



# ΣΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ: 2510

ΤΟΜΟΣ 15  
ΤΕΥΧΟΣ 168  
ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2006

Τιμή πώλησης 0,01 €

## By-pass με δύο μαστικές αρτηρίες για μακροχρόνια επιβίωση

ΙΩΑΝΝΗΣ Α. ΧΛΩΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, MD., *διευθυντής καρδιοχειρουργικής κλινικής Ευρωκλινικής Ἀθηνῶν*

Ἡ στεφανιαία νόσος, ἀκόμη καὶ σήμερα, ἀποτελεῖ ἰδιαίτερη θεραπευτικὴ πρόκληση διότι συγκαταλέγεται ἀνάμεσα στὶς κύριες αἰτίες νοσηρότητας καὶ θνητότητας.

Γι' αὐτὸ στόχος τῆς σύγχρονης καρδιοχειρουργικῆς εἶναι ὄχι μόνον ἡ αὔξηση τοῦ προσδόκιμου ἐπιβίωσης ἀλλὰ καὶ ἡ ταυτόχρονη βελτίωση τῆς ποιότητας ζωῆς τοῦ καρδιοπαθοῦς.

Στὴν ἀντιμετώπιση τῆς στεφανιαίας νόσου παρατηρεῖται ραγδαία ἐξέλιξη τῶν θεραπευτικῶν μεθόδων τόσο τῆς διαδερμικῆς ἀγγειοπλαστικῆς ὅσο καὶ τῆς καρδιοχειρουργικῆς. Σήμερα, ἡ καρδιοχειρουργικὴ θεραπεία, ἔχει νὰ ἐπιδείξει ὄχι μόνον λιγότερο ἐπεμβατικὲς τεχνικὲς ἀλλὰ κυρίως τὴ χρήση ἀνθεκτικῶν μοσχευμάτων ἀπὸ τὶς αὐτόλογες ἐφεδρικές ἀρτηρίες τοῦ ἀσθενοῦς ὥστε νὰ ἐπιτυγχάνεται ὀλικὴ ἀρτηριακὴ ἐπαναιμάτωση τοῦ πάσχοντος μυοκαρδίου.

Ὅταν τὸ ἰσχαιμικὸ μυοκάρδιο ἐπαναιματώνεται ἀποκλειστικά μὲ ἀρτηριακὰ μοσχεύματα, τόσο τὰ πρῶμα ἀλλὰ κυρίως τὰ ὄψιμα, μακροχρόνια θεραπευτικὰ ἀποτελέσματα εἶναι ἐντυπωσιακά.

Ἡ παράκαμψη τῶν νοσοῦντων στεφανιαίων ἀρτηριῶν, γνωστὴ ὡς by-pass, εἶναι ἡ συχνότερη καρδιοχειρουργικὴ ἐπέμβαση.

Μὲ τὴ χειρουργικὴ αὐτὴ τεχνικὴ παρακάμπτονται οἱ αἰμοδυναμικὰ σημαντικὲς στενώσεις τῶν στεφανιαίων ἀρτηριῶν (πάνω ἀπὸ 60%), οἱ ὁποῖες προκαλοῦνται ἀπὸ

τὶς ἀποφρακτικὲς βλάβες τῶν ἀθηροσκληρυντικῶν πλακῶν. Ἡ παράκαμψη τῶν βλαβῶν ἐπιτελεῖται χρησιμοποιοῦντας σωληνωτὰ ἀγγειακὰ μοσχεύματα, ἀπὸ ἀγγεῖα τοῦ ἰδίου ἀσθενοῦς (αὐτόλογα μοσχεύματα).

Τὰ παρακαμπτήρια αὐτὰ ἀγγεῖα, προέρχονται ἀπὸ ἀνατομικὲς περιοχὲς ἐκτὸς τῆς καρδιάς, οἱ ὁποῖες ἔχουν ἰδιαίτερα πλούσια παράπλευρη κυκλοφορία ἔτσι ὥστε νὰ μὴν παραβλάπεται ἡ ἀγγείωση τῶν ἀντίστοιχων ἰσθῶν καὶ ὀργάνων.

Ἄν καὶ ἡ ἐγχείρηση by-pass ἐφαρμόζεται σὲ ἀρτηριακὲς παθήσεις τῆς καρδιάς, μὲ στενώσεις ἢ καὶ ἀποφράξεις τῶν ἀρτηριῶν ποὺ πρέπει νὰ παρακαμφθοῦν, μπορεῖ ἐκτὸς ἀπὸ τὰ ἀρτηριακὰ μοσχεύματα νὰ χρησιμοποιηθοῦν καὶ φλεβικὰ μοσχεύματα. Ὅμως ἡ συσσωρευμένη ἐμπειρία τῆς χειρουργικῆς ἐπαναιμάτωσης τῶν στεφανιαίων ἀγγείων, γιὰ σχεδὸν τέσσερις δεκαετίες, ἔχει ἀναδείξει ὅτι ἡ ὑποτροπὴ τῆς στεφανιαίας νόσου μετὰ ἀπὸ ἐγχείρηση ὀλικῆς ἐπαναιμάτωσης, ἀποδίδεται κυρίως στὴν ἐκφύλιση καὶ στὴν ἀπόφραξη τῶν φλεβικῶν μοσχευμάτων κατὰ κύριο λόγο καὶ κατὰ δεύτερο λόγο στὴν ἐξέλιξη τῆς ἀθηροσκληρύνσης. Ἐπομένως, ἀπὸ χειρουργικὴ προσέγγιση τὸ πρόβλημα τῆς ὑποτροπῆς τῆς χειρουργηθείσης στεφανιαίας νόσου, φαίνεται νὰ σχετίζεται ἄμεσα μὲ τὴν προέλευση τῶν παρακαμπτήριων φλεβικῶν μοσχευμάτων.

Ὡς **ἀρτηριακὰ** μοσχεύματα πρώτης ἐπιλογῆς δια-

κρίνονται οι δύο αυτόλογες μαστικές αρτηρίες, άριστηρη και δεξιά και ως δευτερης επιλογής οι δύο κερκιδικές αρτηρίες άριστηρη και δεξιά. Σπανιότερα δὲ ὡς τρίτη ἐπιλογὴ μπορεῖ νὰ χρησιμοποιοῦθῃ κυρίως ἡ γαστροεπιπλοϊκὴ ἀρτηρία καὶ οἱ δύο κάτω ἐπιγαστρικὲς ἀρτηρίες ἀριστηρη καὶ δεξιά. Ἀντίστοιχα, τὰ **φλεβικὰ** μοσχεύματα μπορεῖ νὰ προέρχονται ἀπὸ διάφορες περιοχὲς ἀλλὰ κυρίως ἀπὸ τὴ μείζονα ἢ τὴν ἐλάχιστο σαφηνὴ τῶν κάτω ἄκρων ἢ τὴν κεφαλικὴ φλέβα τῶν ἄνω ἄκρων.

Ὁμως ἀπὸ τὶς ἀρχὲς τῆς δεκαετίας τοῦ 1980, συγκρίνοντας τὰ μετεγχειρητικὰ ἀποτελέσματα ἀσθενῶν πού εἶχαν ὑποβληθῆ σὲ ἐγχείρησι by-pass, ἄρχισε νὰ ἀναγνωρίζεται ἡ μεγάλη ὑπεροχὴ τῆς μαστικῆς ἀρτηρίας σὲ σχέση μὲ τὰ φλεβικὰ μοσχεύματα.

Ἡ μαστικὴ ἀρτηρία ὡς μέσο ἐπαναιμάτωσης τοῦ ἰσχαίμου μὲντος μυοκαρδίου εἶχε χρησιμοποιηθῆ γιὰ πρώτη φορὰ ἀπὸ τὸν Vineberg τὸ 1956, μὲ τὴ τεχνικὴ τῆς ἐλεύθερης ἐναπόθεσῆς τῆς μέσα στοῦ μυοκάρδιου. Ἡ πρώτη ἀναστομῶσι μαστικῆς ἀρτηρίας στὸν πρόσθιο κατιόντα ἐγίνε τὸ 1964 ἀπὸ τὸν Kolesson ὑπὸ πάλλουσα καρδιά, ἀλλὰ ἡ εὐρεία διάδοσή τῆς πραγματοποιήθηκε ἀργότερα ἀπὸ τὸν Green, τὸ 1968, μὲ τὴν ὑποστήριξη τῆς ἐξωσωματικῆς κυκλοφορίας.

Ἀπὸ τότε, ἡ ἀναστομῶσι τῆς ἀριστηρῆς μαστικῆς ἀρτηρίας στὸν πρόσθιο κατιόντα στεφανιαῖο κλάδο, ἀπέτελεσε τὴν τεχνικὴ ἐπιλογὴ, ἀφοῦ οἱ πρῶτες κλινικὲς μελέτες ἔδειξαν ὅτι παράλληλα μὲ τὴν εἰσαγωγὴ τῆς μαστικῆς ἀρτηρίας, ἐπῆλθε μείωσι τῶν μετεγχειρητικῶν καρδιολογικῶν προβλημάτων καὶ βελτίωσι τοῦ προσδόκιμου ἐπιβίωσης σὲ σχέση μὲ τοὺς ἀσθενεῖς πού εἶχαν μόνο φλεβικὰ μοσχεύματα.

Τὰ ἐξαιρετικὰ αὐτὰ ἀποτελέσματα μποροῦν νὰ ἀποδοθοῦν σὲ πλειάδα συγκριτικῶν πλεονεκτημάτων τῆς μαστικῆς ἀρτηρίας σὲ σχέση μὲ τὰ ἀντίστοιχα φλεβικὰ μοσχεύματα πού προέρχονται ἀπὸ τὰ κάτω ἄκρα.

Ἀντίθετα, πολλὰ ἀπὸ τὰ ἀπώτερα μετεγχειρητικὰ

προβλήματα τῶν ἀσθενῶν πού ὑποβλήθηκαν σὲ ἐγχείρησι by-pass μποροῦν νὰ ἀποδοθοῦν στὴν ἀπόφραξι τῶν ποιοτικὰ κατώτερων φλεβικῶν μοσχευμάτων.

Ἐπομένως, μὲ βάση αὐτὰ τὰ δεδομένα, ἄρχισε νὰ ἐξαπλώνεται ἡ χρησιμοποίησι ὄχι μόνο τῆς ἀριστηρῆς ἀλλὰ καὶ τῶν δύο μαστικῶν ἀρτηριῶν ὡς ἐλεύθερα ἢ ἔμμισχα μοσχεύματα μὲ μία ἢ περισσότερες διαδοχικὲς ἀναστομώσεις, ἐφαρμόζοντας διαφορετικὲς τεχνικὲς ἀναστομώσεων. Σήμερα ἡ χειρουργικὴ τεχνικὴ τῆς χρησιμοποίησῆς καὶ τῶν δύο μαστικῶν ἀρτηριῶν, μὲ τὶς διαφορὲς παραλλαγές, τυγχάνει εὐρύτερης ἀποδοχῆς ἐπειδὴ βελτιώνει καὶ τὴ ποιότητα ζωῆς ἀλλὰ καὶ τὸ προσδόκιμο ἐπιβίωσης. Μάλιστα σχετικὰ πρόσφατα δεδομένα ἀπὸ τὸ Cleveland Clinic Foundation στὶς ΗΠΑ, ἔδειξαν ὅτι κατὰ μετεγχειρητικὴ παρακολούθησι γιὰ εἴκοσι ἔτη μετὰ ἀπὸ ἐγχείρησι by-pass, ἐπιβίωσαν 26% περισσότεροι ἀσθενεῖς μὲ δύο μαστικὲς ἀρτηρίες παρὰ μὲ μία.

Μὲ τὶς δύο ἔμμισχες μαστικὲς ἀρτηρίες μπορεῖ νὰ ἀντιμετωπισθοῦν σχεδὸν ὅλες οἱ περιπτώσεις στεφανιαίας νόσου δύο ἀγγείων. Ὁμως, ὅταν εἶναι προσβεβλημένες καὶ οἱ τρεῖς στεφανιαῖες ἀρτηρίες -νόσος τριῶν ἀγγείων- τότε ἐνδείκνυται ἡ τοποθέτησι καὶ τρίτου ἀρτηριακοῦ μοσχεύματος. Μάλιστα τὸ μόσχευμα ἐκλογῆς φαίνεται ὅτι εἶναι ἡ κερκιδικὴ ἀρτηρία. Ἄν καὶ ἡ κερκιδικὴ ἀρτηρία εἶχε δοκιμασθῆ σποραδικὰ ὡς παρακαμπτήριο μόσχευμα ἀπὸ τὶς ἀρχὲς τῆς δεκαετίας τοῦ 1970, ἄρχισε νὰ χρησιμοποιεῖται εὐρῶς μετὰ ἀπὸ δύο δεκαετίες ἀφοῦ ὁ Acar ἀπέδειξε τὴ χρησιμότητά τῆς. Τὸ προσδόκιμο βατότητας τῆς κερκιδικῆς ἀρτηρίας εἶναι κατὰ πολὺ ἀνώτερο τῶν φλεβικῶν μοσχευμάτων ἀλλὰ ἀκολουθεῖ τὸ προσδόκιμο βατότητας τῆς μαστικῆς ἀρτηρίας. Τὰ ἄλλα ἀρτηριακὰ μοσχεύματα ὅπως τῆς γαστροεπιπλοϊκῆς ἀρτηρίας εἶναι ὑποδεέστερα τῆς κερκιδικῆς ἀρτηρίας καὶ τείνουν νὰ ἐγκαταλειφθοῦν.

Ἡ εἰσαγωγὴ τῶν ἀρτηριακῶν μοσχευμάτων στὴν

συνέχεια στὴ σελ. 52 ▶

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Ἑλληνικὸ Ἴδρυμα Καρδιολογίας

Β. Σοφίας 133 - Τ. Κ. 115 21 - Τηλ.: (210) 6401477, 6450118, 6460522 - Fax: (210) 6401478

E-mail=elikar@aias.gr <http://www.elikar.gr>

ΕΚΔΟΤΗΣ: Π. Τούτουζας

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Δ. Σταμάτης

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΥΛΗΣ: Ντίκη Μακαρίου

ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΥΛΗΣ: Βασίλειος Σπανός

ΥΠΕΥΘ. ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ: Alta Grafico AE - Τηλ.: (210) 2314359, 2318113 - Fax: (210) 2317705

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: Γ. Γκουμάς, Σπ. Καρράς, Π. Κόκκινος, Ζ. Κυριακίδης, Ε. Παπαστεριάδης,

Ἄθ. Πιπλῆς, Δ. Ρίχτερ, Β. Σπανός, Δ. Χατοέρας.

