπως η βιταμίνη D, το σελήνιο, το ιώδιο κι ο σίδηρος (Kawicka, A., & Regulska-Pow, B., 2015). Επιπλέον σύνηθες είναι να παρουσιάζεται για πρώτη φορά σε γυναίκες μετά τον τοκετό, καθώς κατά τη διάρκεια της κύησης οι ορμόνες διαταράσσονται και μαζί με τη γενετική προδιάθεση που υπάρχει απορυθμίζεται και υπερδραστηριοποιείται το ανοσοποιητικό σύστημα, με αποτέλεσμα να στρέφεται στον ίδιο του τον εαυτό (Lim, K. J., et al., 2000).

Το **κάπνισμα** έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί οξειδωτικό στρες, το οποίο επηρεάζει το περιβάλλον των πνευμόνων, με αποτέλεσμα να είναι πιο εύφορο στη δημιουργία φλεγμονών και στην ανισορροπία του ανοσοποιητικού συστήματος δημιουργώντας έτσι αυτοάνοσες διαταραχές (Zhao, C. N., et al., 2019).

Η **διατροφή** αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα εκκίνησης της θυρεοειδίτιδας Hashimoto, καθώς έχει μελετηθεί ότι άτομα που νοσούν (κυρίως γυναίκες) έχουν

χαμηλό σίδηρο, πάσχουν από αναιμία κι έχουν χαμηλά αποθέματα Βιταμίνης D και σεληνίου. Στις περισσότερες περιπτώσεις δίνονται σκευάσματα για τη συμπλήρωση των βιταμινών και των ιχνοστοιχείων, καθώς φαίνεται να επηρεάζουν θετικά τα T- λεμφοκύτταρα και τη συγκέντρωση των θυρεοειδικών ορμονών, διατηρώντας μ' αυτόν τον τρόπο σε σταθερή κατάσταση την πορεία της νόσου και αρκετές φορές έχει παρατηρηθεί ότι μειώνουν τα επίπεδα αντισωμάτων του υποθυρεοειδισμού κι έτσι καθυστερούν την "επίθεση" τους στο θυρεοειδή αδέννα (Nourbakhsh, M., et al., 2016).

Η **περιβαλλοντική μόλυνση** και πιο συγκεκριμένα η έκθεση στην **ατμοσφαιρική ρύπανση** έχει αποτελέσει αντικείμενο συζήτησης κι έρευνας τα τελευταία χρόνια ως παράγοντας πυροδότησης της θυρεοειδίτιδας Hashimoto, καθώς ενεργοποιεί τα αντιγονοπαρουσιαστικά κύτταρα κι επηρεάζει τη λειτουργία των T-λεμφοκυττάρων (τα οποία χωρίζονται σε ρυθμιστικά και βοηθητικά), με αποτέλεσμα να μην αναπτύσσονται και να υπάρχει πτωτική λειτουργία, αφήνοντας έτσι έδαφος για τη δημιουργία συνεχόμενων φλεγμονών. Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι άτομα που έρχονται σε επαφή στην εργασία τους με μέταλλα (όπως το αλουμίνιο) κι οι ανθρακωρύχοι, είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση της νόσου, καθώς αποτελούν ερεθίσματα για την ανάπτυξη της αυτοανοσίας (Zhao, C. N., et al., 2019).

Τα κύρια **ψυχολογικά** και **ψυχιατρικά** νοσήματα που εμφανίζονται με τη θυρεοειδίτιδα Hashimoto είναι η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή πανικού και η κατάθλιψη, των οποίων η ένταση και οι εξάρσεις επηρεάζονται αντιστοίχως με τη φάση της νόσου. Επομένως ένας τρόπος καταπολέμησης των συμπτωμάτων αυτών είναι η μείωση των συμπτωμάτων της θυρεοειδίτιδας Hashimoto και η σταθεροποίηση της (Ordas, D. M., & Labbate, L. A., 1995).

Ο **καρκίνος** του θηλώματος του θυρεοειδή αδέννα και τα μικροκαρκινώματα, από έρευνες δείχνουν να αυξάνονται με τη νόσο Hashimoto σε ποσοστό 15%, χωρίς όμως να επηρεάζουν το μέγεθος του όγκου ή την επιθετικότητα του καρκίνου (Uhljarova, B., & Hajtman, A., 2018). Επίσης ο καρκίνος του αμφιβληστροειδούς θυρεοειδούς αδέννα σε ασθενείς με θυρεοειδίτιδα Hashimoto έχει παρατηρηθεί ότι έχει μικρότερο μέγεθος όγκου και κάνει λιγότερες μεταστάσεις στους λεμφαδένες απ' ότι σε πληθυσμό μη διαγνωσθέντα από θυρεοειδίτιδα Hashimoto (Liang, J., et

al., 2018).

Ολοκληρωμένη θεραπεία για την αντιμετώπιση της νόσου δεν υφίσταται. Οι ασθενείς ξεκινούν φαρμακευτική αγωγή με υποκατάστατα ορμονών, τα οποία χορηγούνται εφ' όρου ζωής και με τον τακτικό αιματολογικό και κλινικό έλεγχο που πραγματοποιούν, αναλόγως αλλάζουν τη δοσολογία με σκοπό να λειτουργεί καλύτερα το ανοσοποιητικό τους σύστημα (Ντάλλες, Κ. & Κώστογλου-Αθανασίου, Ι., 2003). Το τελευταίο στάδιο αντιμετώπισης της θυρεοειδίτιδας Hashimoto είναι η χειρουργική επέμβαση κι αυτή συνίσταται όταν υπάρχουν βρογχοκήλες, οι οποίες μεγαλώνουν παρά τη φαρμακευτική αγωγή (Ντάλλες, Κ. & Κώστογλου-Αθανασίου, Ι., 2003).

3.10. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ GRAVES ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η νόσος του Graves είναι μία χρόνια αυτοάνοση διαταραχή του θυρεοειδούς αδένου, η οποία εκδηλώνεται ως υπερθυρεοειδισμός, εξόφθαλμο και γενικευμένη βρογχοκήλη. Επηρεάζει κατά κύριο λόγο τις γυναίκες σε σχέση με τον ανδρικό πληθυσμό, και η ηλικιακή ομάδα στην οποία εμφανίζεται πιο συχνά είναι μεταξύ 30-50 ετών (Davies, T. F., et al., 2020). Η νόσος του Graves χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις.

Τα κύρια συμπτώματά της είναι ο ψηλαφητά διογκωμένος συμμετρικά θυρεοειδής, οι ταχυκαρδίες, το θερμό και υγρό δέρμα (το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε δερματοπάθεια του Graves), οι όζοι και το εξόφθαλμο, το οποίο μπορεί με την πάροδο των χρόνων να οδηγήσει σε μία άλλη αυτοάνοση νόσο, την οφθαλμοπάθεια του Graves (Davies, T. F., et al., 2020). Η σοβαρότητα της οφθαλμοπάθειας του Graves χαρακτηρίζεται από την πορεία της, η οποία μπορεί σε προχωρημένο στάδιο να οδηγήσει ακόμα και σε ολική τύφλωση και παρουσιάζεται στο 50% περίπου των ασθενών (Davies, T. F., et al., 2020). Η δερματοπάθεια του Graves συνήθως συναντάται σε άτομα που ήδη νοσούν από οφθαλμοπάθεια του Graves. Συνοδά συμπτώματα είναι η εφίδρωση, η απώλεια βάρους, η αϋπνία, η κόπωση και στις γυναίκες εμφανίζονται διαταραχές στην έμμηνου ρύση (Trzepakz, P. T., et al., 1989).

Οι παράγοντες που την προκαλούν φαίνεται να είναι οι γενετικοί κι οι περιβαλλοντικοί, όπως το κάπνισμα, η πρόσληψη ιωδίου (μέσω διατροφής), οι στρεσογόνες καταστάσεις και η συνεχόμενη λήψη κάποιων συγκεκριμένων φαρμάκων. (Hollowell, J. G., et al., 2002). Έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα που πάσχουν από ψυχιατρική διαταραχή ή από στεφανιαία νόσο και παρουσιάσουν χειροτέρευση της κατάστασής τους, αποτελούν χαρακτηριστική σήμανση εμφάνισης υπερθυρεοειδισμού (Ginsberg, J., 2003).

Το **κάπνισμα** μέσα από έρευνες φαίνεται να σχετίζεται πιο πολύ με την οφθαλμοπάθεια του Graves παρά με την ίδια τη νόσο του Graves, ωστόσο οι ασθενείς που έλαβαν μέρος στις έρευνες ήταν ήδη καπνιστές και τα αποτελέσματα κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης οφθαλμοπάθειας του Graves (Prummel, MF, & Wiersinga, WM., 1993).

Συννοσηρότητα παρατηρείται έντονα με **ψυχιατρικές διαταραχές** και διαταραχές της διάθεσης. Πιο συχνή είναι η καταθλιπτική διαταραχή και οι αγχώδεις καταστάσεις, οι οποίες αποτελούν απόρροια της πορείας της νόσου και συνηθίζεται οι πάσχοντες να παρακολουθούνται από ειδικό και να δίνεται κάποια φαρμακευτική αγωγή, έτσι ώστε να ελαττώνονται τα συμπτώματα και μαζί μ' αυτά και οι εξάρσεις της νόσου (Davies, T. F., et al., 2020).

Η νόσος του Graves συχνά παρατηρείται να συμπορεύεται με τη νόσο του Addison, την κοιλιοκάκη, την αυτοάνοση γαστρίτιδα, τη λεύκη, τη μυασθένεια Gravis, την αλωπεκία, τον Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 και την κακοήθη αναιμία, μιας και αποτελούν όλες αυτές οι νόσοι αυτοάνοσες ενδοκρινικές διαταραχές και κατατάσσονται σε μία κατηγορία που ονομάζεται **αυτοάνοσο πολυαδενικό σύνδρομο** (Husebye, E. S., et al., 2018).

Ο τρόπος παρακολούθησης της νόσου γίνεται με εργαστηριακές εξετάσεις (για τον έλεγχο των αντισωμάτων), με σπινθηρογράφημα (για τον έλεγχο πρόσληψης ιωδίου και τα επίπεδά του) και με υπερηχογράφημα (όταν συνοδεύεται από την ύπαρξη όζων) (Becker, D., 1996). Ο τρόπος θεραπείας ξεκινάει πρώτα με φαρμακευτική αγωγή, για τη συντήρηση και σταθεροποίηση της παραγωγής αντισωμάτων, στη συνέχεια με ραδιενεργό ιώδιο (Becker, D., 1996), και τρίτο στάδιο με την ολική ή μερική χειρουργική αφαίρεση του θυρεοειδούς αδένα (Phitayakorn, R., et al., 2013). Δεν έχει συσχετισθεί η ύπαρξη καρκίνου του

θυρεοειδούς αδένες με τη νόσο του Graves, εκτός αν υπάρχουν όζοι οι οποίοι δεν είναι πάντοτε καλοήθεις (Erbil, Y., et al., 2008).

3.11. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ADDISON ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η νόσος του Addison ή αλλιώς αυτοάνοση επινεφρίτιδα χαρακτηρίζεται από τη επινεφριδιακή ανεπάρκεια, η οποία προκαλείται από την ελλιπή παραγωγή ορμονών για τη σύσταση του φλοιού των επινεφριδίων, με συνέπεια την ανεπάρκεια γλυκοκορτικοειδών, ορυκτοκορτικοειδών και ανδρογόνων των επινεφριδίων (Bancos, I., et al., 2015). Σε μεγάλο ποσοστό εμφανίζεται όταν προϋπάρχουν άλλα αυτοάνοσα νοσήματα που επηρεάζουν τους αδένες (Michels, A. W., & Eisenbarth, G. S., 2010).

Οι ηλικιακές ομάδες που προσβάλλει είναι μεταξύ 20-30 ετών κι επηρεάζει πιο συχνά τις γυναίκες. Η συγκεκριμένη αυτοάνοση νόσος είναι από τις πιο σπάνιες, αλλά και από τις πιο επικίνδυνες ταυτόχρονα, καθώς αν δε διαγνωσθεί κι αντιμετωπισθεί από τα πρώτα στάδια η κατάληξη μπορεί να αποβεί μοιραία (Chanson, P., et al., 2017). Σε ποσοστό 50% των ασθενών με τη νόσο του Addison εμφανίζουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους κι άλλη αυτοάνοση νόσο και γι' αυτό συνιστάται η παρακολούθησή τους από ενδοκρινολόγο, μιας και η νόσος αυτή ανήκει σε μια ειδική κατηγορία που ονομάζεται **αυτοάνοσο πολυαδενικό σύνδρομο** με συνήθη συννοσηρότητα με τις νόσους του Graves, τη θυρεοειδίτιδα Hashimoto και το Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 (Husebye, E. S., et al., 2018).

Τα συμπτώματα δεν είναι ξεκάθαρα από την αρχή κι αυτό συμβαίνει επειδή είναι κοινά και συναντώνται σε αρκετές λοιμώξεις. Μερικά από αυτά είναι η κόπωση, η απώλεια βάρους, ο έμετος, η διάρροια, η αφυδάτωση, η ανορεξία, το κοιλιακό άλγος, το άλγος στις αρθρώσεις κι η ορθοστατική υπόταση (Bancos, I., et al., 2015).

Οι παράγοντες που την κινητοποιούν είναι γενετικοί, ορμονικοί και περιβαλλοντικοί (προϋπάρχουσα ασθένεια, στρες, φαρμακευτική αγωγή) (Bouachour, G., et al., 1994). Σε κατάσταση στρες συνήθως αποκαλύπτεται η μειωμένη κορτιζόλη και με τις υπόλοιπες εργαστηριακές κι απεικονιστικές

εξετάσεις οδηγείται η διάγνωση στη νόσο του Addison (Olafsson, A. S., & Sigurjonsdottir, H. A., 2016). Με τις εργαστηριακές εξετάσεις κατατάσσεται η νόσος στην **πρωτοπαθή επινεφριδιακή ανεπάρκεια** ή στη **δευτεροπαθή επινεφριδιακή ανεπάρκεια**.

- Η **πρωτοπαθής επινεφριδιακή ανεπάρκεια** έχει ως κύριο χαρακτηριστικό της τη μελάχρωση του δέρματος και των βλεννογόνων, κυρίως των σημείων που είναι αρκετά εκτεθειμένα στον ήλιο (όπως το πρόσωπο), των σημείων όπου επέρχεται τριβή (αγκώνες) και στο βλεννογόνο του στόματος.
- Η **δευτεροπαθής επινεφριδιακή ανεπάρκεια** έχει ως κύριο γνώρισμά της τη βλάβη του υποθαλάμου ή της υπόφυσης και συνήθως εμφανίζεται μετά τη μακροχρόνια λήψη γλυκοκορτικοειδών ή την εμφάνιση συμπτωμάτων υποθυρεοειδισμού ή κρανιακών νεύρων και οπτικών πεδίων (Tsigos, C., & Chrousos, G. P., 2002).

Η αντιμετώπιση της νόσου του Addison με φαρμακευτική αγωγή με γλυκοκορτικοειδή μέσα από έρευνες έχει οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων, υπέρτασης και παχυσαρκίας, είτε αφορά την πρωτοπαθή είτε τη δευτεροπαθή επινεφριδιακή ανεπάρκεια (Ragnarsson, O., et al., 2014). Σε σπάνιες περιπτώσεις έχει σχετιστεί με την εμφάνιση καρκίνου, κι ο τύπος που έχει αξιολογηθεί είναι ο κοινός τύπος του λεμφώματος (Ghareeb, Z., Alfaraj, S., & Alnaji, Z., 2020).

Η εμφάνιση της νόσου του Addison σε παιδιατρικούς ασθενείς και με την επικίνδυνη φύση της πορείας της νόσου, έχουν παρακινήσει τους επιστήμονες να προχωρήσουν σε μελέτες προκειμένου να μειώσουν τα ποσοστά θνησιμότητας προτρέποντας τις οικογένειες των ασθενών σε συνδυασμό με τον ειδικό ιατρό να παρακολουθούν την ορμονική υποκατάσταση, να εκπαιδεύονται οι ίδιοι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους ως προς την τήρηση των κανόνων σε καταστάσεις παροδικών ασθενειών και μείωση του στρες, ούτως ώστε να ελαττωθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που σχετίζεται με την πρωτοπαθή επινεφριδιακή ανεπάρκεια (Kirkgoz, T., & Guran, T., 2018).

Η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί το άλφα και το ωμέγα στη συγκεκριμένη ασθένεια και δεν πρέπει να υπάρχει χρονοκαθυστέρηση ως προς την αναμονή των αποτελεσμάτων. Η αγωγή με ορμόνες συντηρεί σε σταθερά επίπεδα την εξέλιξή

της (Arlt, W., 2016), οι ίδιοι οι ασθενείς θα πρέπει να εκπαιδεύονται για την αυτοφροντίδα τους και να φορούν ειδικό ιατρικό βραχιόλι, σε περίπτωση εμφάνισης οξείας επινεφριδιακής κρίσης (Guignat, L., 2018).

3.12. ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJORGEN ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Το σύνδρομο Sjorgen είναι μία χρόνια αυτοάνοση διαταραχή που εντοπίζεται στο επιθήλιο, του οποίου η λειτουργία είναι να καλύπτει τους ιστούς που έρχονται σ' επαφή με το περιβάλλον. Σ' αυτήν τη νόσο η υπερδραστηριοποίηση των Β-κυττάρων ευθύνεται για τη διαταραχή και τη λάθος λειτουργία. Τέτοιοι ιστοί είναι οι εξωκρινείς αδένες και πιο συγκεκριμένα οι δακρυϊκοί κι οι σιελογόνοι αδένες (Τζιούφας, Α. Γ., 2008). Η συννοσηρότητα στο σύνδρομο Sjorgen είναι συνηθισμένη και συμπορεύεται με το συστηματικό ερυθθηματώδη λύκο, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα και τη σκληροδερμία.

Αν εμφανιστεί πριν από άλλες αυτοάνοσες ασθένειες ονομάζεται **πρωτοπαθές** σύνδρομο Sjorgen και μπορεί να προσβάλλει όργανα όπως πνεύμονες, νεφρούς και ήπαρ, ακόμα και αρθρώσεις, ενώ αν εμφανιστεί μετά από κάποια άλλη αυτοάνοση ασθένεια ονομάζεται **δευτεροπαθές** σύνδρομο Sjorgen. Παρά την πολυοργανική νοσηρότητα που παρουσιάζει, η εξέλιξη της πορείας της νόσου είναι αργή και ήπια (Τζιούφας, Α. Γ., 2008).

Η ηλικιακή ομάδα στην οποία εμφανίζεται πιο συχνά είναι στην πέμπτη δεκαετία της ζωής ενός ανθρώπου και κυρίως στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Η διάγνωση της νόσου γίνεται με κλινική εξέταση του ασθενούς και λήψη ιστορικού. Ενδέχεται να γίνει και λήψη βιοψίας όταν εμφανίζεται στους σιελογόνους αδένες (Τζιούφας, Α. Γ., 2008).

Τα συμπτώματα που παρουσιάζει είναι η απουσία σίελου, όταν προσβάλλει τους σιελογόνους αδένες κι η ελάχιστη έκκριση δακρύων όταν προσβάλλει τους δακρυϊκούς αδένες. Ως γενικά συμπτώματα εντοπίζονται η κόπωση (στο 70% περίπου των πασχόντων), το ξηρό στόμα, ο πόνος σε αρθρώσεις, η μη ανοχή σε υψηλές και χαμηλές θερμοκρασίες, καθώς και μούδιασμα στα άκρα (Τζιούφας, Α. Γ., 2008).

Οι παράγοντες που πυροδοτούν τη νόσο είναι γενετικοί και περιβαλλοντικοί. Το σύνδρομο Sjorgen αποτελεί παράγοντα εμφάνισης λεμφώματος, το οποίο θεωρείται κακοήθεια του λεμφοκυττάρου. Το ποσοστό που μπορεί να νοσήσει από λέμφωμα αγγίζει το 5% των ασθενών κι αναφέρεται στο λεμφόμα non-Hodgkin (Τζιούφας, Α. Γ., 2008).

Επιπλοκές παρατηρούνται με παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και του Περιφερικού, με παθήσεις τις καρδιάς στο 20% περίπου των ασθενών (όπως βαλβιδοπάθειες, πνευμονική υπέρταση), με παθήσεις του νεφρού στο 5% των πασχόντων (άπω νεφρική σωληναριακή οξέωση) και με γαστρεντερικές παθήσεις στο 80% των ασθενών, ποσοστό υψηλό καθώς σχετίζεται με τη ξηροστομία που αντιμετωπίζουν ήδη οι ασθενείς, αλλά και με τη δύσκολη κινητικότητα του οισοφάγου (Negrini, S., et al., 2022). Συννοσηρότητα επίσης παρατηρείται με άλλες αυτοάνοσες ασθένειες, όπως η κοιλιοκάκη, η αυτοάνοση ηπατίτιδα, η πρωτοπαθής χολαγγειίτιδα, ο υποθυρεοειδισμός και η νόσος του Graves (Negrini, S., et al., 2022).

Η πιο συχνή επίπτωση του συνδρόμου Sjorgen είναι η εμφάνιση του λεμφώματος non-Hodgkin σε ποσοστό περίπου 5% έως 10%, καθώς σχετίζεται με τα T-λεμφοκύτταρα κι ανιχνεύεται στις ιστολογικές βιοψίες των σιελογόνων αδένων (Βουλγαρέλης, Μ., και συν., 2012). Εντοπίζεται συχνά και σε ασθενείς με διογκωμένους σιελογόνους αδένες, με περιφερική νευροπάθεια και περιφερική πορφύρα (Mavragani, C. P., & Moutsopoulos, H. M., 2014).

Σημαντική επίπτωση εμφανίζεται και ως προς τις ψυχιατρικές διαταραχές που αντιμετωπίζει το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχόντων (περίπου το 40%) με πιο συχνές: την αγχώδη διαταραχή, τη διαταραχή ύπνου (αϋπνία), το ανεξήγητο αίσθημα της κόπωσης και την κατάθλιψη. Το σύνδρομο Sjorgen μέσα από έρευνες έχει συσχετιστεί με τη λειτουργία των ιντερφερονών, οι οποίες ευθύνονται για τις ψυχιατρικές διαταραχές (Καράγεωργας, Θ., 2017).

Η αντιμετώπιση της νόσου τις περισσότερες φορές γίνεται με την εφαρμογή επιπλέον ατομικών μέτρων, όπως η τακτική στοματική υγιεινή, η καλή εξαέρωση κλειστών χώρων, η αποφυγή του καπνίσματος, του αλκοόλ, η μη μακροχρόνια χρήση διουρητικών φαρμάκων και η χρήση τεχνητών δακρύων, άνευ συντηρητικών. Φαρμακευτική αγωγή δίνεται μόνο όταν τα συμπτώματα είναι

συνεχόμενα και δεν υπάρχουν σημάδια ύφεσης και η θεραπεία είναι στοχευμένη ως προς την καλύτερη λειτουργία των Β-κυττάρων (Mavragani, C. P., & Moutsopoulos, H. M., 2014).

3.13. ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η Μυασθένεια Gravis είναι μία σπάνια αυτοάνοση διαταραχή, η οποία εμφανίζεται στη νευρομυϊκή συνένωση, δηλαδή στο μυοσκελετικό σύστημα του ανθρώπου (Hehir, M. K., & Silvestri, N. J., 2018). Οι πρώτοι μύες που επηρεάζονται είναι οι οφθαλμικοί μύες κι αυτό γίνεται αντιληπτό από τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν κατά το κλείσιμο των βλεφάρων. Η μυασθένεια Gravis ενώ μπορεί να προσβάλλει αρκετά συστήματα, όπως κι άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, το χαρακτηριστικό της είναι ότι η πορεία της νόσου ξεκινάει από την κεφαλή και "κατηφορίζει" προς το υπόλοιπο σώμα, γι' αυτό κι εμφανίζεται πρώτα στους οφθαλμικούς μύες (Binu, A., et al., 2022).

