



ΣΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΤΟΜΟΣ 13
ΤΕΥΧΟΣ 148
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2004

Τιμή πώλησης 0,01 €

Μιά καρδιά τόν ... Αύγουστο

ΘΩΜΑΣ Κ. ΜΑΚΡΗΣ, *έπιμελητής καρδιολογικής κλινικής Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»*

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις, και ιδιαίτερα η στεφανιαία νόσος και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, αποτελούν τις συχνότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας στις σύγχρονες κοινωνίες. Οί ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα οφείλουν να ακολουθούν αυστηρά τις οδηγίες του γιατρού για σωστή φαρμακευτική και υγιεινοδιαιτητική αγωγή.

Η σωστή διατροφή, το ιδανικό σωματικό βάρος, η σωματική άσκηση, η διακοπή του καπνίσματος, ή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, των λιπιδίων και του σακχάρου, αν συνυπάρχει σακχαρώδης διαβήτης, παρέχουν προστασία από νέα επεισόδια και εξασφαλίζουν καλή ποιότητα ζωής. Η προσπάθεια αυτή χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή τους θερινούς μήνες, κυρίως στη χώρα μας με τη μεγάλη διάρκεια του καλοκαιριού και τις υψηλές θερμοκρασίες.

Η σωστή διατροφή παίζει καθοριστικό ρόλο στην προστασία του καρδιοπαθῆ, ιδιαίτερα τους θερινούς μήνες. Μικρά και συχνά γεύματα, πλούσια σε φρούτα και λαχανικά, καθώς και τροφές με χαμηλά λιπαρά είναι απαραίτητα. Επιδβάλλεται η αύξημένη λήψη υγρών, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη (π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια), ενώ πρέπει να περιονδίζεται ή κατανάλωση οίνοπνευματωδών ποτών. Η σωματική άσκηση είναι απαραίτητη για τους καρδιοπαθείς, όμως πρέπει να αποφεύγεται όταν υπάρ-

χουν υψηλές θερμοκρασίες γιατί μπορεί να έχει αντίθετο αποτέλεσμα. Το βάδισμα τις πρωινές και βραδινές ώρες είναι η καλύτερη λύση κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού.

Τα θαλάσσια μπάνια δὲν ἀπαγορεύονται για τους καρδιοπαθείς, χρειάζεται όμως προσοχή και η τήρηση όρισμένων κανόνων. Προϋπόθεση είναι η έγκριση του θεράποντα γιατρού ό όποίος γνωρίζει τόν ασθενή και τό πρόβλημά του.

Τό χρονικό διάστημα τό όποίο θα μεσολαβεί από τά γεύματα μέχρι τήν είσοδο στη θάλασσα πρέπει να είναι μεγάλο (4 ώρες) γιατί ή λήψη τροφής επιβαρύνει τό καρδιαγγειακό σύστημα. Οί πρωινές (9 - 11 π.μ.) και οί απογευματινές (7 - 9 μ.μ.) ώρες είναι ή καλύτερη επιλογή για τά θαλάσσια μπάνια του καρδιοπαθούς, ενώ ἀπαγορεύεται ή παραμονή στον ήλιο.

Η εμφάνιση συμπτωμάτων όπως δύσπνοια, πόνος στο στήθος, αίσθημα παλμών, ζάλη, εύκολη κόπωση, δυσφορία επιβάλλει τήν άμεση ενημέρωση του γιατρού.

Οί ίογενείς και μικροβιακές γαστρεντερίτιδες, σε συνδυασμό με τή λήψη τών καρδιολογικών φαρμάκων (π.χ. διουρητικά) μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα στον καρδιοπαθῆ. Σ' αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται άμεση ενημέρωση του θεράποντα γιατρού για τήν αντιμετώπιση του προβλήματος.

Καθοριστική, επίσης, για τους καρδιοπαθείς άσθε-

νεϊς είναι ή παραμονή κατά την διάρκεια του καλοκαιριού σε δροσερούς και κλιματιζόμενους χώρους οί όποιοι εξασφαλίζουν άνετη και υγιεινή διαμονή.

Η φαρμακευτική άγωγή τούς θερινούς μήνες πολλές φορές άπαιτεί άλλαγή ή τροποποίηση. Η λήψη διουρητικών μπορεί να δημιουργήσει σημαντικά προβλήματα (π.κ. άφυδάτωση, πτώση άρτηριακής πίεσης, διαταραχές ήλεκτρολυτών) και πρέπει να γίνεται με προσοχή. Πιθανή μείωση των δόσεων είναι λογική λύση, πάντα μετά άπό έγκριση τού γιατρού.

Οί άνταγωνιστές άσβεστιού είναι μία κατηγορία φαρμάκων ή όποία κορηγείται στους καρδιοπαθείς και ιδιαίτερα στους υπεραστικούς άσθενείς. Τά φάρμακα αυτά σε συνδυασμό με τις ύψηλές θερμοκρασίες μπορεί να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν οίδηματα στα κάτω άκρα. Τό φαινόμενο δεν είναι επικίνδυνο, πρέπει όμως να άναφερθεί στο γιατρό και εκείνος θα άποφασίσει. Η πτώση της άρτηριακής πίεσης ως άποτέλεσμα της φαρμακευτικής άγωγής και των ύψηλών θερμοκρασιών είναι συχνό φαινόμενο τούς



καλοκαιρινούς μήνες. Η μέτρηση, συχνότερα, της άρτηριακής πίεσης και ή πιθανή ελάττωση των δόσεων των λαμβανομένων φαρμάκων, ύστερα άπό συνεννόηση και άπόφαση τού γιατρού, δίνει λύση στο πρόβλημα. Διάφορα ήρεμιστικά φάρμακα, επίσης, μπορούν να προκαλέσουν καταβολή, άδυναμία, ύπνηλία, εύκολη κόπωση σε συνδυασμό με την υπερβολική ζέση. Η άνάπαυση και ή άποφυγή κόπωσης είναι καθοριστική παράμετρος, ιδιαίτερα τό καλοκαίρι για τούς καρδιοπαθείς άσθενείς. Γενικότερα, ό καρδιοπαθής άσθενής μπορεί να καρεί και να άπολαύσει τις χαρές τού καλοκαιριού ύπό την προϋπόθεση ότι τρει σχολαστικά τούς βασικούς

κανόνες της φαρμακευτικής και υγιεινοδιαιτητικής άγωγής. Οί κινήσεις και οί άποφάσεις του θα πρέπει πάντα να έχουν την έγκριση τού θεράποντα γιατρού για να άπολαύσει τις χαρές που προσφέρει ό ήλιος και ή θάλασσα της πατρίδας μας. ♡



συνέχεια άπό τη σελ. 124

Η Ruth Mc Guire συμβουλεύει τούς γιατρούς να συνοψίζουν και να επαναλαμβάνουν όσα τούς λέει ό άσθενής για να βεβαιωθούν ότι έχουν καταλάβει σωστά τη θέση του. «Ζητήστε άπό τόν άσθενή να σας διορθώσει άν χρειάζεται και να σας δώσει περισσότερες πληροφορίες» συνησιτά «και βεβαιωθείτε ότι καταλαβαίνει όσα έχετε πεί». ♡



συνέχεια άπό τη σελ. 127

ται ή χοληστερόλη δια τού έντερικου τοιχώματος. Όταν τό φάρμακο αυτό συνδυάζεται με στατίνη, τά επίπεδα LDL μειώνονται σημαντικά άφου οί στατίνες άναστέλλουν την άντισταθμιστική αύξηση στην παραγωγή χοληστερίνης άπό τό ήπαρ. Έπιπλέον, ό συνδυασμός αυτός δεν άπαιτεί μεγάλες δόσεις άπό κανένα άπό τά δυο φάρμακα με άποτέλεσμα τη μεγάλη μείωση της πιθανότητας άνεπιθύμητων ένεργειών. ♡



συνέχεια άπό τη σελ. 123 μην άπειλείστε άπό άγγειακό έγκεφαλικό έπεισόδιο. Ο καρδιολόγος σας θα εξετάσει τυχόν άντενδείξεις που μπορεί να ύπάρχουν. Όσον άφορά τούς πολλούς παροξυσμούς, είναι προτιμότερο να παραμείνετε σε μόνιμη κολπική μαρμαρυγή, με καλά ρυθμισμένη την καρδιακή σας συχνότητα, παρά να προσπαθείτε με κάθε τρόπο να άνατάξετε τά έπεισόδια αυτά. ♡

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Έλληνικό Ίδρυμα 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: Άθ. Πηπιλής
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΥΛΗΣ: Ντίκη Μακαρίου
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΥΛΗΣ: Βασίλειος Σπανός
ΥΠΕΥΘ. ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ: Alta Grafico AE - Τηλ.: (210) 2314359, 2318113 - Fax: (210) 2317705
ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: Χ. Άνωνακούδης, Γ. Γκουμάς, Σπ. Καρράς, Π. Κόκκινος, Ζ. Κυριακίδης,
Ε. Παπαστεριάδης, Δ. Ρίχτερ, Β. Σπανός, Δ. Σταμάτης, Δ. Χασιέρας.
ΣΚΙΤΣΑ: Γαβριήλ Ψαρράς, καρδιολόγος
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Ά. Δαρμάρα, Μ. Δημακοπούλου, Γ. Καλλιούπη, Μ. Τούτουζα
Έπιτρέπεται ή μερική ή όλική άναδημοσίευση άρθρων τού περιοδικού άρκεί να άναφέρεται ή πηγή τους.