ΣΚΙΤΣΑ: Γαβριὴλ Ψαρράς, καρδιολόγος

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Ἄ. Δαρμάρα, Μ. Δημακοπούλου, Γ. Καλλιούπη, Μ. Τούτουζα

Ἐπιτρέπεται ἡ μερικὴ ἢ ὀλικὴ ἀναδημοσίευσι ἀρθρῶν τοῦ περιοδικοῦ ἀρκεῖ νὰ ἀναφέρεται ἡ πηγὴ τους.

# στην Ελλάδα... και τον κόσμο

## Προχωρημένη καρδιοπάθεια.

### Ύπάρχει ακόμα δυνατότητα πρόληψης;

**ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Γ. ΤΣΑΓΚΑΔΟΠΟΥΛΟΣ**, *άν. διευθυντής καρδιολογικής κλινικής νοσοκομείου «ΣΩΤΗΡΙΑ».*



Κατ' αρχήν να τονίσουμε για άλλη μια φορά ότι η πρόληψη είναι πάντα καλύτερη από τη θεραπεία. Άλλα πώς μπορεί να υπάρξει πρόληψη όταν έχουν ήδη γίνει μεγάλες ζημιές στα όργανα του σώματός μας; Έξάλλου, υπάρχει ένα όριο ηλικίας, τόσο χρονολογικής όσο και βιολογικής, πέραν από το οποίο το όφελος από την πρόληψη και τη θεραπεία είναι δύσκολο να φανεί. Η δευτερογενής πρόληψη, δηλαδή η πρόληψη σε ήδη υπάρχουσα νόσο ή η παρεμπόδιση της εξέλιξης ή των επιπλοκών της, συγχέεται συχνά με τη θεραπεία, λόγω αλληλοεπικάλυψης των μεθόδων που χρησιμοποιούνται και στις δύο. Σημειώτεον ότι πρωτογενής πρόληψη είναι εκείνη που εφαρμόζεται σε άτομα χωρίς νόσο.

Είναι γνωστό ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Οί πρόοδοι που έχουν γίνει τελευταία έχουν αλλάξει τα δεδομένα και αναμένεται στο μέλλον κάποια από αυτά τα νοσήματα να αυξηθούν και άλλα να μειωθούν. Για παράδειγμα, η πρόληψη των επίκτητων καρδιοπαθειών θα συντελέσει στη σχετική αύξηση των συγγενών και κληρονομικών νοσημάτων στο προσεχές μέλλον, αλλά η ανάπτυξη της μοριακής βιολογίας και γενετικής θα συντελέσει στην ελάττωση των κληρονομικών νοσημάτων στο άπωτο μέλλον. Έτσι, προς το παρόν, αναμένεται περαιτέρω μείωση των ρευματικών καρδιοπαθειών όπως οί βαλβιδοπάθειες, με την πρόοδο στην πρόληψη και θεραπεία τους, και στασιμότητα των κληρονομικών καρδιοπαθειών, παρά την πρόοδο της γενετικής. Δυστυχώς όμως, προβλέπεται αύξηση της στεφανιαίας νόσου, παρά τις σημαντικές προόδους της θεραπείας της, και της καρδιακής ανεπάρκειας, παραδόξως λόγω της καλύτερης θεραπείας των άλλων καρδιοπαθειών και αύξησης της επιβίωσης.

Από τα καρδιαγγειακά νοσήματα συχνότερα είναι η άθροισκλήρωση και η στεφανιαία νόσος, που προκαλούνται από πολλούς παράγοντες κινδύνου οί οποίοι «μαστιγώνουν» τα άγγεϊα μας τόσο σε αυτούς που δεν

έχουν εκδηλώσει τη νόσο όσο και στους ήδη πάσχοντες. Οί κυριότεροι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου είναι, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία (αυξημένη χοληστερόλη), ο σακχαρώδης διαβήτης, που ξεηγούν περίπου το 50% των καρδιαγγειακών επεισοδίων, και πολλοί άλλοι που ανακαλύφθηκαν σχετικά πρόσφατα, π.χ. οί φλεγμονώδεις παράγοντες. Έτσι, η διακοπή του καπνίσματος ελάττωσε τη θνησιμότητα κατά 25% περίπου, η μείωση της χοληστερόλης (σε τιμές <100 mg% της LDL) με υπολιπιδαιμική άγωγή σε άσθενεις με στεφανιαία νόσο μείωσε σημαντικά τα συμ-

βάντα και τη θνησιμότητα κατά 30%. Η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης (σε επίπεδα < 140/90 ή και 130/80 mmHg) μείωσε την υπερτροφία της καρδιάς, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τη συνολική θνησιμότητα κατά 8.5% περίπου. Βέβαια, συνήθως οί παράγοντες κινδύνου δεν δρουν μεμονωμένα αλλά συνυπάρχουν πολλοί μαζί στο ίδιο άτομο και δρουν πολλαπλασιαστικά, όπως στο μεταβολικό σύνδρομο. Έτσι, συνήθως, ένας στεφανιαίος άσθενής μπορεί να έχει π.χ. παχυσαρκία, διαβήτη, υπέρταση και αυξημένα τριγλυκερίδια όποτε βρίσκεται σε πολύ αυξημένο κίνδυνο να εκδη-

λώσει στεφανιαία νόσο. Έτσι, χρειάζεται πολυπαραγοντική, επιθετική και γρήγορη πρόληψη και θεραπεία όλων αυτών των παραγόντων κινδύνου ταυτόχρονα, γιατί υπάρχει πολύ υψηλός κίνδυνος επανάληψης καρδιαγγειακών συμβάντων στο μέλλον (10% τόν πρώτο χρόνο, 2-5% κάθε χρόνο τα επόμενα έτη). Η άρση των παραγόντων κινδύνου δρᾶ ποικιλοτρόπως και σε διαφορετικό χρόνο π.χ. η άσπιρίνη ή οί β- αποκλειστές δρουν άμέσως, η διακοπή του καπνίσματος δείχνει άποτελέσματα μετά από ένα χρόνο περίπου και η μείωση της χοληστερόλης μπορεί να χρειασθεί αρκετό χρόνο (1-7 χρόνια περίπου). Δυστυχώς, υπάρχουν και οί μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου που είναι, η ηλικία, το φύλο και πολλοί γενετικοί παράγοντες, τούς όποιους δεν μπορούμε άκόμη να αλλάξουμε.



Έχει αποδειχθεί λοιπόν, ότι η στεφανιαία νόσος (στηθάγχη, έμφραγμα, αιφνίδιος θάνατος) μπορεί να προληφθεί και στην όξεία και στην χρόνια φάση της. Έτσι, για τη στηθάγχη πολλά φάρμακα ή άλλες παρεμβάσεις (άγγειοπλαστική, by-pass) βελτιώνουν σημαντικά την κατάσταση άμεσα και μακροχρόνια. Για το έμφραγμα, στη μέν όξεία φάση του, οι μονάδες εντατικής θεραπείας, ή θρομβόλυση και άλλα φάρμακα ή τεχνικές, έχουν αύξησει σημαντικά την επιβίωση. Στη χρόνια φάση του επίσης έχει αυξηθεί η επιβίωση με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής (ύγιεινή διατροφή και θεραπεία των παραγόντων κινδύνου), τα φάρμακα (άσπιρίνη, κ.ά.), τις τεχνικές (άγγειοπλαστική- stent ή by-pass) και τις νεότερες μεθόδους. Συμπερασματικά, η δευτερογενής πρόληψη και η θεραπεία μπορούν να αυξήσουν σημαντικά την επιβίωση των στεφανιαίων ασθενών.


Όσον αφορά τις άλλες παθήσεις της καρδιάς, όπως οι βαλβιδοπάθειες, οι μυοκαρδιοπάθειες, οι περικαρδίτιδες και οι συγγενείς καρδιοπάθειες, η δευτερογενής πρόληψη δεν αναμένεται να προσφέρει σημαντικά όφελος. Έξαιρέση αποτελεί η πρόληψη της λοιμώδους ένδοκαρδίτιδας σε ασθενείς μετρίου ή υψηλού κινδύνου (ασθενείς με προσθετικές βαλβίδες, συγγενείς καρδιοπάθειες, επίκτητες βαλβιδοπάθειες ή πρόπτωση μιτροειδούς), με αντιμικροβιακή προφύλαξη σε οδοντιατρικές και άλλες επεμβάσεις. Επιπρόσθετα, η προφύλαξη από άλλες λοιμώξεις σε καρδιοπαθείς προσφέρει πολλά, π.χ. άποφυγή μυοκαρδίτιδας ή περικαρδίτιδας.

Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι η τελική κατάληξη όλων των καρδιαγγειακών παθήσεων και αναμένεται να λάβει επιδημική μορφή με μεγάλη θνησιμότητα, κακή ποιότητα ζωής και υψηλό κόστος. Ακόμη και στην καρδιακή ανεπάρκεια η πρόληψη είναι σημαντική όσο και η θεραπεία, διορθώνοντας την υπεύθυνη βλάβη ή τους παράγοντες που επιδεινώνουν τη βλάβη, τις διάφορες επιπλοκές της ή, ακόμα καλύτερα, βελτιώνοντας την καρδιακή λειτουργία με διάφορα φάρμακα (α-MEA, β-άποκλειστές, διουρητικά κ.ά.) και διάφορες εξειδικευμένες παρεμβάσεις. Όλα αυτά για να μην φτάσουμε στην καρδιογενή καχεξία ή στο έσχατο μέσο που είναι η μεταμόσχευση καρδιάς. Αυτά ισχύουν κυρίως για τη χρόνια, αλλά σε μικρότερο βαθμό, και για την όξεία καρδιακή ανεπάρκεια.

Σχετικά με τις άρρυθμίες, που είναι πολλές, πάλι η πρόληψη έχει θέση, όπως π.χ. άποφυγή κατάχρησης καπνού, οίονπνευματωδών, κλπ. για την κοιλική μαρμαρυγή ή άλλες άρρυθμίες. Όμως, στο τελικό συμβάν που είναι ο αιφνίδιος θάνατος, ο οποίος μπορεί να συμβεί σε όλες τις παθήσεις αλλά κυρίως στη στεφανιαία νόσο και την καρδιακή ανεπάρκεια, καλύτερη πρόληψη γίνεται με διόρθωση της υπεύθυνης βλάβης ή με άπινιδωτές - βηματοδότες και λιγότερο με φάρμακα.

Άς σημειωθεί, ότι η διόρθωση εξωκαρδιακών παθήσεων (θυρεοειδοπάθειες, αναιμίες, νεφρική ανεπάρκεια, αναπνευστική ανεπάρκεια κ.ά.) συμβάλλει κατά πολύ στην πρόληψη της επιδείνωσης πολλών καρδιοπαθειών.

Συμπερασματικά λοιπόν, η άλματώδης εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης θα συμβάλει πολύ στην πρόληψη των προχωρημένων καρδιακών παθήσεων και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Η πρόληψη με τη βοήθεια των

νεότερων φαρμάκων ή συνδυασμών τους (όπως, το «πολυκάπ» που δεν δοκιμάστηκε ακόμα αν και προτάθηκε το 2003 για να μειώσει τη θνησιμότητα στο γενικό πληθυσμό κατά 80%), των ηλεκτρονικών ύπολογιστών (ηλεκτρονική υγεία, ηλεκτρονικός φάκελος υγείας, κλπ), ή της τηλε- άποκατάστασης, έχει ήδη αρχίσει να εφαρμόζεται. Επίσης, η πρόοδος της γενετικής (με αντίκατάσταση ή καταστολή παθολογικών γονιδίων, μεταμόσχευση προγονικών κυττάρων, νεοαγγείωση), ύποσχετα πολλά στο μέλλον για την όριστική σχεδόν θεραπεία πολλών καρδιοπαθειών, αλλά προς το παρόν εφαρμόζεται μόνο σε νόσο τελικού σταδίου με περιορισμένες επιλογές. Σήμερα, για τις περισσότερες καρδιοπάθειες και κυρίως για την στεφανιαία νόσο, ενώ δεν υπάρχει όριστική θεραπεία, υπάρχουν πολλά θεραπευτικά μέσα με μεγάλο κόστος, αλλά και πολλά προληπτικά χαμηλότερου κόστους, που όμως δεν εφαρμόζονται καλά για πολλούς λόγους. Υπολογίζεται ότι η εξάλειψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων θα αύξανε την επιβίωση κατά επτά χρόνια και θα βελτίωνε την ποιότητα ζωής. Το μέλλον αναμένεται έλπιδοφόρο αν βοηθήσουν όλοι στη σωστή εφαρμογή της πρόληψης, ώστε να έχει και η στεφανιαία νόσος την τύχη που είχαν λίγα χρόνια πριν η πολιομυελίτιδα ή η φυματίωση. 




συνέχεια από τη σελ. 50

έγκληση by-pass, έφερε στην επιφάνεια το πρόβλημα της οικονομίας του αρτηριακού μοσχεύματος, το οποίο ήταν σχεδόν άγνωστο με τη χρήση φλεβικών μοσχευμάτων της μείζονος σαφηνούς. Η λύση του προβλήματος ήρθε με τη χρησιμοποίηση του ίδιου αρτηριακού μοσχεύματος για πολλαπλές αναστομώσεις σε περισσότερους του ενός πασχόντων στεφανιαίων κλάδων με αϊμοδυναμικά σημαντική άθηροσκληρωτική νόσο.

Το μόσχευμα πολλαπλών αναστομώσεων μπορεί να εφαρμοσθεί είτε σε σειρά, είτε παράλληλα.