Το πρώτο κύριο σύμπτωμα είναι η κόπωση (αδυναμία των μυών), η οποία τείνει να είναι πιο έντονη κατά τη διάρκεια της νύχτας (Turner, C., 2007). Άλλα συστήματα που επηρεάζει είναι το αναπνευστικό (το οποίο έχει ως σύμπτωμα τη δυσκολία στην αναπνοή και προσβάλλει τους μεσοπλεύριους μύες και το διάφραγμα), οι μύες των άνω άκρων (με δυσκολία στην κίνηση, καθώς προσβάλλει τον ώμο και το αντιβράχιο) κι οι ραχιαίοι καμπτήρες του άκρου ποδός (Meriggioli, M. N., & Sanders, D. B., 2009).

Η Μυασθένεια Gravis αναλόγως της βαρύτητας που εμφανίζει σε κάθε ασθενή έχει χωριστεί σε κατηγορίες:

- ❖ Η Κατηγορία I είναι η πιο ήπια και αφορά την αδυναμία των μυών των οφθαλμών και το κλείσιμο των βλεφάρων.
- ❖ Η Κατηγορία II είναι η ήπια αδυναμία των υπόλοιπων μυών (στοματοφαρυγγικών, αναπνευστικών, άκρων), εκτός των οφθαλμών.
- ❖ Η Κατηγορία III είναι η πιο μέτρια αδυναμία των υπόλοιπων μυών (στοματοφαρυγγικών, αναπνευστικών, άκρων), εκτός των οφθαλμών.

- ❖ Η Κατηγορία IV είναι η πιο έντονη αδυναμία των μυών (στοματοφαρυγγικών, αναπνευστικών, άκρων), συμπεριλαμβανομένων και των οφθαλμών.
- ❖ Η Κατηγορία V είναι η πλήρης αδυναμία των μυών, η οποία καθιστά την κατάσταση του ασθενούς κρίσιμη και τον τοποθετεί σε μηχανήμα διασωλήνωσης, καθώς δε λειτουργεί κανένας μυς (Silvestri, N. J., & Wolfe, G. I., 2018).

Οι παράγοντες που την επηρεάζουν είναι γενετικοί, περιβαλλοντικοί (λοιμώξεις, φάρμακα, άσκηση και αύξηση της θερμοκρασίας) και στρεσογόνοι παράγοντες. Οι ηλικίες που πρωτοεμφανίζεται είναι συνήθως μεταξύ 40-60 ετών και δεν εντοπίζεται μεγάλη διαφορά στη νοσηρότητα μεταξύ των δύο φύλων. Η διάγνωση της νόσου επιτυγχάνεται με εργαστηριακό αιματολογικό έλεγχο και ηλεκτροφυσιολογικές εξετάσεις (Meriggioli, M. N., & Sanders, D. B., 2009).

Συννοσηρότητα παρουσιάζει περίπου το 15% των ασθενών με μυασθένεια Gravis με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, όπως ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος, η ελκώδης κολίτιδα, η θυρεοειδίτιδα Hashimoto, το σύνδρομο Sjorgen, οι διαταραχές του θυρεοειδούς αδένος (όπως η αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα) και η ρευματοειδής αρθρίτιδα (Fortin, E., et al., 2018). Μέσα από έρευνες έχει αξιολογηθεί ότι η συννοσηρότητα με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εξέλιξη της πορείας της μυασθένειας Gravis και η ηλικία έναρξης αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εξέλιξη της νόσου (Wang, L., et al., 2017).

Η **διατροφή** αποτελεί έναν εξίσου σημαντικό παράγοντα στην εξέλιξη της πορείας της νόσου, καθώς θα πρέπει να αποφευχθεί η παχυσαρκία για την καλύτερη αντιμετώπισή της. Η Βιταμίνη D κρίνεται απαραίτητη και συνίσταται σε ασθενείς με μυασθένεια Gravis, καθώς βοηθά στην ενδυνάμωση των οστών, εξαιτίας των στεροειδών φαρμάκων που χορηγούνται. Μία ακόμη σημαντική παράμετρος στην ασθένεια αυτή είναι μη κατανάλωση αλκοόλ, καφεΐνης και η αποφυγή αλατιού, καθώς καταστρέφουν τα ζωτικά όργανα και δημιουργούν κατακράτηση υγρών, με αποτέλεσμα το οίδημα και την αύξηση των φλεγμονών.

Κατά τη διάγνωση, αλλά και κατά την πορεία της Μυασθένειας Gravis οι αλλαγές στην ψυχολογία των ασθενών έχουν σκαμπανεβάσματα, με αποτέλεσμα να οδηγούν αρκετούς από τους νοσούντες σε αγχώδη διαταραχή, κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση και χαμηλή σεξουαλική διάθεση, εξαιτίας της

εικόνας του εαυτού τους και της αναπηρίας που σε μεγάλο ποσοστό εξ' αυτών εμφανίζουν (Rabson, A., et al., 2005). Δεν έχει τεκμηριωθεί η πυροδότηση της νόσου εξαιτίας του στρες, έχει όμως παρατηρηθεί ότι αρκετοί από τους πάσχοντες έχοντας γενετικό υπόβαθρο, είχαν βιώσει πριν από την εμφάνιση της νόσου κάποια στρεσογόνο κατάσταση (Rabson, A., et al., 2005).

Η θεραπεία που συνιστάται για τη Μυασθένεια Gravis είναι κατά κύριο λόγο η φαρμακευτική αγωγή, πρώτα για τη μείωση των συμπτωμάτων (Gilhus, N. E., & Verschuuren, J. J., 2015), μετά για την ενδυνάμωση της μυϊκής δύναμης (Thanvi, B. R., & Lo, T. C. N., 2004), η συστηματική φυσιοθεραπεία και τέλος η χειρουργική επέμβαση του θύμου αδένα, ο οποίος έχει τον πρωταρχικό ρόλο στη ρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος, καθώς είναι το όργανο της λειτουργίας του συστήματος της T-κυτταρικής ανοσίας (Fritsch, H., & Leonhardt, H., 2009).

Η μακροχρόνια λήψη κορτικοειδών **φαρμάκων** έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση των καρδιαγγειακών επεισοδίων, την υπέρταση, τη δυσλιπιδαιμία σε ασθενείς με Μυασθένεια Gravis, την οστεοπόρωση και του μεταβολικού συνδρόμου, εξαιτίας των υψηλών δόσεων κορτιζόνης, καθώς η δράση της κορτιζόνης δημιουργεί κατακράτηση υγρών και αύξηση λιπαρών οξέων στο κυκλοφορικό σύστημα και κρίνεται απαραίτητη για την αποφυγή τους η παρακολούθηση από διατροφολόγο και η συμμόρφωση των πασχόντων σε ειδικό διαιτολόγιο (Tanovska, N., et al., 2018).

3.14. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 ή νεανικός διαβήτης είναι ένα χρόνια αυτοάνοσο νόσημα που προκαλείται από τη μερική ή ολική έλλειψη ινσουλίνης. Τα β-κύτταρα που παράγουν την ινσουλίνη στο πάγκρεας καταστρέφονται, κι έτσι η γλυκόζη (ενέργεια) που προσλαμβάνεται από τις τροφές δε μπορεί να μεταβεί στα κύτταρα (World Health Organization., 2003). Χαρακτηριστικό του γνώρισμα είναι η κακή λειτουργία του μεταβολισμού των λιπών, των πρωτεϊνών και των υδατανθράκων. Κατηγοριοποιείται στη δεύτερη θέση των νόσων κατά την παιδική κι εφηβική ηλικία μετά το άσθμα. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1

καθιστά τα άτομα ινσουλινοεξαρτώμενα, κι η έγκαιρη διάγνωσή του μπορεί να θεωρηθεί πρόληψη για τη μετέπειτα πορεία του και για την εμφάνιση άλλων αυτοάνοσων νοσημάτων, όπως είναι η κοιλιοκάκη, η λεύκη, η νόσος Graves, η νόσος Addison και η θυρεοειδίτιδα Hashimoto (Liu, E., et al., 2002).

Η έναρξη της νόσου ξεκινάει από την ηλικία συνήθως των 5-7 ετών, προσβάλλει όμως κυρίως παιδιά κι εφήβους κάτω των 16 ετών κι η αύξησή του τα τελευταία 30 χρόνια είναι ραγδαία, καθώς η τάση του φαίνεται ανοδική. Τείνει να επηρεάζει περισσότερο τα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, σε αντίθεση με τα υπόλοιπα αυτοάνοσα νοσήματα (Norris, J. M., et al., 2020).

Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι η ζάλη, η ταχυκαρδία, η πολυουρία, η πολυδιψία, η πολυφαγία, η απότομη απώλεια βάρους και η κόπωση χωρίς να έχει προηγηθεί έντονη άσκηση (Lissauer. T. and Clayden. G. Foster., 2016).

Οι γενετικοί παράγοντες αφορούν και σ' αυτό το νόσημα γονίδια του συμπλέγματος ιστοσυμβατότητας (Stankov, K., et al., 2013) και ο σύγχρονος τρόπος ζωής όπως η διατροφή, το στρες (κάποια μετατραυματική εμπειρία), η περιορισμένη σωματική άσκηση και η παχυσαρκία, είναι περιβαλλοντικοί παράγοντες που αναφέρονται ως παράγοντες εκκίνησης της νόσου, αλλά σημαντικά κριτήρια για την εξέλιξη της πορείας της νόσου (Crume, T. L., et al., 2014). Ένας ακόμη παράγοντας που μελετάται τα τελευταία χρόνια ως κινητήριος είναι το βάρος γέννησης των παιδιών, δηλαδή όσο πιο υψηλό είναι το βάρος γέννησης ενός βρέφους, τόσο πιο υψηλός θεωρείται ο κίνδυνος εμφάνισης Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1. Επιπλέον αξιολογείται η αύξηση του βάρους της μητέρας κατά την περίοδο κυοφορίας, αλλά και η ηλικία έναρξης της κυοφορίας ως παράγοντες κινδύνου (Norris, J. M., et al., 2020).

Το οξειδωτικό **στρες** μέσα από έρευνες φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην πυροδότηση της νόσου, καθώς επηρεάζει την ενδοθηλιακή λειτουργία στα αγγεία, μειώνει το οξυγόνο στο αίμα κι έχει παρατηρηθεί ότι μετά τη χορήγηση βιταμινών C και E, επανέρχεται η λειτουργία στη φυσιολογική της δράση (Beckman, J. A., et al., 2003).

Η **άσκηση** αποτελεί σημαντικό μέτρο ρύθμισης του μεταβολισμού και κρίνεται άκρως απαραίτητη σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1, καθώς

προλαμβάνει την αύξηση βάρους και συμπερασματικά την παχυσαρκία (Tully, C., et al., 2016), μειώνει τα επίπεδα ζήτησης ινσουλίνης, βοηθάει στην καλή ενδοθηλιακή λειτουργία (αγγειακή κατάσταση), ρίχνει τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης (προλαμβάνοντας έτσι την εμφάνιση της υπέρτασης και των καρδιαγγειακών νοσημάτων), βοηθάει τον οργανισμό ως προς τη δράση των λιπιδίων και δρα ευεργετικά στη ψυχική ευεξία (Quirk, H., et al., 2014). Η τήρηση ενός προγράμματος συστηματικής άσκησης είναι αρκετές φορές δύσκολη, καθώς τα παιδιά δεν έχουν πάντα τον απαιτούμενο ελεύθερο χρόνο κι έτσι η ινσουλίνη δε μπορεί να διατηρηθεί πάντα σε σταθερά ή χαμηλά επίπεδα που πραγματοποιείται με τη συστηματική άσκηση κι έτσι η διατήρηση των επιπέδων γίνεται με την κατανάλωση ενός σνακ υδατανθράκων (Tudor-Locke, C., et al., 2010). Μέσα από μελέτες που έχουν γίνει έχει διαπιστωθεί ότι η ώρα άσκησης που πρέπει να πραγματοποιείται για να φέρει ισορροπία στον οργανισμό των ασθενών είναι η 1 ώρα σε καθημερινή βάση (Czenczek-Lewandowska, E., et al., 2019). Πολλές φορές όμως παρατηρείται μειωμένη σωματική δραστηριότητα εξαιτίας του φόβου εμφάνισης υπογλυκαιμικού σοκ (Czenczek-Lewandowska, E., et al., 2019).

Η σωστή και ισορροπημένη **διατροφή** είναι ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας ως προς την εξέλιξη της πορείας του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1, καθώς μπορεί να καθυστερήσει τη συννοσηρότητα άλλων νόσων και την αποφυγή επιπλοκών, όπως είναι η υπέρταση, η παχυσαρκία, η αναιμία και τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Norris, J. M., et al., 2020). Η πιο γνωστή διατροφή που δίνεται από ειδικούς διατροφολόγους είναι αυτή της Μεσογειακής Διατροφής, καθώς έχει αποδειχθεί ότι είναι πλούσια σε αντιοξειδωτικά, σε αντιφλεγμονώδη, σε ιχνοστοιχεία και βιταμίνες απαραίτητες για τον οργανισμό και χαμηλή σε λιπαρά και κορεσμένα ζωικά λίπη, η οποία όμως θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να μετατρέπεται ανάλογα την ηλικία, το φύλο αλλά και την υπόλοιπη γενική υγεία του κάθε ασθενούς (Insel, R. A., Dunne, et al., 2015).

Η διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 γίνεται με εργαστηριακό αιματολογικό έλεγχο σε συνδυασμό με εξέταση γενικής ούρων. Η έγκαιρη διάγνωσή του είναι άκρως σημαντική για την εξέλιξη της πορείας της νόσου, καθώς και πολλών άλλων νοσημάτων που προκαλούνται από τον Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1, όπως η διαβητική νεφροπάθεια και η διαβητική

αμφιβληστροειδοπάθεια, η υπέρταση, το εγκεφαλικό και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα οποία έχουν πιθανότητα εμφάνισης 10 φορές περισσότερη σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό (<https://www.iatropedia.gr/encyclopedia/sakcharodis-diavitis/>).

Επιπτώσεις που παρουσιάζει ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 εκτός της γενικής υγείας είναι της **ψυχικής υγείας**, όπως οι διαταραχές της διάθεσης, το γενικευμένο άγχος, η κατάθλιψη και η απομόνωση. Θα πρέπει ακόμα να αναφερθεί η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και ιδιαίτερα των παιδιών, η οποία μεταβάλλεται λόγω του άγχους και του στρες που βιώνουν αλλάζοντας την καθημερινότητά τους, συγκρίνοντας τον εαυτό τους με τα άλλα παιδιά που συναναστρέφονται και της εκ νέου εκπαίδευσης τους στο νέο τρόπο ζωής τους, που μπορεί να τα οδηγήσει σε τάσεις αυτοκαταστροφής ή ακόμη και σε κατάθλιψη (Delamater, A. M., et al., 2014). Όλες αυτές οι καταστάσεις μπορούν να θεωρηθούν και ως ένας εκλυτικός παράγοντας έναρξης της νόσου, αλλά κυρίως αποτελούν σημαντικό παράγοντα ως προς την πορεία της και την εξέλιξή της (McIntyre, R. S., et al., 2007). Το ψυχολογικό στρες έχει αξιολογηθεί ως προς την ενεργοποίηση των προ-φλεγμονωδών δράσεων και την ευαισθησία στην ινσουλίνη, το οποίο μπορεί να προκύψει από πολλές καταστάσεις, όπως από την αύξηση βάρους, από την απότομη ευθύνη του ατόμου να καταστεί υπεύθυνο για τον εαυτό του σε μικρή ηλικία, από την εικόνα που νομίζει ότι σχηματίζει ο κοινωνικός περίγυρος γι' αυτόν, τη δεκτικότητα που αντιμετωπίζει από τον κοινωνικό περίγυρό του και το αίσθημα της αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης που πρέπει να αναπτύσσεται σ' αυτές τις ηλικιακές ομάδες, ώστε να νιώθουν επιθυμητοί. Η διαχείριση της νέας κατάστασης της νόσου σε συνδυασμό με την ευαίσθητη ηλικιακή κατάσταση της εφηβείας προδιαθέτουν την εμφάνιση των ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών (Borus, J. S., & Laffel, L., 2010).

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 χωρίζεται σε δύο κατηγορίες:

- Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 (i), ο οποίος οφείλεται στην υπερδραστηριοποίηση της αυτοανοσίας (περίπου το 95% των πασχόντων).
- Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 (ii), ο οποίος δεν οφείλεται στην υπερδραστηριοποίηση της αυτοανοσίας (περίπου το 5% των πασχόντων),

παρατηρείται όμως ινσουλινοπενία κι αυτοί οι ασθενείς είναι πιο επιρρεπείς στη διαβητική κετοξέωση (Ziegler, A. G., & Nepom, G. T., 2010).

Η θεραπεία που ακολουθείται από τους ασθενείς δεν αποσκοπεί στην εξάλειψη της νόσου, καθώς δεν υπάρχει τέτοια φαρμακευτική αγωγή, αλλά στη μείωση των συμπτωμάτων, στην καθυστέρηση εμφάνισης άλλων αυτοάνοσων νοσημάτων και στην ελαχιστοποίηση των επιπλοκών της. Η χορήγηση ινσουλίνης γίνεται με ενέσιμη μορφή για τη διατήρηση των επιπέδων γλυκόζης σε φυσιολογικές τιμές με σκοπό την αποφυγή επεισοδίων υπεργλυκαιμίας ή υπογλυκαιμίας κι αυτό επιτυγχάνεται με συστηματική άσκηση, με ειδική εξατομικευμένη διατροφή και με ταυτόχρονη παρακολούθηση από διατροφολόγο (<https://www.iatropedia.gr/encyclopedia/sakcharodis-diavitis/>).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ, ΣΩΜΑΤΙΚΑ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

4.1. Ο ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι αυτοάνοσες ασθένειες εκτός από τις επιπτώσεις που έχουν στην υγεία των ασθενών, παρουσιάζουν εξίσου σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινότητά τους επηρεάζοντας τη ψυχολογική τους κατάσταση (ευεξία), την κοινωνική τους ζωή (περίγυρος), το βαθμό ανταπόκρισής τους στις κοινωνικές τους δραστηριότητες (ολοκλήρωση συναλλαγών, συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες), τη μείωση του εισοδήματός τους (άμεσο-έμμεσο), με άμεσο αντίκτυπο όλων αυτών να επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους (Θεοφίλου, Π. Α., 2015).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ο ορισμός της "ποιότητας ζωής" αναφέρεται *"στην αντίληψη που έχει ο κάθε άνθρωπος για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξίας στα οποία ζει, σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του"* (World Health Organization, 2020). Είναι μια γενική έννοια η οποία τα τελευταία χρόνια εστιάζεται στην **ευημερία** και την **ευεξία**, οι οποίες επηρεάζονται από πολλούς τομείς, εξ' ου και η θεωρία της ως ενός πολυδιάστατου φαινομένου, με εφελτήριο τη σωματική υγεία, τη ψυχική υγεία, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις, τις προσωπικές πεποιθήσεις και τέλος τις σχέσεις του ατόμου με τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντός του (Θεοφίλου, Π. Α., 2015). Η συνεισφορά επιστημών όπως της οικονομικής επιστήμης, της ψυχολογίας και της κοινωνιολογίας εμπλούτισαν και βοήθησαν τη μέθοδο προσέγγισης και αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Η ποιότητα ζωής των πασχόντων προσδιορίζεται κι από τον τρόπο που οι ίδιοι προσαρμόζονται στη νόσο (Θεοφίλου, Π. Α., 2015).

Βάσει του Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών η **Σωματική Υγεία** κατηγοριοποιείται ως προς

- τους πόνους και τις σωματικές ενοχλήσεις
- την κόπωση
- τον ύπνο και την ξεκούραση
- το βαθμό κινητικότητας
- τις δραστηριότητες στην καθημερινότητα
- την εξάρτηση από φάρμακα ή θεραπείες
- την ικανότητα παραγωγικότητας (εργασία).

Η **Ψυχική Υγεία** κατηγοριοποιείται ως προς

- τις γνωστικές λειτουργίες (μνήμη, δυνατότητα συγκέντρωσης, σκέψη)
- τα θετικά συναισθήματα και τα αρνητικά συναισθήματα
- την αυτοεκτίμηση και τις προσωπικές πεποιθήσεις
- τα συναισθήματα ως προς την προσωπική και σωματική εικόνα.

Η **Κοινωνιολογία** κατηγοριοποιείται ως προς

- τις διαπροσωπικές σχέσεις
- το υποστηρικτικό περιβάλλον (οικογένεια, φίλοι, σχέσεις)
- τη σεξουαλική δραστηριότητα, καθώς αποτελεί έναν από τους πιο καθοριστικούς παράγοντες της ευεξίας.

Η **Οικονομική Επιστήμη** κατηγοριοποιείται ως προς

- το αίσθημα ασφάλειας
- τους οικονομικούς πόρους
- την επάρκεια και την ποιότητα υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας
- τη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες
- το φυσικό περιβάλλον στο οποίο διαμένει
- τη χρησιμοποίηση μέσων μεταφοράς (Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ. Η., & Ψυχολογίας, Ε. Κ. Κ., 2010).

Ας μελετήσουμε τις αυτοάνοσες ασθένειες και τις επιπτώσεις τους στους πάσχοντες ξεχωριστά.

4.2. ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας όπως έχει ήδη προαναφερθεί είναι μια φλεγμονώδης διαταραχή στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, η οποία καταστρέφει τη μυελίνη στους νευρικούς ιστούς, με αποτέλεσμα στο σημείο αυτό να δημιουργούνται μικρές πλάκες (Tremlett, H., et al., 2010). Οι επιπτώσεις που εμφανίζει η νόσος ως προς την καθημερινότητα είναι πολλές και αφορούν τις κοινωνικές, σωματικές, οικονομικές και ψυχολογικές επιπτώσεις (Feinstein, A., N., et al., 2014).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η **ποιότητα ζωής** των ανθρώπων αποτελεί υποκειμενικό κριτήριο ως προς το πως ο ίδιος "βλέπει" τον εαυτό του σε σχέση με το κοινωνικό σύνολο, με την επαγγελματική του πορεία και με το πως ο ίδιος μπορεί να ανταποκριθεί στις προκλήσεις της καθημερινότητας. Το επιπλέον κριτήριο που έχει προστεθεί τα τελευταία χρόνια στη μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι η **ευτυχία**, δηλαδή το πόσο καλά ο εκάστοτε άνθρωπος νιώθει διαμέσου της καθημερινότητάς του (Magistrale, G., et al., 2015).

Οι πιο σημαντικές και συνηθισμένες επιπτώσεις σε ασθενείς με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας είναι οι **συναισθηματικές**, αφού νιώθουν αβεβαιότητα για το μέλλον και για την εξέλιξη της πορείας τους, χάνουν την αυτοπεποίθησή τους, την επιθυμία για σεξουαλική ζωή, την αυτονομία τους και βιώνουν ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη και αλεξιθυμία (Feinstein, A., N., et al., 2014). Το 50-75% των νοσούντων εμφανίζουν σημάδια ψυχικών διαταραχών και νευροψυχιατρικά συμπτώματα όπως η ψύχωση, τα οποία εξαρτώνται από το χαρακτήρα του πάσχοντα και τον τρόπο σκέψης του κι αντιμετώπισης της κατάστασης που βιώνει (Benedict, R. H., et al., 2004).