στην Ελλάδα... και τον κόσμο



Ἡ ... ἑλληνικὴ καρδιά

PETER KOKKINOS, PhD, FACSM, FAHA, Associate Professor of Medicine, Georgetown University Medical Center and VA Medical Center, Washington, DC

Πρὶν πολλὰ χρόνια συνάντησα τὸ γέρο-Ἀγαππτό.
- Καλῶς ὄρισες στὴν Ἀμερική, μού εἶπε. Πόσο σκοπεύεις νὰ μείνεις;

- Ὡ, 3 ἕως 5 χρόνια, ἀπάντησα.

Μὲ κοίταξε ἔντονα πίσω ἀπὸ τὰ χοντρά γυαλιά του σὰν νὰ ἐξέταζε τὴν ἰσχύ τῆς πεποίθησής μου καὶ κούνησε τὸ κεφάλι του.

- Ὅλοι γιὰ τόσο ἤρθαμε, εἶπε μὲ λύπη.

- Τί συμβαίνει; ρώτησα.

- Ἡ Ἀμερική εἶναι μία σειρήνα κι ἐγὼ ξέχασα νὰ δεθῶ στὸ κατάρτι, εἶπε χαμογελῶντας.

- Πόσα χρόνια πρὶν ἐπισκέφτηκες τὴν πατρίδα; ρώτησα.

- Ἐπαψα νὰ μετράω μετὰ τὰ πενήντα χρόνια, ἀπάντησε.

- Τί σοῦ λείπει περισσότερο;

- Τὰ πάντα, μού ἀπάντησε.

Καθὼς χαιρετιόμασταν ἔγειρε μπροστὰ καὶ μού ψιθύρισε: «Μὴν ξεχάσεις τὸ σχοινί».

- Τὸ σχοινί; ρώτησα.

- Naί, τὸ σχοινί γιὰ τὸ κατάρτι... μὴν τὸ ξεχάσεις.

Στάθηκα πὶο τυχερὸς ἀπὸ τὸ γέρο-Ἀγαππτό. Ἡ οἰκογένειά μου κι ἐγὼ ἐπισκεφθήκαμε τὴν Ἑλλάδα ἀρκετὲς φορές.

Γι' αὐτὸ τὸ καλοκαίρι σχεδιάσαμε τὸ πὶο φιλόδοξο ταξίδι στὴν Ἑλλάδα. Μὲ τὴ σύζυγό μου θέλαμε νὰ δείξουμε στοὺς γιούς μας ὅσο τὸ δυνατόν περισσότερον ἀπὸ τὴν κουλτούρα καὶ τὸν πολιτισμὸ μας. Κι ἔτσι, λοιπόν, σκαρφαλώσαμε στὴν Ἀκρόπολη, ἐπισκεφθήκαμε μουσεῖα, περπατήσαμε στὴν Πλάκα καὶ στὸ Μοναστηράκι, ἀνεβήκαμε στὸ Λυκαβηττό, παρακολούθησαμε τὴν ἀλλαγὴ τῆς φρουρᾶς στὸ Ζύνταγμα. Ἐπισκεφθήκαμε ἀγαπημένους συγγενεῖς καὶ φίλους οἱ ὁποῖοι καθορίζουν τὴν ἑλληνικὴ φιλοξενία. Καὶ μετὰ τραβήξαμε βόρεια. Στὶς Θερμοπύλες ὁ Λεωνίδας καὶ τὸ προκλητικὸ «μολὼν λαβέ» του στέκεται ὡς ἀδιαφιλονίκητο σύμβολο ἠρωτισμοῦ καὶ θυσίας γιὰ τὴν πατρίδα καὶ τὰ ἰδανικά. Λίγο πὶο πάνω ὁ Ἀθανάσιος Διάκος μᾶς θύμιζε μία ἄλλη ἐποχὴ καὶ περισσότερες θυσίες.

Κολυμπήσαμε στὶς παραλίες τῆς Σκιάθου, ἐπισκε-

φθήκαμε τὸ σπίτι τοῦ Παπαδιαμάντη καὶ κατόπιν τραβήξαμε βόρεια γιὰ τὰ Γρεβενά. Μείναμε μὲ φίλους καὶ συγγενεῖς, ἀναπολήσαμε τὰ παλιά, φάγαμε νόστιμα φαγητὰ καὶ ἤπιαμε σπιτισίο κρασί. Διασχίσαμε τὴ Μακεδονία καὶ πήραμε πάλι τὸ δρόμο γιὰ νότια. Τρέξαμε στὰ στάδια τῶν Δελφῶν καὶ τῆς Ὀλυμπίας, κολυμπήσαμε στὶς παραλίες τῆς δυτικῆς Πελοποννήσου, ἐπισκεφθήκαμε τὴ Σπάρτη καὶ ἀνεβήκαμε στὸ Μυστρά. Καθὼς φθάσαμε στὴν κορυφὴ, μιά γιαιὰ ποζάρισε γιὰ φωτογραφίες στὸν ἐγγονό

τῆς, ἡλικίας κολλεγίου. Μᾶς ἐντυπωσίασε ὅλους. Μιά ομάδα Ἑγγλέζων τουριστῶν δὲν μποροῦσε νὰ ξεπεράσει τὸ γεγονός ὅτι αὐτὴ ἡ κυρία, ποὺ ἦταν γύρω στὰ 70 ἢ καὶ παραπάνω, μπόρεσε νὰ ἀνέβει ἐκεῖ πάνω, καὶ νὰ χαμογελάει γιὰ φωτογραφία ἐνῶ ἐκείνοι, μόνο τριάντα καὶ σαράντα χρονῶν, δὲν μποροῦσαν νὰ πάρουν ἀνάσα. Μείναμε λίγες μέρες στὸ Γύθειο μαζί μὲ καλοὺς φίλους πρὶν σκαρφαλώσουμε στὸ κάστρο τῆς Μονεμβασίας.


Στὸ Ναύπλιο βρήκαμε ἄλλα κομμάτια τῆς ἱστορίας μας, σκαρφαλώσαμε σὲ ἄλλο κάστρο, ἄλλοι ἥρωες καὶ ...κάποιοι κατεργάρηδες. Στὴν κορυφὴ τοῦ ἀρχαίου θεάτρου τῆς Ἐπιδαύρου (113 σκαλιὰ

ὅλα κι ὅλα), ἀκούσαμε τὸ διακριτικὸ ἦχο τοῦ νομίματος ποὺ ὅταν πέφτει στὸ κέντρο τοῦ θεάτρου ἀκούγεται ὡς τὴν κορφί.. Ἀπολαύσαμε τὶς ὁμορφες παραλίες τῶν Σπετσῶν καὶ μάθαμε τὴν ἥρωικὴ ὅσο καὶ τραγικὴ ἱστορία τῆς Μπουμπουλίνας. Γεμάτοι ἀπὸ ἱστορία, συγκινήσεις καὶ ἀναμνήσεις, ἐπιστρέψαμε ἐκεῖ ἀπ' ὅπου ξεκίνησε τὸ ταξίδι μας. Στὴν Ἀθήνα, τὴν ἀρχόντισσα, ποὺ μὲ ὅλη τὴν ὁμορφιά καὶ τὸ μεγαλεῖο τῆς ἦταν ἐτοιμὴ νὰ ὑποδεχθεῖ τὸν κόσμον γιὰ τὴν Ὀλυμπιάδα.