Οι τεχνικές αυτές συνέβαλαν καθοριστικά στην επίλυση του προβλήματος οικονομίας μήκους του αρτηριακού μοσχεύματος. Το πρόβλημα αυτό ήταν σχεδόν άγνωστο με τη χρήση φλεβικών μοσχευμάτων μείζονος σαφηνούς επειδή όταν χρησιμοποιούνται φλεβικά μοσχεύματα το συνολικό μήκος των παρακαμπτήριων μοσχευμάτων δεν δημιουργεί διεγχειρητικό προβληματισμό. Συνήθως το φλεβικό μόσχευμα της μείζονος σαφηνούς μπορεί να είναι άρκετο ώστε να παρακαμφθούν πέντε ή και περισσότεροι στεφανιαίοι κλάδοι από αντίστοιχο αριθμό αυτόνομων ανεξάρτητων φλεβικών μοσχευμάτων. Αντίθετα όταν χρησιμοποιούνται αρτηριακά μοσχεύματα, είναι απαραίτητο όλες οι αναστομώσεις να επιτευχθούν με κατά πολύ βραχύτερο συνολικό μήκος μοσχευμάτων σε σχέση με αυτό που θα απαιτείτο εάν τα μοσχεύματα ήταν φλεβικής προέλευσης. Όπως είναι εύνοητο, το πρόβλημα εξεύρευσης μήκους του μοσχεύματος επιτείνεται με τη χρησιμοποίηση έμμισχων μαστικών αρτηριών, επειδή τότε ο αναστομωτικός στόχος είναι πιο άπομακρυσμένος και προσεγγίζεται δυσκολό-

συνέχεια στη σελ. 56 

## Ἀμφικοιλιακή βηματοδότηση για τις «κουρασμένες» καρδιές

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΣ**, επίσημονικός συνεργάτης ΕΛ.Ι.ΚΑΡ., πρόεδρος ομάδας προληπτικής καρδιολογίας Ελληνικής Καρδιολογικής Ἑταιρείας

**ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΣΑΚΕΛΑΡΙΟΥ**, ἰατρός Α΄ καρδιολογικής κλινικής ΓΝΑ «Ὁ Εὐαγγελισμός»

Ποιά είναι ἡ καρδιακή πάθηση, τῆς ὁποίας ἡ συχνότητα αὐξάνει σταθερά τὰ τελευταία χρόνια καὶ εἴμαστε σχεδὸν βέβαιοι ὅτι θὰ συνεχίσει νὰ αὐξάνει γιὰ ἄρκετὰ χρόνια ἀκόμα; Δίχως ἀμφιβολία ἡ καρδιακή ἀνεπάρκεια. Εἶναι μία δύσκολη ἀσθένεια πού ὄχι μόνο μειώνει τὸ προσδόκιμο ἐπιβίωσης ἀλλὰ ἐπιβαρύνει σημαντικά καὶ τὴν ποιότητα ζωῆς τῶν ἀσθενῶν μας.

Καρδιακή ἀνεπάρκεια ἐμφανίζεται ὅταν ἡ καρδιά ἀρχίσει νὰ κουράζεται, νὰ χάνει ἕνα σημαντικό μέρος τῆς δυνάμει τῆς. Τὸ ἀποτέλεσμα εἶναι νὰ κορηγεῖται λιγότερο αἷμα στὰ ζωτικά μας ὄργανα. Κυρίαρχα σημάδια τῆς νόσου εἶναι ἡ ἐμφάνιση δύσπνοιας στὴν προσπάθεια καὶ στὴν ὑπία θέση ἀλλὰ καὶ τὰ οἰδήματα τῶν κατωτέρων τμημάτων τοῦ σώματος, δηλαδή τῶν ἄκρων ποδῶν.

Σὲ ὅλο τὸ Δυτικὸ κόσμο ἀλλὰ καὶ στὴ χώρα μας, ἡ καρδιακή ἀνεπάρκεια ἀποτελεῖ ἕνα ἀπὸ τὰ κυριότερα ὑγειονομικὰ καὶ κλινικὰ προβλήματα τῆς τελευταίας δεκαετίας. Ἐάν καὶ εἶναι δύσκολο νὰ ἐξακριβωθεῖ ὁ ἀκριβὴς ἀριθμὸς τῶν ἀσθενῶν μὲ καρδιακή ἀνεπάρκεια, ἐκτιμᾶται ὅτι περίπου 23 ἑκατομύρια ἄνθρωποι παγκοσμίως πάσχουν ἀπὸ τὴ νόσο. Στὴν Ἑλλάδα, ἂν καὶ δὲν ὑπάρχουν ἐπίσημα στατιστικὰ στοιχεία, ἐκτιμᾶται ὅτι περίπου 200.000 ἀσθενεῖς πάσχουν ἀπὸ χρόνια καρδιακή ἀνεπάρκεια. Πολὺ μεγάλη ἐξακολουθεῖ νὰ εἶναι καὶ ἡ θνησιμότητα ἀπὸ τὴ νόσο μὲ ποσοστὰ παρόμοια ἢ χειρότερα ἀπὸ τῆς περισσότερες μορφῆς καρκίνων. Μὲ δυὸ λόγια λοιπόν, ἡ καρδιακή ἀνεπάρκεια εἶναι μία συχνὴ καὶ σοβαρὴ ἀσθένεια πού ἀφ' ἑνὸς μειώνει τὸ προσδόκιμο ἐπιβίωσης, ἀφ' ἑτέρου ἐπιδεινώνει τὴν ποιότητα ζωῆς τῶν ἀσθενῶν λόγω σοβαρῶν συμπτωμάτων καὶ συχνῶν ἐισαγωγῶν στὸ νοσοκομεῖο.

Πολλὲς προσπάθειες γιὰ ἐφαρμογὴ νέων θεραπειῶν πού ἀποσκοποῦν στὴν αὐξηση τῆς ἐπιβίωσης καὶ τὴ βελτίωση τῆς ποιότητας τῆς ζωῆς τῶν ἀσθενῶν μὲ καρδιακή ἀνεπάρκεια ἔχουν γίνεῖ τὰ τελευταία χρόνια. Μία ἀπὸ τῆς πιὸ ἀποτελεσματικῆς μεθόδους εἶναι ἡ ἀμφικοιλιακὴ βηματοδότηση. Στὴ φυσιολογικὴ καρδιά, ἡ σύσπαση τῶν

κοιλοτήτων γίνεῖται μὲ ἕνα ἄρμονικὸ «συγχρονισμένο» τρόπο, οὕτως ὥστε νὰ ἐπιτυγχάνεται τὸ καλύτερο δυνατὸ μηχανικὸ ἀποτέλεσμα μὲ τὴ μικρότερη προσπάθεια, ὡς ἡ σοφία τῆς ἐξέλιξης τοῦ ἀνθρώπινου εἴδους ἔχει ἐπιτύχει. Ὅμως, περίπου στὸ ἕνα τρίτο τῶν ἀσθενῶν πού πάσχουν ἀπὸ καρδιακή ἀνεπάρκεια, παρουσιάζεται «ἀποσυγχρονισμός», δηλαδή ἀποδιοργάνωση τῆς σύσπασης τῶν διαφόρων τμημάτων τῆς πάσχουσας καρδιάς. Αὐτὸ τὸ φαινόμενο, πού ὀνομάζεται καρδιακὸς δυσσυγχρονισμός, προκαλεῖ ἀκόμα μεγαλύτερη ἐπιδεινωση τῆς ἀπόδοσης τῆς καρδιακῆς λειτουργίας. Ἡ ἀποκατάσταση τοῦ συγχρονισμοῦ τῆς καρδιακῆς λειτουργίας, εὐλόγα, συνοδεύεται ἀπὸ σημαντικό ὄφελος ἰδίως γιὰ μία κουρασμένη καρδιά.

Ὁ ἀμφικοιλιακὸς βηματοδότης εἶναι μία ἐξειδικευμένη βηματοδοτικὴ συσκευή στὴν ὁποία, σὲ ἀντίθεση μὲ τοὺς κοινούς βηματοδότες, ὑπάρχουν τρία βηματοδοτικὰ καλώδια ἀντὶ γιὰ δυὸ. Αὐτὰ τοποθετοῦνται στὸ δεξιὸ κόλπο, στὴ δεξιὰ καὶ στὴν ἀριστερὴ κοιλία. Ὅταν ὁ ἀμφικοιλιακὸς βηματοδότης αἰσθανθεῖ τὴ

κολπικὴ συστολὴ δίνει ἐντολὴ στὰ κοιλιακὰ καλώδια νὰ βηματοδοτήσουν ταυτόχρονα καὶ τῆς δυὸ κοιλίες (δεξιὰ καὶ ἀριστερὴ), συγχρονίζοντάς τες καὶ βελτιώνοντας σημαντικὰ τὴ συστολικὴ ἰκανότητα τῆς καρδιάς ἢ ὁποία ἐξῶθεῖ μεγαλύτερη ποσότητα αἵματος (Εἰκόνα). Πολὺ μεγάλος ἀριθμὸς μελετῶν ἔχει ἐπιβεβαιώσει τὸ σημαντικό ὄφελος ἀπὸ τὴν ἀμφικοιλιακὴ βηματοδότηση στὴν ποιότητα ζωῆς τῶν ἀσθενῶν ἀφοῦ προσφέρει σημαντικὴ ἀνακούφιση ἀπὸ τὰ συμπτώματα. Εἶναι γεγονός ὅτι οἱ περισσότεροι ἀσθενεῖς μετὰ ἀπὸ ἐπιτυχὴ ἐμφύτευση ἀμφικοιλιακοῦ βηματοδότη αἰσθάνονται ὅτι ἐπέστρεψαν μερικὰ χρόνια πίσω, ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἐξέλιξη τῆς πάθησής τους. Ἐπιπλέον, δυὸ πολὺ μεγάλες μελέτες πού δημοσιεύτηκαν τὰ τελευταία χρόνια ἀπέδειξαν ὅτι ἡ ἀμφικοιλιακὴ βηματοδότηση παρατείνει τὴ ζωὴ τῶν ἀσθενῶν κατὰ 30 ἕως 40%. Γιὰ ὅλους τοὺς παραπάνω λόγους ἡ ἀμφικοιλιακὴ βηματοδότηση ἀναβαθμίστηκε σὲ θεραπεία πρώτης ἐπιλογῆς γιὰ τοὺς ἀσθενεῖς μὲ σοβαρὴ καρδιακή





**Εικόνα:** Ἀκτινογραφία θώρακος ἀσθενούς πού ἔχει ὑποβληθεῖ σέ ἐμφύτευση ἀμφικολιακοῦ βηματοδότη. Ἔχουν τοπιστεῖ, γιά ἐποπτικούς λόγους, τὰ ἄκρα τῶν ἠλεκτροδίων πού βρίσκονται στοῦ δεξιό κόλπο, τὴν ἀριστερὴ καὶ τὴ δεξιὰ κοιλία.

ἀνεπάρκεια καὶ καρδιακὸ δυσσυχρονισμὸ σύμφωνα μὲ τὴς ὁδηγίες τῶν ἀμερικανικῶν καὶ εὐρωπαϊκῶν ἐνώσεων καρδιολόγων πού δημοσιεύτηκαν κατὰ τὸ 2005.

### Οἱ ὑποψήφιοι γιὰ ἀμφικολιακὸ βηματοδότη

Ἀσθενεῖς μὲ μέτρια ἢ σοβαρὴ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια πού παρουσιάζουν συμπτώματα παρὰ τὴ βέλτιστη φαρμακευτικὴ ἀγωγή, ἔχουν σημαντικὴ μείωση τῆς δύναμης τῆς ἀριστερῆς κοιλίας καὶ παρουσιάζουν κοιλιακὸ δυσσυχρονισμὸ ἀπὸ καθυστερημένη ἢ ἀσύγχρονη διέγερση, συνήθως τῆς ἀριστερᾶς κοιλίας. Τέτοια καθυστερημένη διέγερση ἐμφανίζεται συχνὰ σὲ ἀσθενεῖς μὲ ἀποκλεισμὸ ἀριστεροῦ σκέλους στοῦ ἠλεκτροκαρδιογράφημα, ἀλλὰ ὄχι μόνο σ' αὐτούς. Ἕνας καλὰ ἐνημερωμένος καρδιολόγος, πού εὐτυχῶς ἀπαντᾷ συχνὰ στὴ χώρα μας, εἶναι σὲ θέση νὰ ἀναγνωρίσει ἂν ὁ ἀσθενὴς ἱκανοποιεῖ τὰ κριτήρια καὶ εἶναι κατάλληλος ὑποψήφιος γιὰ ἐφαρμογὴ τῆς θεραπείας αὐτῆς.

Στὴν περίπτωση αὐτὴ πρέπει οἱ ἀσθενεῖς νὰ ἐνημε-

ρώνονται γιὰ τοὺς προβληματισμοὺς πού ἀφοροῦν στὴν ἐφαρμογὴ τῆς μεθόδου. Ἡ σύγχρονη ἱατρικὴ ἠθικὴ ἐπιβάλλει τὴ συμμετοχὴ τοῦ ἀσθενοῦς καὶ τῶν οἰκείων αὐτοῦ στὴς ἀποφάσεις καὶ τὴν καλύτερη δυνατὴ ἐνημέρωσή τους. Ἔτσι, θὰ πρέπει νὰ γνωρίζουν ὅτι ἡ ἀμφικολιακὴ βηματοδότηση εἶναι μία ἀπαιτητικὴ ἐπέμβαση, πού πρέπει νὰ πραγματοποιεῖται ἀπὸ ἰατροὺς μὲ μεγάλη ἐμπειρία, σὲ κέντρα πού ἔχουν τὴ δυνατότητα νὰ ἀντιμετωπίσουν τυχόν ἐπιπλοκὲς ὅπως εἶναι ἡ συλλογὴ αἵματος γύρω ἀπὸ τὴν καρδιὰ συνεπεία τραυματισμοῦ τῶν καρδιακῶν φλεβῶν. Ἀκόμα, οἱ ἀσθενεῖς πρέπει νὰ ἐνημερώνονται τόσο γιὰ τὴν πιθανότητα ἀποτυχίας ἐμφύτευσης τοῦ ἠλεκτροδίου στὴν κατάλληλη φλέβα (<10%), γιὰ τὴν πιθανότητα μόλυνσης τοῦ βηματοδοτικοῦ συστήματος (~1%) ἀλλὰ καὶ γιὰ τὴν πιθανότητα νὰ μὴν ὑπάρχει ἡ ἀναμενόμενη βελτίωση. Παλαιότερες μελέτες ἔδειξαν ὅτι τὸ ποσοστὸ τῶν ἀσθενῶν πού δὲν εἶχαν τὴν ἀναμενόμενη βελτίωση ἦταν 25% ἀλλὰ οἱ μέθοδοι πού χρησιμοποιοῦμε σήμερα γιὰ τὴν ἐπιλογὴ τῶν ἀσθενῶν ἔχουν βελτιωθεῖ σημαντικὰ καὶ τὸ ποσοστὸ αὐτῶν πού δὲν ἀνταποκρίνονται στὴ θεραπεία ἔχει ἀναλόγως μειωθεῖ.