Μία ακόμη σημαντική επίπτωση που βιώνουν οι ασθενείς με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας είναι η **οικονομική** επιβάρυνση των ίδιων των ασθενών και η μείωση του ετήσιου εισοδήματός τους για την παρακολούθηση της νόσου και των εξετάσεων που πρέπει να πραγματοποιηθούν (Βοζίκης, Α., και συν., 2012). Βάσει μελέτης μέσω της Ελληνικής Εταιρείας για τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας με ερευνητικά

ερωτήματα ως προς το πόσο μεγάλο κόστος μπορεί να έχει μία ασθένεια και κατά πόσο μπορεί ιδιωτικά ο κάθε πολίτης να αναλάβει μόνος του τα έξοδα, χωρίς τη συμβολή του κράτους διαπιστώθηκε, ότι από 288 ασθενείς το 64,5% ήταν γυναίκες εκ των οποίων το 59% από αυτές ήταν μέσης ηλικίας (40-55), από τις οποίες το 53% δεν είχε δικό του εισόδημα και συντηρούνταν από το σύζυγο ή την οικογένεια. Όσον αφορά το ετήσιο εισόδημα η μείωση φαίνεται να ανέρχεται στα 2.000€ συνήθως τον πρώτο χρόνο, είτε λόγω απώλειας της εργασίας είτε λόγω δυσκολιών στην καθημερινότητά τους. Η έρευνα έδειξε ότι όσο αυξάνεται η βαρύτητα της ασθένειας τόσο πιο πολλά χρήματα χρειάζονται και μειώνονται από το ετήσιο εισόδημά τους με αποτέλεσμα να αγγίζουν το ποσό των 8.500 (Βοζίκης, Α., και συν., 2012).

Μία αξιοσημείωτη επίπτωση που αφορά τη συγκεκριμένη νόσο είναι η **σωματική** επίπτωση, η οποία εμφανίζεται στη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας με το βαθμό της μερικής ή ολικής αναπηρίας. Τα κύρια συμπτώματα που περιγράφονται από το 80% των ασθενών είναι η κόπωση και η διαταραχή του ύπνου, συμπτώματα τα οποία μέσα από μελέτες έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους (Lobentanz, I. S., et al., 2004). Η σπαστικότητα και ο πόνος αποτελούν κι αυτοί συμπτώματα της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας, οι οποίοι αποθαρρύνουν τον πάσχοντα από το βασικό του καθημερινό στόχο, να ανταπεξέλθει μόνος του στις καθημερινές δραστηριότητές του, με αποτέλεσμα να έχει μία φτωχή ποιότητα ζωής, διαταραχές στη ψυχολογία του και έξαρση συμπεριφοράς απομόνωσης (Talarska, D., & Brzozowska, E., 2003). Γι' αυτό συστήνεται η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, καθώς η καλή ψυχολογία και η αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση των ασθενών ως προς το ίδιο το πρόσωπό τους αποτελούν πρόσφορους προγνωστικούς παράγοντες σε σχέση με την καλή ποιότητα ζωής τους (Magistrale, G., et al., 2015).

4.3. ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα είναι ένα υπόδειγμα της νόσου ως προς την πρόωμη γήρανση του ανοσοποιητικού συστήματος, κι ο λόγος είναι ότι όσο η νόσος προχωράει, οι ασθένειες που εμφανίζονται σε ώριμη ηλικία με τη ρευματοειδή

αρθρίτιδα εμφανίζονται νωρίτερα, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται νωρίτερα και οι επιπτώσεις που σχετίζονται με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα όπως είναι οι κοινωνικές, οι σωματικές και η εμφάνιση διαταραχών της διάθεσης (Barbé-Tuana, F., et al., 2020).

Βάσει μελέτης μέσω του Ιατρείου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης στην Καλαμάτα με ερευνητικά ερωτήματα που αφορούσαν το πως αισθάνονται την **κόπωση** αλλά και την **ποιότητα ζωής** οι ίδιοι οι πάσχοντες, αλλά και πως τα αντιλαμβάνονται σε σχέση με τη λειτουργικότητα, τα συμπτώματα και τις διαπροσωπικές σχέσεις, διαπιστώθηκε ότι σχετικά με το πως ανταπεξέρχονται σε διάφορες δραστηριότητες από 86 ασθενείς το 5% αποκρίθηκε ότι τα καταφέρνει αρκετά καλά, το 69% απάντησε μέτρια και το 27% ότι δυσκολεύεται πιο πολύ. Οι άνδρες διαπιστώθηκε ότι έχουν μειωμένη δυνατότητα και ικανότητα σε σχέση με τις γυναίκες. Ως προς την ποιότητα ζωής επίσης οι πάσχοντες με ρευματοειδή αρθρίτιδα του γυναικείου πληθυσμού σημείωσαν μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τον ανδρικό πληθυσμό, δείχνοντας ότι έχουν πιο καλή ποιότητα ζωής (Γιατράκου, Σ., 2014).

Σε άλλη έρευνα που διεξήχθη στην Κίνα το 2020 σχετικά με την ποιότητα ζωής και τη συσχέτισή της με τους παράγοντες που μπορεί να την επηρεάζουν μεταξύ 200 ατόμων υγιή και 200 ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα, παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς είχαν διαταραχές ως προς τη διάρκεια του ύπνου σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό, ως προς τη ψυχολογία τους, αλλά και ως προς τον αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος, ο οποίος φαίνεται να είχε αντίκτυπο επίσης στη **ψυχολογία** τους (Bai, B., et al., 2020).

Ο βαθμός της έντασης του πόνου πολλές φορές δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα ή σε κάποιο είδος φλεγμονής, καθώς μπορεί να είναι απόρροια του άγχους, της κατάθλιψης ή και της διαταραχής του ύπνου. Σε μελέτη που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2020 σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα παρατηρήθηκε ότι είναι δύο φορές πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη, σε αγχώδεις διαταραχές και σε καταστάσεις κοινωνικής απομάκρυνσης και απομόνωσης (Lwin, M. N., et al., 2020). Η μέτρια κοινωνική ζωή ή η απομάκρυνση του ίδιου του ατόμου που νοσεί από τον κοινωνικό του κύκλο προσφέρει ελεύθερο έδαφος για την αίσθηση της αύξησης του πόνου και για τη δημιουργία αρνητικών

συναισθημάτων, με αποτέλεσμα την απομόνωση του ασθενούς και την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ((Lwin, M. N., et al., 2020).

Η **κινητική αναπηρία** και η βελτίωσή της μέσω φυσιοθεραπειών και της **άθλησης** αποτελεί ένα μείζον θέμα ως προς την καλύτερη ποιότητα ζωής των νοσούντων με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Αποτελέσματα μελετών έδειξαν ότι η άθληση και οι συστηματικές φυσιοθεραπείες βοηθούν στην καλύτερη κινητικότητα των πασχόντων, διατηρώντας έτσι την αυτονομία τους και τονώνοντας το ηθικό τους και την αυτοπεποίθησή τους. Η καλή ψυχολογική κατάσταση και η αυτοεξυπηρέτηση, τους κάνει να νιώθουν χρήσιμους στην κοινωνία και τους βοηθά στη διατήρηση της κοινωνικοποίησής τους, διατηρώντας ταυτόχρονα μια σταθερή και καλή πορεία ως προς την εξέλιξη της νόσου (Lindsay, S., et al., 2014).

Άξιο λόγου να αναφερθεί είναι οι μελέτες που έχουν λάβει χώρα τα τελευταία χρόνια ως προς τη νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα, αλλά και τους τρόπους-στόχους που ψάχνουν ώστε να βοηθηθούν νωρίς οι παιδιατρικοί ασθενείς με την απαραίτητη συμβολή των γονιών τους. Η προτροπή να αθλούνται τα βοηθά ως προς την καλύτερευση της κινητικής τους αναπηρίας, αλλά ταυτόχρονα ενδυναμώνει το ψυχικό και συναισθηματικό τους κόσμο, κάτι το οποίο θα "χτιστεί" για να σχηματίσουν την καλύτερη οπτική γωνία των πραγμάτων και να μπορούν να αντιμετωπίσουν τις οποιεσδήποτε δυσκολίες μόνοι τους στην ενήλικη ζωή τους (Antle, B. J., et al., 2008). Η ψυχολογική υποστήριξη των γονέων και η καθοδήγηση προς τον αθλητισμό τα κοινωνικοποιεί καθώς συναναστρέφονται με άτομα που αντιμετωπίζουν ίδιες επιπτώσεις από κάποια νόσο, αλλά και με υγιή άτομα και μ' αυτόν τον τρόπο ενισχύεται το αίσθημα της φιλίας, της θέλησης της συμμετοχής σε δραστηριότητες και μειώνονται τα αρνητικά συναισθήματα και οι αρνητικές σκέψεις, δημιουργώντας παράλληλα καλύτερες συνθήκες στην εξέλιξη της πορείας της νόσου (Antle, B. J., et al., 2008).

4.4. ΨΩΡΙΑΣΗ- ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η Ψωρίαση είναι μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος με κύρια εμφάνιση στο δέρμα και είναι μη μεταδιδόμενη. Οι επιπτώσεις που έχει στους πάσχοντες δεν αφορά μόνο τη γενική υγεία και τη συννοσηρότητα με άλλες ασθένειες, αλλά και τον αντίκτυπο που παρουσιάζει στο κοινωνικό σύνολο και στην ποιότητα ζωής τους, με αποτέλεσμα να επηρεάζει και την πορεία της νόσου (Bulat, V., et al., 2020).

Καθώς η φύση της νόσου αφορά αλλοιώσεις στο δερματικό ιστό, κάτι το οποίο τις καθιστά εμφανείς, οι ασθενείς με Ψωρίαση πολλές φορές έρχονται αντιμέτωποι με την έκθεσή τους μπροστά σε κόσμο κι αυτό τους δημιουργεί αισθήματα φόβου μη αποδοχής τους από τον κοινωνικό τους περίγυρο, άγχος, απογοήτευση, ντροπή, ενοχή, αμηχανία, νευρική κατάσταση, θυμό και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Muftin, Z., 2012). Συχνά νιώθουν σαν να είναι **στιγματισμένοι** και οι προσωπικές τους σχέσεις τείνουν να ελαχιστοποιούνται κατά την πάροδο της νόσου και της εμφάνισης μεγαλύτερων δερματικών βλαβών, καθώς οι ίδιοι δε νιώθουν επιθυμητοί, με αποτέλεσμα να έχουν μειωμένη σεξουαλική ζωή και να απομονώνονται. Αυτό το φαινόμενο παρατηρείται κυρίως σε άγαμους και διαζευγμένους, χωρίς να αποκλείεται να αποτελεί αιτία διαζυγίου και σε έγγαμους (Feldman, S. R., et al., 2014). Σε μεγάλο ποσοστό παρατηρούνται σοβαρές **ψυχολογικές** επιπτώσεις όπως είναι η κατάθλιψη, ακόμα και τάσεις αυτοκτονίας κυρίως σε συναισθηματικά και κοινωνικά ευάλωτες ομάδες, όπως είναι οι μαθητές και οι άνεργοι (Muftin, Z., 2012).

Η ελλιπής **ενημέρωση** της κοινωνίας γύρω από τη νόσο της Ψωρίασης και της μη ύπαρξης υποστηρικτικού δικτύου καθιστά τους πάσχοντες πιο συγκρατημένους ως προς την κοινωνική τους ζωή, καθώς είναι αρκετές οι φορές που έχουν βρεθεί σε δύσκολη θέση να ερωτώνται για την προσωπική εμπειρία και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν εξαιτίας της νόσου, κατάσταση που τους φέρνει σε αμηχανία και σε στιγματισμό, με αποτέλεσμα να απομονώνονται και να απομακρύνονται. Τέτοιες συνθήκες μπορεί να λαμβάνουν χώρα στο χώρο της εργασίας τους ή ακόμα και σε χώρους αναψυχής, όπου προσπαθούν να αποσυμπειστούν από το ψυχολογικό βάρος που έτσι κι αλλιώς φέρουν (Muftin, Z., 2012).

Η **άθληση**, η οποία παίζει σημαντικό ρόλο σ' όλους τους ανθρώπους ως προς την

αποφόρτιση του καθημερινού άγχους, αποτελεί κι αυτή μία από τις επιπτώσεις που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, μιας κι εκεί βιώνουν το στιγματισμό. Αποφεύγουν να ασχολούνται με αθλήματα που απαιτούν ελαφριά ένδυση (όπως η κολύμβηση), ακόμα κι αν αυτό τους ευχαριστεί, κι επιλέγουν άλλα είδη αθλητισμού όπου μπορούν να ντύνονται με συγκεκριμένα ενδύματα ώστε να καλύπτεται επαρκώς το σώμα τους (Muftin, Z., 2012).

Μία άλλη σημαντική επίπτωση που βιώνουν ασθενείς με Ψωρίαση είναι το **οικονομικό κόστος**, το οποίο τους επιβαρύνει, καθώς ξοδεύουν επιπλέον χρήματα για τακτικές ιατρικές επισκέψεις, για φαρμακευτικά σκευάσματα προσθέτοντας και τα έξοδα μετακίνησής τους. Συχνά για να πραγματοποιήσουν τα ιατρικά ραντεβού τους, μη θέλοντας να νιώσουν οίκτο και λύπηση οι άλλοι γι' αυτούς, για τη διευκόλυνση της πρόσβασής τους απουσιάζουν από το χώρο εργασίας τους, πράγμα το οποίο μειώνει το εισόδημά τους, και αυξάνει τα έξοδά τους. Αντιστοίχως συμβαίνει και στους μαθητές, με τη μόνη διαφορά ότι νιώθουν ακόμα περισσότερο ενοχές επιβαρύνοντας οικονομικά τους γονείς τους. Η επιπλέον οικονομική επιβάρυνση σχετίζεται άμεσα με τη ψυχολογική δυσανασχέτηση των ασθενών, με κυριότερο αντίκτυπο την εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων, άρα τη χαμηλή ποιότητα ζωής και τη μη σταθερή πορεία της νόσου (Bulat, V., et al., 2020).

Η Ψωριασική Αρθρίτιδα αποτελεί συνεπακόλουθο της Ψωρίασης επομένως οι ψυχολογικές και οικονομικές επιπτώσεις κυμαίνονται περίπου στα ίδια επίπεδα με αυτά της Ψωρίασης, δίνοντας περισσότερη έμφαση στις κοινωνικές επιπτώσεις, καθώς η Ψωριασική Αρθρίτιδα ως φλεγμονώδης παραμορφωτική αρθρίτιδα επηρεάζει κατά κύριο λόγο τένοντες, συνδέσμους και αρθρώσεις, δυσκολεύοντας τις **κινητικές λειτουργίες** και την ανταπόκριση των ασθενών στις καθημερινές τους δραστηριότητες (Ιωαννίδης, Δ., 2008). Μέσα από μελέτες φαίνεται ότι οι φυσιοθεραπείες και η σωματική άσκηση αποτελούν σημαντικό παράγοντα ως προς την ενδυνάμωση των μυών, τη μείωση των μυοσκελετικών προβλημάτων, την αποτροπή της παραμόρφωσης, τη θέληση για κοινωνικοποίηση, την καλύτερευση της ποιότητας ζωής, αλλά και της σταθεροποίησης των συμπτωμάτων κατά την πορεία της νόσου (Dhake, P., & Shinde, S. B., 2022).

4.5. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η νόσος του Crohn είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος, η οποία προσβάλλει αρκετά όργανα του σώματος, με την πλειοψηφία των κρουσμάτων να εμφανίζονται στο λεπτό και το παχύ έντερο. Η νόσος του Crohn μπορεί να χειροτερεύσει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών και αποτελεί μείζον πρόβλημα για το κοντινό περιβάλλον τους. Η μακράς διάρκειας φύση της νόσου συχνά δυσκολεύει την ολοκλήρωση καθημερινών δραστηριοτήτων καθώς και την εκπλήρωση των κοινωνικών αναγκών του ίδιου του ατόμου, με αποτέλεσμα αυτή η κατάσταση να επιδρά αρνητικά στη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών και στη συνέχεια στη τόσο γενική όσο και στην ψυχολογική δυσλειτουργία τους (Graff, L. A., et al., 2006). Καθώς τα συμπτώματα της νόσου του Crohn είναι οι συνεχόμενες διαρροϊκές κενώσεις και οι εξωεντερικές εκδηλώσεις, όπως οι δερματικές, οι μυοσκελετικές, οι οφθαλμικές και οι στοματικές είναι φυσικό επακόλουθο οι ασθενείς να αντιμετωπίζουν κοινωνικές, οικονομικές και ψυχολογικές επιπτώσεις (Molodecky, N. A., et al., 2012).

Μέσα από μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι όσο πιο έντονα είναι τα συμπτώματα (π.χ. ναυτία, έμετος, διαρροϊκές κενώσεις, αιμορραγία) τόσο μεγαλύτερη αύξηση παρουσιάζεται στα αρνητικά τους συναισθήματα (άγχος, ντροπή, αμηχανία), με αποτέλεσμα η ποιότητα ζωής τους να είναι χαμηλή και η εξέλιξη της πορείας τους πιο γρήγορη ως προς τις περαιτέρω επιπτώσεις της γενικής υγείας (Τόθονά, V., et al., 2014). Οι **ψυχολογικές επιπτώσεις** που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με νόσο του Crohn είναι αποτέλεσμα της αβεβαιότητας που αισθάνονται για το μέλλον, των συχνών εξάρσεων που παρουσιάζει η νόσος και του επαναλαμβανόμενου πόνου που νιώθουν, με αποτέλεσμα η νόσος του Crohn να σχετίζεται με γνωστές ψυχικές διαταραχές, όπως οι διαταραχές της διάθεσης, οι αγχώδεις καταστάσεις και η κατάθλιψη (Fuller-Thomson, E., et al., 2015). Η καταθλιπτική διαταραχή και οι αγχώδεις καταστάσεις επηρεάζουν αρνητικά την αυτοπεποίθησή τους και την αυτοεκτίμησή τους, οδηγώντας τους συχνά σε **κοινωνικό αποκλεισμό** μέσω της μοναξιάς, της απομόνωσης και στρέφοντάς τους κάποιες φορές σε τάσεις αυτοκαταστροφής (Sainsbury, A., & Heatley, R. V., 2005). Ως απόρροια του κοινωνικού περιορισμού παρατηρείται ότι οι διαπροσωπικές τους σχέσεις ελαττώνονται είτε εξαιτίας της μειωμένης επιθυμίας που έχουν ως προς την

ερωτική τους ζωή είτε λόγω δυσλειτουργιών που αντιμετωπίζουν εξαιτίας των φαρμακευτικών σκευασμάτων (Sainsbury, A., & Heatley, R. V., 2005).

Μια άλλη δυσκολία με την οποία έρχονται αντιμέτωποι οι ασθενείς με νόσο του Crohn είναι ο περιορισμός της συστηματικής **άσκησης** και η συμμετοχή τους σε αθλητικές δραστηριότητες. Έρευνες έχουν δείξει ότι μετά από σωματική άσκηση μέτριας έντασης οι ασθενείς αισθάνονται πιο έντονο τον πόνο στην κοιλιακή χώρα και στις αρθρώσεις, ενώ και η κόπωση είναι μεγαλύτερη από αυτήν που βιώνουν καθημερινά, με αποτέλεσμα να αποφεύγουν να συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες (DeFilippis, E. et al., 2016). Ταυτόχρονα σε άλλη έρευνα που έλαβε χώρα με δείγμα παιδιατρικούς ασθενείς, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν αντενδείκνυται η τακτική άσκηση, ούτε θεωρείται υπαίτια για απότομες εξάρσεις της νόσου και μπορούν να συμμετέχουν ελεύθερα, χωρίς περιορισμούς σε οποιοδήποτε τύπο άσκησης επιθυμούν (Ploeger, H., et al., 2012). Μία ακόμη μελέτη που πραγματοποιήθηκε εξέτασε δείγμα ασθενών σε διάρκεια άσκησης περίπου 100 min/εβδομαδιαίως και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ένιωσε χαρά, ευχαρίστηση, αναζωογόνηση κι ότι ήταν εντός των ορίων τους (Chae, J., Yang, et al., 2016). Η άσκηση εκτός από την καλή φυσική κατάσταση που προσδίδει σ' ένα άτομο έχει την ικανότητα να λειτουργεί και ψυχοθεραπευτικά, βελτιώνοντας και την ποιότητα της υγείας ασθενών με χρόνια νοσήματα, γι' αυτό θα πρέπει να εντάσσεται στο πλαίσιο της θεραπευτικής αγωγής (Perez Pérez, C. A., 2009).

Άξιο λόγου να επισημανθεί είναι το άμεσο και το έμμεσο **οικονομικό κόστος** που επιβαρύνει τους ασθενείς με νόσο του Crohn. Το άμεσο αφορά εξετάσεις, φάρμακα, ιατρικές επισκέψεις και επεμβάσεις, οι οποίες μέσα από έρευνες επιβαρύνουν κατά 2/3 τους νοσούντες σε σχέση με ασθενείς που νοσούν από ελκώδη κολίτιδα (Park, M. D., et al., 2014). Το έμμεσο κόστος προσδιορίζεται από τον τρόπο που κάποιος μειώνει το εισόδημα του, όπως το να απουσιάσει από την εργασία του. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί δείχνουν ότι ασθενείς με νόσο του Crohn απουσιάζουν από τον εργασιακό τους χώρο σε τριπλάσιο σχεδόν ποσοστό από ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και τα τελευταία 5 χρόνια το κόστος των εξετάσεων έχει αυξηθεί, με αποτέλεσμα να το πληρώνουν οι ίδιοι, χωρίς να υπάρχει οικονομική ενίσχυση από το κράτος (Park, K. T., et al., 2020).

4.6. ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η Ελκώδης Κολίτιδα είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος, η οποία εμφανίζεται στο παχύ έντερο και πιο συγκεκριμένα στο βλεννογόνο του και η διαφορά της από τη νόσο του Crohn είναι ότι προσβάλλει μόνο το παχύ έντερο σε αντίθεση με τη νόσο του Crohn που προσβάλλει και το λεπτό έντερο (Meier, J., & Sturm, A., 2011). Η εξέλιξη της πορείας της νόσου μπορεί να επηρεάσει και υπόλοιπα τμήματα του παχέος εντέρου (όπως το σιγμοειδές ή το τυφλό) (Silverberg, M. S., 2005). Η χρόνια ύπαρξη της ελκώδους κολίτιδας και τα συμπτώματά της, όπως το έντονο κοιλιακό άλγος, το εμπύρετο κι οι αρκετές κενώσεις την ημέρα, αλλά και οι εξωεντερικές εκδηλώσεις όπως οι φλεγμονές των οφθαλμών, οι κολικοί νεφρού και η κίρρωση του ήπατος δημιουργούν δυσκολίες στην καθημερινότητα των ασθενών, με αποτέλεσμα να επιδεινώνουν τη ψυχολογική και σωματική τους κατάσταση (Fuller-Thomson, E., et al., 2015).

Η Ελκώδης Κολίτιδα όπως και η νόσος του Crohn εξαιτίας των έντονων συμπτωμάτων και των συχνών εξάρσεων που παρουσιάζουν έχει αποδειχθεί ότι σε σχέση με το γενικό πληθυσμό εμφανίζουν υψηλά ποσοστά αύξησης ψυχικών διαταραχών όπως οι διαταραχές της διάθεσης, η κατάθλιψη και το γενικευμένο άγχος (Fuller-Thomson, E., et al., 2015). Τα νέα δεδομένα που πρέπει να αποδεχτούν, να κατανοήσουν και να μάθουν να ζουν μαζί τους, τους δημιουργούν αβεβαιότητα και ανασφάλεια με αναπόφευκτο αποτέλεσμα την **κοινωνική απομόνωση** και τη χαμηλή ποιότητα ζωής. Σε έρευνα που έλαβε χώρα στην Πορτογαλία με ερευνητικό θέμα τη συσχέτιση της κοινωνικής υποστήριξης με την ποιότητα ζωής, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κοινωνική υποστήριξη προς τους ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα είχε θετική απήχηση στις κοινωνικές και στις συναισθηματικές πτυχές, ελάττωση της εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, με αντικατοπτρισμό όλων αυτών την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών (Oliveira, S., et al., 2007).

Σε έρευνα που διεξήχθη σχετικά με την ποιότητα ζωής και τους **κοινωνικό-δημογραφικούς** παράγοντες τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής, καθώς οι ίδιες ένιωθαν ότι δεν έβρισκαν την απαραίτητη υποστήριξη που ήθελαν ούτε στο εργασιακό κομμάτι,

αλλά ούτε και στο ψυχολογικό, με αποτέλεσμα να βιώνουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και άγχος (Magalhães, J., et al., 2014). Σε πρόσφατη έρευνα όπου συμμετείχαν ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα και ασθενείς με νόσο του Crohn, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πιο υψηλά ποσοστά εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης παρουσιάζονται σε ασθενείς με νόσο του Crohn και κυρίως στο γυναικείο πληθυσμό σε σχέση με τον ανδρικό και πιο συγκεκριμένα σ'όσους είχαν ενεργό νόσο, προτρέποντάς τους να απευθυνθούν σε ειδικό προκειμένου να θεραπεύσουν αυτές τις διαταραχές (Barberio, B., et al., 2021).