Πῶς ἦταν τὸ ταξίδι σας; Μὲ ρώτησαν οἱ φίλοι μου ὅταν ἐπέστρεψα. Περπατούσαμε ὅλη μέρα, κολυμπήσαμε σὲ ὁμορφες παραλίες, σκαρφαλώσαμε σὲ κάστρα, μυρίσαμε θυμάρι, φάγαμε πεντανόστιμα φαγητὰ, καὶ ἤπιαμε λίγα ποτῆρια κρασί. Μιλῆσαμε, τραγουδήσαμε καὶ χορέψαμε μὲ φίλους καὶ συγγενεῖς, καταπιαστήκαμε μὲ τὸ παρὸν καὶ ἀναπολήσαμε τὸ παρελθόν. Μᾶς κατέκλυσε ἡ

λαμπρότητα του παρελθόντος, ή όμορφιά του παρόντος και ή ελληνική φιλοξενία, απάντησα.

Ένδεχομένως να αναρωτηθείτε τί έχουν να κάνουν όλα αυτά με τὰ καρδιαγγειακά νοσήματα. Ίσως όλα αυτά τὰ πράγματα να μὴν έχουν σχέση με τὴν καρδιά. Και πάλι, ἴσως, να ἔχουν να κάνουν τὰ πάντα μ' αὐτή. Καθορίζουμε τούς παράγοντες γὰ καρδιαγγειακά νοσήματα ἀπὸ τὰ επίπεδα τῆς χοληστερόλης, τὸ σάκχαρο στὸ αἷμα, τὴν ἄρτηριακή πίεση, τὸ κάπνισμα κ.λ.π., κ.λ.π. Λιγότερο ἀπὸ


μία γενεά πίσω, τὴ γενεά τῆς γιαγιάς πού συναντήσαμε στὸ Μυστρά, ἔμεις οἱ Ἕλληνες εἴχαμε τούς λιγότερους θανάτους ἀπὸ καρδιαγγειακά σ' ὁλόκληρο τὸν κόσμο. Μήπως αἰτία ἦταν ἡ ὑπέροχη κουζίνα μας τὴν ὁποία ἐξυμνοῦν οἱ ἐπιστήμονες ὡς τὴν καλύτερη πού ὑπάρχει; Ἡ μήπως ἡ αἰτία βρίσκεται στὸ κάπνισμα πού ἦταν μόνο γιὰ τὶς καμινάδες; Ίσως ἡ γιαγιά στὸ λόφο, στὸ Μυστρά, πού χαμογελοῦσε στὴν κάμερα με τὰ ἐγγόνια τῆς, νὰ ἔχει τὴν ἀπάντηση. 



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 118

Τὸ τρίτο ἄλμα στὴν καρδιολογία ἦταν αὐτὸ τοῦ Harvey, μετὰ τὸ πρῶτο ἀπὸ τούς Ἱπποκρατικούς και τὸ δεύτερο περὶ καρδίας, ἀρτηριῶν και φλεβῶν τοῦ Γαλνυοῦ. Ὁ Harvey ἔθεσε τὶς βάσεις ἐπὶ τῶν ὁποίων θὰ οικοδομήσουν σταθερὰ οἱ ἐρευνητὲς γιατροὶ τούς ἐπόμενους αἰῶνες. Μίλησε καθαρὰ γιὰ τὴ διπνεκὴ - συνεχῆ κυκλοφορία τοῦ αἵματος σὲ κλειστὸ σύστημα, στὸ ὁποῖο ἡ καρδιά ἔχει τὸ ρόλο ἀντλίας. Κάθε συστολὴ τῆς καρδίας προκαλεῖ ἕνα ἄρτηριακὸ κύμα σφυγμοῦ. Αὐτὰ προκαλέσαν ἀντιδράσεις, πάθη και ἀναστομάσεις, ὥστε νὰ χρειασθοῦν 50 χρόνια περίπου γιὰ νὰ γίνουν δεκτὲς οἱ ἀπόψεις του στὴν Εὐρώπη! Τὸ πνεῦμα - ὁ ἀέρας εἶναι στοὺς πνεύμονες και ἐκεῖ ἀναμιγνύεται με τὸ φλεβικὸ αἷμα. Ἐν συνεχείᾳ τὸ ἀερῶδες αἷμα ἔρχεται στὴν ἀριστερὴ κοιλία, τὴν ἀορτὴ, ὅλες τὶς ἄρτηριές πού βαθμηδὸν γίνονται μικρότερες και τελικὰ καταλήγουν σὲ ἕνα πορῶδες σύστημα τῶν ἰσθῶν ἀπὸ τὸ ὁποῖο τὸ αἷμα παίρνει τὸ δρόμο τῆς ἐπιστροφῆς πρὸς τὴν καρδιά διὰ τῶν φλεβῶν. Ὡστε δὲν ὑπάρχουν οἱ ἀναστομάσεις μεταξὺ ἀρτηριῶν και φλεβῶν και τὸ σπουδαιότερο δὲν ὑπάρχουν πόροι ἐπικοινωνίας μεταξὺ δεξιᾶς και ἀριστερῆς κοιλίας, ὅπως ἔγραψε ὁ Γαλνυός. Οὔτε τὸ αἷμα προέρχεται ἀπὸ τὸ ἥπαρ, οὔτε οἱ φλέβες δίνουν με αἷμα τροφὴ στὸ σῶμα, ἡ ὁποία παρέχεται ἀπὸ τὸ ἄρτηριακὸ αἷμα. Σὲ 200 σελίδες ὁ Harvey παρέδωσε στὴν ἐπιστὴν τὸ "L' exercitatio anatomica de nostre cordis et sanguinis in animalibus" και φώτισε τὴν ἱατρικὴ. Ἔτσι οἱ θεράποντες μπορούσαν τῶρα νὰ καταλάβουν τὸ ρόλο κάθε τμήματος τοῦ καρδιαγγειακοῦ συστήματος, νὰ συνεννοηθοῦν, νὰ συνεργαστοῦν, νὰ θεραπεύσουν. Ἡ συστολὴ εἶναι ἡ σπουδαία, ἐνεργητικὴ φάση τοῦ καρδιακοῦ παλμοῦ, αὐτὴ εἶναι ἡ ἰσχὺς τοῦ καρδιακοῦ μυός και ὄχι ἡ διαστολὴ κατὰ τὴν ὁποία δῖθεν γεμίζει με πνεῦμα ἡ ἀριστερὴ κοιλία και διατείνεται.

Κατὰ τὴ συστολὴ ἐξωθεῖται τὸ αἷμα στὴν ἀορτὴ και προκαλεῖται ὁ σφυγμός. Τῆς συστολῆς τῶν κοιλιῶν προηγεῖται ἡ συστολὴ τῶν κόλπων.

Ὁ Harvey θὰ μιλήσει και γιὰ τὴν καρδιακὴ παροχὴ. Ἐναφέρει ὅτι ἡ ἀριστερὴ κοιλία, ὅταν διατείνεται, ξαναγεμίζει με δύο, τρεῖς ἢ και τέσσερις οὐγκιές αἷμα. Ἐναφέρθηκε στὴν πίεση, σὲ διάφορα τμήματα τῆς συστηματικῆς κυκλοφορίας, και ἐξήγησε ὅτι ἡ ὥση στὴν ἀορτὴ πού προκαλεῖται ἀπὸ τὴν ἀριστερὰ κοιλία εἶναι πὺθ δυνατὴ ἀπὸ τὴν ἀντίστοιχη ὥση τῆς πνευμονικῆς ἀρτηρίας (ἀρτηριώδους φλέβας) ἀπὸ τὴ δεξιὰ κοιλία. Πάντως ὁ Harvey κάνει κι αὐτὸς τὸ παλαιὸ λάθος νὰ θεωρεῖ ὅτι ἡ καρδιά εἶναι ἐστία πού ζεσταίνει τὸ αἷμα. 

Συνέχεια σὲ ἐπόμενο τεῦχος

συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 126

πρέπει νὰ τρεῖται ἕνα ὀρισμένο πρόγραμμα πού θὰ περιλαμβάνει:

1. Προθέρμανση

Στὴν προθέρμανση ἀρχίζουμε με χαλαρὲς ἀσκήσεις ὁμάδων μυῶν, ἄνω και κάτω ἄκρων (ἐφ' ὅσον ὁ τόπος ἀσκῆσης εἶναι κλειστὸς κῶρος) ἢ με ἀσκήσεις δρόμου και ἐλαφρῶν ἀλμάτων στὴν ὑπαίθρο, γιὰ 5-10'.