Συμπερασματικὰ, ἡ ἀμφικολιακὴ βηματοδότηση, πού μετρᾷ ἤδη δώδεκα χρόνια ζωῆς, ἔχει προσθέσει ἓνα σημαντικό καὶ ἀναντικατάστατο ὄπλο στὴν ἀντιμετώπιση τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας. Δεκάδες χιλιάδες ἐμφυτεύσεις παγκοσμίως καὶ ἄρκετες ἑκατοντάδες στὴ χώρα μας ἔχουν τεκμηριώσει τὸ ἀδιαμφισβήτητο καὶ μακροχρόνιο ὄφελος ἀπὸ τὴν ἐφαρμογὴ τῆς. Ὅμως δὲν εἶναι πανάκεια. Ἡ δόκιμη φαρμακευτικὴ ἀγωγή καὶ ἡ καλὴ συμμόρφωση τῶν ἀσθενῶν στὴς ὑγιεινοδιαιτητικὲς ὁδηγίες εἶναι ἀναντικατάστατες συνιστώσες τῆς καλῆς πορείας τῶν ἀσθενῶν μὲ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια. Ἐπιπλέον, οἱ ἰατροὶ πρέπει νὰ γνωρίζουμε ὅτι οἱ ἀσθενεῖς μας πρέπει νὰ ἐνημερώνονται γιὰ τὸ νόσο τους καὶ τὴς διαθέσιμες θεραπευτικὲς ἐπιλογές. Ἡ ἀμφικολιακὴ βηματοδότηση, ἀποδεδειγμένα προσφέρει «ἀνάσα κι ἐλπίδα», ἀλλὰ μὲ ἀντίτιμο τὸ μικρὸ περιεχειρητικὸ κίνδυνο καὶ τὸ σημαντικό οἰκονομικὸ κόστος γιὰ τὴν κοινωνία καὶ τὰ ἀσφαλιστικὰ ταμεῖα. Γιὰ αὐτοὺς τοὺς λόγους, οἱ ἀσθενεῖς πρέπει νὰ ἔχουν καλὴ ἐνημέρωση καὶ γιατροὶ καὶ ἀσθενεῖς νὰ συνεργάζονται σωστὰ καὶ στενά. ❤️



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 59

### ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ

- > Ὁ κ. Μάρκος Θεοδωράκης, τὸ ποσὸ τῶν € 300
- > Ὁ κ. Χρῆστος Θωμόπουλος, τὸ ποσὸ τῶν € 200
- > Ὁ κ. Νικόλαος Σπυρόπουλος, τὸ ποσὸ τῶν € 100
- > Ὁ ἀκαδημαϊκὸς κ. Κωνσταντῖνος Γρόλλιος, τὸ ποσὸ τῶν € 500
- > Ὁ καθηγητὴς κ. Γεώργιος Δαΐκος, τὸ ποσὸ τῶν € 200
- > Ὁ κ. Σπυρίδων Δούκας, τὸ ποσὸ τῶν € 2000
- > Ὁ κ. Γεώργιος Στεφανουδάκης, τὸ ποσὸ τῶν € 300
- > Ὁ ἀκαδημαϊκὸς κ. Ἐμμανουὴλ Ρούκουνας, τὸ ποσὸ τῶν € 200
- > Οἱ κ.κ. Ἀνδρέας καὶ Φίλη Ριζιώτη, τὸ ποσὸ τῶν € 70
- > Ὁ κ. Κωνσταντῖνος Ρουσάκης, τὸ ποσὸ τῶν € 40
- > Ἡ κ. Λέλα Πετράκη, τὸ ποσὸ τῶν € 50
- > Ὁ κ. Σπυρίδων Τσιγκλίφης, τὸ ποσὸ τῶν € 70

# Επικαιρα και αλλα

## Θεραπευτικά μοντέλα παιδικής παχυσαρκίας

**ΛΑΜΠΡΟΣ ΣΥΝΤΩΣΗΣ**, *ἀναπληρωτής καθηγητής διατροφής-διαιτολογίας, διευθυντής εργαστήριο διατροφής και κλινικής διαιτολογίας Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο*

Τὰ ἐπιδημιολογικά δεδομένα ἐπιβεβαιώνουν τὴ σημαντικὴ αὐξηση ἐμφάνισης τῆς παιδικῆς καὶ ἐφηβικῆς παχυσαρκίας στὴν Ἑλλάδα. Τὸ γεγονός αὐτὸ εἶναι ἄκρως ἀνησυχητικό, δεδομένων τῶν πολλῶν καὶ σοβαρῶν ἐπιπτώσεων ποῦ ἔχει ἡ παχυσαρκία στὴν ὑγεία τοῦ παιδιοῦ. Τὸ ἰδανικό θὰ ἦταν νὰ προληφθεῖ ἡ παχυσαρκία στὰ παιδιά. Ἐὰν ὅμως αὐτὸ δὲν γίνεῖ, θὰ πρέπει τουλάχιστον νὰ ἀρχίσει ἄμεσα ἡ θεραπεία, μόλις διαπιστωθεῖ τὸ πρόβλημα. Ὁ παιδίατρος εἶναι ὁ πρῶτος ποῦ θὰ πρέπει νὰ κρούσει τὸ κῶδωνα τοῦ κινδύνου στοὺς γονεῖς καὶ νὰ δώσει τὶς πρῶτες ὁδηγίες ἀφοῦ πρῶτα κατατάξει τὸ παιδί ἢ τὸν ἐφηβο στὴν κατηγορία τοῦ ὑπερβάρου ἢ τοῦ παχύσαρκου, σύμφωνα μὲ τὰ διεθνή πρότυπα. Ἡ κατηγοριοποίηση αὐτὴ εἶναι πολὺ σημαντικὴ γιὰ τὸ εἶδος τῆς θεραπευτικῆς ἀγωγῆς ποῦ θὰ προταθεῖ.

Γιὰ παχύσαρκα παιδιά 2 ἔως 7 ἐτῶν καθὼς καὶ γιὰ ὑπερβάρη παιδιά 2 ἔως 16 ἐτῶν χωρὶς ἄλλα προβλήματα ὑγείας (π.χ. διαβήτη, ὑπέρταση, δισλιπιδαιμία, κλπ) στόχος θὰ πρέπει νὰ εἶναι ἡ διατήρηση τοῦ βάρους γιὰ κάποιο χρονικὸ διάστημα ἢ ἡ ἐπιβράδυνση αὐξήσεως τοῦ βάρους καὶ ὄχι ἡ ἀπώλεια κιλῶν. Ἡ διατήρηση τοῦ βάρους σὲ ἓνα παιδί ποῦ ἀναπτύσσεται ὁδηγεῖ σὲ μείωση τοῦ ποσοστοῦ τοῦ υπερβάλλοντος βάρους. Γιὰ παράδειγμα, ἂν ἓνα παιδί εἶναι ὑπερβάρη κατὰ 25%, στόχος θὰ πρέπει νὰ εἶναι στοὺς ἐπόμενους 6-12 μῆνες τὸ βᾶρος του νὰ παραμείνει σταθερὸ καὶ λόγφ αὐξήσεως τοῦ ὕψους νὰ μειωθεῖ τὸ ποσοστὸ τοῦ υπερβάλλοντος βάρους. Γιὰ παχύσαρκα παιδιά 2 ἔως 7 ἐτῶν καθὼς καὶ γιὰ ὑπερβάρη ἄνω τῶν 7 ἐτῶν ποῦ ταυτόχρονα ἔχουν καὶ ἄλλα προβλήματα ὑγείας, καθὼς καὶ γιὰ ὅλα τὰ παχύσαρκα παιδιά ἄνω τῶν 7 ἐτῶν προτείνεται ἓνα πρόγραμμα μὲ στόχο τὴν ἥπια καὶ σταδιακὴ μείωση τοῦ βάρους μὲ ρυθμὸ περίπου 500 γραμμαρίων τὸ μῆνα.

Ἐνῶ ὑπάρχει ἀπόλυτη συμφωνία μεταξὺ τῶν εἰδικῶν γιὰ τὴν ἀνάγκη ἀντιμετώπισης τῆς παχυσαρκίας, δὲν ὑπάρχει ἀκόμη, καὶ οὕτε πρόκειται νὰ ὑπάρξει κατὰ τὴν ταπεινὴ μου γνώμη, συμφωνία ὡς πρὸς τὸ ἰδανικό θεραπευτικὸ μοντέλο. Ἡ παχυσαρκία εἶναι πολυπαραγοντικὸ νόσος, δὲν ὀφείλεται σὲ ἓνα συγκεκριμένο παράγοντα καὶ ὑπάρχουν σημαντικότερες διαφορὲς μεταξὺ τῶν ἀτόμων. Γιὰ αὐτὸ τὸ λόγο ἡ ἀντιμετώπιση τῆς παχυσαρκίας θὰ πρέπει νὰ γίνεται ἀτομικά, ἀφοῦ ληφθοῦν ὑπ' ὄψιν τὰ ἰδιαίτερα χαρακτηριστικά τοῦ ἀτόμου. Θὰ πρέπει, ἐπίσης, νὰ μετεχουν στὴ διαδικασία γιαιτρός, διατροφολόγος, γυμναστής καὶ ψυχολόγος/ψυχίατρος.

Εἶναι πολὺ σημαντικὸ πρὶν ἀρχίσει τὸ πρόγραμμα θεραπείας νὰ κατανοήσουν ἐπακριβῶς τὸ παιδί καὶ οἱ γονεῖς τοὺς στόχους τοῦ θεραπευτικοῦ προγράμματος. Ὅμως, ὁποιοδήποτε θεραπευτικὸ μοντέλο καὶ νὰ ἀκο-



λουθήσει τὸ παιδί, ὁ ρόλος τῆς οἰκογένειας καὶ τοῦ στενοῦ περιβάλλοντος εἶναι καθοριστικός γιὰ τὴν ἐπιτυχῆ ἔκβαση τῆς θεραπείας. Ἡ οἰκογένεια θὰ πρέπει νὰ εἶναι ἰδιαίτερα ὑποστηρικτικὴ πρὸς τὸ παιδί καὶ νὰ ἐστιάζει στὶς, ἔστω καὶ μικρές, θετικὲς ἀλλαγές ποῦ θὰ ἐπέλθουν στὴ συμπεριφορὰ ἢ καὶ τὴν ἐμφάνιση τοῦ παιδιοῦ κατὰ τὴ διάρκεια τῆς θεραπείας. Τὰ ἐρευνητικὰ δεδομένα δείχνουν ὅτι προγράμματα ρύθμισης βάρους γιὰ παιδιά στὰ ὁποῖα συμμετέχουν καὶ οἱ γονεῖς ἔχουν μεγαλύτερη ἐπιτυχία ἀπὸ αὐτὰ στὰ ὁποῖα συμμετέχει μόνο τὸ παιδί!

Ἡ ἐπιλογή τοῦ εἶδους τῆς θεραπείας θὰ πρέπει νὰ γίνεῖ μὲ γνώμονα τὸ ἱατρικὸ ἱστορικὸ, τὸ ἱστορικὸ βᾶρος τοῦ παιδιοῦ ἄλλα καὶ τῆς οἰκογένειας καθὼς καὶ τὶς ἰδιαίτερες συνθηκὲς ζωῆς τοῦ παιδιοῦ. Τὴν τελικὴ ἀπόφαση θὰ πάρουν οἱ γονεῖς μὲ τὴ βοήθεια τῶν εἰδικῶν. Ἀκολουθεῖ μία περιληπτικὴ ἀναφορὰ στὶς διαθέσιμες θεραπευτικὲς προσεγγίσεις οἱ ὁποῖες μπορεῖ νὰ χρησιμοποιηθοῦν ἀνεξάρτητα ἢ σὲ συνδυασμοῦ.

### Διαιτολογικὴ προσέγγιση

Ὅλες οἱ ἐρευνες τῶν τελευταίων ἐτῶν δείχνουν ὅτι ἡ ποιότητα τῆς διατροφῆς τῶν παιδιῶν (ὄπως καὶ τῶν ἐνηλίκων) χειροτερεύει χρόνο μὲ τὸ χρόνο. Αὐτὸ ὀφείλεται κυρίως στὶς ἀπατήσεις τῆς σύγχρονης ζωῆς σύμφωνα μὲ τὶς ὁποῖες τὰ παιδιά περνοῦν μεγάλο διάστημα τῆς ἡμέρας ἐκτὸς σπιτιοῦ καὶ οἱ γονεῖς δὲν ἔχουν πάντα τὸ χρόνο γιὰ τὴ προετοιμασία σπιτικοῦ φαγητοῦ. Ἡ διατροφικὴ προσέγγιση θὰ πρέπει πρῶτα νὰ στοχεύει στὴν ἐπίτευξη καὶ διατήρηση ἐνὸς ἰσορροπημένου διαιτολογίου ποῦ νὰ ὑποστηρίζει τὴν ἀνάπτυξη τοῦ παιδιοῦ. Ἐκτὸς εἰδικῶν περιπτώσεων, δὲν πρέπει νὰ μπαίνει τὸ παιδί σὲ ὑποθερμιδικὴ διαίτα μὲ στόχο τὴ γρήγορη μείωση τῶν κιλῶν. Δυστυχῶς, ὑπάρχει πάντα ἡ πῆσις ἀπὸ τὰ παιδιά ἄλλα καὶ τοὺς γονεῖς γιὰ γρήγορα ἀποτελέσματα. Οἱ διατροφολόγοι ἢ οἱ γιαιτροὶ ποῦ ἀσχολοῦνται μὲ τὴν θεραπεία τοῦ παιδιοῦ δὲν θὰ πρέπει νὰ ὑποκύπτουν ἄλλα νὰ ἐξηγοῦν μὲ σαφήνεια τοὺς λόγους γιὰ τοὺς ὁποῖους δὲν συστήνεται ἡ γρήγορη μείωση βάρους.

Ίδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην ψυχολογική διάσταση του θέματος «δαίτα». Οί έφηβοι (και ιδιαίτερα τὰ κορίτσια) είναι πολύ εύάλωτοι σὲ ἀνάπτυξη προβλημάτων διατροφικῆς συμπεριφορᾶς (ἀνορεξία – βουλιμία).

### Φυσικὴ δραστηριότητα

Ένας ἀπὸ τοὺς πιὸ σημαντικούς, ἂν ὄχι ὁ σημαντικότερος παράγοντας πού εὐθύνεται γιὰ τὴν αὐξηση τῆς συχνότητας ἐμφάνισης τῆς παιδικῆς παχυσαρκίας στὴ χώρα μας εἶναι ἡ μείωση τῆς φυσικῆς δραστηριότητας. Ἡ μείωση αὐτὴ εἶναι τὸ ἀποτέλεσμα τῆς ἔλλειψης εὐκαιριῶν γιὰ παιχνίδι καὶ κίνηση ἀλλὰ καὶ λόγω τῆς κατακόρυφης αὐξησης τῶν καθιστικῶν δραστηριοτήτων τῶν παιδιῶν (ὑπολογιστῆς, τηλεόραση, video games, διάβασμα). Ἡ αὐξηση τῆς φυσικῆς δραστηριότητας θὰ πρέπει νὰ εἶναι ἕνας ἀπὸ τοὺς κύριους στόχους, ὁποιοῦδήποτε προγράμματος ρύθμισης βάρους καὶ νὰ ἀκολουθήσει τὸ παιδί. Ἡ φυσικὴ δραστηριότητα ἐπιφέρει σημαντικότερες φυσιολογικὲς ἀλλὰ καὶ ψυχολογικὲς προσαρμογὲς πού σιγουρεύουν τὴν ὑγιή ἀνάπτυξή του. Συστίνεται ἡμερήσια φυσικὴ δραστηριότητα διάρκειας 60-90 λεπτῶν, κυρίως μὲ τὴ μορφή παιχνιδιοῦ. Ἀπὸ μόνη τῆς ἡ αὐξηση τῆς φυσικῆς δραστηριότητας μπορεῖ νὰ μὴν δώσει ἄμεσα, ἐμφανῆ ἀποτελέσματα στὴν προσπάθεια μείωσης τοῦ βάρους. Θὰ αὐξήσει ὅμως τὸ ἐπίπεδο φυσικῆς κατάστασης, θὰ βελτιώσει τὴν ὑγεία, θὰ μειώσει τὸ χρόνο καθιστικῶν δραστηριοτήτων καὶ μετὰ ἀπὸ κάποιο χρονικὸ διάστημα τὰ ἀποτελέσματα θὰ εἶναι ὁρατά. Οἱ γονεῖς θὰ πρέπει νὰ βοηθήσουν παρέχοντας τὸ κατάλληλο περιβάλλον, τὶς εὐκαιρίες γιὰ παιχνίδι καὶ ἄθληση καὶ δίνοντας οἱ ἴδιοι πρῶτοι τὸ καλὸ παράδειγμα.