Αποτελέσματα άλλης έρευνας ασθενών μετά από 10ετή νόσηση έδειξαν ότι η **απουσία** χρονικών διαστημάτων του τελευταίου έτους από την εργασία είτε μέσω άδειας ασθένειας είτε μέσω σύνταξης αναπηρίας που έλαβαν, εκτός από την οικονομική επιβάρυνση που προσδίδει στους ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα, μιας και καθιστά αυτόματα το εισόδημα τους πιο μικρό, σχετίστηκε επίσης με τη χαμηλή ποιότητα ζωής τους σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Huppertz-Hauss, G., et al., 2015). Άλλες μελέτες που έχουν αξιολογηθεί τα τελευταία χρόνια καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το κόστος που επωμίζονται οι ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα είναι πολύ υψηλό και με την πάροδο των ετών της νόσου, εξαιτίας των επιπλοκών που παρουσιάζει και της συννοσηρότητας, καθιστά τους ασθενείς μη παραγωγικούς (Gibson, T. B., et al., 2008).

Η **άσκηση** έχει ερευνηθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια με σκοπό να αξιολογηθεί ως ευεργετικός ή αποτρεπτικός παράγοντας ως προς την εξέλιξη της πορείας της νόσου, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα έχουν την τάση να την αποφεύγουν. Μέσα από έρευνες η συστηματική άσκηση παρόλο που προκαλεί φόβο στους νοσούντες ότι μπορεί να επιβαρύνει την υγεία τους ή τα συμπτώματά τους, έχει διαπιστωθεί ότι βοηθά στη σταθερή ενεργότητα της νόσου και η κόπωση στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δε γίνεται ιδιαίτερα αντιληπτή (Jones, P. D., et al., 2015).

4.7. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος και αποτελεί νόσο-πρότυπο των αυτοάνοσων νοσημάτων, η οποία επηρεάζει το δέρμα, τους ιστούς και πολλές φορές και όργανα του ανθρώπου όπως το πρόσωπο, τα αγγεία, την καρδιά, τους πνεύμονες, τα νεφρά, ακόμη και τον εγκέφαλο (Αυγερινού, Γ., και συν, 2011). Καθώς χαρακτηριστικό της νόσου είναι η ερυθρότητα και τα εξανθήματα που εμφανίζονται στα στο πρόσωπο, γίνεται κατανοητό ότι οι ασθενείς με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο θέλοντας να αποφύγουν τα βλέμματα του κοινωνικού τους περίγυρου και τις προσωπικές ερωτήσεις, οι οποίες τους φέρνουν σε δύσκολη θέση και τους δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα, οδηγούνται προς το δρόμο της μοναξιάς και της αποκοινωνικοποίησης (Beckerman, N. L., & Sarracco, M., 2012).

Η **αθλητική δραστηριότητα** και η **άσκηση** έχουν αποτελέσει τα τελευταία χρόνια παράγοντα εξέτασης επιρροής της ποιότητας ζωής των ασθενών με αυτοάνοσα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου και του Συστηματικού Ερυθηματώδη Λύκου. Βάσει μελέτης που διεξήχθη στις Η.Π.Α η συστηματική παρακολούθηση προγράμματος αεροβικής άσκησης διάρκειας 3 μηνών, έδειξε ότι ελάττωσε το αίσθημα του πόνου, ωφέλησε το καρδιοαναπνευστικό σύστημα και τη ψυχική υγεία, με επακόλουθό του την καλύτερευση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Επιπλέον είχε μεγαλύτερο αντίκτυπο σ' όσους δεν είχαν ενεργό νόσο. Ως προς την πορεία της νόσου είχε επίσης θετικά αποτελέσματα, καθώς βοήθησε να μην αυξήσουν το βάρος τους (πράγμα το οποίο συμβαίνει εξαιτίας των κορτικοστεροειδών) και βελτίωσε τις κινητικές λειτουργίες μέσω της ενδυνάμωσης των μυών και των αρθρώσεων που έχουν προσβληθεί (Fangtham, M., et al., 2019).

Ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος ξεχωρίζει από τα άλλα αυτοάνοσα νοσήματα ως προς τη συννοσηρότητα του με αυτά και πάνω σε αυτό το αντικείμενο έχει πραγματοποιηθεί έρευνα ασθενών που παρακολουθούσαν τη Ρευματολογική Μονάδα του Bloomsbury και παρακολουθήθηκαν προοπτικά από το 1978 έως το 1996 (McDonagh, J. E., & Isenberg, D. A., 2000). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από τους 215, οι 212 ήταν γυναίκες και οι 13 άνδρες. Η

ηλικία που διαγνώστηκαν με ΣΕΛ ήταν τα 31 περίπου έτη. Η μέση ηλικία παρακολούθησης ήταν τα 43 έτη και οι ασθενείς λευκής προέλευσης ήταν οι 146. Από τους 215 το 30% είχαν ένα ή περισσότερα αυτοάνοσα νοσήματα εκτός του ΣΕΛ, το 24% είχαν ένα, το 6% είχαν δύο επιπλέον αυτοάνοσα και το 2% είχαν τρία. Στη συνέχεια έγινε σύγκριση ασθενών που είχαν ΣΕΛ και τουλάχιστον ακόμα ένα αυτοάνοσο νόσημα με αυτούς που είχαν μόνο ΣΕΛ και δε βρέθηκε κάποια διαφορά ως προς το φύλο και την εθνική κατανομή. Οι ασθενείς με ΣΕΛ κι ακόμη ένα νόσημα ήταν αρκετά νεότεροι σε σύγκριση μ' αυτούς που είχαν μόνο ΣΕΛ κι οι λευκής προέλευσης ασθενείς είχαν λιγότερα αυτοάνοσα (0,1%) σε σχέση μ' αυτούς που δεν ήταν λευκής προέλευσης. Ο χρόνος εμφάνισης των επιπλέον αυτοάνοσων νοσημάτων υπολογίζεται στα 2,5-3 έτη μετά την εμφάνιση του ΣΕΛ. Επισημαίνεται ότι το 1/3 των ασθενών έχουν τουλάχιστον ένα ακόμη αυτοάνοσο εντός της πρώτης δεκαετίας από την εμφάνιση του ΣΕΛ κι ότι ο ΣΕΛ προϋπάρχει, χωρίς να αποτελεί αιτία για την εμφάνιση κι άλλων αυτοάνοσων νοσημάτων (McDonagh, J. E., & Isenberg, D. A., 2000).

Οι εξάρσεις και οι υφέσεις αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα της πορείας του ΣΕΛ και γι' αυτό γίνονται έρευνες και συζήτηση για τις επιπτώσεις που έχει ως προς τις **νευροψυχιατρικές νόσους** με γνωστότερες την κατάθλιψη και το άγχος, την παράλυση, το παραλήρημα, την οξεία συγχυτική κατάσταση, τις κεφαλαλγίες και τις αλλοιώσεις του υποθαλάμου, καθώς επηρεάζει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, τόσο το κεντρικό όσο και το περιφερικό (Souirti, Z., Lahlou, et al., 2013). Έρευνες έχουν καταλήξει ότι οι επιπτώσεις των ψυχολογικών συμπτωμάτων που αποτελούν χαρακτηριστικά του ΣΕΛ καθορίζουν την ύπαρξη μιας νέας μορφής Λύκου, του Νευροψυχιατρικού Συστηματικού Ερυθρηματώδη Λύκου, η οποία διαταράσσει τις συναισθηματικές και τις γνωστικές λειτουργίες, αλλά επιπλέον εμφανίζει διαταραχές και στον ύπνο, αυξάνοντας την ένταση της νευρικότητας, της κόπωσης και του άγχους. Όλες αυτές οι διαταραχές έχουν αντίκτυπο και στην κοινωνική ζωή των ασθενών, με αποτέλεσμα να υπάρχει χαμηλή ποιότητα ζωής (Wróblewski, H., et al., 2022). Αξίζει να σημειωθεί ότι περίπου το 25% των νοσούντων παιδιών παρουσιάζουν νευροψυχιατρικές διαταραχές από το πρώτο έτος νόσησης (Sibbitt, W. L., et al., 2002).

4.8. ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ HASHIMOTO ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η θυρεοειδίτιδα Hashimoto είναι μια αυτοάνοση διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται και ως χρόνια αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα ή χρόνια λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα και αποτελεί μια φλεγμονώδη κατάσταση του θυρεοειδούς αδένου, η οποία οδηγεί σε υποθυρεοειδισμό στο 25% περίπου των πασχόντων (Fallahi, P., et al., 2017). Η διαταραχή της λειτουργίας του θυρεοειδούς μπορεί να πυροδοτήσει την έναρξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων (Ittermann et al., 2015). Οι διαδοχικές αυξομειώσεις της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης θεωρούνται υπαίτιες για την εμφάνιση βασικών ψυχολογικών συμπτωμάτων του υποθυρεοειδισμού όπως, το γενικευμένο άγχος, τη διαταραχή πανικού, το έντονο άλγος στο σώμα, τη μη καλή λειτουργία της μνήμης και την κατάθλιψη (Ittermann et al., 2015). Γνωστές ψυχιατρικές διαταραχές που μπορεί να εκδηλωθούν στον υποθυρεοειδισμό είναι η διπολική διαταραχή και οι ψυχώσεις (Bauer, M., et al., 2003). Επομένως ένας τρόπος καταπολέμησης των συμπτωμάτων αυτών είναι η μείωση των συμπτωμάτων της θυρεοειδίτιδας Hashimoto και η σταθεροποίηση της (Ordas, D. M., & Labbate, L. A., 1995).

Βάσει έρευνας που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία σε ασθενείς με διάγνωση διαφοροποιημένου **καρκίνου** υπό βραχυπρόθεσμο υποθυρεοειδισμό που νοσηλεύτηκαν για να ολοκληρώσουν πρόγραμμα θεραπείας με ραδιενεργό ιώδιο χωρίς τη μετέπειτα χορήγηση φαρμακευτικού σκευάσματος, σε σχέση με εξωτερικούς ασθενείς, οι οποίοι λάμβαναν φαρμακευτικό σκεύασμα μετά από την ολοκλήρωση της θεραπείας με το ραδιενεργό ιώδιο, εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά άγχους αυτοί που νοσηλεύτηκαν από τους εξωτερικούς ασθενείς, ενώ τα ποσοστά κατάθλιψης κυμάνθηκαν στα ίδια επίπεδα και για τις δύο ομάδες μελέτης. Τα αποτελέσματα ερμηνεύτηκαν ως αντικείμενο περαιτέρω έρευνας, καθώς επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής, η οποία θα πρέπει να ληφθεί σημαντικά υπόψιν για τη μετέπειτα πορεία τους (Tagay, S., et al., 2005). Επιπλέον έρευνες διεξάγονται από το 1955 προκειμένου να αποσαφηνίσουν αν η θυρεοειδίτιδα Hashimoto σχετίζεται με τον καρκίνο του θυρεοειδούς αδένου. Σε αρκετά μεγάλο ποσοστό χειρουργημένων ασθενών με αφαίρεση του θυρεοειδούς αδένου φαίνεται να προϋπήρχε η νόσος και εξαιτίας της λεμφοκυτταρικής διήθησης της, συνδέεται με την εμφάνιση θηλωμάτων του θυρεοειδούς, με

αποτέλεσμα την αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου του θυρεοειδούς (Noureldine, S. I., & Tufano, R. P., 2015).

Η **διατροφή** στη νόσο Hashimoto αποτελεί επίσης αντικείμενο μελετών, καθώς διερευνάται ο τρόπος αντιμετώπισής της χωρίς τη χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων. Έρευνες που έχουν γίνει ανάμεσα σε πληθυσμό ασθενών που παρακολουθεί φαρμακευτική αγωγή και σε πληθυσμό που λαμβάνει συμπλήρωμα σεληνίου μετά το πέρας των 3 μηνών αντί της αγωγής έχουν δείξει, ότι το σελήνιο είχε πιο αποτελεσματική δράση ως προς τη μείωση των επιπέδων αυτοαντισωμάτων της υπεροξειδάσης του θυρεοειδούς σε σχέση με τη φαρμακευτική αγωγή (van Zuuren, E. J., et al., 2013). Άλλες έρευνες που σχετίζονται με τη διατροφή ως ευεργετικό παράγοντα της πορείας της νόσου Hashimoto καταλήγουν στα συμπεράσματα ότι μία αντιφλεγμονώδης διατροφή χαμηλή σε λιπαρά, πλούσια σε μέταλλα και βιταμίνες, με την ταυτόχρονη λήψη συμπληρωμάτων Βιταμίνης D και σεληνίου, αλλά και φαρμακευτικής αγωγής θα ήταν πιο ωφέλιμη ως προς την απαραίτητη κάλυψη του οργανισμού από ιχνοστοιχεία και βιταμίνες, θα διατηρούσε σε καλά επίπεδα το σωματικό βάρος και θα εξασθενούσε τα συμπτώματα της νόσου (Mikulska, A. A., et al., 2022).

Καθώς η αύξηση βάρους αποτελεί βασική επιπλοκή στους ασθενείς με νόσο Hashimoto κι επηρεάζει τη ψυχολογική τους κατάσταση, με συνέπεια και την κοινωνική τους ζωή είναι πολύ σημαντικό μπορούν να ισορροπήσουν τα επίπεδα του βάρους τους όχι μόνο με διατροφή, αλλά και μ' έναν παράγοντα που έχει αποδειχθεί ευεργετικός και στους άλλους τομείς, όπως η **άσκηση**. Η αθλητική δραστηριότητα είναι ο μόνος τρόπος για να δαπανάται φυσιολογικά και σωστά η ενέργεια σε κάθε οργανισμό (Theologia, Z., et al., 2015).

Ως προς την ανταποκρισιμότητά τους στις **κοινωνικές** τους δραστηριότητες φαίνεται να αντιμετωπίζουν κωλύματα. Χρειάζονται περισσότερο χρόνο ως προς την ολοκλήρωσή τους απ' ότι ο υγιής πληθυσμός και βιώνουν το αίσθημα της κούρασης σε πολύ έντονο βαθμό (π.χ να ανέβουν σκαλοπάτια ορόφου ή να ασκηθούν έντονα), με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους (Winther, K. H., et al., 2016).

4.9. ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJORGEN ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Το σύνδρομο Sjogren είναι μία χρόνια αυτοάνοση διαταραχή η οποία εντοπίζεται στο επιθήλιο, του οποίου η λειτουργία είναι να καλύπτει τους ιστούς που έρχονται σ' επαφή με το περιβάλλον. Τέτοιοι ιστοί είναι κυρίως οι δακρυϊκοί κι οι σιελογόνοι αδένες, μπορεί όμως και να προσβάλλει όργανα όπως πνεύμονες, νεφρούς και ήπαρ, ακόμα και αρθρώσεις (Τζιούφας, Α. Γ., 2008). Σύνηθες του συνδρόμου Sjogren είναι να εμφανίζεται μετά από κάποια άλλη ρευματοειδή αυτοάνοση νόσο, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η σκληροδερμία και ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (Τζιούφας, Α. Γ., 2008). Η εμφάνιση οποιασδήποτε αυτοάνοσης νόσου προκαλεί φόβο και αβεβαιότητα, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ψυχολογική τους κατάσταση, με άμεσο αντίκτυπο τη μείωση της κοινωνικής τους ζωής και συνολικά τη χαμηλότερη ποιότητα ζωής τους.

Το σύνδρομο Sjogren, όπως και οι περισσότερες ρευματοειδείς νόσοι, μέσα από έρευνες έχει συσχετιστεί με τη λειτουργία των ιντερφερονών, οι οποίες ευθύνονται για τις **ψυχιατρικές διαταραχές**, όπως η αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή ύπνου (αϋπνία), το ανεξήγητο αίσθημα της κόπωσης και η κατάθλιψη (Καράγεωργας, Θ., 2017). Έρευνα που διεξήχθη μελέτησε ασθενείς με σύνδρομο Sjogren, ασθενείς με λέμφωμα και υγιή πληθυσμό προκειμένου να διερευνήσει το βαθμό άγχους και την ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών με σύνδρομο Sjogren είχε βιώσει έντονες στρεσογόνες καταστάσεις πριν την έναρξη του νοσήματος σε σχέση με τους ασθενείς με λέμφωμα ή τον υγιή πληθυσμό. Εντοπίστηκαν επίσης στοιχεία υποχονδρίασης, τα οποία αποτελούν μέρος της προσωπικότητας των ασθενών (πριν τη νόσο) και χαρακτηριστικά ψυχιατρικών παθήσεων (νευρωτισμός, ψυχωτισμός και ψυχοαναγκαστικότητα) και βοηθούν στην περαιτέρω εξέλιξη τους. Στο δείγμα των ασθενών με σύνδρομο Sjogren σε αντίθεση με τις άλλες δύο ομάδες μελέτης παρατηρήθηκε επίσης, ότι δεν υπήρχε ψυχοκοινωνική υποστήριξη κι έτσι βίωναν ακόμη περισσότερη ψυχική καταπόνηση (Karaiskos, D., et al., 2009).

Μία ακόμη σημαντική παράμετρος που αξιολογείται μέσα από έρευνες τα

τελευταία χρόνια είναι το **κόστος** της ασθένειας ως προς τους νοσούντες αλλά και ως προς τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Σε έρευνα όπου έλαβε χώρα στο Ηνωμένο Βασίλειο ομάδες μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς με σύνδρομο Sjorgen, ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και υγιής πληθυσμός. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το κόστος των ασθενών με σύνδρομο Sjorgen ήταν πιο υψηλό σε επισκέψεις ιατρών και ελέγχου ιατροδιαγνωστικών εξετάσεων, ενώ ήταν πιο χαμηλό σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες ελέγχου ως προς τις υπηρεσίες νοσηλευτικών ιδρυμάτων (νοσηλεύειες, ατυχήματα, επείγοντα περιστατικά). Επίσης οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα είχαν πιο υψηλό κόστος σε φαρμακευτικές αγωγές, βοηθητικές συσκευές και σε επισκέψεις συνυφασμένων ιατρών με τη νόσο (ρευματολόγους). Συμπερασματικά το κόστος των ασθενών και με τα δύο αυτοάνοσα νοσήματα ξεπέρασε εις διπλούν αυτό του υγιούς πληθυσμού (Callaghan, R., et al., 2007). Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία οι ομάδες έρευνας ήταν ασθενείς με σύνδρομο Sjorgen και υγιής πληθυσμός από τα στοιχεία της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, με αντικείμενο διερεύνησης το κόστος της ασθένειας σε βάρος της χώρας. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι το κόστος των ασθενών με σύνδρομο Sjorgen τον πρώτο χρόνο εμφάνισής του ήταν πολύ υψηλό, πράγμα το οποίο μετά την πάροδο του δεύτερου έτους μειώθηκε. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι ασθενείς με σύνδρομο Sjorgen είχαν αυξημένες πιθανότητες να βγουν σε πρόωρη συνταξιοδότηση μετά τα πρώτα 5 χρόνια από την εμφάνιση της νόσου σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Westerlund, A., et al., 2021).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με ενεργή νόσο για την αξιολόγηση της συσχέτισης των συμπτωμάτων (πόνος, οφθαλμική ξηρότητα, κούραση) με την ποιότητα ζωής τα αποτελέσματα έτειναν προς την αρνητική επίδρασή τους, δηλαδή δεν επιβεβαιώθηκε ότι σχετίζονταν με τη χαμηλή ή μέτρια ποιότητα ζωής όπου διαπιστώθηκε πως είχαν (Cornec, D., et al., 2017).

4.10. ΚΟΙΚΙΟΚΑΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η κοιλιοκάκη είναι μια φλεγμονώδης νόσος του λεπτού εντέρου και του δωδεκαδακτύλου ή της νήστιδας η οποία χαρακτηρίζεται από τη δυσανεξία στη

γλουτένη (Ludvigsson, J. F., & Green, P. H., 2011). Επειδή η Κοιλιοκάκη αποτελεί μία νόσο που εντοπίζεται σε ενήλικες, όμως παρατηρείται αρκετά συχνά και σε παιδιά με εμφανή συμπτώματα, όπως η αργή ανάπτυξη, το χαμηλό ανάστημα (σε κατάσταση βαριάς μορφής της ασθένειας) και η απώλεια βάρους και επειδή η θεραπεία της εστιάζεται στην πιστή συμμόρφωσή τους σε συγκεκριμένο διαιτολόγιο, έχουν παρατηρηθεί έντονα οι **ψυχιατρικές** και **νευρολογικές** επιπτώσεις που έχει (Henri-Bhargava, A., et al., 2008). Η συμμόρφωση στο διαιτολόγιο ελεύθερης γλουτένης έχει κάποιο κόστος το οποίο επωμίζονται οι ασθενείς και οι οικογένειές τους αντιστοίχως και η κοινωνική τους ζωή τείνει να είναι πιο περιορισμένη σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό (Θεοφίλου, Π. Α., 2015).

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ηράκλειο της Κρήτης με σκοπό να διερευνήσει αν η **ψυχολογία** των πασχόντων σχετιζόταν με το βαθμό προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή, δηλαδή αν όσο πιο προσηλωμένοι ήταν σ' αυτόν τον τρόπο διατροφής, τόσο πιο πολύ επηρεαζόταν η ψυχολογία τους, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσον αφορά τη ψυχολογία τους οι γυναίκες είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη ψυχαναγκαστικότητα, την επιθετικότητα, το άγχος και την κατάθλιψη, ενώ στο δείγμα των ανδρών δεν εξακριβώθηκε καμία σημαντική διαφορά. Ως προς τη Μεσογειακή Διατροφή τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 19,5% ήταν σε μεγάλο βαθμό πλήρως αφοσιωμένο σ' αυτόν τον τρόπο διατροφής, ενώ το 80,5% ήταν μερικώς (Χατζηβασίλη, Δ., 2019). Επιπλέον μέσω της συγκεκριμένης μελέτης δόθηκε και μία εικόνα ως προς την **κοινωνική** τους ζωή, καθώς υπήρξαν δείγματα της ως προς την επισκεψιμότητά τους σε ταχυφαγεία και εστιατόρια, με τη συντριπτική πλειοψηφία περί του 68% να μην γευματίζει σε ταχυφαγεία εξαιτίας της αμφιβολίας που είχαν ότι μπορεί οι κουζίνες τους να είχαν στοιχεία γλουτένης, τα οποία να τους επιμολύνουν. Ως προς τα εστιατόρια τα αποτελέσματα έδειξαν ότι λίγο παραπάνω από το 50% γευματίζουν 1-2 φορές την εβδομάδα, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό καθόλου (Χατζηβασίλη, Δ., 2019). Σε έρευνα όπου έλαβε χώρα στην Ιταλία με το ίδιο αντικείμενο αξιολόγησης με ομάδα μελέτης παιδιατρικούς ασθενείς ηλικίας 10 έως 18 ετών, διαπιστώθηκε ότι περίπου το 34% νιώθουν θυμό και απογοήτευση σε καθημερινή σχεδόν βάση και λιγότερο από το 21% αισθάνονται "διαφορετικοί" από τον υπόλοιπο κόσμο. Επιπλέον αισθάνονται

απομονωμένοι από τον κοινωνικό τους περίγυρο, αφού δε μπορούν εξαιτίας της δίαιτας να ακολουθήσουν τις το πρόγραμμα των φίλων τους (Altobelli, E., et al., 2013).