2. Κυρία ἀσκηση

Ἐντονότερη ἀσκηση πού μπορεῖ νὰ περιλαμβάνει ζωηρὸ βᾶδισμα, ποδηλασία σὲ εὐθείς δρόμους, τένις, κολύμβηση, γκόλφ, χορὸ κ.ἄ. Γιὰ τούς γηραιότερους ἢ τούς ἔχοντες σοβαρότερα προβλήματα καρδίας ὁ καθημερινὸς περίπατος τοῦ τετραγώνου τοῦ σπιτιοῦ τους γιὰ 15-20', ἡ κηπουρικὴ ἢ οἱ ἥπιες ἀσκήσεις σουηδικῆς γυμναστικῆς και τὸ στατικὸ ποδήλατο πάντα ὠφελοῦν.


3. Ἀποκατάσταση

Μετὰ τὴν ἀσκηση θὰ πρέπει νὰ ἀκολουθήσει βαθμιαία ἀποκατάσταση και ἐπ'ἀνδοδος ὄλων τῶν ὀργανικῶν συστημάτων πού μετεῖχαν στὴν ἀσκηση στὴν προηγουμένη κατάσταση ἠρεμίας. Συνιστᾶται ἡ ἐπιβράδυνση τῆς ἀσκῆσης και ὄχι ἡ ἀπότομη διακοπὴ τῆς, ἡ βραδεῖα ὑπερέκταση τῶν μυϊκῶν ὁμάδων, stretching, και οἱ βαθιές ἀναπνευστικὲς κινήσεις.

Συμπερασματικά, ἡ καθημερινὴ κινητικὴ δραστηριότητα, ἂν γίνεῖ τρόπος ζωῆς, ἀποτελεῖ σοβαρὸ ἐμπόδιο στὴν ἀνάπτυξη τῆς ἀρτηριοσκλήρωσης πού προσβάλλει τὰ ἄγγεια τῆς καρδίας.

Ἡ ἀποχὴ ἀπὸ τὸ κάπνισμα και ἡ ἀποφυγὴ τῆς παχυσαρκίας, πού χαρακτηρίζουν τούς "ἀθλητικούς" τύπους, περιορίζουν στὸ ἐλάχιστο τὸν κίνδυνο ἐκδήλωσης ἐμφράγματος και ὑπέρτασης. Τὰ νοσήματα αὐτὰ ἔχουν γίνεῖ σήμερα πραγματικὴ μάστιγα ἀκόμα και γιὰ τούς νέους ἀνθρώπους, πού ἀναγκάζονται ἀπὸ τὸ σύγχρονο τρόπο ζωῆς νὰ παραμελοῦν τὸ σῶμα τους.

Ἐς ἀσκηθοῦμε, λοιπόν, καθημερινὰ ὄλοι, ἀνεξαρτήτως ἡλικίας και φύλου. Ἐς κάνουμε τὴ σωματικὴ δραστηριότητα τρόπο ζωῆς ἀπὸ τότε πού στεκόμαστε στὰ πόδια μας, ὡς τὰ βαθιὰ γεράματα. Ἐτσι θὰ ἔχουμε ὑγεία, ὠραῖο σῶμα, ψυχικὴ ἰσορροπία και πνευματικὴ διαύγεια. Ἐπ'ἀρχουν λύσεις γιὰ ὄλους.

Πληροφορίες σὲ ὅτι ἀφορὰ τὰ ἀθλήματα, τούς συλλόγους και τὶς ἀθλητικὲς ἐγκαταστάσεις παρέχονται ἀπὸ τὴ Γενικὴ Γραμματεία Ἐθνικοῦ Ἀθλητισμοῦ τηλ: 21 0-3294001, 21 0-3699001 και τὴ Γενικὴ Γραμματεία Νέας Γενιάς τηλ: 21 0-25308 27. 

Ἀπὸ τὴν ἱστορία τῆς καρδιολογίας.

Συμβολὴ τοῦ ἑλληνισμοῦ στὴν ἀρχαία καὶ σύγχρονη ἰατρική.

ΠΑΥΛΟΣ Κ. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ, καθηγητὴς - διευθυντὴς ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

Συνέχεια ἀπὸ τὸ τεῦχος Ἰουλίου

Δύση

Ἡ σκυτάλη τῆς θαυμαστῆς ὀργάνωσης τοῦ σύγχρονου νοσοκομείου στὴν Κωνσταντινούπολη, τὸ 13ο αἰῶνα περνᾷ στὴ Δύση. Ὁ Ξενὼν τοῦ Βυζαντίου ἀντιγράφεται στὴν Εὐρώπη μὲ τὸ ἴδιο ὄνομα Hospital ἢ Hospitale, κ.ἄ., καὶ λειτουργεῖ δίπλα σὲ μοναστήρι γιὰ ἐξασφάλιση τῆς ἰατρικῆς φροντίδας ἀπὸ τὶς μοναχὲς - ἀδελφές καὶ γιὰ οἰκονομικὴ ἐνίσχυση μέσῳ τῆς Ἐκκλησίας. Κοντὰ στὶς ἰατρικὲς σχολὲς ὁ Ξενὼν γίνεται ὁ πυρὴν ἀνάπτυξης τῆς ἰατρικῆς σχολῆς στὰ Πανεπιστήμια, ὅπου τίθενται οἱ βᾶσεις ἔρευνας καὶ προόδου.

Ἡ πρώτη ἰατρικὴ σχολὴ στὴ Δύση (ὁ πρῶτος Ξενώνας - Hospitale) εἶναι τῶν Βενεδικτίνων στὸ Σαλέρνο ποῦ ἄρχισε νὰ λειτουργεῖ τὸ 846 μ.Χ. Λειτουργοῦσε συνέχεια ἐπὶ 1000 χρόνια καὶ ἐκλείσθη τὸ 1811. Θὰ ἀκολουθήσει τὸ Hotel Dieu στὸ Παρίσι καὶ ἄλλη γνωστὴ ἰατρικὴ σχολὴ θὰ ἀνοίξει ἀπὸ τὸν καρδινάλιο Conrad, τὸ 1220, στὸ Montpellier. Ὁμῶς, τὸ μεγάλο ἰατρικὸ κέντρο τῆς Εὐρώπης εἶναι αὐτὸ τῆς Πάντοβας (Padoua), τὸ ὁποῖο συνεργάζεται μὲ τὸ ἀντίστοιχο Mondino de Luzzi ποῦ ἰδρύθηκε τὸ 1123 στὴ Μπολόνια. Στὸ Παρίσι, λίγο ἀργότερα, θὰ ἰδρυθεῖ τὸ College de Saint Come τὸ 1300.

Στὴν Πάντοβα θὰ σπουδάσουν καὶ θὰ ἀσκηθῶν μετὰ τὴν ἀνατομία ἐρευνητὲς σπουδαῖοι, ὅπως ὁ Pietro d'Abano (1250-1316), ὁ Bartolomeo Montagnana (1470), ὁ Leonardo da Vinci (1452-1519), ὁ περίφημος Βέλγος Andre Vesale (1514-1564), ὁ Realdo Colombo ποῦ κατεῖχε τὴν ἔδρα τῆς ἀνατομίας τὴν περίοδο 1546-1551, ὁ Gabriello Fallopio (1523-1562), μαθητὴς τοῦ Vesale, ὁ πολὺς Girolamo Fabrizio (1533-1619). Ἐδῶ ὁ Fabrizio ἀνίγει τὸ πρῶτο ἀμφιθέατρο ἀνατομείου, εἶχε μαθητὴ τὸ μεγάλο William Harvey (1578-1657) ἀπὸ τὴν Ἀγγλία, καὶ περιέγραψε τὶς βαλβίδες τῶν φλεβῶν.

Ὁ Leonardo da Vinci ἀφιέρωσε 50 σχέδια - πίνακες στὴν καρδιά καὶ τὰ ἀγγεῖα. Ἴσως σχεδιάσει λεπτομερῶς τὴν ἐσωτερικὴ μορφολογία τῶν κοιλῶν κατὰ τὴ συστολὴ καὶ τὴ διαστολή, τοὺς θηλοειδεῖς μῦες, τὶς τενόντιες χορδές. Μὲ θαυμαστὴ ἀκρίβεια δεικνύεται ἡ ἔκφυση τῶν στεφανιαίων ἀρτηριῶν. Ζωγραφίζει πολλὰ φορὲς τοὺς σιγμοειδεῖς κόλπους στὴν ἀορτὴ, φυσικὰ, καὶ τὸ μὴ στε-

φανιαῖο, οἱ ὁποῖοι πολὺ ἀργότερα θὰ πάρουν τὸ ὄνομα τοῦ Valsalva (1666-1723). Ὁ Leonardo da Vinci, ἐνῶ πολλὰ σχεδίασε σωστὰ δὲν ἔδωσε τὸ ὄνομά του σὲ τίποτα ἀπὸ αὐτὰ, ἐπειδὴ δὲν ἔγραψε, ἴσως ἐπειδὴ δὲν γνώριζε ξένες γλώσσες.