### Προσέγγιση συμπεριφορᾶς

Στὴν προσέγγιση συμπεριφορᾶς ἀναγνωρίζονται τὰ λάθη πού κάνει τὸ παιδί στὴ διατροφή καὶ τὴ φυσικὴ δραστηριότητα καὶ ἐπικερεῖται ἡ σταδιακὴ τους ἀλλαγὴ. Ὁ ρόλος τῶν γονέων εἶναι καθοριστικὸς καθὼς πολλὲς ἔρευνες ἔχουν δεῖξει ὅτι τὰ ἀποτελέσματα εἶναι καλύτερα

ὅταν οἱ γονεῖς συμμετέχουν ἐνεργὰ στὴ διαδικασία. Κάποιες πρόσφατες ἔρευνες μάλιστα προτείνουν ὅτι εἶναι πολὺ καλύτερα στὴ διαδικασία νὰ μετέχει μόνον ὁ γονεὺς καὶ ὄχι τὸ ἴδιο τὸ παιδί! Αὐτὸ ἴσως καὶ νὰ ἦταν ἀναμενόμενο καθότι, γιὰ τὰ μικρότερα ἰδίως παιδιά, οἱ γονεῖς εἶναι αὐτοὶ πού καθορίζουν τὶς συνήθειες διατροφῆς καὶ φυσικῆς δραστηριότητας τοῦ παιδιοῦ. Κάποια ἀπὸ τὰ χαρακτηριστικὰ καὶ τὶς τεχνικὲς πού χρησιμοποιοῦνται στὴ συμπεριφοριστικὴ προσέγγιση εἶναι:

- Καταγραφὴ σὲ ἡμερολόγιο τῶν τροφίμων πού καταναλώνει τὸ παιδί στὴ διάρκεια τῆς ἡμέρας, συμπεριλαμβανομένης τῆς ὥρας καὶ τῆς τοποθεσίας (τραπέζι, μπροστὰ στὴν τηλεόραση, ἀπὸ τὴν κατσαρόλα κλπ).

- Καταγραφὴ τῆς φυσικῆς δραστηριότητας.

- Ἐπιβράβευση θετικῶν συμπεριφορῶν καὶ ἀλλαγῶν.

- Ἐμπλοκὴ τοῦ στενοῦ οἰκογενειακοῦ περιβάλλοντος στὴ διαδικασία υἰοθέτησης ὑγιεινῶν συμπεριφορῶν στοὺς τομεῖς τῆς διατροφῆς καὶ φυσικῆς δραστηριότητας.

- Ἐβδομαδιαία στοχοθεσία γιὰ ἐπίτευξη συγκεκριμένων στόχων διατροφῆς καὶ φυσικῆς δραστηριότητας.

- Καθορισμὸς ρεαλιστικῶν στόχων καὶ ἔμφαση στὴν «ἐκπαίδευση» τοῦ παιδιοῦ σὲ θέματα διατροφῆς καὶ φυσικῆς δραστηριότητας.

### Φαρμακευτικὴ ἀγωγή

Ἄρκετὲς κλινικὲς δοκιμὲς βρίσκονται σὲ ἐξέλιξη γιὰ νὰ διαπιστωθεῖ ἡ δυνατότητα χρήσης φαρμάκων γιὰ τὴ θεραπεία τῆς παιδικῆς παχυσαρκίας. Πρὸς τὸ παρὸν ὅμως, δὲν ὑπάρχει κάποιο ἐγκεκριμένο σκεῦασμα γιὰ παιδιά. Ἄκόμη καὶ γιὰ τοὺς ἐνήλικες, μόνον δυὸ φάρμακα κυκλοφοροῦν γιὰ τὴ θεραπεία τῆς παχυσαρκίας.

### Χειρουργικὴ ἀντιμετώπιση

Χειρουργικὴ ἀντιμετώπιση, ὅπως εἶναι ἡ γαστρικὴ παράκαμψη καὶ ἡ τοποθέτηση γαστρικοῦ δακτυλίου, ἔχει χρησιμοποιηθεῖ μὲ ἐπιτυχία γιὰ τὴν ἀντιμετώπιση τῆς παχυσαρκίας σὲ ἐφήβους. Ἡ ἐπιλογὴ αὐτὴ χρησιμοποιεῖται μόνον σὲ πολὺ σοβαρὲς περιπτώσεις παχυσαρκίας ὅταν συνυπάρχουν ἄλλα σοβαρὰ προβλήματα ὑγείας. ❀



### συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 52

τερα. Ἡ προσέγγιση τοῦ ἀναστομωτικοῦ στόχου τῆς στεφανιαίας ἀρτηρίας ὅπου καὶ συρράπεται τὸ μόσχευμα, σὲ συνάρτηση μὲ τὸ μήκος τοῦ μοςχεύματος, ἐξαρτᾶται ἀπὸ ἀνατομικὲς ἀλλὰ καὶ ἀπὸ γεωμετρικὲς παραμέτρους οἱ ὁποῖες δύσκολα μποροῦν νὰ ὑπολογισθοῦν μὲ ἀπόλυτη ἀκρίβεια προεγχειρητικά. Ἐπομένως, ὅταν χρησιμοποιοῦνται ἀρτηριακὰ μοςχεύματα εἶναι ἀναγκαῖος ὁ προεγχειρητικὸς σχεδιασμὸς ἀλγορίθμου σχέσης μήκους τοῦ μοςχεύματος καὶ τοῦ ἀναστομωτικοῦ στόχου στὸν ὁποῖο γίνεται ἡ συρραφὴ. Στὸν ἀλγόριθμο συμπεριλαμβάνονται ὅλες οἱ ἐναλλακτικὲς τεχνικὲς, ἀπὸ τὶς ὁποῖες τελικὰ ἐφαρμόζεται μόνον μία, ἀνάλογα μὲ τὰ διεγχειρητικὰ εὐρήματα. Ἀντίθετα, ὅταν δὲν χρησιμοποιοῦνται ἀρτηριακὰ μοςχεύματα ἀλλὰ φλεβικά, εἶναι προφανὲς ὅτι συνήθως ἡ διαδικασία ἀνάλυσης ἀλγορίθμων δὲν εἶναι ἀπαραίτητη ἀφοῦ δὲν ὑφίσταται τὸ βασικὸ πρόβλημα ἐξεύρεσης μήκους μοςχεύματος.

Μὲ τὴ γνώση καὶ ἐφαρμογὴ τῶν παραπάνω τεχνικῶν

ὀλικῆς ἀρτηριακῆς ἐπανάμιάτωσης τοῦ μυοκαρδίου, μπορεῖ νὰ προκύψουν πολλαπλοὶ συνδυασμοὶ ἔμμισχων ἢ ἐλεύθερων ἀρτηριακῶν μοςχευμάτων, μὲ τὴ συμμετοχὴ καὶ τῶν δυὸ μαστικῶν ἀρτηριῶν, ὥστε νὰ ἐπιτευχθεῖ μέχρι καὶ ἔξτραπλὸ ἀρτηριακὸ by-pass.

Ἐπομένως ἀπὸ τὰ παραπάνω καθίσταται ἐμφανὲς ὅτι παρὰ τὴν πολυπλοκότητα καὶ τὶς τεχνικὲς καὶ ἀλγοριθμικὲς δυσκολίες, ἡ ἀποκλειστικὴ χρησιμοποίηση τῶν ἀρτηριακῶν μοςχευμάτων στὶς ἐγχειρήσεις by-pass, εἶναι ἐφικτὴ καὶ ἀναμφισβήτη ἀποτελεῖ τὴ θεραπευτικὴ μέθοδο ἐκλογῆς.

Ὅμως, ἡ πολυπλοκότητα αὐτῶν τῶν χειρουργικῶν τεχνικῶν ἀλλὰ καὶ οἱ ἰδιαίτερες τεχνικὲς ἀπαιτήσεις, μᾶλλον πρὸδοτοῦν τὴν πιὸ εὐκόλη λύση τῶν φλεβικῶν μοςχευμάτων ἐνῶ παράλληλα φαίνεται νὰ ἀποθαρρύνουν τὴν εὐρεία καὶ καθολικὴ ἐφαρμογὴ τῆς μεθόδου τῆς ὀλικῆς ἀρτηριακῆς ἐπανάμιάτωσης τοῦ μυοκαρδίου, παρὰ τὰ εὐεργετικὰ τῆς μακροχρόνια ἀποτελέσματα στοὺς ἀσθενεῖς μὲ στεφανιαία νόσο. ❀

# ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ

## Κέντρο 'Υγείας 'Αμφίκλειας

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΚΛΕΙΤΣΑΚΗΣ**, *ιατρός γενικής  
ιατρικής, διευθυντής Κέντρου 'Υγείας 'Αμφικλείας*



Στις βορειοανατολικές πλαγιές του Παρνασσού, κοντά στο σιδηροδρομικό σταθμό της 'Αμφικλείας, στην παλιά εθνική οδό και πιο κάτω από τις πηγές του Κηφισού ποταμού βρίσκεται το Δαδί, η άρκαία 'Αμφικλεία. Είναι το μεγαλύτερο χωριό της περιοχής μεταξύ Γραβιάς και Βελίτσας (Τιθορέας). 'Απέχει από την 'Αθήνα 162 χλμ.

'Η ιστορία της εκτείνεται από το 3.000 - 1.000 π.Χ., όποτε η πρώτη όνομασία της είναι 'Οφειτία. 'Αργότερα, μετά τα νεολιθικά χρόνια, μετονομάζεται σε 'Αμφίκαια, μετά την ἐγκατάσταση Φωκέων και Δωριέων.

Στις μέρες μας είναι μία σύγχρονη κομμόπολη με τα ίδια σχεδόν χαρακτηριστικά όλων των ανάλογων οικισμών της ελληνικής ἐπαρχίας. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, που πάντα υπάρχουν, και την κάνουν να ξεχωρίζει ως ἐπαρχιακή κομμόπολη, είναι ο εὐφορος και καλλιεργήσιμος τόπος που υπάρχει βόρεια και νότια του χωριού. 'Ακόμη, είναι το πνευματικό και πολιτισμικό κέντρο της περιοχής με ποικίλες ἐκδηλώσεις καθ' ὅλη τη διάρκεια του ἔτους.

'Η 'Αμφικλεία δὲν ὑστερεῖ οὔτε στὸν τουριστικό τομέα. Τα τελευταία χρόνια ἐξελίσσεται και ἀναπτύσσεται, μετά τὸν κορεσμό 'Αράκωβας - Δελφῶν, σε χειμερινό τουριστικό θέρετρο με ξεχωριστό χρώμα, με τις δικές του φυσικές ὁμορφίες, περιοχές και τοποθεσίες τόσο στὸν Παρνασσό ὅσο και στὸν κάμπο του Κηφισοῦ.

Δὲν εἶναι ὅμως δυνατὸν σὲ ἕνα κείμενο νὰ ἀποτυπωθεῖ ἡ ὁμορφιά, ἡ πνευματική και πολιτισμική δραστηριότητα και γενικά ὅσα ἀφοροῦν τὴν 'Αμφικλεία. 'Η ἐπιτόπια ἐπίσκεψη και ἀπόλαυση τοῦ μαγευτικοῦ τοπίου τῆς 'Αμφικλείας και ἡ Ρουμελιώτικη φιλοξενία θὰ "ποῦν" πολὺ περισσότερα στὸν ἐπισκέπτη.

Τὸ Κέντρο 'Υγείας 'Αμφικλείας ἰδρύθηκε τὸ 1986. Τὸ ἱατρικὸ προσωπικὸ περιλαμβάνει δύο γενικούς ἰατροὺς, ἕνα παθολόγο, ἕνα παιδίατρο, ἕνα μικροβιολόγο, τρεῖς ὀδοντίατρος και ἑπτά ἰατροὺς ὑπόχρεους ὑπηρεσίας ὑπαίθρου, ἐκ τῶν ὁποίων οἱ δύο ὑπηρετοῦν στὸ Κέντρο 'Υγείας και οἱ πέντε σὲ ἰσάριθμα Περιφερειακά 'Ιατρεία. 'Η περιοχὴ εὐθύνῃς τοῦ Κέντρου 'Υγείας 'Αμφικλείας εἶναι πολὺ μεγάλη και περιλαμβάνει τὰ χωριά τοῦ Ρεγκινίου, Μενδενίτσας, Α. Σεραφεῖμ, Παύλιανης, Οἴτης, Σκαμνοῦ, Μπράλλου, Παλαιοχωρίου, Δρυμαίας, Τιθρωνίου, Ξυλικῶν, Μοδίου, Βελίτσας, 'Αγ. Παρασκευῆς και τὰ μεγάλα κεφαλοχώρια 'Αμφικλεία - Τιθορέα - 'Ελάτεια. 'Επίσης, λόγω τῆς ιδιαίτερης γεωγραφικῆς θέσης, ἐξυπηρετεῖ ὅλη τὴ Βόρειο-'Ανατολικὴ Φωκίδα με τὰ κεφαλοχώρια Γραβιά - 'Επάταφο - Πολύδροσο και τὰ χωριά Λιλαῖα - Μαριολάτα - Καστέλια - Βάριανη, τὰ ὁποῖα προσελκύουν πλῆθος τουριστῶν λόγω τῆς ὁμορφῆς φύσης και τοῦ μεγαλύτερου κιονοδρομικοῦ κέντρου τοῦ Παρνασσοῦ. Οἱ ἰατροὶ συνεργάζονται ἄσφραγα και καλύπτουν με τὶς ἐφημερίες τὸ Κέντρο 'Υγείας, τὸ ὁποῖο λειτουργεῖ ὅλο τὸ 24ωρο, ὅλο τὸ χρόνο. Στὸ Κέντρο 'Υγείας ὑπηρετοῦν ἐπίσης: ἕξι νοσηλεύ-

τριες, μία μαία, μία κοινωνικὴ λειτουργός, ἕνας ἐμφανιστῆς ἀκτινολόγος, τέσσερις ὁδηγοὶ ἀσθενοφόρου -που καλύπτουν με τὰ δύο ὑπάρχοντα ἀσθενοφόρα ὀλόκληρη τὴν περιοχὴ-, δύο θυρωροὶ-φύλακες, δύο διοικητικοὶ ὑπάλληλοι, δύο καθαρίστριες και ἕνας συντηρητής.