Βάσει ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί έχει διερευνηθεί ότι το κόστος των τροφών που πρέπει να καταναλώνουν οι ασθενείς με Κοιλιοκάκη σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους έχει αρνητική επίδραση, καθώς το κόστος είναι αρκετά υψηλό σε σχέση με τις τροφές που καταναλώνει ο υγιής πληθυσμός και πολλές φορές αποτελεί παράγοντα μη συμμόρφωσής τους ως προς το διαιτολόγιο, επιδεινώνοντας τα συμπτώματα και την κατάσταση της υγείας τους. Επιπροσθέτως παρατηρήθηκε ότι υπάρχει ελλιπής εκπαίδευση των ίδιων των πασχόντων, έλλειψη χρόνου για τη σωστή προετοιμασία των γευμάτων και μειωμένη αντίληψη της σημασίας της θεραπείας (Shah, S., et al., 2014).

4.11. ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η Μυασθένεια Gravis είναι μία σπάνια αυτοάνοση διαταραχή, η οποία εμφανίζεται στη νευρομυϊκή συνένωση, δηλαδή στο μυοσκελετικό σύστημα του ανθρώπου (Hehir, M. K., & Silvestri, N. J., 2018). Χαρακτηριστικό της νόσου είναι ότι τα πρώτα σημάδια της εμφάνισής της ξεκινούν από τη κεφαλή κι έπειτα προχωρούν στο υπόλοιπο σώμα (Binu, A., et al., 2022). Οι επιπτώσεις που έχει στους ασθενείς δεν αφορούν μόνο τη σωματική υγεία, αλλά και τη ψυχική υγεία συμπαρασύροντας την κοινωνική τους ζωή αλλά και το κόστος το οποίο είναι υψηλό για τη σταθεροποίηση των συμπτωμάτων (Rabson, A., et al., 2005).

Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων όπως είναι η κόπωση (αδυναμία των όλων των μυών), συνιστάται η ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη, η οποία απαρτίζεται από αντισώματα και προτείνεται ως θεραπεία (Ballow, M., 1997). Σε έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες οι ομάδες μελέτης ήταν ασθενείς με Μυασθένεια Gravis και ο τριπλάσιος αριθμός τους σε υγιή πληθυσμό, προκειμένου να αξιολογηθεί το **κόστος** δαπανών υγείας ανάμεσα στις δύο ομάδες. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το μέσο ετήσιο κόστος που παρεχόταν

για τη θεραπεία της Μυασθένειας Gravis (κατ' οίκον υπηρεσίες, επισκέψεις σε ειδικούς ιατρούς και η ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη) ξεπερνούσε το πραγματικό κόστος όλων αυτών επιβαρύνοντας τους ίδιους τους ασθενείς και ταυτόχρονα ενώ το δείγμα των ασθενών ήταν 3 φορές πιο μικρό σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό ξεπερνούσε και το δικό τους μέσο ετήσιο κόστος (Guptill, J. T., et al., 2012). Άλλη έρευνα όπου πραγματοποιήθηκε πάλι στις Ηνωμένες Πολιτείες διερεύνησε το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης της Μυασθένειας Gravis σε σχέση με άλλες χρόνιες νευρολογικές παθήσεις. Κι εκεί τα αποτελέσματα ήταν αντίστοιχα καθώς η ενδοφλέβια χορήγηση ανοσοσφαιρίνης αποτελούσε το 85% περίπου των δαπανών σε σχέση με τα στεροειδή σκευάσματα όπου δίνονται ως θεραπεία στις υπόλοιπες ασθένειες ελέγχου (Guptill, J. T., et al., 2011).

Η κατάλληλη **άσκηση** που αποσκοπεί στη θεραπεία μιας ασθένειας τείνει να είναι ωφέλιμη σε ασθενείς με Μυασθένεια Gravis νευρομυϊκές παθήσεις, καθώς ενδυναμώνει τους μύες και βοηθά στην καλύτερη λειτουργικότητά τους (Anziska, Y., & Sternberg, A., 2013). Σε ασθενείς με Μυασθένεια Gravis συνιστάται η άσκηση και οι **φυσιοθεραπείες** ως κομμάτι της θεραπείας, μιας και τα οφέλη των φυσιοθεραπειών έχουν αντίκρυσμα στην καταπράυνση των συμπτωμάτων, με αποτέλεσμα αυτών την καλύτερη ποιότητα υγείας (Ambrogi, V., & Mineo, T. C., 2017). Οι τύποι άσκησης διαφέρουν ανάλογα με το σημείο προσβολής και την βαρύτητα της νόσου σε κάθε ασθενή με Μυασθένεια Gravis σε διαφορετικές φάσεις της νόσου (Farrugia, M. E., & Goodfellow, J. A., 2020). Αποτελέσματα ερευνών έχουν καταλήξει στα συμπεράσματα ότι η άσκηση με τα περισσότερα οφέλη για ασθενείς με νευρομυϊκές παθήσεις, όπως η Μυασθένεια Gravis, είναι η αερόβια άσκηση χωρίς μεγάλη ένταση, καθώς ενδυναμώνει τους μύες, βοηθάει στην καρδιοαναπνευστική λειτουργία, ενώ η έντονη άσκηση οδηγούσε σε απώλεια μυϊκής μάζας (Kilmer, D. D., 2002).

Κατά τη διάγνωση, αλλά και κατά την πορεία της Μυασθένειας Gravis οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι πολλές αλλαγές τις οποίες πρέπει να κατανοήσουν, να αποδεχθούν και να μάθουν να ζουν μαζί τους, επηρεάζοντας έτσι την ποιότητα ζωής τους Έρευνα που πραγματοποιήθηκε προσπάθησε να διερευνήσει τη **ψυχολογία** των ασθενών σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους. Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ένα μεγάλο ποσοστό εξ' αυτών να έχει βιώσει μοναξιά και κατάθλιψη, ιδιαίτερα όταν άλλαξε η επαγγελματική τους πορεία.

Επισημάνθηκε ότι θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό δίκτυο για τη ψυχολογική τους ευημερία (Jeong, A., et al., 2018).

4.12. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ADDISON ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η νόσος του Addison είναι από τις πιο σπάνιες και πιο επικίνδυνες αυτοάνοσες νόσους, και χαρακτηρίζεται από την επινεφριδιακή ανεπάρκεια, η οποία προκαλείται από την ελλιπή παραγωγή ορμονών για τη σύσταση του φλοιού των επινεφριδίων, με συνέπεια την ανεπάρκεια γλυκοκορτικοειδών, ορυκτοκορτικοειδών και ανδρογόνων των επινεφριδίων (Bancos, I., et al., 2015). Η καθυστερημένη διάγνωσή της μπορεί να φέρει μοιραία αποτελέσματα (Chanson, P., et al., 2017). Η ποιότητα ζωής των ασθενών με τη νόσο του Addison ερευνάται ως προς τους ψυχολογικούς παράγοντες, καθώς σε κατάσταση στρες συνήθως μειώνεται η κορτιζόλη κι επηρεάζει κι άλλες ασθένειες συναφείς με αδενικά σύνδρομα, όπως η νόσος του Graves, η θυρεοειδίτιδα Hashimoto και ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 και ανήκει σε μια ειδική κατηγορία που ονομάζεται **αυτοάνοσο πολυαδενικό σύνδρομο** (Husebye, E. S., et al., 2018).

Από μελέτες που έχουν διεξαχθεί έχει διαπιστωθεί ότι η νεαρή ηλικία έναρξης της νόσου σχετίζεται με τη χαμηλή **ποιότητα ζωής**, καθώς έρχονται αντιμέτωποι με την άγνωστη πορεία μιας επικίνδυνης νόσου, ως ενήλικες γυναίκες έχουν πιθανότητες πρόωρου τοκετού σε μια πιθανή κύηση και υπάρχει ποσοστό θνησιμότητας κατά την εμφάνιση επινεφριδιακών κρίσεων. Όλες αυτές οι καταστάσεις τους οδηγούν σε αισθήματα φόβου, ανασφάλειας, μειωμένης ισότητας και κατ' επέκταση μειωμένης ποιότητας ζωής (Bensing, S., et al., 2016). Μέσα από άλλη έρευνα το αποτέλεσμα το οποίο σχετίστηκε με την καλύτερη ποιότητα ζωής ήταν η ρύθμιση των επιπέδων της κορτιζόλης με την ταυτόχρονη θεραπεία άλλων συνοδών νοσημάτων, καθώς επηρέαζε την ποιότητα του ύπνου, τη σεξουαλική δυσλειτουργία, τη στειρότητα και συνολικά την ποιότητα ζωής τους (Aulinas, A., & Webb, S. M., 2014).

Άλλη έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε διερεύνησε τα αποτελέσματα της θεραπείας σε ασθενείς με πρωτοπαθή επινεφριδιακή ανεπάρκεια και σε ασθενείς

με δευτεροπαθή επινεφριδιακή ανεπάρκεια σε σχέση με την αποκατάσταση της **ευημερίας** και της ποιότητας ζωής τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ως προς την υγεία η ποιότητα ζωής ήταν μειωμένη και στις δύο ομάδες, ανεξάρτητα το σχήμα δοσολογίας χορήγησης, αλλά και ως προς την ανταπόκριση στις **καθημερινές δραστηριότητες** και την αποκατάσταση της ευημερίας επίσης αποδείχθηκαν μη αποδοτικά (τα σχήματα δοσολογίας) (Bergthorsdottir, R., et al., 2015). Μία ακόμη έρευνα προσπάθησε να μελετήσει τη ψυχολογική κατάσταση, τα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς και την ποιότητα ζωής με ομάδα ελέγχου υγιή πληθυσμό. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων το πόρισμα έδειξε ότι η κακή ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, η χαμηλή ποιότητα ζωής και η ένταση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του κάθε ασθενούς σχετίστηκε με τις υψηλές δόσεις υδροκορτιζόνης (θεραπεία) (Tiemensma, J., et al., 2014).

Η θεραπεία της νόσου του Addison στηρίζεται στο σχήμα με υδροκορτικοειδή, η οποία έχει κάποιο **οικονομικό κόστος**. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής με ομάδες ελέγχου ασφαλισμένους ασθενείς με πρωτοπαθή επινεφριδιακή ανεπάρκεια, δευτεροπαθή επινεφριδιακή ανεπάρκεια και με υπερπλασία επινεφριδίων, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με πρωτοπαθή επινεφριδιακή ανεπάρκεια παρουσιάζουν σημαντικά υψηλή ετήσια επιβάρυνση υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες ελέγχου, καθώς αρκετοί ασθενείς είναι αυτοί που δε συμμορφώνονται στη θεραπεία με αποτέλεσμα να νοσηλεύονται από 8 έως 10 φορές περισσότερο σε νοσοκομεία ετησίως και να τροποποιούνται τα σχήματα θεραπείας εξαιτίας της μη συμμόρφωσής τους (Gunnarsson, C., et al., 2017).

4.13. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ GRAVES ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η νόσος του Graves είναι μία χρόνια αυτοάνοση διαταραχή του θυρεοειδούς αδένου, η οποία χαρακτηρίζεται από τον υπερθυρεοειδισμό, το εξόφθαλμο και τη γενικευμένη βρογχοκήλη (Davies, T. F., et al., 2020). Επιπτώσεις οι οποίες παρατηρούνται έντονα με τη νόσο του Graves είναι οι **ψυχιατρικές διαταραχές**, οι διαταραχές της διάθεσης, η κατάθλιψη και οι αγχώδεις καταστάσεις, οι οποίες έχουν αντίκτυπο και στην καθημερινή και κοινωνική ζωή των πασχόντων (

Davies, T. F., et al., 2020). Έρευνες έχουν δείξει ότι η χειροτέρευση ατόμων που πάσχουν από ψυχιατρική διαταραχή αποτελούν χαρακτηριστική σήμανση εμφάνισης υπερθυρεοειδισμού (Ginsberg, J., 2003).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε με ομάδες ελέγχου νεοδιαγνωσθέντες με τη νόσο του Graves χωρίς θεραπεία και υγιά πληθυσμό, σκοπός ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση της αντιθυρεοειδικής ιατρικής θεραπείας και της ποιότητας ζωής. Η διάρκεια της έρευνας διήρκησε περισσότερο από 1 χρόνο, καθώς ήθελαν να εξετάσουν την πορεία τους και μετά το πέρας των 12 μηνών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς κατά τη θυρεοτοξική φάση της νόσου είχαν μειωμένη ποιότητα ζωής, η οποία σχετιζόταν με τη σωματική υγεία, με τη ψυχική με συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, με τη νοητική διάσταση αλλά και μειωμένη **κοινωνική ζωή** σε σχέση με τον υγιά πληθυσμό. Μετά τον πρώτο χρόνο ξεκίνησαν όλοι οι ασθενείς αγωγή και στο μεγαλύτερο ποσοστό τα συμπτώματα ελαττώθηκαν, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής τους (Elberling, T. V., et al., 2004). Σε μια αντίστοιχη έρευνα τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μετά την επίτευξη του ευθυρεοειδισμού τα **συναισθηματικά συμπτώματα** είχαν μειωθεί, με αποτέλεσμα να έχει βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους (Vogel, A., et al., 2007).

Η νόσος του Graves προσβάλλει εκτός από ενήλικο πληθυσμό και νεανικό πληθυσμό (<18 ετών), γεγονός που βοηθάει τη νόσο να εμφανίσει πιο νωρίς επιπλοκές σ' αυτούς τους ασθενείς, οι οποίοι βιώνουν πιο έντονα την περιθωριοποίηση, τη διαφορετικότητα και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Έρευνα που έχει διεξαχθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο μελέτησε νεαρούς ασθενείς (<30 ετών), οι οποίοι είχαν νοσήσει κατά την παιδική και εφηβική ηλικία και μετά την ενηλικίωσή τους κατέφυγαν στην χειρουργική επέμβαση ολικής θυρεοειδεκτομής με σκοπό να συσχετίσει την επιρροή της νόσου με την ποιότητα ζωής (σωματική, ψυχολογική, κοινωνική ευημερία). Τα αποτελέσματα κατέληξαν ότι κανένας απ' όσους χειρουργήθηκαν δε μετάνιωσε, γεγονός που δείχνει ότι έχουν καλύτερη ψυχολογία, καλύτερη κοινωνική ζωή και κατ' επέκταση βελτιωμένη ποιότητα ζωής (Lane, L. C., et al., 2021).

Μια ακόμη έρευνα θέλησε να διερευνήσει μεταξύ ασθενών με ενεργό νόσο του Graves και ασθενών με ευθυρεοειδισμό, τη συσχέτιση της ποιότητας ζωής με τη

γνωστική λειτουργία, είτε είχαν οφθαλμοπάθεια είτε όχι. Τα αποτελέσματα διακουμάνθηκαν προς τη χαμηλή ποιότητα ζωής και στις δύο ομάδες, η γνωστική λειτουργία δε φάνηκε να είχε επηρεαστεί σε καμία ομάδα ελέγχου, ενώ η ποιότητα ζωής ήταν αρκετά πιο χαμηλή σ' αυτούς που είχαν ταυτόχρονα οφθαλμοπάθεια, κατατάσσοντας την οφθαλμοπάθεια ως παράγοντα επιρροής της ποιότητας ζωής (Riguetto, C. M., et al., 2019).

4.14. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 ή νεανικός διαβήτης είναι ένα χρόνια αυτοάνοσο νόσημα με χαρακτηριστικό του γνώρισμα τη μερική ή ολική έλλειψη ινσουλίνης. Καθώς οι ηλικίες που προσβάλλει αφορούν την παιδική και εφηβική ηλικία έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες ως προς τις επιπτώσεις που έχει στην ποιότητα ζωής των παιδιατρικών ασθενών, τη ψυχολογική τους κατάσταση, την κοινωνική ευημερία, αλλά και το κόστος το οποίο επωμίζονται οι οικογένειες αυτών (Norris, J. M., et al., 2020).

Έρευνα η οποία διεξήχθη στην Κρήτη με ομάδες ελέγχου ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και 2 οι οποίοι θα έπρεπε να έχουν διαγνωσθεί με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή 2 περισσότερο >1 χρόνο, σκοπό είχε να μελετήσει την **ποιότητας ζωής** τους αλλά και να προσδιορίσει παράγοντες που μπορεί να την επηρεάζουν, όπως είναι οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες και τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου. Ως προς το δείκτη «λειτουργικότητας» και «ευεξίας», οι νοσούντες τύπου 1 είχαν θετικότερα αποτελέσματα σε σχέση με τους νοσούντες τύπου 2. Επίσης παρατηρήθηκε ότι το μορφωτικό επίπεδο παίζει σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη, καθώς αντιλαμβάνονται την αγωγή καλύτερα και τη σημαντικότητα της για την εύρυθμη λειτουργία της καθημερινότητας τους. Επιπλέον όσο πιο νέοι είναι οι ασθενείς τόσο καλύτερα μπορούν να διαχειριστούν την καινούρια κατάσταση, να επισκεφθούν έναν ειδικό και να συμμορφωθούν στις οδηγίες, με αποτέλεσμα να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής (Παπαϊωάννου, Ε., και συν., 2020).

Η **άσκηση** αποτελεί σημαντικό μέτρο ρύθμισης του μεταβολισμού και κρίνεται

άκρως απαραίτητη σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1, καθώς εκτός από την καλή σωματική και οργανική λειτουργία, δρα ευεργετικά και στη ψυχική ευεξία, γεγονός που επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους(Quirk, H., et al., 2014). Πολλές φορές όμως εξαιτίας της πιθανής εμφάνισης υπογλυκαιμικού σοκ έρευνες έχουν καταδείξει την αναγκαιότητα του νοσηλευτή στα σχολεία για την καλύτερη πορεία της νόσου και της μείωσης του στρες των παιδιών και των γονέων (Czenczek-Lewandowska, E., et al., 2019).

Από συνδυασμό μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί τα αποτελέσματα κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η σωματική άσκηση επιδρά θετικά στο γλυκαιμικό δείκτη, τόσο πριν την άσκηση όσο και μετά και η καθημερινή ακόμα κι αν είναι μικρής διάρκειας, καταφέρνει μέσω του σταθερού γλυκαιμικού δείκτη να αποφεύγει μακροχρόνιες επιπτώσεις στους πάσχοντες λόγω της νόσου. Κάτι που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι η ενημέρωση για την άσκηση είναι ελλιπής και για το οφέλη που έχει στην ενήλικη ζωή τους, καθώς έτσι ελέγχεται ο Δείκτης Μάζας Σώματος, η Ανάπτυξη των πασχόντων παιδιών, η εμφάνιση άλλων αγγειακών και καρδιαγγειακών παθήσεων και θα πρέπει να διαδοθεί. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί η αξία του ρόλου του σχολικού νοσηλευτή που ως σκοπό του έχει την εκπαίδευση των πασχόντων παιδιών κι εφήβων, τη συμβολή του στη στήριξη των παιδιών κατά την παραμονή τους στο σχολείο προσφέροντας καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο, αλλά και καλύτευση της ποιότητας ζωής και της μετέπειτα πορείας τους (Marrone S., et al., 2009), (Herbst et al. ,2007), (Wong et al. 2011), (Salem et al. 2010), (Tansey et al., 2006).

Σε μια ακόμη έρευνα που διεξήχθη με σκοπό την ανάδειξη της αύξησης των πασχόντων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 σε παιδιά προσχολικής, νηπιακής και σχολικής ηλικίας, καθώς και την αξία του ρόλου του νοσηλευτή, όχι μόνο όσον αφορά τη σωματική υγεία των παιδιών αλλά κυρίως τη ψυχική υγεία και ισορροπία, οι ομάδες ελέγχου ήταν παιδιατρικοί ασθενείς από 5-7 ετών και 10-14 ετών, επειδή έχουν πιο έντονη σωματική δραστηριότητα και υγιής πληθυσμός παιδιών αντίστοιχων ηλικιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αύξηση των κρουσμάτων έχει αγγίξει το 70% σε παιδιά της εφηβείας, ενώ σε προσχολική ηλικία το 15% και εμφανίζεται να έχει ανοδική τάση τις επόμενες δεκαετίες. Η καλύτερη ποιότητα ζωής φαίνεται να προέρχεται από πολλούς παράγοντες όπως είναι η **άσκηση**, η **διατροφή** που θα πρέπει να ακολουθούν οι νοσούντες, η καλή

και υποστηρικτική **ψυχολογία** που θα πρέπει να έχουν από το στενό οικογενειακό τους κύκλο, οι οποίοι θα πρέπει να έχουν ενημερωθεί κι εκπαιδευτεί ολιστικά για να μπορέσουν να διαχειριστούν πρώτα οι ίδιοι τα συναισθήματά τους και μετά των παιδιών τους και τέλος η ολοκληρωμένη ενημέρωση κι εκπαίδευση των ίδιων των παιδιών ως προς την αναγνώριση των συμπτωμάτων που θα έχουν και την αντιμετώπισή τους, έτσι ώστε να αποφύγουν στο μέλλον επιπλοκές της νόσου. Σ' όλο αυτό το τελευταίο κομμάτι είναι αξιοσημείωτος ο ρόλος του νοσηλευτή στα σχολεία καθώς επηρεάζει σημαντικά όλους τους εμπλεκόμενους με το σακχαρώδη διαβήτη 1 (Παπανίκου, I., και συν, 2020).

Το **άγχος** και το **στρες** που βιώνουν που βιώνουν οι παιδιατρικοί ασθενείς αλλά και οι οικογένειές τους είναι μεγάλο. Η διαχείριση της νέας κατάστασης της νόσου σε συνδυασμό με την ευαίσθητη ηλικιακή κατάσταση της εφηβείας προδιαθέτουν την εμφάνιση των ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών, όπως οι διαταραχές της διάθεσης, το γενικευμένο άγχος, η κατάθλιψη και η απομόνωση (Borus, J. S., & Laffel, L., 2010).

Σε έρευνα που διενεργήθηκε στην Αττική μελετήθηκαν τα προβλήματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωπα τα παιδιά και το **άγχος** που δημιουργείται στους γονείς, εστιάζοντας στην αύξηση του παροδικού και μόνιμου άγχους των γονέων ως προς την ηλικία εμφάνισης της νόσου (δηλαδή όσο πιο νεαρά, τόσο πιο μεγάλο το άγχος) και του άγχους ως προς τη διαχείριση του ίδιου του παιδιού στα προβλήματα της νόσου και της αντιμετώπισής τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 18% των παιδιών εμφάνισαν τη νόσο στην ηλικία των 2 ετών, οι γονείς ήταν μέσης ηλικίας και το 66% ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ένα μικρό ποσοστό των γονέων δήλωσαν ότι το παιδί τους νοσεί και από κάτι άλλο (π.χ θυρεοειδή, κοιλιοκάκη), ή ότι κάποιο άλλο μέλος από την οικογένεια έχει σακχαρώδη διαβήτη. Το 97% ήταν εκπαιδευμένοι και περίπου στο 55% των περιπτώσεων υπήρχε στο σχολείο νοσηλευτής. Τα μεγαλύτερα ποσοστά έδειξαν ότι έως την ηλικία των 11 ετών το άγχος των γονέων ήταν αυξημένο, ενώ μετά τα 12 έτη των παιδιών το άγχος είχε μια ύφεση. Τα παιδιά από την ηλικία των 9 χρόνων ήταν σε θέση να επικοινωνήσουν τα συμπτώματα και τα συναισθήματά τους, στην πλειοψηφία τους (Λαγουδάκη, E., 2021).

Η θεραπεία για την αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη Τύπου 1

προσδιορίζεται ως προς τη μείωση των συμπτωμάτων, την καθυστέρηση εμφάνισης άλλων αυτοάνοσων νοσημάτων και την ελαχιστοποίηση των επιπλοκών της, μέσω της χορήγησης ινσουλίνης με ενέσιμη μορφή για τη διατήρηση των επιπέδων γλυκόζης σε φυσιολογικές τιμές με σκοπό την αποφυγή επεισοδίων υπεργλυκαιμίας ή υπογλυκαιμίας. Το **κόστος** το οποίο δαπανάται για αυτού του είδους τη θεραπεία είναι αρκετά υψηλό κι έχουν διεξαχθεί αρκετές σχετικές μελέτες (Sussman, M., et al. 2020). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής θέλησε να διερευνήσει το άμεσο και το έμμεσο κόστος ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1. Οι ομάδες ελέγχου ήταν ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 από τον πρώτο χρόνο διάγνωσης μέχρι το δέκατο και ασθενείς χωρίς Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το άμεσο κόστος, δηλαδή η απώλεια κόστους παραγωγικότητας ήταν πιο υψηλή σε σχέση με την ομάδα ελέγχου και το έμμεσο κόστος που την υγειονομική περίθαλψη δεν επαρκούσε, επιβαρύνοντας τους ίδιους τους ασθενείς. Επισημάνθηκε η ανάπτυξη νέων θεραπειών για τον διαβήτη τύπου 1, δεδομένης της υψηλής επιβάρυνσης της ασθένειας που σχετίζεται με τη νόσο (Sussman, M., et al. 2020).