Ὁ Βεζάλιος ἔκανε πάλι τὸ λάθος τοῦ Γαλννοῦ ὅτι τὸ αἷμα τῆς δεξιᾶς κοιλίας, ζεστὸ καὶ λεπτὸ στὸ μεγαλύτερο μέρος του, περνᾷε πόρους τοῦ μεσοκοιλιακοῦ διαφράγματος, ποῦ ἰδρώνει, λέει χαρακτηριστικὰ, καὶ ἔρχεται στὴν ἀριστερὴ κοιλία. Γιὰ τὸν Ἄνδρεια Βεζάλιο οἱ φλέβες μετέφεραν τὸ αἷμα σὲ ὅλα τὰ ὄργανα καὶ οἱ ἀρτηρίες τὸ ζωτικὸ πνεῦμα (ὀξυγόνο), εἶχε, δηλαδὴ, τὶς ἰδέες τοῦ Γαλννοῦ. Πίστευε ὅτι οἱ φλέβες τελειῶνουν σὲ ἓνα σύστημα πορώδους (lacunaire), ἀφοῦ προοδευτικὰ ἔχουν χάσει τὸ τοίχωμά τους. Ἀντιθέτως περιγράφει καλὰ τὴ δομὴ τῆς καρδιάς.

Τὸ 16ο αἰῶνα ἡ κλινικὴ ἀκόμη ὑστερεῖ, ἂν καὶ εἶναι αἰσθητὴ ἡ πρόοδος. Ὁ Amatus Lusitanus (1511-1568) ἀναφέρεται σὲ αἰφνίδιο θάνατο ἀνδρὸς τὸν ὁποῖο ἀπέδωσε σὲ ἐνδοκαρδιακὸ ἀποκλεισμὸ (obstruction dans le coeur). Ἐπρόκειτο γιὰ ἱερέα - ἡγούμενο, ἀπὸ τὸ νησι Croma, ὁ ὁποῖος ἦταν σὲ καλὴ, γενικὰ, κατάσταση ἀπὸ πλευρᾶς ὑγείας καὶ συζητοῦσε μὲ πολλὰ άτομα, ὅταν αἰσθάνθηκε αἰφνίδιο πόνο στὴν καρδιά. Ἐφερε ἀμέσως τὸ χέρι του στὴν καρδιά καὶ σὲ λίγα λεπτὰ κατέρρευσε. Ἐχασε κάθε ἐπαφὴ μὲ τὸ περιβάλλον. «Ὅταν μὲ ἐκάλεσαν», λέγει ὁ Lusitanus, «εἶπα ὅτι εἶναι νεκρός. Δὲν εἶχε σφυγμὸ στὸν καρπὸ, οὔτε στοὺς κροτάφους, οὔτε ἀντελήφθη καμία κίνηση στὸ ἐπίπεδο τῆς καρδιάς. Γιὰ νὰ ἱκανοποιήσω τὸ περιβάλλον ποῦ μὲ πρόσεχε, ἔφερα ἓνα κερὶ στοὺς ρώθωνες καὶ ἡ φλόγα δὲ μετακινήθηκε καθόλου. Μετὰ, ἔφερα ἓνα γυαλὶ κοντὰ στὴ μύτη του καὶ δὲν παρατηρήθηκε καμία ἀνανευστικὴ κίνηση. Στὴ συνέχεια τοποθέτησα ἓνα ποτήρι ἐπὶ τοῦ θώρακος καὶ τὸ νερὸ δὲν κινήθηκε...». Προφανῶς ὁ ἀνδρᾶς ὑπέστη ἔμφραγμα μυοκαρδίου, ἀλλὰ δὲν ἔγινε βιοψία.

Στὴν ἱστορία, ἡ Πάντοβα θὰ καταγραφεῖ ὡς ἡ πόλις τῆς ἰατρικῆς τῆς Εὐρώπης, la ville de la medicine θὰ τὴν καλοῦν οἱ Γάλλοι. Καὶ αὐτὸ, βέβαια, προκαλεῖ τὴ σκέψη ὅτι τὸ 13ο αἰῶνα οἱ σταυροφόροι λειτούργησαν ὡς γέφυρα μεταξὺ τῆς Πάντοβα καὶ τῆς Βασιλευούσης.



William Harvey

Προτού ο William Harvey αναχωρήσει από το Κάιμπριτζ για σπουδές στην πόλη της Ιατρικής, την Πάντοβα, είχε περιγραφεί η πνευμονική κυκλοφορία με την οποία το αίμα βρίσκει τον άερα - πνεύμα στους πνεύμονες και όχι στην άριστερη κοιλία, όπως έλεγε ο Γαληνός. Το αίμα από την κοίλη φλέβα έρχεται στη δεξιά κοιλία και από εκεί με τη φλεβώδη πνευμονική αρτηρία φθάνει στους πνεύμονες. Εκεί γίνεται η μετάπτωση της φλεβώδους πνευμονικής αρτηρίας στην αρτηριώδη πνευμονική φλέβα, όπως ακριβώς στο ήπαρ ή πυλαία φλέβα μεταπίπτει στην κοίλη φλέβα! Αυτά υποστηρίζονται από τρεις μεγάλους ανατόμους, τον Miguel Serveto (1511-1553) στο θεολογικό σύγγραμμα «Christianissima restitutio», τον Realdo Colombo (1516-1559), που ανέβηκε στην περίφημη έδρα της ανατομίας - χειρουργικής της Πάντο-

βα και τον Andrea Cesalpino (1519-1603).

Ο William Harvey (1578-1657) σπούδασε επί πέντε έτη στο School του Canterbury και ακολούθως, σε ηλικία 16 ετών, έγινε δεκτός στο Conville and Gaius College του Cambridge. Το Κολλέγιο αυτό είχε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο της Ραδουα. Έμεινε στην Πάντοβα από τις αρχές του 1600 μέχρι τα τέλη του 1602. Εκεί, ως σπουδαστής διεκρίθη και ονομάστηκε την 1η Αυγούστου των ετών 1600, 1601, 1602 μέλος του Συμβουλίου του Άγγλικού Έθνους στο Πανεπιστήμιο Juristarum. Το σχετικό έμβλημα «Stemma» κοσμεί μέχρι σήμερα τους τοίχους του Ίδρυματος της Πάντοβα και μπορεί να το δει καθένας στο περιστύλιο της μεγάλης αύλης του αμφιθεάτρου «Βο». Το δίπλωμα που πήρε στην Πάντοβα υπογράφεται από το Fabrizio και άλλους.

συνέχεια στη σελ. 116 ▶



Άλλοτε και τώρα:: συγκριτικές μελέτες

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΠΙΠΙΛΗΣ, αναπληρωτής δ/ντής Α΄ καρδιολογικής κλινικής νοσοκομείου «Υγεία»

Ένας νέος ιατρικός όρος έχει κάνει την εμφάνισή του τα τελευταία χρόνια. «Ίατρική με βάση την τεκμηρίωση» σημαίνει την υιοθέτηση στη θεραπευτική των μεθόδων και των φαρμάκων εκείνων που αποδεδειγμένα έχουν όφελος στην αντιμετώπιση των ασθενών. Παλαιότερα η θεραπευτική άγωγη καθοριζόταν από την προσωπική γνώμη και πείρα του κάθε ιατρού και πολλές φορές αποδεικνυόταν αργότερα ως άναποτελεσματική ή και μερικές φορές επιβλαβής. Ο καλύτερος επιστημονικός τρόπος τεκμηρίωσης του όφελους μιας άγωσης είναι οι συγκριτικές κλινικές δοκιμές.