Σὲ τακτὰ χρονικά διαστήματα ἐπισκέπτεται τὸ Κέντρο 'Υγείας κινητὸ κλιμάκιο τῆς ψυχιατρικῆς μονάδας 'Αμφισσας.

Στὸν ἐξοπλισμὸ περιλαμβάνονται ἐπίσης τέσσερις καρδιογράφοι (ἕνας φορητός), ἕνας ἀπινιδωτής και ἕνας φορητὸς ἀναπνευστήρας. Στὰ πλαίσια τῆς πρωτοβάθμιας φροντίδας ὑγείας και εἰδικὰ στὸν τομέα τῆς πρόληψης, τὸ Κέντρο 'Υγείας δραστηριοποιεῖται με ὁμιλίες και διαλέξεις στὰ σχολεῖα, στὰ ἀθλητικά σωματεῖα κ.λπ. καθὼς και με ὀλοκληρωμένα προγράμματα ἐμβολιασμῶν, με ἔλεγχο σωματικῆς, ψυχικῆς και στοματικῆς ὑγείας τῶν μαθητῶν ὀλόκληρης τῆς περιοχῆς εὐθύνῃς τοῦ Κέντρου 'Υγείας και με ἐπισκέψεις τῶν κλιμακίων τοῦ Κέντρου 'Υγείας σὲ ὅλα τὰ δημοτικά σχολεῖα. Καλύπτονται ἐπίσης και πολλές ἀθλητικῆς δραστηριότητες με ἰατρὸ και ἀσθενοφόρο ὄχημα.

'Ο ἀριθμὸς τῶν ἐπισκεπτῶν στὰ ἱατρεία κατὰ τὸ ἔτος 2005 ἦταν:

Στὸ τμήμα γενικῆς ἱατρικῆς και παθολογίας: 17.040.

Στὸ παιδιατρικὸ τμήμα: 3.400.

Στὸ μικροβιολογικὸ τμήμα: α) αἵματος 1392,

β) βιοχημικὸ 11.050.

Στὸ ἀκτινολογικὸ τμήμα: 1.132 ἀκτινογραφίες.

Στὸ ὀδοντιατρικὸ τμήμα: 576.

'Η βελτίωση τῶν παρεχομένων ὑπηρεσιῶν ὑγείας ἀποτελεῖ σταθερὸ σκοπὸ ὅλων ὧσων ἐργάζονται στὸ Κέντρο 'Υγείας. ♡



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 62

καθ' ὅλη τὴ διάρκεια τῆς ζωῆς τους διατηροῦν ἱκανοποιητικὸ ἐπίπεδο φυσικῶν ἱκανοτήτων μέχρι τὴν 7η και 8η δεκαετία τῆς ζωῆς τους. Αὐτὸ πού ἀπομένει νὰ γίνεῖ εἶναι νὰ πείσουμε τοὺς ἡλικιωμένους συνανθρώπους μας (και ἰδιαίτερα τὶς γυναῖκες) νὰ ξεκινήσουν νὰ γυμνάζονται δεδομένου ὅτι ὑπάρχουν πολλές προκαταλήψεις και στερεότυπα συμπεριφοράς. 'Αξίζει ἀλλὰ εἶναι και ἠθικὴ ὑποχρέωση τῆς πολιτείας νὰ συνδράμει καθοριστικὰ πρὸς αὐτὴ τὴν κατεύθυνση. ♡





«... Τò ρῆμα οὕλω σημαίνει εἶμαι ὑγιής, ἀκέραιος.  
Τò γὰρ οὕλειν ὑγίαιεν (Στράβων)...  
Στὸν Ὅμηρο, οὕλε ἴσον καίρε, ὑγίαινε... »

Κρατῶ στὰ χέρια μου ἓνα ἀκόμη βιβλίο τοῦ καθηγητῆ κ. Παύλου Τούτουza, τὸ «Ἐμεῖς καὶ ἡ καρδιά μας», τὸ ἐνδέκατο μᾶς σειρᾶς "ἱατρικῆς λογοτεχνίας" ἢ "λογοτεχνικῆς ἱατρικῆς", ποῦ ἐκδίδει ὁ «Κάκτος» γιὰ τὴν ἐνημέρωση τοῦ ἀναγνωστικοῦ κοινοῦ. Καὶ καίρομαι γι' αὐτὴ τὴν καινούργια ἔκδοσι. Πλῆθος θεμάτων, πολλὲς χρήσιμες πληροφορίες γιὰ καλύτερη ὑγεία καὶ ζωὴ, γιὰ πρόληψη, γιὰ ἀντιμετώπιση προβλημάτων τῆς καρδιάς. Ἐνα βιβλίο μὲ 52 θέματα, δοσμένα σὲ μορφή διαλόγου σὲ ἀπλὴ λογοτεχνικὴ γλῶσσα, τὸ ὁποῖο διαβάζεται εὐχάριστα καὶ εὐκόλα γίνεται κατανοητό. Τὸ βιβλίο, κατὰ τὴ γνώμη μου, συνδυάζει τὸ τερπνὸ μὲ τὸ ὠφέλιμο, καὶ αὐτὸ γιὰ τὰ θέματά του ἀρχίζουν καὶ τελειώνουν μὲ ἱστορικὰ γεγονότα, μὲ φιλοσοφικὲς ἢ θεολογικὲς σκέψεις τῆς ὁποῖας διαδέχονται ἀναλύσεις θεμάτων τῆς καρδιακῆς μας ὑγείας, συμβουλὲς γιὰ τὴν πρόληψη νοσημάτων καὶ λύσεις γιὰ τὴν ἀντιμετώπιση διαδεδομένων προβλημάτων. Διαβάζοντας ἀναγνωρίζω στὸν ἐπιστήμονα τον βαθιὰ σκεπτόμενο καὶ συναισθανόμενο ἄνθρωπο. Διαπιστώνω τὸν πλοῦτο τῆς ἐμπειρίας καὶ τὴ γενναιοδωρία στὴν προσφορά.

«... Ἄρ' ἔστι τοῖς νοσοῦσι χρήσιμος λόγος. Ὡς σπλῆνιον πρὸς ἔλκος οἰκείως τεθὲν τὴν φλεγμονὴν ἔπαυσεν, οὕτω καὶ ὁ λόγος...». Γιὰ τοὺς ἀρρώστους ὁ λόγος εἶναι φάρμακο ὅπως ἂν βάλεις στὴν πληγὴ κατάλληλη ἀλοιφὴ παύει τὴν φλεγμονή, ἔτσι καὶ ὁ λόγος. Στυβαῖου ἀνθολόγιο (Φιλήμωνος).

Π. Δ. Μ. - Ἀθήνα

Σὰς εὐχαριστοῦμε γιὰ τὴν κριτικὴ καὶ τὰ σχόλια γιὰ τὸ καινούργιο βιβλίο καὶ χαίρομαστε ἰδίαιτερα ποῦ εἶναι τόσο θετικά.



### ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

- > Ἰφιγένειας Παπαδημητρίου, ἡ κ. Ἀναστασία Τσίγκου, τὸ ποσὸ τῶν € 150
- > Ἰφιγένειας Παπαδημητρίου, ἡ κ. Ἀγγελικὴ Γεωργοπούλου, τὸ ποσὸ τῶν € 150
- > Τοῦ συζύγου τῆς Κωνσταντίνου Πασχαλάκη, ἡ κ. Νίκη Στρίντζη Πασχαλάκη, τὸ ποσὸ τῶν € 300
- > Δημητρίου Μαοῦνη, οἱ κ.κ. Νίκος καὶ Μαρίνα Πανταζοπούλου, τὸ ποσὸ τῶν € 100
- > Νικολάου Κάλλα, οἱ κ.κ. Νίκος καὶ Μαρίνα Πανταζοπούλου, τὸ ποσὸ τῶν € 100
- > Παύλου Σούμπαση, ὁ κ. Κωνσταντῖνος Τσιάνος, τὸ ποσὸ τῶν € 50
- > Τῆς μητέρας τῆς, ἡ κ. Αἰμιλία Ἀθανασάκου, τὸ ποσὸ τῶν € 100
- > Βύρωνος Μέντζου, ἡ κ. Μαρία Φλώρου, τὸ ποσὸ τῶν € 50
- > Βύρωνος Μέντζου, ὁ κ. Τάκης Φλώρος, τὸ ποσὸ τῶν € 50
- > Βύρωνος Μέντζου, ὁ κ. Γεώργιος Καρανανίδης, τὸ ποσὸ τῶν € 50
- > Φρόσως Μερικά, οἱ κ.κ. Παῦλος καὶ Ἐλένη Τούτουza, τὸ ποσὸ τῶν € 100
- > Π. πρωθυπουργοῦ Γεωργίου Ράλλη, οἱ κ.κ. Παῦλος καὶ Ἐλένη Τούτουza, τὸ ποσὸ τῶν € 200
- > Τῶν γονέων του Νικολάου καὶ Μαρίας Γεωργοῦλη, θανόντων ἀδίκως, ὁ κ. Ἀντώνιος Γεωργοῦλης, τὸ ποσὸ τῶν € 400

συνέχεια στὴ σελ. 54 ▶

## ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

Τὰ καρδιαγγειακὰ νοσήματα ἀποτελοῦν σήμερα τὴν πρώτη αἰτία θανάτου στὸ Δυτικὸ κόσμo καὶ τὴν Ἑλλάδα.  
Κι ὁμως! Ὑπάρχουν λύσεις.

**ΣΤΗΡΙΞΤΕ ΚΑΙ ΕΣΕΙΣ ΤΟΝ ΑΓΩΝΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ - ΔΙΑΔΩΣΤΕ ΤΗ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑΤΙ ΣΩΖΕΙ.**

Δώστε σὲ γνωστούς καὶ φίλους αὐτὸ τὸ ἀπαντητικὸ δελτίο γιὰ νὰ γίνουν ἀποδέκτες τοῦ περιοδικοῦ «**Στoὺς ρυθμοὺς τῆς καρδιάς**» ἢ ἀνοίξτε τὸ δρόμο κάνοντάς τους δῶρο τὴν ἐγγραφή.  
**ΚΑΙ ΜΗΝ ΞΕΧΝΑΤΕ ΝΑ ΑΝΑΝΕΩΣΤΕ ΤΗ ΔΙΚΗ ΣΑΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΣΤΟ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.**

ΟΝΟΜΑ.....ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....ΗΛΙΚΙΑ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΟΔΟΣ.....ΑΡΙΘ.....Τ.Κ.....

ΣΥΝΟΙΚΙΑ.....ΠΟΛΗ.....ΤΗΛ:.....

Ἔχει κάποιο μέλος τῆς οικογενείας σας καρδιολογικά προβλήματα; **ΝΑΙ**

**ΟΧΙ**.....

Ἀποστείλατε τὴν ταχυδρομικὴ ἐπιταγὴ στὴ διεύθυνση τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ συμπληρώνοντας τὸ ποσὸ.

€ 15

€ 30

Υπογραφή.....

# οικονομικοί παλμοί

## Σκοτώνουν (έμας) τα κινητά όταν "γεράσουν"

ΓΑΛΗΝΗ ΦΟΥΡΑ, δημοσιογράφος


Τα ηλεκτρικά και ηλεκτρονικά απορρίμματα, αποτελούν, σύμφωνα με περιβαλλοντικές οργανώσεις, την επόμενη απειλή για το περιβάλλον. Ίδιαίτερα τα κινητά τηλέφωνα που είναι σήμερα στην Ελλάδα περισσότερα από τους κατοίκους της, χαρακτηρίζονται ως τοξικές βόμβες, καθώς όταν παλιώνουν και τα πετάμε στα οικιακά απορρίμματα, απελευθερώνουν τις χημικές τοξικές ουσίες τις οποίες περιέχουν, με αποτέλεσμα να μολύνουν το έδαφος, τα φυτά και τον ύδροφόρο ορίζοντα.

Ο τελικός αποδέκτης όλων αυτών των ουσιών, είναι ο άνθρωπος. Τα κινητά περιέχουν βρωμιούχες ενώσεις, που συνδέονται με την πρόκληση καρκίνου και βλαβών στο συκώτι, ενώ στα έσωτερικά τους κυκλώματα υπάρχει μόλυβδος, που επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα και ιδιαίτερα τον εγκέφαλο των παιδιών. Τò γεγονός ότι αυτές οι ουσίες απαντώνται στα κινητά σε πολύ μικρές ποσότητες, δεν μειώνει τον κίνδυνο αφού το κάδμιο από ένα κινητό, μπορεί να μολύνει 600 τόνους νερό.

Τò πρόβλημα είναι ιδιαίτερα οξύ, εάν ληφθεί υπ' όψιν ότι αυτή τη στιγμή σε όλο τον κόσμο, υπάρχουν τουλάχιστον δυο δισεκατομμύρια συνδέσεις κινητών τηλεφώνων. Ηδη, η Ευρωπαϊκή Ένωση επέβαλε στις παρασκευάστριες εταιρείες την ελαχιστοποίηση των επικίνδυνων ουσιών που περιέχουν, και έχει εκδώσει οδηγία προς τα κράτη μέλη για την διαχείριση των ηλεκτρονικών όσο και των ηλεκτρικών αποβλήτων. Μέχρι στιγμής στον τομέα αυτό, παρ' ότι η οδηγία έχει ενσωματωθεί στην ελληνική νομοθεσία, δεν έχουν γίνει ουσιαστικές προσπάθειες για την ανακύκλωση των συσκευών, καθώς οι περισσότερες εταιρείες κινητής τηλεφωνίας δεν έχουν δείξει το απαιτούμενο ενδιαφέρον. Η αλήθεια είναι ότι για την υλοποίηση προγραμμάτων προστασίας του περιβάλλοντος χρειάζεται χρόνος αλλά και προσπάθεια για την ενημέρωση των πολιτών, ή οποία πρέπει να συνοδευτεί και από κάποια κίνητρα για όσους δίνουν τις παλιές συσκευές τους για ανακύκλωση π.χ. μικρή έκπτωση

σε τους λογαριασμούς του κινητού τους κλπ. Μέχρι τότε καλό είναι να μην πετάμε τις παλιές συσκευές στα σκουπίδια. Πόσες είναι αυτές; Μερικά εκατομμύρια. Σύμφωνα με στοιχεία, οι συνδέσεις κινητής τηλεφωνίας στη χώρα μας έχουν ξεπεράσει τα δέκα εκατομμύρια.