Άλλη μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία με ομάδες ελέγχου ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 ηλικίας 0-17 ετών προσπάθησε να διερευνήσει το κοινωνικό κόστος που επωμίζονται οι οικογένειες τους. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν σημαντική επιβάρυνση της άτυπης φροντίδας (οικογένεια), με ποσοστό που ξεπερνούσε το 82% των εξόδων σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και υλικά του κράτους. Συμπερασματικά η άτυπη φροντίδα αντιπροσωπεύει τη μεγαλύτερη κατηγορία κόστους στους παιδιατρικούς ασθενείς, επιβαρύνοντας την με υψηλό κοινωνικό κόστος (Lopez-Bastida, J., et al. 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε έγινε γνωστό ότι οι αυτοάνοσες ασθένειες εκτός από τις επιπτώσεις που έχουν στην υγεία των ασθενών, παρουσιάζουν εξίσου σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινότητά τους επηρεάζοντας τη ψυχολογική τους κατάσταση (ευεξία), την κοινωνική τους ζωή (περίγυρος), το βαθμό ανταπόκρισής τους στις κοινωνικές τους δραστηριότητες (ολοκλήρωση συναλλαγών, συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες), τη μείωση του εισοδήματός τους (άμεσο-έμμεσο), με άμεσο αντίκτυπο όλων αυτών να επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους (Θεοφίλου, Π. Α., 2015).

Η αυξανόμενη συχνότητα κι η έξαρση των μη μεταδιδόμενων ασθενειών καθώς και οι παράγοντες κινδύνου προσβάλλουν τόσο τις αναπτυγμένες χώρες όσο και τις μη ήδη αναπτυγμένες (Mendis, S., et al., 2011). Παρά το γεγονός ότι οι παράγοντες κινδύνου θεωρητικά σχετίζονται με τις αναπτυγμένες χώρες, τα ποσοστά συχνότητας κι έξαρσης σε χώρες με μεσαίο ή χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό υπόβαθρο αποδεικνύουν το ότι το μέγεθος του προβλήματος είναι παγκόσμιο, γεγονός που αποδεικνύει ότι ο σύγχρονος τρόπος ζωής αποτελεί υψηλό παράγοντα κινδύνου παγκοσμίως. Η αύξηση αυτή έχει παρατηρηθεί την τελευταία εικοσαετία κι ενοχοποιείται ο μη υγιεινός τρόπος διατροφής, η καθιστική ζωή και το άγχος που βιώνουμε από τον τρόπο ζωής (World Health Organization., 2002).

Η προσαρμογή σε μία **υγιή συμπεριφορά** απαιτεί ολοκληρωμένη και ακατάπαυστη ενημέρωση για θέματα υγείας με στόχο την ελαχιστοποίηση ασθενειών κι επιπτώσεων αυτών, επισημαίνοντας τις θετικές επιδράσεις που έχει σ' όλους τους τομείς. Εκτός από τους γενετικούς (το γενετικό προφίλ), τους δημογραφικούς (ηλικία, φύλο, θρησκεία, εισόδημα) και τους περιβαλλοντικούς (ατμοσφαιρική ρύπανση, συνθήκες υγιεινής) παράγοντες, εκ των οποίων οι περισσότεροι δε μπορούν να μεταβληθούν, υπάρχουν και οι συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου οι οποίοι σχετίζονται με τις πράξεις και τις δράσεις ενός ατόμου ή ενός κοινωνικού συνόλου. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής των τελευταίων

δεκαετιών, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, ο περιορισμένος ελεύθερος χρόνος, η κακή διατροφή και η ελλιπής συστηματική άσκηση έχουν μελετηθεί ως παράγοντες κινδύνου της υγείας κι έχει αποδειχθεί ότι οδηγούν στην εμφάνιση αυτοάνοσων νοσημάτων και στη χειροτέρευση της εξέλιξης της πορείας τους (World Health Organization., 2009).

Η μη ισορροπημένη διατροφή και η έλλειψη συστηματικής, αν όχι καθημερινής, άσκησης οδηγούν στην αύξηση του Δείκτη Μάζας Σώματος, λόγω της της έλλειψης πρόσληψης ιχνοστοιχείων και βιταμινών, της αυξημένης πρόσληψης λιπαρών και της μη καύσης τους μέσω της άσκησης, με αποτέλεσμα να γεννάται η παχυσαρκία, η οποία παρατηρείται ως σημαντικός παράγοντας για την έναρξη αυτοάνοσων νοσημάτων και η υπερλιπιδαιμία η οποία ευθύνεται για την αύξηση καρδιαγγειακών νοσημάτων (Targońska-Stepniak, B., & Majdan, M., 2011).

Η έλλειψη χρόνου για προσωπική ξεκούραση κι ευχαρίστηση οδηγεί σε άγχος και στρες, το οποίο προκαλεί κυτταρική δυσλειτουργία εξαιτίας της διαταραχής της ισορροπίας της οξυγόνωσης και της οξειδωσης των αμυντικών οργανισμών, με αποτέλεσμα να είναι ένας από τους κύριους παράγοντες εμφάνισης των αυτοάνοσων αντισωμάτων και εκλυτικός παράγοντας για την επιδείνωση τους, καθώς πυροδοτεί κι άλλες νόσους, όπως διαταραχές της διάθεσης και ψυχιατρικές και συνδυαστικά δε βοηθάει την εξέλιξη της πορείας τους (Attwa, E., & Swelam, E., 2011).

Η προαγωγή της υγείας είναι ο στόχος-κλειδί και απαρτίζεται από το σύνολο των ενεργειών των ατόμων, το οποίο αποσκοπεί στην ανάπτυξη του ελέγχου της υγείας τους και στη βελτίωσή της. Η επιτυχία της προσπάθειας αυτής αντικατοπτρίζεται στην υγεία του πληθυσμού, όταν είναι συνολική (Θεοφίλου, Π. Α., 2015).

Συμπερασματικά η υποστήριξη μέσω κοινωνικών προγραμμάτων για ενημέρωση και πρόληψη όλων των πολιτών της κάθε χώρας, νοσούντων και μη, για τα οφέλη της υγιούς συμπεριφοράς και τις επιπτώσεις του σύγχρονου τρόπου ζωής σε όλα τα φάσματα της ζωής (σωματικής, ψυχικής, κοινωνικής, οικονομικής) αποτελεί το πιο βασικό παράγοντα για την επίτευξη της προαγωγής της υγείας και της μείωσης του ποσοστού εμφάνισης αυτοάνοσων νοσημάτων (World Health

Organization., 2009).

5.2. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η «υγεία» αποτελεί το ύψιστο αγαθό και είναι υποχρέωση όλων μας να τη διαφυλάττουμε και να μεταδίδουμε τις αρχές και τον τρόπο διατήρησης και προαγωγής της στις επόμενες γενεές. Αυτό που αποκομίσαμε από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αυτής της εργασίας είναι ότι η αύξηση των αυτοάνοσων νοσημάτων εκτός από τις ομάδες μεγάλης ηλικίας όπου παρουσιάζεται, προσβάλλει και ομάδες νεαρότερης ηλικίας, όπως αυτές των παιδιών. Καθώς ταυτόχρονα παρατηρείται η γήρανση του πληθυσμού, στόχος όλων μας πρέπει να είναι η καλύτερη ποιότητα υγιούς ζωής και η ελαχιστοποίηση των κρουσμάτων των αυτοάνοσων νοσημάτων στα παιδιά, τα οποία αποτελούν το μέλλον αυτού του κόσμου. Θα ήταν ωφέλιμο να γίνουν μελέτες ως προς την ποιότητα ζωής των παιδιών και πιο συγκεκριμένα των μαθητών, καθώς παρατηρείται ότι ο τρόπος ζωής τους διακατέχεται από έντονο στρες και άγχος απέναντι στην ολοκλήρωση των σχολικών τους υποχρεώσεων, ο ελεύθερος χρόνος τους είναι περιορισμένος και η διατροφή τους σε μεγάλο ποσοστό δεν είναι ισορροπημένη. Θα μπορούσε να ερευνηθεί αν θα μπορούσε το παιδαγωγικό σύστημα της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης να διαμορφωθεί έτσι ώστε να είναι πιο επαρκές ως προς την κάλυψη των εξωσχολικών δραστηριοτήτων, όπως τα φροντιστήρια και οι αθλοπαιδιές και ο χρόνος που θα απομένει στους μαθητές να είναι πιο ποιοτικός με τις οικογένειές τους, μειώνοντας έτσι το στρες και το άγχος τους. Επιπλέον η τάση της εποχής φέρνει τα παιδιά πιο κοντά την τεχνολογία με αποτέλεσμα να μην έχουν κίνητρο για σωματική δραστηριότητα και να υστερούν. Όλοι αυτοί οι παράγοντες αναφέρθηκαν διεξοδικά ότι αποτελούν παράγοντες κινδύνου και γι' αυτό θα πρέπει να εστιάσουμε στον τρόπο αλλαγής της συμπεριφορικής καθημερινότητάς τους, ώστε να αποφευχθεί η περαιτέρω αύξηση, η οποία θα εμφανιστεί με μαθηματική ακρίβεια, αν δεν αλλάξουν οι συνήθειες και ο σύγχρονος τρόπος ζωής. Η ενημέρωση, η πρόληψη και η έρευνα μπορούν να προάγουν την υγεία του συνολικού πληθυσμού παγκοσμίως.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αδαμαντιάδου ΣΜ., και συν., Βιολογία ΄Β Λυκείου Γενικής Παιδείας, Κεφάλαιο 1^ο, 1.4 Καρκίνος, Εκδόσεις «ΔΙΟΦΑΝΤΟΣ», σελ. 54-55, 2013.

Αυγερινός, Θ. (2007). Κοινωνιολογία του αθλητισμού. Θεσσαλονίκη: Έκδοση University Studio Press, σελ, 41.

Αυγερινού, Γ., Σταυρόπουλος, Π. Γ., Παπαδοπούλου, Α., Νασιοπούλου, Α., & Κατσάμπας, Α. Δ. (2011). Δερματικός ερυθηματώδης λύκος. Τρέχουσα κλινική κατάταξη και θεραπεία. Έκδοση 1η, Αθήνα, 221-63.

Βοζίκης, Α., & Σωτηροπούλου, Ε. Λέξεις-κλειδιά: Οικονομικά της υγείας, Ίδιες πληρωμές, Κόστος νόσου, Πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 29 (4), (448-453), 2012-Ερευνητική εργασία.

Βουλγαρέλης, Μ., Ζιάκας, Π.Δ., Παπαγεωργίου, Α., Μπάιμπα, Ε., Τζιούφας, Α.Γ., & Μουτσόπουλος, Χ.Μ. (2012). Πρόγνωση και έκβαση λεμφώματος non-Hodgkin στο πρωτοπαθές σύνδρομο Sjögren. Medicine , 91 (1), 1-9.

Γιατράκου, Σ. (2014)., < Κόπωση σχετιζόμενη με τη ποιότητα ζωής ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα και οστεοαρθρίτιδα.

Ευστάθιος Α. Παπαλάμπρος, Χειρουργική – Από το Διδακτικό και Ερευνητικό Προσωπικό του Χειρουργικού Τομέα, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Κύπρος 2011:522-524.

Θεοφίλου, Π. Α. (2015). Η συμβολή των κοινωνικών επιστημών στην αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.

Ίωαννίδης, Δ. (2008:126-130). Ψωρίαση.

Καράγεωργας, Θ. (2017). Ενεργοποίηση του συστήματος τύπου I Ιντερφερόνης στο σύνδρομο Sjogren (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Βασικών Ιατρικών Επιστημών. Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας).

- Κωνσταντόπουλος, Α., 2002, Κλινική Παιδιατρική, Παρισιάνου: Αθήνα
- Λαγουδάκη, Ε. (2021:70:73:75:77-78:80: 84-85, 89, 104). Διαχείριση του νεανικού σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔτ1) και διερεύνηση του άγχους των γονέων.
- Μανουσάκης, Μ. Ν. (2008:139-141, 145-147), Ρευματοειδής αρθρίτιδα.
- Μουτσόπουλος, Χ. Μ. (2004:121-122), Τι είναι τα αυτοάνοσα νοσήματα)
- Μουτσόπουλος, Χ. Μ. (2008:77-81), Αυτοάνοσα νοσήματα)
- Ντάλλες, Κ. & Κώστογλου-Αθανασίου, Ι. (2003). Χρόνια αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20 (1), 30-41.
- Παπαϊωάννου, Ε., Αλικάρη, Β., Τζαβέλλα, Φ., Ζυγά, Σ., Τσιρώνη, Μ., & Θεοφίλου, Π. (2020). Αξιολόγηση των παραγόντων που επιδρούν στην ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 37, (1:79-86).
- Παπανίκου, Ι., Παπαγρηγοράκη, Α., & Ρώσσιου, Φ. (2020). Μεταβολές στη ποιότητα ζωής και στην ψυχοσύνθεση παιδιών και εφήβων με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 (:07-09-10-11-20, 32, 34, 39).
- ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗ, Μ., & ΚΥΡΙΤΣΗ, Ε. (2006). Ποιότητα ζωής των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας. Νοσηλευτική, 45, 207-214.
- Σκοπούλη, Φ. Ν. (2008:127-128: 130-131). Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος: το πρότυπο των αυτοάνοσων ρευματικών νοσημάτων.
- Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ. Η., & Ψυχολογίας, Ε. Κ. Κ. (2010). ποιότητα ζωής στον αντίποδα της ψυχικής νόσου. Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών. Αθήνα.
- Τζιούφας, Α. Γ. (2008:151-155). Σύνδρομο Sjogren: αυτοάνοση επιθηλιΐτιδα.
- Φλωράκης, Δ., Κατσίκης, Η., Καρκανάκη, Α., Χατζηδημητρίου, Δ., Ζουρνατζή, Β., & Πανίδης, Δ. (2009). Παχυσαρκία Ι: Ορισμός, ταξινόμηση, αιτιολογία, παθοφυσιολογία. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ, 21(4), 299-310.
- Φράγκου, Ε. (2017). Συστημική αυτοανοσία, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος,

νεφρίτιδα (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Παθολογίας. Κλινική Δ' Παθολογική).

Φώτος, Ν. Β., & Μπροκαλάκη-Παναουδάκη, Η. (2015). Κοιλιοκάκη.

Χατζηβασίλη, Δ. (2019:76:78-80:85-86:94:104). Ο ρόλος της διατροφής στα αυτοάνοσα νοσήματα του γαστρεντερικού σωλήνα και η ψυχολογική διερεύνηση των ασθενών με κοιλιοκάκη στην Ελλάδα.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Abegunde, A. T., Muhammad, B. H., Bhatti, O., & Ali, T. (2016). Environmental risk factors for inflammatory bowel diseases: Evidence based literature review. *World journal of gastroenterology*, 22(27), 6296.

Alexiou, I., Germenis, A., Ziogas, A., Theodoridou, K., & Sakkas, L. I. (2007). Diagnostic value of anti-cyclic citrullinated peptide antibodies in Greek patients with rheumatoid arthritis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8(1), 1-7.

Alibert, J. L. (2018:21). *Précis théoretique et pratique sur les maladies de la peau* (Vol. 1). Caille et Ravier.

Altobelli, E., Paduano, R., Gentile, T., Caloisi, C., Marziliano, C., Necozone, S., & di Orio, F. (2013). Health-related quality of life in children and adolescents with celiac disease: survey of a population from central Italy. *Health and Quality of life Outcomes*, 11(1), 1-9.

Ambrogi, V., & Mineo, T. C. (2017). Benefits of comprehensive rehabilitation therapy in thymectomy for myasthenia gravis: a propensity score matching analysis. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 96(2), 77-83.

Amre, D. K., D'souza, S., Morgan, K., Seidman, G., Lambrette, P., Grimard, G., ... & Seidman, E. G. (2007). Imbalances in dietary consumption of fatty acids, vegetables, and fruits are associated with risk for Crohn's disease in children. *Official journal of the American College of Gastroenterology*

ACG, 102(9), 2016-2025.

Ananthakrishnan, A. N. (2015). Environmental risk factors for inflammatory bowel diseases: a review. *Digestive diseases and sciences*, 60(2), 290-298.

Ananthakrishnan, A. N., Khalili, H., Higuchi, L. M., Bao, Y., Korzenik, J. R., Giovannucci, E. L., ... & Chan, A. T. (2012). Higher predicted vitamin D status is associated with reduced risk of Crohn's disease. *Gastroenterology*, 142(3), 482-489.

Antle, B. J., Mills, W., Steele, C., Kalnins, I., & Rossen, B. (2008). An exploratory study of parents' approaches to health promotion in families of adolescents with physical disabilities. *Child: care, health and development*, 34(2), 185-193.

Anziska, Y., & Sternberg, A. (2013). Exercise in neuromuscular disease. *Muscle & nerve*, 48(1), 3-20.

Arlt, W. (2016). SOCIETY FOR ENDOCRINOLOGY ENDOCRINE EMERGENCY GUIDANCE: Emergency management of acute adrenal insufficiency (adrenal crisis) in adult patients. *Endocrine Connections*, 5(5), G1-G3.

Attwa, E., & Swelam, E. (2011). Relationship between smoking-induced oxidative stress and the clinical severity of psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 25(7), 782-787.

Aulinas, A., & Webb, S. M. (2014). Health-related quality of life in primary and secondary adrenal insufficiency. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 14(6), 873-888.

Bai, B., Chen, M., Fu, L., Liu, H., Jin, L., Wei, T., & Xin, F. (2020). Quality of life and influencing factors of patients with rheumatoid arthritis in Northeast China. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 1-10.

Baldini, M., Colasanti, A., Orsatti, A., Airaghi, L., Mauri, M. C., & Cappellini, M. D. (2009). Neuropsychological functions and metabolic aspects in subclinical hypothyroidism: the effects of L-thyroxine. *Progress in neuro-*

psychopharmacology and biological psychiatry, 33(5), 854-859.

Ballou, M. (1997). Μηχανισμοί δράσης ενδοφλέβιας ανοσοσφαιρίνης ορού σε αυτοάνοσα και φλεγμονώδη νοσήματα. *Journal of allergy and κλινική ανοσολογία*, 100 (2), 151-157.

Bancos, I., Hahner, S., Tomlinson, J., & Arlt, W. (2015). Diagnosis and management of adrenal insufficiency. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 3(3), 216-226.

Barberio, B., Zamani, M., Black, C. J., Savarino, E. V., & Ford, A. C. (2021). Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 6(5), 359-370.

Barbé-Tuana, F., Funchal, G., Schmitz, C. R. R., Maurmann, R. M., & Bauer, M. E. (2020, October). The interplay between immunosenescence and age-related diseases. In *Seminars in immunopathology* (Vol. 42, No. 5, pp. 545-557). Springer Berlin Heidelberg.

Barrea, L., Balato, N., Di Somma, C., Macchia, P. E., Napolitano, M., Savanelli, M. C., ... & Savastano, S. (2015). Nutrition and psoriasis: is there any association between the severity of the disease and adherence to the Mediterranean diet?. *Journal of translational medicine*, 13(1), 1-10.

Basra, H. A., & Humphries, P. D. (2017). Juvenile idiopathic arthritis: what is the utility of ultrasound?. *The British journal of radiology*, 90(1073), 20160920.

Bauer, M., Szuba, M. P., & Whybrow, P. C. (2003). Psychiatric and behavioral manifestations of hyperthyroidism and hypothyroidism.

Becker, D., Charkes, N. D., Dworkin, H., Hurley, J., McDougall, I. R., Price, D., ... & Sarkar, S. (1996). Procedure guideline for thyroid scintigraphy: 1.0. *Journal of Nuclear Medicine*, 37(7), 1264-1266.

Beckerman, N. L., & Sarracco, M. (2012). Listening to lupus patients and families: fine tuning the assessment. *Social Work in Health Care*, 51(7), 597-612.

Beckman, J. A., Goldfine, A. B., Gordon, M. B., Garrett, L. A., Keaney Jr, J. F., &

Creager, M. A. (2003). Oral antioxidant therapy improves endothelial function in Type 1 but not Type 2 diabetes mellitus. *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*, 285(6), H2392-H2398.

Benedict, R. H., Carone, D. A., & Bakshi, R. (2004). Correlating brain atrophy with cognitive dysfunction, mood disturbances, and personality disorder in multiple sclerosis. *Journal of Neuroimaging*, 14, 36S-45S.

Bensing, S., Hulting, A. L., Husebye, E. S., Kämpe, O., & Løvås, K. (2016). Management of endocrine disease: epidemiology, quality of life and complications of primary adrenal insufficiency: a review. *European Journal of Endocrinology*, 175(3), R107-R116.

Bergthorsdottir, R., Nilsson, A. G., Gillberg, P., Ekman, B., & Wahlberg, J. (2015). Health-related quality of life in patients with adrenal insufficiency receiving plenadren compared with immediate-release hydrocortisone. *Value in Health*, 18(7), A616.

Bertsias, G. K., Ioannidis, J. P. A., Aringer, M., Bollen, E., Bombardieri, S., Bruce, I. N., ... & Boumpas, D. T. (2010). EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus with neuropsychiatric manifestations: report of a task force of the EULAR standing committee for clinical affairs. *Annals of the rheumatic diseases*, 69(12), 2074-2082.

Binu, A., Kumar, S. S., Padma, U. D., & Madhu, K. (2022). Pathophysiological basis in the management of myasthenia gravis: a mini review. *Inflammopharmacology*, 1-11.

Bitton, A., Sewitch, M. J., Peppercorn, M. A., Edwardes, M. D. D., Shah, S., Ransil, B., & Locke, S. E. (2003). Psychosocial determinants of relapse in ulcerative colitis: a longitudinal study. *The American journal of gastroenterology*, 98(10), 2203-2208.

Bogdanos, D. P., & Sakkas, L. I. (2017). From microbiome to infectome in autoimmunity. *Current opinion in rheumatology*, 29(4), 369-373.

Boots, AM, Maier, AB, Stinissen, P., Masson, P., Lories, RJ, & De Keyser, F. (2013). Η επίδραση της γήρανσης στην ανάπτυξη και διαχείριση της

ρευματοειδούς αρθρίτιδας. *Nature Reviews Rheumatology* , 9 (10), 604-613.

Borus, J. S., & Laffel, L. (2010). Adherence challenges in the management of type 1 diabetes in adolescents: prevention and intervention. *Current opinion in pediatrics*, 22(4), 405.

Bouachour, G., Tirot, P., Varache, N., Gouello, J. P., Harry, P., & Alquier, P. H. (1994). Hemodynamic changes in acute adrenal insufficiency. *Intensive care medicine*, 20(2), 138-141.

Boumpas, D. T., Austin, H. A., Fessler, B. J., Balow, J. E., Klippel, J. H., & Lockshin, M. D. (1995). Systemic lupus erythematosus: emerging concepts: part 1: renal, neuropsychiatric, cardiovascular, pulmonary, and hematologic disease. *Annals of internal medicine*, 122(12), 940-950.

Bulat, V., Šitum, M., Delaš Aždajić, M., Lovrić, I., & Dediol, I. (2020). Study on the impact of psoriasis on quality of life: psychological, social and financial implications. *Psychiatria Danubina*, 32(suppl. 4), 553-561.

Burd, R. M. (2006). Psoriasis: a general overview. *British Journal of Hospital Medicine* (2005), 67(5), 259-262.

Burger, J. P., de Brouwer, B., IntHout, J., Wahab, P. J., Tummers, M., & Drenth, J. P. (2017). Systematic review with meta-analysis: Dietary adherence influences normalization of health-related quality of life in coeliac disease. *Clinical nutrition*, 36(2), 399-406.