Η ιδέα της σύγκρισης δυο ομάδων ασθενών από τις οποίες η μία λαμβάνει την υπό έλεγχο άγωγη και η άλλη όχι δεν είναι νέα. Στην Παλαιά Διαθήκη υπάρχει μία ενδιαφέρουσα ιστορία από την αιχμαλωσία του Δαυίδ και άλλων ευγενικής καταγωγής συντρόφων του από το Ναβουχοδονόσορα. Ο Βαβυλώνιος βασιλέας ζήτησε από τον αρχιτρίκλινο του να φροντίσει ιδιαίτερα το Δαυίδ και τους άλλους νέους του Ίσραήλ και να τους χορηγεί τη βασιλική τροφή. Ο Δαυίδ αρνούμενος να μεταβάλει τις διατροφικές συνήθειες, που άλλωστε ήταν επιβεβλημένες από τη θρησκεία του, επέσυρε την όργη αλλά και την άγωνία του αρχιτρίκλινου που φοβήθηκε ότι αν οι Ίσραηλίτες συνέχιζαν με την ταπεινή διατροφή τους σε λίγες ημέρες θα φαινόταν τόσο άσθενικοί ώστε ο Ναβουχοδονόσορ θα τον θεωρούσε υπεύθυνο. Τότε ο Δαυίδ πρότεινε στον αρχιτρίκλινο το εξής: «...δοκίμασον τους δούλους σου δέκα ημέρας και ως δοθώσιν εις ημάς όσπρια να τρώγομεν και ύδωρ να πίνωμεν. Ξπειτα ως θεωρηθώσιν τα πρόσωπα ημών ενώπιόν σου και το πρόσωπον των νεανίσκων οίτινες τρώγουσιν από των έδεσμάτων του βασιλέως...». Έτσι οι Ίσραηλίτες έλαβαν τη δική τους τροφή ενώ οι υπόλοιποι νεαροί του παλατιού έλαβαν τη βασιλική τροφή. Το αποτέλεσμα ήταν: «...και μετά το τέλος των δέκα ημερών τα πρόσωπα αυτών, των Ίσραηλιτών, εφάνησαν ώραιότερα και παχύτερα παρά πάντων των νεανίσκων οίτινες έτρωγον τα



εδέσματα του βασιλέως...»

Ο τρόπος αυτός της σύγκρισης θα είχε σήμερα κατηγορηθεί για κακό σχεδιασμό και έκτελεση του ...πειράματος. Ο αριθμός των συγκρινόμενων ατόμων ήταν μικρός, μόλις 5 ανά ομάδα, ο χρόνος παρακολούθησης πολύ βραχύς, μόλις 10 ημέρες, και η τελική σύγκριση δεν βασίσθηκε σε αμερόληπτα κριτήρια.

Σήμερα, οι κλινικές δοκιμές βασίζονται σε αυστηρούς κανόνες. Για να αποφανθεί κάποιος με βεβαιότητα ότι ένα νέο φάρμακο πρέπει να χρησιμοποιείται ακολουθείται η εξής διαδικασία. Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών χωρίζεται με τυχαίο τρόπο σε δυο ομάδες. Έφ' όσον ο χωρισμός γίνεται τυχαία και ο αριθμός των

συνέχεια στη σελ. 119 ▶

επικαιρα και αλλα

Ἄϋπνιās συνέπειες ...

ΠΑΥΛΟΣ Κ. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ, διευθυντής ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

«Ύπνε, ἄναξ πάντων τῶν θεῶν, πάντων τῶν ἀνθρώπων... κοίμησον μοι Ζηνὸς ὑπ' ὀφρύσιν...». Ὑπνε στὰ πάντα βασιλιά, ὄλων, θεῶν κι ἀνθρώπων... τὰ μάτια κοίμησε τοῦ Δία... Αὐτὰ εἶπεν ἡ Ἥρα ὅταν «τάκροκορφο τοῦ Ὀλύμπου ἄφησε, καὶ χωρὶς στὴ γῆ ν' ἀγγίζει πόδι... στὴ Λῆμνο μέσα πέζεψε, στὴν πόλη τ' ἄξιον Θῶα, κι ἐκεῖ τὸν Ὑπνο ἀντάμωσε...». Αὐτὰ παθαίνω ἐγὼ πού ἔχω ἄϋπνια. Κάθομαι καὶ διαβάζω τί ἔκανε ὁ Δίας καὶ ἡ Ἥρα. Προσπαθῶ ἀλλὰ δὲν μπορῶ... Κακὸ ἡ ἄϋπνια... Ὁ ὕπνος θεραπεύει τὴν ἀρρώστια, καὶ ἀντίθετα, ἡ μικρὴ διάρκεια, ἡ στέρηση τοῦ ὕπνου εὐνοεῖ τὶς καρδιαγγειακὲς παθήσεις! Αὐτὸ λένε ἐπιδημιολογικὲς μελέτες μὲ ἄτομα πού κοιμούνται «τοῦ καλοῦ καιροῦ» καὶ ἄτομα πού δουλεύουν ὑπερβολικὰ καὶ κοιμούνται λίγο, κάτω ἀπὸ 6 ὥρες τὴν ἡμέρα.

Τὸ ἴδιο συμβαίνει καὶ σὲ παχύσαρκους πού ξυπνοῦν πολλὰς φορὲς τὴ νύκτα ἐπειδὴ ρέγκουν-ροχαλίζουν καὶ ἔχουν κρίσεις ἄπνοιας. Τὰ ἄτομα αὐτὰ συχνὰ παραπονοῦνται γιὰ ἐπεισόδια ταχυαρρυθμιῶν καὶ ὑπέρταση, τὰ ὁποῖα θεραπεύει τὸ C-PAP μὲ μάσκα, ἓνα μηχανήμα πού παρέχει ἀέρα μὲ πίεση σὲ κάθε εἰσπνοῇ ὅλη τὴ νύκτα. Ὁ πᾶστων κοιμᾶται καλὰ, χωρὶς ροχαλιτὸ καὶ κρίσεις ἄπνοιας. Ἔτσι ξυπνάει τὸ πρωὶ ξεκούραστος, καὶ εἶναι εὐδιάθετος ὅλη τὴν ἡμέρα δίχως ἀρρυθμίες ἢ κρίσεις ὑπερτάσεως καὶ δίχως νὰ νυστάζει...

Ἐρευνητὲς μελέτησαν τὴ φλεγμονή, μέτρησαν στὸ αἷμα τὰ λευκὰ αἰμοσφαίρια καὶ τὴν ἰντερλευκίνη-6, δηλαδὴ ἔψαξαν γιὰ βιολογικοὺς δείκτες φλεγμονῆς. Ἔτσι βρῆκαν ὅτι ἡ ἄϋπνια προκαλεῖ αὐξηση αὐτῶν τῶν δεικτῶν φλεγμονῆς πού δείχνουν καὶ καρδιαγγειακὸ κίνδυνο! Μάλιστα, στὴν Πενσυλβάνια, πρόσφατη μελέτη ἔδειξε αὐξηση τῆς CRP, τῆς C-αντιδρώσας πρωτεΐνης σὲ νέα ἄτομα, ἡλικίας 27-30 ἐτῶν. Ὅλα ἦσαν ὑγιῆ, χωρὶς συμπτώματα, δίχως παράγοντες κινδύνου.

Συγκεκριμένα, σὲ 10 ἄτομα στέρησαν ἐντελῶς τὸν ὕπνο ἐπὶ 88 συνεχεῖς ὥρες καὶ σὲ ἄλλα 10 ἄτομα ἔκαναν μερικὴ στέρηση τοῦ ὕπνου. Στὴ δευτέρη ὁμάδα τοὺς ἄφησαν νὰ κοιμούνται μόνο ἀπὸ τὶς 12 τὰ μεσάνυχτα μέχρι τὶς 4 τὸ πρωὶ ἐπὶ 10 διαδοχικὲς ἡμέρες. Ἡ μελέτη ἔγινε στὸ Ἐργαστήριο Ὑπνου καὶ Χρονιοβιολογίας. Μὲ ὀρισμένο φωτισμὸ καὶ ἀπομόνωση ἀπὸ τὸ χρόνο, οἱ ἄνθρωποι δὲν ἤξεραν τί ὥρα εἶναι.

Ἐκεῖ, οἱ ἐξετασθέντες ἔμειναν 14 συνολικὰ ἡμέρες. Τὶς πρώτες τρεῖς ἡμέρες τοὺς ἔβαλαν ὅλους στὸ κρεβάτι γιὰ νὰ κοιμηθοῦν ἀπὸ τὶς 11.30 τὸ βράδυ μέχρι τὶς 7.30 τὸ πρωὶ, χωρὶς νὰ ξέρουν τὴν ὥρα τῆς κατάκλισης καὶ ἔγερσης ἀπὸ τὸν ὕπνο. Ἡ μελέτη ἔγινε σὲ σύγκριση μὲ μάρτυρες πού εἶχαν τὰ ἴδια χαρακτηριστικὰ ἀπὸ πλευρᾶς φύλου, ἡλικίας, βάρους κ.ά. καὶ οἱ ὁποῖοι, στὸν ἴδιο ἀπομονωμένο κῶρο, ἔμειναν κανονικὰ γιὰ ὕπνο στὸ κρεβάτι τουλάχιστον ἐπὶ 8,2 ὥρες ὅταν οἱ ἄλλοι ἐστεροῦντο ὀλικῶς ἢ μερικῶς τὸν ὕπνο.