Τα κινητά όμως που αγοράζονται είναι πολύ περισσότερα και, σύμφωνα με εκτιμήσεις, πλησιάζουν έτησιως τα δεκαπέντε εκατομμύρια. Υπολογίζεται ότι ο μέσος καταναλωτής αλλάζει τηλέφωνο τουλάχιστον μία φορά το χρόνο... Είναι άγνωστο πόσες συσκευές υπάρχουν σήμερα στα σπίτια μας, γιατί οι περισσότεροι συνεχίζουμε να τις κρατάμε ή τις χαρίζουμε ή τις δίνουμε σε άλλα μέλη της οικογένειας. Καθώς όμως τα πακέτα γίνονται όλο και πιο δλεαστικά, όλο και πιο οικονομικά, αναμένεται ότι τα επόμενα χρόνια εκατομμύρια κινητά και ηλεκτρονικές συσκευές θα βρεθούν στα σκουπίδια.

Εάν οι εταιρείες κινητής τηλεφωνίας δεν μπορούν να διαθέσουν ούτε ένα ευρώ για την αναγκαία ανακύκλωση, ή πολιτεία οφείλει να λάβει δραστικά μέτρα εντός των ορίων του θεσμικού πλαισίου που έχει τεθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Άλλωστε έχουμε αναλάβει τη δέσμευση από το προσεχές έτος να ανακυκλώσουμε περισσότερους από σαράντα τόνους ηλεκτρικών και ηλεκτρονικών αποβλήτων. 



συνέχεια από τη σελ. 64

τητα δεν είναι καν αλλεργία.

Η διάγνωση των αλλεργικών νοσημάτων και των αιτιών τους γίνεται εύκολα από τους αλλεργιολόγους με τις δερματικές δοκιμασίες (τέστ), με αίματολογικό έλεγχο και τη συσχέτιση των εργαστηριακών ευρημάτων με το ιστορικό και την κλινική εικόνα του πάσχοντος.

Για τους τρόπους αντιμετώπισής τους θα συνεχίσουμε στο τεύχος του Ιουνίου. 



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Κοινοφελές Ίδρυμα

Βασ. Σοφίας 133 - 115 21 Αθήνα

Τηλ.: (210) 6401477, 6450118, Fax: (210) 6401478

## Το δύσοσμο ρόδο

ΜΑΡΙΑ ΧΑΡΑΜΗ, δημοσιογράφος

“Όταν η πλανεύτρα Κίρκη απέφασε να σαγηνεύσει τον Όδυσσέα για να τον μεταλλάξει σε γουρουνάκι για ζαμπόν, κοτζάμ Έλλάς και τὸ δωδεκάθεον δὲν κάτσανε μὲ σταυρωμένα χέρια. Σπεύδει ἄρωγος ὁ Ἑρμῆς και τί φυλαχτὸ θαρρεῖτε χαρίζε στὸ μονάρχη τῆς Ἰθάκης; Ἔνα μαγικὸ σκόρδο! Που ἐπέφερε ραγδαῖες ἀνατροπές! Ἡ ποιηρὴ γόνισσα ἐρωτεύεται παράφορα τὸν πολυμήχανο Ὀμηρικὸ ἥρωα παρὰ τὴ δύσοσμη ἀνάσα του!!

Διότι τὸ σκόρδο ΕΙΝΑΙ μαγικὸ. Τὸ ἤξεραν ὁ Ἄριστοφάνης και ὁ Μωάμεθ, ὁ Ἄριστοτέλης, ὁ Ἰπποκράτης, ὁ Διοσκουρίδης, ὁ Βιργίλιος, ὁ Πλαῦτος, ὁ Πλίνιος. Κάμποσες σκελίδες ἔτρωγαν οἱ ἐργάτες που ἔχισαν τῆς πυραμίδες για νὰ ἀντέξουν τὴ σκληρὴ δουλειά. Σκόρδο περιελάμβανε και τὸ συστίτιο τῶν φαντάρων. Λιωμένο σὰν πομάδα τὸ χρησιμοποιοῦσαν στῆς μάσκες ὡς ἀντισηπτικὸ τὰ μεσαιωνικὰ χρόνια τῆς χολέρας. Ἀπομακρύνει τὰ φίδια, τοὺς σκορπιούς, τοὺς βρικόλακες και τὸ βάσκανο μάτι! Γι’ αὐτὸ και τὸ ἔτριβαν στὰ χειλάκια τῶν νεογνῶν και δὴ τῶν Γάλλων βασιλιάδων.

Στὰ κιτάπια τῶν φαρμακοποιῶν τοῦ 19ου αἰῶνα τὸ συναντᾶμε ἀναμιγμένο μὲ ἄλλο βέρα για τὴν ἀποστείρωση και ἐπούλωση τῶν τραυμάτων. Τὸ «δυσῶδες τριαντάφυλλο» ἐκπαλαί θεωρήθηκε ὡς θαυματουργὴ πανάκεια. Ἀντιυπερτασικὸ, ἀντιλιπιδαιμικὸ, κατὰ τοῦ σακχαρώδους διαβήτη και τῶν μολύνσεων πίστευαν ἄλλοτε, κρίνοντας ἐκ τοῦ ἀποτελέσματος.

Σήμερα ξέρουμε γιατὶ. Ἡ ἐκπληκτικὴ χημικὴ δομὴ τοῦ *allium setinum* προξενεῖ ὄντως τὸ θαυμασμό. Ἡ ἀλιΐνη μὲ τὰ θειοῦχα και ἀμμωνιακὰ ὀξέα τῆς κάτω ἀπὸ τὴν ἐπίδραση τοῦ ἐνζύμου ἀλιΐνάση, δημιουργεῖ τὴν ἀλισίνη που ἐκδηλώνει τὴ χαρακτηριστικὴ και ἔντονη μυρωδιὰ ἀλλὰ μόνον ἀν τὸ σκόρδο κοπεῖ ἢ τριφεῖ.

“Όταν ἡ «βρωμερὴ» ἀλισίνη ζεσταθεῖ μαζί μὲ νερὸ και π.χ. λάδι ἢ οἰνόπνευμα, σχηματίζεται ἡ ἀχοΐνη (ἀζο= σκόρδο στὰ Ἰσπανικά), οὐσία πιὸ δραστικὴ ἀπὸ τὴν ἀσπρίνη για στὴν ἀποτροπὴ σχηματισμοῦ θρόμβων και ἀθηρωματικῆς πλάκας. Ὅποτε, φίλοι μου, βουρ στὸ σκόρδοστούμπι.

Ἀκριβὸς αὐτὴ ἡ ἰδιότυπη χημικὴ σύνθεση, ὑποδεικνύει τῆς μαγειρικῆς και φαρμακολογικῆς χρήσεις τοῦ ἔξοκου ἀρτύματος που διαφορετικὰ μυρίζει ὄμο, τηγανητὸ, μαγειρεμένο. Ἄν θέλετε νὰ μειώσετε τὴν ὀσμὴ μπορεῖτε νὰ τὸ βράσετε για μερικὰ λεπτά. Ἐγὼ πάντως τὸ ψήνω. Ἀφαιρώντας δυὸ-τρία ἀπὸ τὰ ἐξωτερικά του πουκάμισα, περιχύνω μὲ λάδι, ἀλατίζω και φουρνίζω μὲ σα σὲ ἀλουμινοχάρτο σὲ χαμηλὴ θερμοκρασία για μία-μίση ὥρα. Μετὰ ζουλάω τῆς σκελίδες και χρησιμοποιοῦ τὴ γλυκειὰ, νοστιμότατη κρέμα σὲ σαλάτσες για ψητὰ ἢ σαλάτες. Μὲ τέτοιο ψημένο σκόρδο φτιάχνω και τὴν ἀλιάδα, τὴ μελιτζανοσαλάτα, τὴν ταρταροσαλάτα.

“Όταν πάλι θέλω τὴν ἀπάδα, μὰ ὅσο πατάει ἡ γάτα, τρίβω μὲ μισὴ σκελίδα σκόρδο τὸ μπῶλ τῆς σαλάτας μὲ-



χρι νὰ μὴ μείνει τίποτε στὰ γαντοφορεμένα μου δάχτυλα. Ὅποια λαχανικά κι ἂν ρίξω μετὰ στὴ γαβάθα μου ζωπρεοῦν χωρὶς οἱ καλεσμένοι μου νὰ φᾶνε τὸ σκόρδο.

Δοκιμάστε αὐτὰ τὰ κολλάκια και τὰ ξαναλέμε.

### Κοινωνικὴ σκορδαλιὰ

#### ἽΥλικὰ

8+2 σκελίδες σκόρδου

300 γρ. πατάτες

120 γρ. καρυδόψιχα ντόπια ψιλοτριμμένη

2 φλιτζάνια τοῦ τσαγιοῦ extra παρθένο ἐλαιόλαδο

½ φλιτζάνι ξίδι ἀπὸ λευκὸ κρασί

Ἄλατι, φρεσκοτριμμένο πιπέρι λευκὸ

Δυὸσμος ψιλοκομμένος

**Ἐκτέλεση:** Βράζουμε 8 σκελίδες σκόρδου μέσα σὲ μπρῆκι μὲ νερὸ ἐπὶ 2-3’. Πετᾶμε τὸ πρῶτο νερὸ και ξαναβράζουμε. Στραγγίζουμε, σκουπίζουμε τὸ σκόρδο.

Βράζουμε τῆς πατάτες μὲ τὴ φλούδα τους σὲ λίγο σχετικῶς ἀλατισμένο νερὸ μέχρι νὰ μαλακώσουν.

Ρίχνουμε στὸ γουδι τῆς 2 ὥρες και τῆς 8 βρασμένες σκελίδες σκόρδου μαζί μὲ ½ κ. γλυκοῦ ἀλάτι κονδρὸ και κοπανίζουμε μέχρι νὰ γίνουν σὰν πομάδα.

Ξεφλουδίζουμε μία-μία τῆς πατάτες ἐνῶσω εἶναι ἀκόμη ζεστές. Ρίχνουμε μία-μία τῆς πατάτες στὸ λωμένο σκόρδο και χτυπάμε μὲ τὸ γουδοχέρι ἐνῶνοντας μὲ τὸν πουρὲ τοῦ σκόρδου και προσθέτοντας λίγο-λίγο τὸ λάδι και τὸ ξύδι ἐναλλάξ.

“Όταν ἔχουμε ρίξει ὅλες τῆς πατάτες και τὸ μισὸ λάδι και ξύδι μποροῦμε νὰ συνεχίσουμε στὸ blender προσθέτοντας τὰ καρύδια και τὸ ὑπόλοιπο λάδι και ξύδι.

Ἡ συνταγὴ στὸ σύνολό τῆς περιέχει:

Θερμίδες: 2.734 Kcal

Πρωτεΐνες: 15,15 γρ.

Λίπη: 262,8 γρ.

ἽΥδατάνθρακες: 86,62 γρ.

Χοληστερόλη: 0 mgr.

## Άσκηση και τρίτη ηλικία

**ΚΩΝ/ΝΟΣ ΒΟΛΑΚΛΗΣ, Ph.D. Μέλος ΕΕΔΙΠ**

Τμήμα Έπιστήμης Φυσικής Άγωγής & Άθλητισμού, ΔΠΘ

Οι λειτουργικές-φυσικές ικανότητες κάθε ατόμου μειώνονται με την πάροδο της ηλικίας με σημαντικότερες την καρδιοαναπνευστική άντοχή, τη μυϊκή δύναμη, την ικανότητα εύκαμψίας, την ικανότητα ισορροπίας κ.ά. Τί είναι όμως αυτό που όλοι χαρακτηρίζουμε ως βιολογική φθορά; Είναι ή βιολογική φθορά αναπόφευκτη;

Ός προς το πρώτο ερώτημα οι ειδικοί έχουν βρει ότι η αερόβια ικανότητα (κοινώς ή άντοχή μας) μειώνεται κατά 1% το χρόνο μετά την ηλικία των 25 ετών. Όστόσο, δε χρειάζεται να απογοητευτούμε γιατί υπάρχουν και καλά νέα. Άτομα 60 και 70 ετών που γυμνάζονται όλη τους τη ζωή, διαθέτουν άντοχή ατόμων ηλικίας 40 και 50 ετών αντίστοιχα. Έχουν δηλαδή ένα «βιολογικό ξανά-ωμα» 20 ετών.

Επιπλέον, στα 70 μας έχουμε μειωμένη δύναμη κατά 30% και λιγότερους μύες κατά 40% συγκριτικά με την ηλικία των 20 ετών. Πρακτικά αυτό σημαίνει μειωμένη αυτοεξυπηρέτηση σε άπλες καθημερινές ασχολίες, εύκολη κόπωση και κακή ποιότητα ζωής. Το αντίδοτο έδω είναι και πάλι ή άσκηση. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι κατάλληλα δομημένα προγράμματα άσκησης μπορούν να επιβραδύνουν το ρυθμό απώλειας μυϊκής μάζας (φαινόμενο σαρκopenίας) που παρατηρείται στους ηλικιωμένους. Η σαρκopenία εκτός από τις προαναφερθείσες άρνητικές συνέπειες, αυξάνει τον κίνδυνο των πτώσεων και κατά συνέπεια των καταγμάτων, μειώνει τις καύσεις του οργανισμού, ενώ σχετίζεται και με την εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος που παρατηρείται στους ηλικιωμένους.

Το μυστικό για να έχουμε καλά γηρατειά κρύβεται μέσα μας και αφορά στη θαυμαστή ικανότητα του ανθρώπινου οργανισμού να προσαρμόζεται στην άσκηση



σε άνεξάρτητα από την χρονολογική του ηλικία. Τί σημαίνει αυτό πρακτικά; Ότι όλοι οι ηλικιωμένοι που θα ξεκινήσουν ένα πρόγραμμα άσκησης θα διαπιστώσουν σημαντικές θετικές προσαρμογές (φυσιολογικές και ψυχολογικές) μετά από πάροδο ορισμένων εβδομάδων/μηνών άνεξάρτητα από το αν είναι 60, 70 ή 80 ετών (πίνακας). Τα σχετικά στοιχεία από διάφορες έρευνες που συνηγορούν στο ότι μπορεί κανείς να επιβραδύνει τη βιολογική φθορά μέσω της άσκησης είναι συντριπτικά. Σε σχετικές μελέτες διαπιστώθηκε μείωση της θνησιμότητας από οποιαδήποτε αίτια από 15 έως 45% και της καρδιαγγειακής θνητότητας από 17 έως 52% σε άτομα τρίτης ηλικίας μετά από συμμετοχή τους σε προγράμματα άσκησης. Βασική προϋπόθεση, βέβαια, είναι ή λεπτομερής έλεγχος των βασικών συστημάτων του οργανισμού καθώς και ή εφαρμογή των σχετικών ενδείξεων και άντενδείξεων πριν από την έναρξη.