Burisch, J., Jess, T., Martinato, M., Lakatos, P. L., & ECCO-EpiCom. (2013). The burden of inflammatory bowel disease in Europe. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(4), 322-337.

Cabrejos Quevedo, A. M. (2020). Estancia hospitalaria y soporte nutricional en pacientes de un hospital de Lima, 2016.

Caio, G., Volta, U., Sapone, A., Leffler, D. A., De Giorgio, R., Catassi, C., & Fasano, A. (2019). Celiac disease: a comprehensive current review. *BMC medicine*, 17(1), 1-20.

Callaghan, R., Prabu, A., Allan, R. B., Clarke, A. E., Sutcliffe, N., Pierre, Y. S., ...

- & UK Sjögren's Interest Group*. (2007). Direct healthcare costs and predictors of costs in patients with primary Sjögren's syndrome. *Rheumatology*, 46(1), 105-111.
- Carr, A. J., Gibson, B., & Robinson, P. G. (2001). Is quality of life determined by expectations or experience?. *Bmj*, 322(7296), 1240-1243.
- Carrascosa, J. M., Rocamora, V., Fernandez-Torres, R. M., Jimenez-Puya, R., Moreno, J. C., Coll-Puigserver, N., & Fonseca, E. (2014). Obesity and psoriasis: inflammatory nature of obesity, relationship between psoriasis and obesity, and therapeutic implications. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*, 105(1), 31-44.
- Carter, M. J., Lobo, A. J., & Travis, S. P. (2004). Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*, 53(suppl 5), v1-v16.
- Caturegli, P., De Remigis, A., & Rose, N. R. (2014). Hashimoto thyroiditis: clinical and diagnostic criteria. *Autoimmunity reviews*, 13(4-5), 391-397.
- Chae, J., Yang, H. I., Kim, B., Park, S. J., & Jeon, J. Y. (2016). Inflammatory bowel disease patients' participation, attitude and preferences toward exercise. *International Journal of Sports Medicine*, 37(08), 665-670.
- Chanson, P., Guignat, L., Goichot, B., Chabre, O., Samara, D., Boustani, R. R., ... & Sanson11, M. L. R. Consensus de la Société Française d'Endocrinologie sur l'insuffisance surrénale primaire Comment dépister et confirmer le diagnostic d'insuffisance surrénale?. Group 2: Adrenal insufficiency: screening methods and confirmation of diagnosis. *Ann Endocrinol (Paris)*. December 2017; 78 (6):495-511.
- Chao, A., Thun, M. J., Jacobs, E. J., Henley, S. J., Rodriguez, C., & Calle, E. E. (2000). Cigarette smoking and colorectal cancer mortality in the cancer prevention study II. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(23), 1888-1896.
- Cornec, D., Devauchelle-Pensec, V., Mariette, X., Jousse-Joulin, S., Berthelot, J. M., Perdriger, A., ... & Saraux, A. (2017). Severe Health-Related quality of life impairment in active primary Sjögren's syndrome and Patient-Reported outcomes: data from a large therapeutic trial. *Arthritis Care & Research*, 69(4), 528-535.

Cosnes, J., & Nion-Larmurier, I. (2011). Complications of celiac disease. *Pathologie-biologie*, 61(2), e21-6.

Croce, C. M. (2008). Oncogenes and cancer. *New England journal of medicine*, 358(5), 502-511.

Crume, T. L., Crandell, J., Norris, J. M., Dabelea, D., Fangman, M. T., Pettitt, D. J., ... & Mayer-Davis, E. J. (2014). Timing of complementary food introduction and age at diagnosis of type 1 diabetes: the SEARCH nutrition ancillary study (SNAS). *European journal of clinical nutrition*, 68(11), 1258-1260.

Cutolo, M., Capellino, S., Sulli, A., Serioli, B., Secchi, M. E., Villaggio, B., & Straub, R. H. (2006). Estrogens and autoimmune diseases. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1089(1), 538-547.

Czenczek-Lewandowska, E., Leszczak, J., Baran, J., Weres, A., Wyszyńska, J., Lewandowski, B., ... & Mazur, A. (2019). Levels of physical activity in children and adolescents with type 1 diabetes in relation to the healthy comparators and to the method of insulin therapy used. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3498.

Danese, S., Semeraro, S., Papa, A., Roberto, I., Scaldaferri, F., Fedeli, G., ... & Gasbarrini, A. (2005). Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *World journal of gastroenterology*, 11(46), 7227.

Davidovici, B. B., Sattar, N., Jörg, P. C., Puig, L., Emery, P., Barker, J. N., ... & Krueger, J. G. (2010). Psoriasis and systemic inflammatory diseases: potential mechanistic links between skin disease and co-morbid conditions. *Journal of Investigative Dermatology*, 130(7), 1785-1796.

Davies, R. J., Lomer, M. C. E., Yeo, S. I., Avloniti, K., Sangle, S. R., & D'Cruz, D. P. (2012). Weight loss and improvements in fatigue in systemic lupus erythematosus: a controlled trial of a low glycaemic index diet versus a calorie restricted diet in patients treated with corticosteroids. *Lupus*, 21(6), 649-655.

Davies, T. F., Andersen, S., Latif, R., Nagayama, Y., Barbesino, G., Brito, M., ... & Kahaly, G. J. (2020). Graves' disease. *Nature reviews Disease primers*, 6(1), 1-23.

Davis, M., Young, L., Davis, S. P., & Moll, G. (2011). Parental Depression, Family Functioning, and Obesity among African American Children. *ABNF Journal*, 22(1).

de Martel, C., Georges, D., Bray, F., Ferlay, J., & Clifford, G. M. (2020). Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. *The Lancet Global Health*, 8(2), e180-e190.

DeFilippis, E. M., Tabani, S., Warren, R. U., Christos, P. J., Bosworth, B. P., & Scherl, E. J. (2016). Exercise and self-reported limitations in patients with inflammatory bowel disease. *Digestive diseases and sciences*, 61(1), 215-220.

Delamater, A. M., de Wit, M., McDarby, V., Malik, J., & Acerini, C. L. (2014). Psychological care of children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric diabetes*, 15(S20), 232-244.

Dhake, P., & Shinde, S. B. (2022). Physiotherapy in psoriatic arthritis: A systematic review. *DY Patil Journal of Health Sciences*, 10(1), 27.

Due, A., Larsen, T. M., Mu, H., Hermansen, K., Stender, S., & Astrup, A. (2008). Comparison of 3 ad libitum diets for weight-loss maintenance, risk of cardiovascular disease, and diabetes: a 6-mo randomized, controlled trial. *The American journal of clinical nutrition*, 88(5), 1232-1241.

Duff, W., Haskey, N., Potter, G., Alcorn, J., Hunter, P., & Fowler, S. (2018). Non-pharmacological therapies for inflammatory bowel disease: Recommendations for self-care and physician guidance. *World Journal of Gastroenterology*, 24(28), 3055.

Elberling, T. V., Rasmussen, A. K., Feldt-Rasmussen, U., Hording, M., Perrild, H., & Waldemar, G. (2004). Impaired health-related quality of life in Graves' disease. A prospective study. *European journal of Endocrinology*, 151(5), 549-555.

Erbil, Y., Barbaros, U., Özbey, N., Kapran, Y., Tükenmez, M., Bozbora, A., & Özarmağan, S. (2008). Graves' disease, with and without nodules, and the risk of thyroid carcinoma. *The Journal of Laryngology & Otology*, 122(3), 291-295.

Fallahi, P., Ferrari, S. M., & Antonelli, A. (2017). In patients with subclinical hypothyroidism while in therapy with tablet L-T4, the liquid L-T4 formulation is more effective in restoring euthyroidism. *Endocrine Practice*, 23(2), 170-174.

Fangtham, M., Kasturi, S., Bannuru, R. R., Nash, J. L., & Wang, C. (2019). Non-pharmacologic therapies for systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 28(6), 703-712.

Farrugia, M. E., & Goodfellow, J. A. (2020). A practical approach to managing patients with Myasthenia Gravis—Opinions and a review of the literature. *Frontiers in Neurology*, 11, 604.

Feigin, V. L., Forouzanfar, M. H., Krishnamurthi, R., Mensah, G. A., Connor, M., Bennett, D. A., ... & Murray, C. (2014). Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 383(9913), 245-255.

Feigin, V. L., Krishnamurthi, R., Bhattacharjee, R., Parmar, P., Theadom, A., Hussein, T., ... & Moran, A. E. (2015). New strategy to reduce the global burden of stroke. *Stroke*, 46(6), 1740-1747.

Feinstein, A., Magalhaes, S., Richard, J. F., Audet, B., & Moore, C. (2014). The link between multiple sclerosis and depression. *Nature Reviews Neurology*, 10(9), 507-517.

Feldman, S. R., Malakouti, M., & Koo, J. Y. (2014). Social impact of the burden of psoriasis: effects on patients and practice. *Dermatology Online Journal*, 20(8).

Fernández-Jiménez, E., & Arnett, P. A. (2015). Impact of neurological impairment, depression, cognitive function and coping on quality of life of people with multiple sclerosis: A relative importance analysis. *Multiple Sclerosis Journal*, 21(11), 1468-1472.

Finegold, J. A., Asaria, P., & Francis, D. P. (2013). Mortality from ischaemic heart disease by country, region, and age: statistics from World Health Organisation and United Nations. *International journal of cardiology*, 168(2), 934-945.

Fortin, E., Cestari, D. M., & Weinberg, D. H. (2018). Ocular myasthenia gravis:

an update on diagnosis and treatment. *Current opinion in ophthalmology*, 29(6), 477-484.

Frankel, H. C., Han, J., Li, T., & Qureshi, A. A. (2012). The association between physical activity and the risk of incident psoriasis. *Archives of dermatology*, 148(8), 918-924.

Freeman, H. J. (2002). Familial Crohn's disease in single or multiple first-degree relatives. *Journal of clinical gastroenterology*, 35(1), 9-13.

Fritsch, H., & Leonhardt, H. (2009). *Taschenatlas Anatomie (Vol. 2)*. Georg Thieme Verlag.

Fuller-Thomson, E., Lateef, R., & Sulman, J. (2015). Robust association between inflammatory bowel disease and generalized anxiety disorder: findings from a nationally representative Canadian study. *Inflammatory bowel diseases*, 21(10), 2341-2348.

Gare, B. A. (1999). Juvenile arthritis—who gets it, where and when? A review of current data on incidence and prevalence. *Clin Exp Rheumatol*, 17(3), 367-374.

Gaya, D. R., Russell, R. K., Nimmo, E. R., & Satsangi, J. (2006). New genes in inflammatory bowel disease: lessons for complex diseases?. *The Lancet*, 367(9518), 1271-1284.

GF, H. T. (2009). Assessment of nutritional status in a Mexican population of adult patients with rheumatoid arthritis. *Nutricion Hospitalaria*, 24(2), 233-238.

Ghareeb, Z., Alfaraj, S., & Alnaji, Z. (2020). Primary adrenal insufficiency secondary to bilateral adrenal lymphoma. *Journal of Diabetes and Endocrine Practice*, 3(01), 9-11.

Ghasemi, N., Razavi, S., & Nikzad, E. (2017). Multiple sclerosis: pathogenesis, symptoms, diagnoses and cell-based therapy. *Cell Journal (Yakhteh)*, 19(1), 1.

Giancane, G., Consolaro, A., Lanni, S., Davì, S., Schiappapietra, B., & Ravelli, A. (2016). Juvenile idiopathic arthritis: diagnosis and treatment. *Rheumatology and therapy*, 3(2), 187-207.

Gibson, T. B., Ng, E., Ozminkowski, R. J., Wang, S., Burton, W. N., Goetzel, R. Z., & Maclean, R. (2008). The direct and indirect cost burden of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1261-1272.

Gilhus, N. E., & Verschuuren, J. J. (2015). Myasthenia gravis: subgroup classification and therapeutic strategies. *The Lancet Neurology*, 14(10), 1023-1036. Giovannoni, G. (2006). Multiple sclerosis related fatigue. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 77(1), 2-3.

Ginsberg, J., (2003). Διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου του Graves. *Cmaj*, 168 (5), 575-585.

Giron-Gonzalez, J. A., Moral, F. J., Elvira, J., Garcia-Gil, D., Guerrero, F., Gavilan, I., & Escobar, L. (2000). Consistent production of a higher T~ H1: T~ H2 cytokine ratio by stimulated T cells in men compared with women. *European journal of endocrinology*, 143(1), 31-36.

Gladman, D. D., Ibanez, D., & Urowitz, M. B. (2002). Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000. *The Journal of rheumatology*, 29(2), 288-291.

Goss, J. S. (2003). Comparative analysis of BMI, consumption of fruits & vegetables, smoking, & physical activity among Florida residents.

Graff, L. A., Walker, J. R., Lix, L., Clara, I., Rawsthorne, P., Rogala, L., ... & Bernstein, C. N. (2006). The relationship of inflammatory bowel disease type and activity to psychological functioning and quality of life. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 4(12), 1491-1501.

Greenland, P., Knoll, M. D., Stamler, J., Neaton, J. D., Dyer, A. R., Garside, D. B., & Wilson, P. W. (2003). Major risk factors as antecedents of fatal and nonfatal coronary heart disease events. *Jama*, 290(7), 891-897.

Guignat, L. (2018, June). Therapeutic patient education in adrenal insufficiency. In *Annales d'endocrinologie* (Vol. 79, No. 3, pp. 167-173). Elsevier Masson.

Gunnarsson, C., Ryan, M. P., Marelli, C., Baker, E. R., Stewart, P. M.,

Johannsson, G., & Biller, B. M. (2017). Health care burden in patients with adrenal insufficiency. *Journal of the Endocrine Society*, 1(5), 512-523.

Guptill, J. T., Marano, A., Krueger, A., & Sanders, D. B. (2011). Cost analysis of myasthenia gravis from a large US insurance database. *Muscle & nerve*, 44(6), 907-911.

Guptill, J. T., Sharma, B. K., Marano, A., Soucy, A., Krueger, A., & Sanders, D. B. (2012). Estimated cost of treating myasthenia gravis in an insured US population. *Muscle & nerve*, 45(3), 363-366.

Harbord, M., Eliakim, R., Bettenworth, D., Karmiris, K., Katsanos, K., Kopylov, U., ... & Carbonnel, F. (2017). Third European evidence-based consensus on diagnosis and management of ulcerative colitis. Part 2: current management. *Journal of Crohn's and Colitis*, 11(7), 769-784.

Hehir, M. K., & Silvestri, N. J. (2018). Generalized myasthenia gravis: classification, clinical presentation, natural history, and epidemiology. *Neurologic clinics*, 36(2), 253-260.

Henriksen, M., Jahnsen, J., Lygren, I., Sauar, J., Schulz, T., Stray, N., ... & Ibsen Study Group. (2006). Change of diagnosis during the first five years after onset of inflammatory bowel disease: results of a prospective follow-up study (the IBSEN Study). *Scandinavian journal of gastroenterology*, 41(9), 1037-1043.

Herbst A, Kordonouri O, Schwab KO, Schmidt F, Holl RW; DPV Initiative of the German Working Group for Pediatric Diabetology Germany. (2007), (Impact of physical activity on cardiovascular risk factors in children with type 1 diabetes: a multicenter study of 23,251 patients), (*Diabetes Care*, 30(8):2098-100).

Higgins, H. (2000). Αλκοόλ, κάπνισμα και ψωρίαση. *Κλινική και πειραματική δερματολογία*, 25 (2), 107-110.

Holl, R. W., Bohm, B., Loos, U., Grabert, M., Heinze, E., & Homoki, J. (1999). Thyroid autoimmunity in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Hormone Research in Paediatrics*, 52(3), 113-118.

Hollowell, J. G., Staehling, N. W., Flanders, W. D., Hannon, W. H., Gunter, E.

W., Spencer, C. A., & Braverman, L. E. (2002). Serum TSH, T4, and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(2), 489-499.

Hotel, R. (2014). National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK).

Hu, S. C. S., & Lan, C. C. E. (2017). Psoriasis and cardiovascular comorbidities: focusing on severe vascular events, cardiovascular risk factors and implications for treatment. *International journal of molecular sciences*, 18(10), 2211.

Huppertz-Hauss, G., Høivik, M. L., Langholz, E., Odes, S., Småstuen, M., Stockbrugger, R., ... & Bernklev, T. (2015). Health-related quality of life in inflammatory bowel disease in a European-wide population-based cohort 10 years after diagnosis. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(2), 337-344.

Husebye, E. S., Anderson, M. S., & Kämpe, O. (2018). Autoimmune polyendocrine syndromes. *New England Journal of Medicine*, 378(12), 1132-1141.

Insel, R. A., Dunne, J. L., Atkinson, M. A., Chiang, J. L., Dabelea, D., Gottlieb, P. A., ... & Ziegler, A. G. (2015). Staging presymptomatic type 1 diabetes: a scientific statement of JDRF, the Endocrine Society, and the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 38(10), 1964-1974.

Ittermann, T., Völzke, H., Baumeister, S. E., Appel, K., & Grabe, H. J. (2015). Diagnosed thyroid disorders are associated with depression and anxiety. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(9), 1417-1425.

Jacobson, D. L. (1997). Gange SJ, Rose NR, and Graham NM. Epidemiology and estimated population burden of selected autoimmune diseases in the United States. *Clin Immunol Immunopathol*, 84, 223-243.

Jeong, A., Min, J. H., Kang, Y. K., Kim, J., Choi, M., Seok, J. M., & Kim, B. J. (2018). Factors associated with quality of life of people with Myasthenia Gravis. *PLoS One*, 13(11), e0206754.

Johnston, S. C., Mendis, S., & Mathers, C. D. (2009). Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and modelling. *The Lancet Neurology*, 8(4), 345-354.

Jones, P. D., Kappelman, M. D., Martin, C. F., Chen, W., Sandler, R. S., & Long, M. D. (2015). Exercise decreases risk of future active disease in patients with inflammatory bowel disease in remission. *Inflammatory bowel diseases*, 21(5), 1063-1071.

Kalla, R., Ventham, N. T., Satsangi, J., & Arnott, I. D. (2014). Crohn's disease. *Bmj*, 349.

Karaiskos, D., Mavragani, C. P., Makaroni, S., Zinzaras, E., Voulgarelis, M., Rabavilas, A., & Moutsopoulos, H. M. (2009). Stress, coping strategies and social support in patients with primary Sjögren's syndrome prior to disease onset: a retrospective case-control study. *Annals of the rheumatic diseases*, 68(1), 40-46.

Katz Sand, I. (2018). The role of diet in multiple sclerosis: mechanistic connections and current evidence. *Current nutrition reports*, 7(3), 150-160.

Kawicka, A., & Regulska-Plow, B. (2015). Μεταβολικές διαταραχές και διατροφική κατάσταση σε αυτοάνοσες παθήσεις του θυρεοειδούς. Πρόοδοι στην Υγιεινή και την Πειραματική Ιατρική/Μετά την Πειραματική Ιατρική *Higieny i Medycyny Doswiadczalnej* , 69.

Kern, S., Schrempf, W., Schneider, H., Schultheiss, T., Reichmann, H., & Ziemssen, T. (2009). Neurological disability, psychological distress, and health-related quality of life in MS patients within the first three years after diagnosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 15(6), 752-758.

Kilmer, D. D. (2002). Response to aerobic exercise training in humans with neuromuscular disease. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 81(11), S148-S150.

King, A. C., Taylor, C. B., & Haskell, W. L. (1993). Effects of differing intensities and formats of 12 months of exercise training on psychological outcomes in older adults. *Health psychology*, 12(4), 292.

- Kirkgoz, T., & Guran, T. (2018). Primary adrenal insufficiency in children: Diagnosis and management. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 32(4), 397-424.
- Koning, F. (2014). Pathophysiology of celiac disease. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 59, 1-4.
- Krupp, L. B., Serafin, D. J., & Christodoulou, C. (2010). Multiple sclerosis-associated fatigue. *Expert review of neurotherapeutics*, 10(9), 1437-1447.
- Kudligi, C., Odugouda, S. G., Kuntoji, V., Bhagwat, P. V., Asati, D. P., & Dhayaneethi, E. (2016). A clinical study of psoriasis and its association with co-morbid conditions. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 26(4), 298-305.
- Kupfer, S. S., & Jabri, B. (2012). Celiac disease pathophysiology. *Gastrointestinal endoscopy clinics of North America*, 22(4).
- Lane, L. C., Rankin, J., & Cheetham, T. (2021). A survey of the young person's experience of Graves' disease and its management. *Clinical Endocrinology*, 94(2), 330-340.
- Lebwohl, B., Ludvigsson, J. F., & Green, P. H. (2015). Celiac disease and non-celiac gluten sensitivity. *Bmj*, 351.
- Lerner, A., Jeremias, P., & Matthias, T. (2015). The world incidence and prevalence of autoimmune diseases is increasing. *Int J Celiac Dis*, 3(4), 151-5.
- Lewis, D., Haridy, J., & Newnham, E. D. (2017). Testing for coeliac disease. *Australian prescriber*, 40(3), 105.
- Liang, J., Zeng, W., Fang, F., Yu, T., Zhao, Y., Fan, X., ... & Gao, X. (2017). Clinical analysis of Hashimoto thyroiditis coexistent with papillary thyroid cancer in 1392 patients. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 37(5), 393.
- Lim, K. J., Odukoya, O. A., Ajjan, R. A., Li, T. C., Weetman, A. P., & Cooke, I. D. (2000). The role of T-helper cytokines in human reproduction. *Fertility and sterility*, 73(1), 136-142.

Limdi, J. K., Aggarwal, D., & McLaughlin, J. T. (2016). Dietary practices and beliefs in patients with inflammatory bowel disease. *Inflammatory bowel diseases*, 22(1), 164-170.

Lindsay, S., Kingsnorth, S., Mcdougall, C., & Keating, H. (2014). A systematic review of self-management interventions for children and youth with physical disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 36(4), 276-288.

Lissauer, T. and Clayden, G. Foster. (2016). Σύγχρονη Παιδιατρική. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη. 4 η ελληνική έκδοση. Σελ.605-614. ΑΘΗΝΑ.

Liu, E., & Eisenbarth, G. S. (2002). Type 1A diabetes mellitus-associated autoimmunity. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 31(2), 391-410.

Lobentanz, I. S., Asenbaum, S., Vass, K., Sauter, C., Klösch, G., Kollegger, H., ... & Zeitlhofer, J. (2004). Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Acta Neurologica Scandinavica*, 110(1), 6-13.

Loftus Jr, E. V. (2004). Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*, 126(6), 1504-1517.

Lonergan, R., Kinsella, K., Fitzpatrick, P., Duggan, M., Jordan, S., Bradley, D., ... & Tubridy, N. (2015). Unmet needs of multiple sclerosis patients in the community. *Multiple sclerosis and related disorders*, 4(2), 144-150.

Lopez-Bastida, J., López-Siguero, J. P., Oliva-Moreno, J., Perez-Nieves, M., Villoro, R., Dilla, T., ... & Vázquez, L. A. (2017). Social economic costs of type 1 diabetes mellitus in pediatric patients in Spain: CHRYSTAL observational study. *Diabetes research and clinical practice*, 127, 59-69.

Ludvigsson, J. F., & Green, P. H. (2011). Clinical management of coeliac disease. *Journal of internal medicine*, 269(6), 560-571.

Lwin, M. N., Serhal, L., Holroyd, C., & Edwards, C. J. (2020). Rheumatoid arthritis: the impact of mental health on disease: a narrative review. *Rheumatology and therapy*, 7(3), 457-471.

MacDonald, B. K., Cockerell, O. C., Sander, J. W. A. S., & Shorvon, S. D. (2000). The incidence and lifetime prevalence of neurological disorders in a prospective community-based study in the UK. *Brain*, 123(4), 665-676.

Magalhães, J., Castro, F. D. D., Carvalho, P. B., Moreira, M. J., & Cotter, J. (2014). Quality of life in patients with inflammatory bowel disease: importance of clinical, demographic and psychosocial factors. *Arquivos de gastroenterologia*, 51, 192-197.