Οἱ ἐρευνητὲς ἤξεραν ἂν κοιμούνται ἢ ὄχι ἀπὸ καμπύλη ἐγρήγορης καὶ ὕπνου πού ἔγραφε τὸ wrist actigraphy, τὸ μηχανήμα πού εἶχαν στὸν καρπὸ τοῦ χειροῦ τους ὅλες τὶς μέρες τῆς μελέτης.

Τελικὰ, ἀπειδείχθη αὐτὸ πού εἶπαμε: Ἦσαν διπλάσιες-τριπλάσιες οἱ τιμὲς τῆς CRP σὲ ἐκείνους πού στεροῦνταν τὸν ὕπνο. Ἐχεῖ δίκιο ὁ λαὸς πού λέει ὅτι εἶναι καλὸς γιατρός ὁ ὕπνος. ❤️



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 118

ἀσθενῶν εἶναι μεγάλος, οἱ δυὸ ὁμάδες πού προκύπτουν θὰ εἶναι ἀπόλυτα ὅμοιες. Ἄν, λοιπόν, στὴν μιὰ ὁμάδα δώσουμε γιὰ μιὰ χρονικὴ περίοδο τὸ ὑπὸ μελέτην φάρμακο καὶ στὴν ἄλλη δώσουμε εἰκονικὸ φάρμακο (placebo), δηλαδὴ φάρμακο ὅμοιο στὴν μορφή ἀλλὰ ἀνεργό, καὶ παρακολουθήσουμε τὴν ἔκβαση τῶν δυὸ ὁμάδων μποροῦμε μὲ βεβαιότητα νὰ ἀποφανθοῦμε ἂν τὸ ὑπὸ μελέτη φάρμακο ὑπερτερεῖ ἢ ὄχι τοῦ εἰκονικοῦ.

Ἐπίσης ὁ τρόπος ἐκτίμησης τῆς πορείας τῶν ἀσθενῶν διέπεται ἀπὸ κανόνες. Πρέπει νὰ ὑπάρχει ἀντικειμενικὴ ἐκτίμηση τῆς ἔκβασης ὥστε νὰ μὴν ὑπεισέρχεται κάποια μεροληψία. Ὁ ἰατρός, μὴ γνωρίζοντας πρὶν τὸ τέλος τῆς μελέτης ἂν ἓνας συγκεκριμένος ἀσθενὴς λαμβάνει ἐνεργὸ φάρμακο ἢ placebo, παραμένει ἀντικειμενικὸς καὶ ἀμερόληπτος στὴν κρίση του γιὰ τὴν ἀποτελεσματικότητα τοῦ ὑπὸ μελέτην φαρμάκου ἢ τῆς παρενέργειάς του. Ἀλλὰ καὶ ὁ ἀσθενής, ὁ ὁποῖος δὲν γνωρίζει ἂν τὸ φάρμακο πού λαμβάνει εἶναι ἐνεργὸ ἢ placebo, παραμένει καὶ αὐτὸς ἀμερόληπτος ὡς πρὸς τὴν ἀναφορὰ τυχῶν παρενεργειῶν.

Οἱ μελέτες αὐτοῦ τοῦ εἴδους ὀνομάζονται διπλῆς τυφλῆς τυχαιοποισιμένες κλινικὲς δοκιμὲς καὶ εἶναι ἐκείνες πού παρέχουν τὰ πλέον ἀξιόπιστα δεδομένα πάνω στὰ ὁποῖα βασίζεται ἡ σύγχρονη θεραπευτικὴ. ❤️

Νεώτερα για την υπέρταση

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΣΤΑΜΑΤΗΣ, διευθυντής καρδιολογικού τμήματος νοσοκομείου «Μεταξά»

Η δημοσίευση πολλών σημαντικών μελετών, τα δύο τελευταία χρόνια, δημιουργεί την αναγκαιότητα να δημοσιευθούν νέες οδηγίες για την αντιμετώπιση της υπέρτασης. Με μικρές αποκλίσεις, τόσο η Ευρωπαϊκή Έταιρεία Υπέρτασης όσο και η Αμερικανική Έθνική Επιτροπή για την Υπέρταση συμφώνησαν, με μικρές διαφορίες, στον κλασικό όρισμό της υπέρτασης με όρια αρτηριακής πίεσης 140/90 mm Hg, που παραμένει γενικά άποδεκτός.

Μεγάλη καινοτομία αποτελεί η αμερικανική πρόταση, που εισάγει για πρώτη φορά τον όρο «προϋπέρταση», για άτομα με πίεση 120-139/80-89 (φυσιολογική πίεση μικρότερη του 120/80). Στις Ευρωπαϊκές οδηγίες, πίεση 130-139/85-89 θεωρείται υψηλή-φυσιολογική (όριακή), 120-129/80-84 φυσιολογική, και μικρότερη από 120/80 άριστη.

Έχουν εκφραστεί άνησυχίες ότι η υιοθέτηση του όρου «προϋπέρταση» μπορεί να προκαλέσει αναστάτωση σε σημαντικό ποσοστό πληθυσμού, που θα χαρακτηρίζονται πλέον όχι ως υγιείς αλλά ως «πρό-ασθενείς». Σύμφωνα με τις νέες οδηγίες όμως, η προσέγγιση αυτή αναμένεται μακροπρόθεσμα να μειώσει τη συχνότητα εκδήλωσης υπέρτασης με την εφαρμογή από το γιατρό μη φαρμακευτικών μέσων στα πλαίσια της πρωτογενούς πρόληψης. Με άλλα λόγια, εφαρμόζεται σε προϋπερτασικούς, έγκαιρα, πρόληψη με υγιεινοδιαιτητικά μέσα, χωρίς φάρμακα.

Η απόφαση για θεραπεία βασίζεται, με βάση τα νεότερα δεδομένα, στο συνολικό καρδιακό κίνδυνο που υπολογίζεται από το βιοχημικό έλεγχο (όλικη χοληστερόλη, HDL, LDL, τριγλυκερίδια, σάκχαρο, κρεατινίνη, ουρικό οξύ, κάλιο, ασβέστιο). Επίσης βασίζεται σε στοιχεία που παρέχονται από εξετάσεις που άφορουν στον αίματοκρίτη και τη γενική ούρων, καθώς και το ηλεκτροκαρδιογράφημα. Σκόπιμο είναι να γίνεται και έλεγχος των οργάνων-στόχων της καρδιαγγειακής νόσου, με υπερηχογράφημα καρδιάς, καρωτίδων και μέτρηση μικρολευκοματιουρίας.

Η διαβάθμιση του κινδύνου βασίζεται στην παρουσία παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου και ενδείξεων βλάβης των οργάνων-στόχων. Με μικρές αποκλίσεις όλοι συμφωνούν ότι οι ενήλικες με πίεση μεγαλύτερη από 140/90 mm Hg, σε επανειλημμένες μετρήσεις χωρίς φαρμακευτική παρέμβαση, καθώς και οι ασθενείς με διαβήτη ή χρόνια νεφρική νόσο και πίεση μεγαλύτερη από 130/80 mm Hg, πρέπει να λαμβάνουν αντιυπερτασικά φάρμακα.

Υπάρχει, γενικά, συμφωνία στις νέες οδηγίες για τη φαρμακευτική θεραπεία. Πρώτης γραμμής φάρμακα για την υπέρταση, χωρίς ιδιαίτερες παρενέργειες, είναι οποιαδήποτε από αυτά που ανήκουν στις πέντε κύριες κατηγορίες (διουρητικά, β-αποκλειστές, αναστολείς μεταρρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης (ΜΕΑ), ανταγωνιστές ασβεστίου, ανταγωνιστές της αγγειοτασίνης). Μικρό "προβάδισμα" από τις ομάδες αυτές έχουν τα διουρητικά



τα οποία έχουν πολύ μικρό κόστος και διατίθενται εύρως.

Η έναρξη θεραπείας με δύο φάρμακα προτείνεται σήμερα πιο εύκολα, και ιδιαίτερα σε ασθενείς με υπέρταση σταδίου 2 (πίεση μεγαλύτερη 160/100 mm Hg). Θεραπεία με δύο φάρμακα προτείνεται επίσης σε σοβαρές καταστάσεις ανάλογα με το επίπεδο της πίεσης και το συνολικό κίνδυνο. Η χορήγηση δύο φαρμάκων σε μικρότερες δόσεις διασφαλίζει πιθανώς καλύτερη συνέργεια και λιγότερες παρενέργειες.