Δυστυχώς στην Ελλάδα δεν έχει γίνει συνείδηση ή αξία και τα όφελιμα που έχει ή άσκηση σε άτομα τρίτης ηλικίας. Για παράδειγμα, τα Κέντρα Άνοικτης Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) αν και γενικά θεωρείται ότι έχουν πετύχει την αποστολή τους θα μπορούσαν, με μικρό σχετικά κόστος, να επεκτείνουν τη δράση τους ύλοποιώντας προγράμματα άσκησης υπό την έποπτεία καθηγητών φυσικής άγωγής, οι όποιοι έχουν ειδικέυση στην άσκηση ηλικιωμένων. Αντίστοιχες πρωτοβουλίες θα πρέπει να μπορούν να αναληφθούν και στον ιδιωτικό τομέα.

Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι ένα σημαντικό ποσοστό της απώλειας των λειτουργικών-φυσιολογικών λειτουργιών κατά τη διαδικασία της γήρανης αποδίδεται στην έλλειψη άσκησης και στην ύποκινητικότητα, δεδομένου ότι όσοι γυμνάζονται συστηματικά και αδιάλειπτα

### Τα σημαντικότερα όφελιμα της άσκησης σε ηλικιωμένους

- Βελτίωση καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας
- Αύξηση μυϊκής δύναμης και άντοχής
- Μείωση ρυθμού απώλειας μυϊκής μάζας (σαρκopenία)
- Διατήρηση ικανότητας ισορροπίας - μείωση κινδύνου πτώσεων/καταγμάτων
- Ηπιότερη μείωση βασικού μεταβολικού ρυθμού
- Αύξηση ένεργειακής κατανάλωσης-μείωση της συσσώρευσης λίπους
- Διατήρηση εύκαμψίας (αυτοεξυπηρέτηση στις καθημερινές ασχολίες)
- Βελτίωση διατροφικών συνθηκών
- Ψυχολογικά όφελιμα (μείωση άγχους, βελτίωση αυτοεκτίμησης, αυτοπεποίθησης)

# φαρμακολογία

## Στάδια ανάπτυξης φαρμάκου

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΙΟΣΕΣ**, αντιπρόεδρος Ίνστιτούτου Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας

Κατά μέσο όρο η ανάπτυξη ενός φαρμάκου παίρνει 12 χρόνια για να φθάσει από το εργαστήριο στον ασθενή για θεραπεία. Μόνο 5 από τις 5000 ουσίες που εισέρχονται σε προκλινικά στάδια φθάνουν για δοκιμασία σε ανθρώπους, ενώ μόνο δυο από τα πέντε φάρμακα που δοκιμάζονται έγκρίνονται.

Στις ΗΠΑ, όπου η έρευνα για τα φάρμακα είναι εκτεταμένη, η διαδικασία και τα στάδια δοκιμών και παραγωγής ενός φαρμάκου, έχουν ως εξής:

- Επί 3,5 χρόνια, προκλινικά τέστ.
- 1ος χρόνος, ΦΑΣΗ I, δοκιμές σε 20-80 έθελοντές.
- 2ος χρόνος, ΦΑΣΗ II, δοκιμές σε 100-300 έθελοντές.
- 3ος χρόνος, ΦΑΣΗ III, δοκιμές σε 1.000-3.000 έθελοντές.
- Επί 2,5 χρόνια, ΦΑΣΗ IV, δοκιμές υπό έλεγχο του FDA (Αμερικανικός Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων).

### Έγκριση τελική

Κόστος περισσότερο από 1 δισ. δολάρια

Αναλυτικά:

### Προκλινικό στάδιο

Έξετάζονται οι εμπειρίες, οι νέες μελέτες, η δομή του προϊόντος, πώς λειτουργεί στον οργανισμό, η τοξικότητα σε πειρατόζωα και ο τρόπος παρασκευής.

### Φάση I

Έξετάζεται η ασφάλεια του προϊόντος, η δοσολογία και ο τρόπος διάλυσης, απορρόφησης και μεταβολισμού στην πράξη.

### Φάση II

Έξετάζεται η επιτυχής δράση σε ασθενείς.

### Φάση III

Διενεργείται σε κλινικές και νοσοκομεία. Έξετάζονται τα όφελιά αλλά και οι ανεπιθύμητες ενέργειες. Μετά την έγκριση οι εταιρείες υποχρεούνται να δίνουν τα αναλυτικά στοιχεία των μελετών που κάνουν, όταν το φάρμακο κυκλοφορήσει. Υποχρεούνται επίσης, μέσω της φαρμακοεπαγρύπνησης, να ενημερώνουν τους αρμόδιους φορείς για κάθε παρενέργεια που παρουσιάζεται από την κατανάλωση του έγκεκριμένου φαρμάκου. Οι επενδύσεις κάθε χρόνο αυξάνονται περίπου 20% από τη φαρμακευτική βιομηχανία για την παραγωγή νέων φαρμάκων.

### Αριθμός νέων φαρμάκων για τον καρκίνο

Ο καρκίνος, δεύτερη αιτία θανάτου στις ΗΠΑ σκοτώνει περίπου 600.000 Αμερικανούς το χρόνο, περισσότερους από 1500 την ημέρα, και τα νέα φάρμακα θα χρειαστούν 12-15 χρόνια για να φθάσουν στον ασθενή.

Σήμερα, 400 νέα φάρμακα για τη θεραπεία του καρκίνου βρίσκονται σε φάση ανάπτυξης. Φάρμακα 178 εταιρειών βρίσκονται σε στάδια προκλινικών ελέγχων και διαφόρων φάσεων δοκιμής.



- 62 από αυτά αφορούν στον καρκίνο του πνεύμονα που είναι η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο στις ΗΠΑ.

- 49 φάρμακα ετοιμάζονται για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού ο οποίος χτυπά 200.000 Αμερικανίδες κάθε χρόνο.

- 15 νέες θεραπείες για καρκίνο του προστάτη βρίσκονται υπό εξέλιξη, ο οποίος σκοτώνει 30.000 Αμερικανούς κάθε χρόνο.

- 35 νέες θεραπείες εφαρμόζονται πειραματικά για τον καρκίνο του εντέρου, την τρίτη πιο διαδεδομένη μορφή καρκίνου, σε άνδρες και γυναίκες, στην Αμερική.

Επίσης αναπτύσσονται φάρμακα για καρκίνο του ήπατος, του παγκρέατος, του εγκεφάλου και του δέρματος. Σημαντικό ρόλο στην έγκριση των φαρμάκων παίζει και η ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια μιας τέτοιας θεραπείας ώστε να εξαλείφονται σοβαρές παρενέργειες είτε αυτές είναι κατά κάποιο τρόπο βλαπτικές, είτε απλώς ένοχλητικές, όπως η ναυτία και ο έμετός.

### Στοιχεία κατανάλησης στην Ελλάδα

Η αξία των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των ήπιων και σοβαρών μορφών νεοπλασίας και των παραγόντων που ρυθμίζουν το ανοσοποιητικό σύστημα αυτών των ασθενών διπλασιάστηκε την τελευταία πενταετία και φθάνει περίπου το 10% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης στη χώρα μας.

### Πρόσβαση των Ελλήνων ασθενών στα νέα φάρμακα

Ο Έλληνας ασθενής έχει σχετικά γρήγορη πρόσβαση στα νέα φάρμακα αφού αυτά που οι εταιρείες δέν τα διαθέτουν στη χώρα μας έρχονται, μετά από έγκριση του ΕΟΦ και με απόλυτα δικαιολογημένα ιατρικά πιστοποιητικά, μέσω του ΙΦΕΤ.

Ακόμα και φάρμακα για συγκεκριμένους ασθενείς ή φάρμακα που κυκλοφορούν στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ και δέν έχουν πάρει άδεια στη χώρα μας έρχονται, με τη διαδικασία μικροδέματος μετά από ατομική παραγγελία από τα φαρμακεία, μέσω του ΙΦΕΤ. 🍎

## Άλλεργίες τής άνοιξης

Σας «τρώει» ή μύτη σας; Μην άνυσουχετε δέν πρόκειται να σας δείρουν! Φτερνίζετε άπανάωτά; Μην νομίζετε ότι κάποιος σας σκέφτεται! (όχι ότι αυτό άποκλείεται!) Ειδικά μάλιστα αν αυτά συμβαίνουν τώρα που έχετε άνοιξη. Άν κάθε άνοιξη μοιάζει σαν να έχετε σταθερό ραντεβού με αυτά τά συμπτώματα, αν συνοδεύονται από καταρροή, μούκωμα και κυρίως φαούρα στ' αυτιά, στόν ουρανίσκο ή στόν φάρυγγα, ή αν ύποφέρετε και από τά μάτια με δακρύρροια, φαούρα, φωτοφοβία, άισθημα ξένου σώματος, τότε τó πιθανότερο είναι ότι πάσχετε από άλλεργική ρινίτιδα ή/και έπιπεφυκίτιδα.

Ά κατάσταση γίνεται, πολύ πιό σοβαρή όταν ύπάρχει δύσπνοια, βήχας, βράσιμο στó στήθος, σφύριγμα στήν άναπνοή γιατί τότε πρόκειται για άλλεργικό βρογχικό άσθμα.

Ρινίτιδα - Έπιπεφυκίτιδα - Άσθμα, άποτελούν τήν τριάδα τών άναπνευστικών άλλεργιών και είναι οι κυριότερες έκπρόσωποι τών άλλεργιών τής άνοιξης.

Όστόσο συχνά μπερδεύουμε τīs άναπνευστικές άλλεργίες με κοινά κρυολογήματα ένοχοποιώντας για τά συμπτώματα τούς ιούς και μικρόβια. Όμως τήν άνοιξη δέν παρατηρούνται έπιδημίες ιώσεων, όπως συμβαίνει τó φθινόπωρο και τó χειμώνα. Άντίθετα, κατά τήν έποχή αυτή ó άέρας που εισπνέουμε είναι γεμάτος με γύρεις φυτών που άποτελούν τó κυριότερο αίτιο τών άναπνευστικών άλλεργιών. Τά συνηθέστερα άλλεργιογόνα φυτά που άνθοφορούν στήν Έλλάδα τήν άνοιξη είναι τά γρασίδια, τά άγριόχορτα, ή έλιό κ.ά.

Όλα αυτά προκαλούν άυστηρά έποχιακές άναπνευστικές άλλεργίες, ένω ταυτόχρονα παρατηρούνται έξάρσεις που όφείλονται, σε όλοειτή άλλεργιογόνα όπως τά άκαρα τής οικιακής σκόνης που πολλαπλασιάζονται κατά τήν περίοδο τής άνοιξης. Τά άναπνευστικά άλλεργικά νοσήματα, όπως τά περισσότερα άλλεργικά νοσήματα, δέν προσβάλλουν όλα τά άτομα αλλά μόνον εκείνα που έχουν ειδική γενετική προδιάθεση. Για τήν έκδήλωσή τους όμως δέν φτάνει αυτό αλλά άπαιτούνται και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τó περιβάλλον, με κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, δηλαδή με τόν τόπο και τόν τρόπο ζωής.

Ά άνοιξη δέν σηματοδοτεί μόνον τήν άνθοφορία του φυτικού βασιλείου, αλλά και άλλες μεταβολές. Μαζί με τά φυτά «άφυπνίζονται» και τά έντομα, αλλάζει ó διατροφικός μας κύκλος και καταναλώνουμε μεγάλες ποσότητες φρούτων και λαχανικών, ένω ντυνόμαστε έλα-



φρύτερα έρχόμενοι σε έπαφή με μεγάλες δόσεις ήλιακής άκτινοβολίας ή με διάφορες έρεθιστικές ούσιες. Σ' αυτό τó πλαίσιο μπορούν να έκδηλωθούν σπανιότερες μορφές «άνοιξιάτικων» άλλεργιών που όφείλονται σε άντιδράσεις στα δηλητήρια σφηκών και μελισσών, σε άλλεργιογόνα τρόφιμα, φάρμακα και καλλυντικά αλλά και φυσικούς παράγοντες όπως λ.χ. τά τριχίδια τής κάμπιας τού πεύκου.

- Τά ιοβόλα έντομα, έκτός από τόν ευεργετικό ρόλο τους στή φύση, μπορεί να προκαλέσουν σοβαρά προβλήματα, άπειλητικά για τή ζωή, σ' ένα μικρό ποσοστό άνθρώπων που τσιμπούνται από αυτά. Συμπτώματα άναπνευστικής άλλεργίας όπως περιγράφισαν παραπάνω, βραχνάδα στή φωνή, πόνο στήν κοιλιά, ζάλη, ύπόταση, σπανιότερα άπώλεια άισθήσεων λίγο μετά τó τσίμπημα είναι ó τρόπος που έκδηλώνεται αυτή ή επικίνδυνη μορφή άλλεργίας.

• Τά συνήθη άλλεργιογόνα τρόφιμα που είτε τά τρώμε μόνον τήν άνοιξη (φράουλες, κεράσια κ.ά.), είτε τά τρώμε συχνότερα αυτή τήν περίοδο (όστρακοειδή, ξηροί καρποί, σπόροι κ.ά.) μπορεί να προκαλέσουν όρισμένες φορές παρόμοια συμπτώματα με αυτά τών σφηκών/μελισσών, λίγα λεπτά έως λίγες ώρες μετά τήν κατανάλωση.

• Διάφορα φάρμακα όπως άντιβιοτικά, άντιυπερτασικά, άντιαρρυθμικά, άντιδιαβητικά ή τοπικά σκευάσματα (φάρμακα και καλλυντικά) μπορεί να προκαλέσουν, σε συνέργεια με τó ήλιακό φώς, όξεις δερματίτιδες στα έκτεθειμένα μέρη τού σώματος

• Ά κάμπια τού πεύκου είναι ύπεύθυνη για μία μορφή έρεθιστικής δερματίτιδας με έξάνθημα και φαούρα στα άκάλυπτα μέρη τού σώματος, που ó κόσμος θεωρεί (κακώς) άλλεργία στó πεύκο. Όνομάζεται κνίδωση έξ έπαφής με τά τριχίδια τής κάμπιας και στήν πραγματικό-