Magistrale, G., Pisani, V., Argento, O., Incerti, C. C., Bozzali, M., Cadavid, D., ... & Nocentini, U. (2015). Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS-II) in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 21(4), 448-456.

Mahmutovic, J., Zukic, M., Pasalic, A., Brankovic, S., Jaganjac, A., & Katana, B. (2017). Correlation between quality of life and depression among persons suffering from psoriasis. *Medical Archives*, 71(5), 341.

Manzel, A., Muller, D. N., Hafler, D. A., Erdman, S. E., Linker, R. A., & Kleinewietfeld, M. (2014). Role of “Western diet” in inflammatory autoimmune diseases. *Current allergy and asthma reports*, 14(1), 1-8.

Marcdante, K., & Kliegman, R. M. (2016:728-729). *Nelson Essentials of Pediatrics-E-Book: First South Asia Edition*. Elsevier Health Sciences.

Mariné, M., Farre, C., Alsina, M., Vilar, P., Cortijo, M., Salas, A., ... & Esteve, M. (2011). The prevalence of coeliac disease is significantly higher in children compared with adults. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 33(4), 477-486.

Marrone S, Plume JW, Kerr P, Pignol A, Vogeltanz-Holm N, Holm J, Larsen MA. (2009) The role of free-play physical activity in healthy blood glucose maintenance in children with type 1 diabetes mellitus, (*Psychology, health & medicine*, 14(1), 48-52).

Maton, A., Hopkins, J., McLaughlin, C. W., Johnson, S., Warner, M. Q., LaHart, D., & Wright, J. D. *Human Biology and Health* (1993). Englewood Cliffs, New Jersey, US: Prentice Hall.

Maunder, R. G. (2005). Evidence that stress contributes to inflammatory bowel disease: evaluation, synthesis, and future directions. *Inflammatory bowel diseases*, 11(6), 600-608.

Mavragani, C. P., & Moutsopoulos, H. M. (2014). Sjögren syndrome. *Cmaj*, 186(15), E579-E586.

McIntyre, R. S., Soczynska, J. K., Konarski, J. Z., Woldeyohannes, H. O., Law, C. W., Miranda, A., ... & Kennedy, S. H. (2007). Should depressive syndromes be reclassified as “metabolic syndrome type II”? *Annals of Clinical Psychiatry*, 19(4), 257-264.

Meier, J., & Sturm, A. (2011). Current treatment of ulcerative colitis. *World journal of gastroenterology: WJG*, 17(27), 3204.

Mendis, S., Puska, P., Norrving, B., & World Health Organization. (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. World Health Organization.

Meriglioli, M. N., & Sanders, D. B. (2009). Autoimmune myasthenia gravis: emerging clinical and biological heterogeneity. *The Lancet Neurology*, 8(5), 475-490.

Michels, A. W., & Eisenbarth, G. S. (2010). Immunologic endocrine disorders. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 125(2), S226-S237.

Mikulska, A. A., Karaźniewicz-Łada, M., Filipowicz, D., Ruchała, M., & Główska, F. K. (2022). Metabolic Characteristics of Hashimoto’s Thyroiditis Patients and the Role of Microelements and Diet in the Disease Management—An Overview. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(12), 6580.

Molodecky, N. A., Soon, S., Rabi, D. M., Ghali, W. A., Ferris, M., Chernoff, G., ... & Kaplan, G. G. (2012). Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology*, 142(1), 46-54.

Muftin, Z. (2012). *Psychosocial Self Help for Disfigurement*.

Nakamizo, S., Honda, T., Adachi, A., Nagatake, T., Kunisawa, J., Kitoh, A., ... &

- Kabashima, K. (2017). High fat diet exacerbates murine psoriatic dermatitis by increasing the number of IL-17-producing $\gamma\delta$ T cells. *Scientific reports*, 7(1), 1-13.
- Naldi, L., Chatenoud, L., Linder, D., Fortina, A. B., Peserico, A., Virgili, A. R., ... & La Vecchia, C. (2005). Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case-control study. *Journal of Investigative Dermatology*, 125(1), 61-67.
- Nam, J. L., Winthrop, K. L., van Vollenhoven, R. F., Pavelka, K., Valesini, G., Hensor, E. M. A., ... & Buch, M. H. (2010). Current evidence for the management of rheumatoid arthritis with biological disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of RA. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69(6), 976-986.
- Negrini, S., Emmi, G., Greco, M., Borro, M., Sardanelli, F., Murdaca, G., ... & Puppo, F. (2022). Sjögren's syndrome: a systemic autoimmune disease. *Clinical and experimental medicine*, 22(1), 9-25.
- Norris, J. M., Johnson, R. K., & Stene, L. C. (2020). Type 1 diabetes—Early life origins and changing epidemiology. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 8(3), 226-238.
- Nourbakhsh, M., Ahmadpour, F., Chahardoli, B., Malekpour-Dehkordi, Z., Nourbakhsh, M., Hosseini-Fard, S. R., ... & Razzaghy-Azar, M. (2016). Selenium and its relationship with selenoprotein P and glutathione peroxidase in children and adolescents with Hashimoto's thyroiditis and hypothyroidism. *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*, 34, 10-14.
- Noureldine, S. I., & Tufano, R. P. (2015). Association of Hashimoto's thyroiditis and thyroid cancer. *Current opinion in oncology*, 27(1), 21-25.
- O'donnell, M. J., Xavier, D., Liu, L., Zhang, H., Chin, S. L., Rao-Melacini, P., ... & Yusuf, S. (2010). Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *The Lancet*, 376(9735), 112-123.
- Olafsson, A. S., & Sigurjonsdottir, H. A. (2016). Increasing prevalence of Addison disease: results from a nationwide study. *Endocrine Practice*, 22(1), 30-

35.

Oliveira, S., Zaltman, C., Elia, C., Vargens, R., Leal, A., Barros, R., & Fogaça, H. (2007). Quality-of-life measurement in patients with inflammatory bowel disease receiving social support. *Inflammatory bowel diseases*, 13(4), 470-474.

Ordas, D. M., & Labbate, L. A. (1995). Routine screening of thyroid function in patients hospitalized for major depression or dysthymia?. *Annals of clinical psychiatry*, 7(4), 161-165.

Osborn, K. S., Wraa, C. E., & Watson, A. B. (2010). *Medical-surgical nursing: preparation for practice*. Prentice Hall.

Otón, T., & Carmona, L. (2019). The epidemiology of established rheumatoid arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 33(5), 101477.

Owolabi, M. O., Arulogun, O., Melikam, S., Adeoye, A. M., Akarolo-Anthony, S., Akinyemi, R., ... & Owolabi, L. (2015). The burden of stroke in Africa: a glance at the present and a glimpse into the future. *Cardiovascular journal of Africa*, 26(2 H3Africa Suppl), S27.

Pariante, B., Cosnes, J., Danese, S., Sandborn, W. J., Lewin, M., Fletcher, J. G., ... & Lémann, M. (2011). Development of the Crohn's disease digestive damage score, the Lemann score. *Inflammatory bowel diseases*, 17(6), 1415-1422.

Park, K. T., Ehrlich, O. G., Allen, J. I., Meadows, P., Szigethy, E. M., Henrichsen, K., ... & Heller, C. A. (2020). The cost of inflammatory bowel disease: an initiative from the Crohn's & Colitis Foundation. *Inflammatory bowel diseases*, 26(1), 1-10.

Park, M. D., Bhattacharya, J., & Park, K. T. (2014). Differences in healthcare expenditures for inflammatory bowel disease by insurance status, income, and clinical care setting. *PeerJ*, 2, e587.

Pasquinelli, S., & Solaro, C. (2008). Nutritional assessment and malnutrition in multiple sclerosis. *Neurological sciences*, 29(4), 367-369.

Pendlebury, S. T., & Rothwell, P. M. (2009). Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and

- meta-analysis. *The Lancet Neurology*, 8(11), 1006-1018.
- Perez Pérez, C. A. (2009). Prescription of physical exercise in Crohn's disease. *Journal of Crohn's and Colitis*, 3(4), 225-231.
- Phitayakorn, R., Morales-Garcia, D., Wanderer, J., Lubitz, C. C., Gaz, R. D., Stephen, A. E., ... & Parangi, S. (2013). Surgery for Graves' disease: a 25-year perspective. *The American Journal of Surgery*, 206(5), 669-673.
- Ploeger, H., Obeid, J., Nguyen, T., Takken, T., Issenman, R., de Greef, M., & Timmons, B. (2012). Exercise and inflammation in pediatric Crohn's disease. *International journal of sports medicine*, 33(08), 671-679.
- Priscilla LeMone, Karen Burke, Gerene Bauldoff, Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς, Τόμος 1ος , Έκδοση 5η , Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα 2014:670-672.
- Prummel, MF, & Wiersinga, WM (1993). Κάπνισμα και κίνδυνος νόσου του Graves. *Jama* , 269 (4), 479-482.
- Quirk, H., Blake, H., Tennyson, R., Randell, T. L., & Glazebrook, C. (2014). Physical activity interventions in children and young people with type 1 diabetes mellitus: a systematic review with meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 31(10), 1163-1173.
- Rabson, A., Roitt, I. M., & Delves, P. J. (2005). Really essential medical immunology. Blackwell Pub..
- Ragnarsson, O., Mattsson, A. F., Monson, J. P., Filipsson Nyström, H., Åkerblad, A. C., Kołtowska-Häggström, M., & Johannsson, G. (2014). The relationship between glucocorticoid replacement and quality of life in 2737 hypopituitary patients. *European Journal of Endocrinology*, 171(5), 571-579.
- Reddy, K. P., Parker, R. A., Losina, E., Baggett, T. P., Paltiel, A. D., Rigotti, N. A., ... & Walensky, R. P. (2016). Impact of cigarette smoking and smoking cessation on life expectancy among people with HIV: a US-based modeling study. *The Journal of infectious diseases*, 214(11), 1672-1681.
- Riguetto, C. M., Neto, A. M., Tambascia, M. A., & Zantut-Wittmann, D. E.

(2019). The relationship between quality of life, cognition, and thyroid status in Graves' disease. *Endocrine*, 63(1), 87-93.

Roze, S., Valentine, W. J., Zakrzewska, K. E., & Palmer, A. J. (2005). Health-economic comparison of continuous subcutaneous insulin infusion with multiple daily injection for the treatment of Type 1 diabetes in the UK. *Diabetic Medicine*, 22(9), 1239-1245.

Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., ... & IDF Diabetes Atlas Committee. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas. *Diabetes research and clinical practice*, 157, 107843.

Sainsbury, A., & Heatley, R. V. (2005). Psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 21(5), 499-508.

Salem MA, Aboelasar MA, Elbarbary NS, Elhilaly RA, Refaat YM. (2010) Is exercise a therapeutic tool for improvement of cardiovascular risk factors in adolescents with type 1 diabetes mellitus? A randomised controlled trial, (*Diabetology & Metabolic Syndrome*, 2(1),47).

Sedaghat, F., Jessri, M., Behrooz, M., Mirghotbi, M., & Rashidkhani, B. (2016). Mediterranean diet adherence and risk of multiple sclerosis: a case-control study. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 25(2), 377-384.

Serhal, L., Lwin, M. N., Holroyd, C., & Edwards, C. J. (2020). Rheumatoid arthritis in the elderly: Characteristics and treatment considerations. *Autoimmunity Reviews*, 19(6), 102528.

Shah, S., Akbari, M., Vanga, R., Kelly, C. P., Hansen, J., Theethira, T., ... & Leffler, D. A. (2014). Patient perception of treatment burden is high in celiac disease compared to other common conditions. *The American journal of gastroenterology*, 109(9), 1304.

Sibbitt, W. L., Brandt, J. R., Johnson, C. R., Maldonado, M. E., Patel, S. R., Ford, C. C., ... & Brooks, W. M. (2002). The incidence and prevalence of

neuropsychiatric syndromes in pediatric onset systemic lupus erythematosus. *The Journal of rheumatology*, 29(7), 1536-1542.

Silverberg, M. S., Satsangi, J., Ahmad, T., Arnott, I. D., Bernstein, C. N., Brant, S. R., ... & Warren, B. F. (2005). Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Canadian journal of gastroenterology*, 19(Suppl A), 5A-36A.

Silvestri, N. J., & Wolfe, G. I. (2018). Myasthenia Gravis: Classification and Outcome Measurements. In *Myasthenia gravis and related disorders* (pp. 307-318). Humana Press, Cham.

Souirti, Z., Lahlou, M., El Ouali, O., Chtaou, N., Aarab, C., El Ghazouani, F., ... & Messouak, O. (2013). Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus.

Stankov, K., Benc, D., & Draskovic, D. (2013). Genetic and epigenetic factors in etiology of diabetes mellitus type 1. *Pediatrics*, 132(6), 1112-1122.

Stephen J. McPhee., Χαράλαμπος Μ. Μουτσόπουλος., 2009., Παθολογική Φυσιολογία. Μεταφράστηκε από Δουράτσος Δ. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Stoll, M. L., & Cron, R. Q. (2014). Treatment of juvenile idiopathic arthritis: a revolution in care. *Pediatric rheumatology*, 12(1), 1-10.

Stoll, T., Kauer, Y., Büchi, S., Klaghofer, R., Sensky, T., & Villiger, P. M. (2001). Prediction of depression in systemic lupus erythematosus patients using SF-36 Mental Health scores. *Rheumatology*, 40(6), 695-698.

Styrt, B., & Sugarman, B. (1991). Estrogens and infection. *Reviews of infectious diseases*, 13(6), 1139-1150.

Sussman, M., Benner, J., Haller, M. J., Rewers, M., & Griffiths, R. (2020). Estimated lifetime economic burden of type 1 diabetes. *Diabetes technology & therapeutics*, 22(2), 121-130.

Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M., Erim, Y., Freudenberg, L., Schöpfer, N., ... & Görge, R. (2005). Health-related quality of life, anxiety and depression in

thyroid cancer patients under short-term hypothyroidism and TSH-suppressive levothyroxine treatment. *European journal of endocrinology*, 153(6), 755-763.

Talarska, D., & Brzozowska, E. (2003). Quality of life of patients with multiple sclerosis. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 37(3), 561-571.

Tanovska, N., Novotni, G., Sazdova-Burneska, S., Kuzmanovski, I., Boshkovski, B., Kondov, G., ... & Isjanovska, R. (2018). Myasthenia gravis and associated diseases. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 6(3), 472.

Tansey MJ, Tsalikian E, Beck RW, Mauras N, Buckingham BA, Weinzimer SA, Janz KF, Kollman C, Xing D, Ruedy KJ, Steffes MW, Borland TM, Singh RJ, Tamborlane WV; Diabetes Research in Children Network (DirecNet) Study Group. (2006). (The effects of aerobic exercise on glucose and counterregulatory hormone concentrations in children with type 1 diabetes. *Diabetes care*, 29(1), 5-20).

Targońska-Stępniaak, B., & Majdan, M. (2011). Associations between parameters of nutritional status and disease activity in patients with rheumatoid arthritis. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 121(4), 122-128.

Thanvi, B. R., & Lo, T. C. N. (2004). Update on myasthenia gravis. *Postgraduate medical journal*, 80(950), 690-700.

Theofilou, P. A. (2011). The contribution of social sciences in the evaluation of health-related quality of life. *e-Journal of Science & Technology*, 6(2).

Theologia, Z., Evangelos, F., & Lambrini, K. (2015). The use of exercise in mental health care. *American Journal of Nursing*, 4(1), 16-21.

Thompson, M. K., Axford, J. S., & Sofat, N. (2011). Rheumatoid arthritis in 2011: An editorial. *Best practice & research. Clinical rheumatology*, 25(4), 435-446.

Tiemensma, J., Andela, CD, Kaptein, AA, Romijn, JA, van der Mast, RC, Biermasz, NR, & Pereira, AM (2014). Ψυχολογική νοσηρότητα και μειωμένη ποιότητα ζωής σε ασθενείς με σταθερή θεραπεία για πρωτοπαθή επινεφριδιακή ανεπάρκεια: συγχρονική μελέτη και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Eur J Endocrinol*, 171 (2), 171-182.

Tóthová, V., Bártlová, S., Dolák, F., Kaas, J., Kimmer, D., Maňhalová, J., ... & Olišarová, V. (2014). Quality of life in patients with chronic diseases. *Neuro Endocrinol Lett*, 35(Suppl 1), 11-8.

Tremlett, H., Zhao, Y., Rieckmann, P., & Hutchinson, M. (2010). New perspectives in the natural history of multiple sclerosis. *Neurology*, 74(24), 2004-2015.

Troncone, R., & Jabri, B. (2011). Coeliac disease and gluten sensitivity. *Journal of internal medicine*, 269(6), 582-590.

Trzepacz, P. T., Klein, I., Roberts, M., Greenhouse, J., & Levey, G. S. (1989). Graves' disease: an analysis of thyroid hormone levels and hyperthyroid signs and symptoms. *The American journal of medicine*, 87(5), 558-561.

Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Alonso, A., Beaton, A. Z., Bittencourt, M. S., ... & American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2022). Heart disease and stroke statistics—2022 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 145(8), e153-e639.

Tsigos, C., & Chrousos, G. P. (2002). Hypothalamic–pituitary–adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of psychosomatic research*, 53(4), 865-871.

Tudor-Locke, C., Craig, C. L., Aoyagi, Y., Bell, R. C., Croteau, K. A., De Bourdeaudhuij, I., ... & Blair, S. N. (2011). How many steps/day are enough? For older adults and special populations. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 8(1), 1-19.

Tully, C., Aronow, L., Mackey, E., & Streisand, R. (2016). Physical activity in youth with type 1 diabetes: a review. *Current diabetes reports*, 16(9), 1-8.

Turner, C. (2007). A review of myasthenia gravis: Pathogenesis, clinical features and treatment. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 18(1), 15-23.

Uhliarova, B., & Hajtman, A. (2018). Hashimoto's thyroiditis-an independent risk factor for papillary carcinoma. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, 84, 729-

735.

Van Onna, M., & Boonen, A. (2016). The challenging interplay between rheumatoid arthritis, ageing and comorbidities. *BMC musculoskeletal disorders*, 17(1), 1-9.

van Zuuren, E. J., Albusta, A. Y., Fedorowicz, Z., Carter, B., & Pijl, H. (2013). Selenium supplementation for Hashimoto's thyroiditis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).

Varvogli, L. (2006). Brain activity and the relaxation response. *Annals of General Psychiatry*, 5(1), 1-1.

Vogel, A., Elberling, T. V., Hørding, M., Dock, J., Rasmussen, Å. K., Feldt-Rasmussen, U., ... & Waldemar, G. (2007). Affective symptoms and cognitive functions in the acute phase of Graves' thyrotoxicosis. *Psychoneuroendocrinology*, 32(1), 36-43.

Volta, U., Ravaglia, G., Granito, A., Forti, P., Maioli, F., Petrolini, N., ... & Bianchi, F. B. (2001). Coeliac disease in patients with autoimmune thyroiditis. *Digestion*, 64(1), 61-65.

Von Roon, A. C., Reese, G., Teare, J., Constantinides, V., Darzi, A. W., & Tekkis, P. P. (2007). The risk of cancer in patients with Crohn's disease. *Diseases of the colon & rectum*, 50(6), 839-855.

Wang, L., Wang, F.S., & Gershwin, M.E., 2015. Human autoimmune diseases: a comprehensive update. *J Intern Med [e-journal]*, 278(4), pp. 369-395. Available through: PubMed

Wang, L., Zhang, Y., & He, M. (2017). Clinical predictors for the prognosis of myasthenia gravis. *BMC neurology*, 17(1), 1-6.

Weetman, A. & Walport, M. (1987) The association of autoimmune thyroiditis with systemic lupus erythematosus *Rheumatology* 26(5), 359-361.

Westerlund, A., Kejs, A. M. T., Beydogan, H., & Gairy, K. (2021). Primary Sjögren's Syndrome: A Retrospective Cohort Study of Burden of Illness in Sweden. *Rheumatology and therapy*, 8(2), 955-971.

Willis, A. C., & Vince, F. P. (1997). The prevalence of Addison's disease in Coventry, UK. *Postgraduate medical journal*, 73(859), 286-288.

Winther, K. H., Cramon, P., Watt, T., Bjorner, J. B., Ekholm, O., Feldt-Rasmussen, U., ... & Bonnema, S. J. (2016). Disease-specific as well as generic quality of life is widely impacted in autoimmune hypothyroidism and improves during the first six months of levothyroxine therapy. *PloS one*, 11(6), e0156925.

Wong, C. H., Chiang, Y. C., Wai, J. P. M., Lo, F. S., Yeh, C. H., Chung, S. C., & Chang, C. W. (2011). Effects of a home-based aerobic exercise programme in children with type 1 diabetes mellitus. *Journal of clinical nursing*, 20(5-6), 681-691.

Woo, Y. R., Cho, D. H., & Park, H. J. (2017). Molecular mechanisms and management of a cutaneous inflammatory disorder: psoriasis. *International Journal of Molecular Sciences*, 18(12), 2684. Cho, D. H., & Park, H. J. (2017). Molecular mechanisms and management of a cutaneous inflammatory disorder: psoriasis. *International Journal of Molecular Sciences*, 18(12), 2684.

World Health Organization, Dept. of Mental Health, Substance Abuse Staff, World Health Organization. Substance Abuse Department, World Health Organization. Department of Mental Health, & Substance Abuse. (2004). *Global status report on alcohol 2004*. World Health Organization.

World Health Organization, T. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. World Health Organization.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.

World Health Organization. (1998). *The World Health Report 1998: Life in the 21st century a vision for all*. In *The world health report 1998: life in the 21st century A vision for all* (pp. 241-241).

World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.

World Health Organization. (2003). Laboratory diagnosis and monitoring of diabetes mellitus. World Health Organization.

World Health Organization. (2009). 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes.

World Health Organization. (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization.

World Health Organization. (2016). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals. World Health Organization.

World Health Organization. (2020). Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey.

World Health Organization. (2020). Overweight and obesity.

World Health Organization. (2020). WHOQOL—Measuring Quality of Life. 2012.

Wróblewski, H., Chojęta, D., Zimna, A., Zygmunt, E., Kozłowska, A., Mierzwa, M., & Wróblewska, K. (2022). Psychiatric manifestations of rheumatic diseases. *Journal of Education, Health and Sport*, 12(8), 52-60.

Yaeger, R., Shah, M. A., Miller, V. A., Kelsen, J. R., Wang, K., Heins, Z. J., ... & Kelsen, D. (2016). Genomic alterations observed in colitis-associated cancers are distinct from those found in sporadic colorectal cancers and vary by type of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, 151(2), 278-287.

Yang, Y., Wu, H., Dong, S., Jin, W., Han, K., Ren, Y., & Zeng, M. (2018). Glycation of fish protein impacts its fermentation metabolites and gut microbiota during in vitro human colonic fermentation. *Food research international*, 113, 189-196.

Zhao, C. N., Xu, Z., Wu, G. C., Mao, Y. M., Liu, L. N., Dan, Y. L., ... & Pan, H. F. (2019). Emerging role of air pollution in autoimmune diseases. *Autoimmunity reviews*, 18(6), 607-614.

Ziegler, A. G., & Nepom, G. T. (2010). Prediction and pathogenesis in type 1 diabetes. *Immunity*, 32(4), 468-478.

Διαδικτυακές Πηγές

<https://www.iatropedia.gr/encyclopedia/sakcharodis-diavitis/> (Τελευταία προσπέλαση έγινε στις 14/11/2022).

<http://www.crohnhellas.gr/> (Τελευταία προσπέλαση έγινε στις 19/11/2022).

<http://www.coeliac.gr/Contents.aspx?CatId=41> (Τελευταία προσπέλαση έγινε στις 05/12/2022).

<https://www.hygeia.gr/kardiaggeiaka-nosimata-kleidi-i-prolipsi/> (Τελευταία προσπέλαση έγινε στις 27/12/2022).

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_CD_ARO_custom_4678599/default/bar?lang=en (Τελευταία προσπέλαση έγινε στις 08/01/2023).

<https://www.stroke.gr/el/> (Τελευταία προσπέλαση έγινε στις 15/01/2023).

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (Τελευταία προσπέλαση έγινε στις 28/01/2023).