Σύμφωνα με τις ειδικές ενδείξεις, οι ηλικιωμένοι πρέπει να πάρουν κατά προτίμηση διουρητικά, οι εμφραγματίες β-αποκλειστές και αναστολείς ΜΕΑ, οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια αναστολείς ΜΕΑ και οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια αναστολείς ΜΕΑ και ανταγωνιστές της αγγειοτασίνης. Στη διαβητική νεφροπάθεια συνιστάται ως πρώτη επιλογή η χορήγηση αναστολέων ΜΕΑ για τον τύπο 1 και ανταγωνιστών της αγγειοτασίνης για τον τύπο 2. Σε υπερτροφία της άριστερης κοιλίας πρέπει να προτιμώνται οι ανταγωνιστές της αγγειοτασίνης. Σε ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο προτείνονται τα διουρητικά και οι αναστολείς ΜΕΑ, ως θεραπεία πρώτης γραμμής.

Οι οδηγίες του 2003 αναφέρουν ότι για όλα τα υπέρτασικά άτομα ο στόχος είναι η πίεση να είναι μικρότερη από 120/80 mm Hg. Για άτομα μεγαλύτερου κινδύνου, όπως είναι οι διαβητικοί και οι νεφροπαθείς, απαιτείται επιθετικότερη μείωση της πίεσης σε επίπεδα κάτω του 120/80 mm Hg. Ο άνωτερος στόχος των οδηγιών είναι -με βάση τα νέα χαμηλότερα όρια της αρτηριακής πίεσης- η πρόληψη του προβλήματος με μη φαρμακευτικά μέσα, από πολύ νωρίς, και πριν εντοπιστούν επιπλοκές σε όργανα-στόχους της υπέρτασης. 🍏

Ἡ Ὀμάδα Αἰγαίου ἀνοίγει πανιά με τὸν ἀέρα τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ

Ὀρθοπαιδικὸς χειρουργὸς ἄνω ἄκρων, Ἱατρικὸ Κέντρο Ἀθηνῶν

Ἔχουν περάσει περισσότερα ἀπὸ 10 χρόνια ἀπὸ τότε ποὺ μιὰ παρέα με φουσκωτὲς βάρκες, περιπλανώμενη στὰ μικρονήσια τῆς ἀγόνης γραμμῆς τοῦ Αἰγαίου, ἀντιμετώπισε ἓνα ὀρθοπεδικὸ περιστατικὸ σὲ κάποιο κέντρο ὑγείας, ὅπου δὲν λειτουργοῦσε τὸ ἀκτινολογικὸ μηχάνημα καί, φυσικά, δὲν ὑπῆρχε ὀρθοπεδικός. Οἱ φίλοι αὐτοῖ με τὰ φουσκωτά, κάποιοι γιατροὶ καὶ κάποιοι ἐραστὲς τοῦ Αἰγαίου, ἴδρυσαν τὴν «Ὀμάδα Αἰγαίου», ἀστική μὴ κερδοσκοπικὴ ἐταιρεία με σκοπὸ τὴν με κάθε τρόπο ἐνίσχυση καὶ βοήθεια τῶν μικρῶν καὶ ἀπομονωμένων νησιῶν τοῦ Αἰγαίου.

Δέκα χρόνια προσφορᾶς, λοιπόν, τῆς ὁμάδας Αἰγαίου με 10 ἀντίστοιχους «διάπλους», διαρκείας 20 ἡμερῶν ὁ καθένας, στὰ πιὸ ἀπομακρυσμένα καὶ ἀπομονωμένα νησιά.

Παροχὴ πάσης φύσεως ὑλικοῦ γιὰ τὰ σχολεῖα, τὰ ἀγροτικὰ ἱατρεῖα, τὴν τοπικὴ αὐτοδιοίκηση. Διενέργεια ἱατρικῶν (κλινικῶν καὶ παρακλινικῶν ἐξετάσεων) ἀπὸ ὅλες τὶς ἱατρικὲς ἐιδικότητες. Μὰ πάνω ἀπ' ὅλα, θερμὴ ἀνθρώπινη παρουσία καὶ εὐκρινὲς ἐνδιαφέρον γιὰ τὰ ἀπειρα, ἄλλα προβλήματα, σχεδὸν σὲ ὅλη τὴ διάρκεια τοῦ ἔτους.

Γιὰ τὴ φετινὴ χρονιά, (1 ὄσος διάπλους), ἡ κινητοποίηση τῶν μελῶν καὶ τῶν φίλων τῆς ὁμάδας Αἰγαίου ἦταν μεγάλη: συγκέντρωση τῶν ὑλικῶν ποὺ ἔχουν ζητηθεῖ ἀπὸ τοὺς ἀκριτές νησιώτες, ἐξέγερση πόρων καὶ κορηγῶν, ὀργάνωση τῆς πολυμελοῦς ἱατρικῆς ὁμάδας καὶ στελέξεωσιν ἀπὸ ὅλες σχεδὸν τὶς ἐιδικότητες.

Ἐφέτος, γιὰ πρώτη φορά, ἔρχεται κορηγὸς καὶ ὁδηγὸς στὴν προσπάθεια τῆς Ὀμάδας, τὸ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

Δυὸ φίλοι τῆς «Ὀμάδας Αἰγαίου» οἱ καρδιολόγοι Παναγιώτης Κοτιλέας καὶ Δημήτρης Χασάπης ποὺ συμμετέχουν σὲ κάθε «διάπλου», προσφέρουν καὶ ζοῦν τὸν παλμὸ τῆς Ὀμάδας καὶ τῶν ἀνθρώπων τῆς, ρίχνουν τὴν ἰδέα τῆς συνεργασίας με τὸ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. καὶ τὸ Διοικητικὸ Συμβούλιο τῆς Ὀμάδας τὴν ἀποδέχεται.

Ἔτσι λοιπόν, με τὴν πατρικὴ καθοδήγηση τοῦ καθηγητῆ τῆς καρδιολογίας Παύλου Κ. Τούτουζα καὶ τὴν ἀμέριστη βοήθεια τοῦ ἐρευνητῆ Δημοσθένη Παναγιωτάκου, καταστρώνεται ἓνα σχέδιο μελέτης καὶ βοήθειας τοῦ πληθυσμοῦ τῶν ἀκριτικῶν νησιῶν.

Μελέτη «ΑΡΓΩ» τὸ ὄνομά του καὶ στόχος ἡ καταγραφή τῶν διατροφικῶν συνθηγιῶν, τῶν συνθηγιῶν καὶ τοῦ τρόπου ζωῆς, τῶν προβλημάτων ὑγείας, τῶν κοινωνικῶν, οἰκογενειακῶν καὶ προσωπικῶν σχέσεων.

Σκοπὸς τῆς μελέτης ἡ διαχρονικὴ παρακολούθηση καὶ προληπτικὴ παρέμβαση ποὺ ἐπιτυγχάνεται μέσα ἀπὸ τὶς ἐνημερωτικὲς διαλέξεις, πολιτιστικὰ δρώμενα, ἐντυπο ὑλικὸ καὶ τὸ κυριότερο: πρόσωπο με πρόσωπο συζήτηση καὶ ἐνημέρωση με τοὺς ψαράδες, τοὺς ζωμάχους,



τοὺς συνταξιούχους, τὰ παιδιά, τοὺς ἐφήβους, τὶς μπτέρες, τοὺς δασκάλους καὶ τὶς ἀρχὲς τοῦ τόπου.

Κάθε διάπλους τῆς ὁμάδας Αἰγαίου, ἔχει ὅλα τὰ χαρακτηριστικὰ μιᾶς δύσκολης ἐθελοντικῆς προσπάθειας καὶ θὰ μπορούσε νὰ χαρακτηριστεῖ «*Ἀθλος-Διάπλους». Ἡ θάλασσα στὸ Αἶγαίο ποτὲ δὲν εἶναι ἤρεμη περισσότερο ἀπὸ δύο 24ωρα, τὰ φουσκωτά σκάφη (6,5 - 7,5 μ.) εἶναι μὲν ἀσφαλῆ, ἀλλὰ καθόλου ἄνετα. Τὰ ταξίδια εἶναι πολὺ ὠρα καὶ με πολὺ «κτύπημα». Τὰ πληρώματα, σὲ πολλές περιπτώσεις, λόγῳ τῶν καιρικῶν συνθηγιῶν, φθάνουν στὰ ὅρια τῆς ἀντοχῆς τους.

Τὸ πρόγραμμα σὲ κάθε νησί εἶναι ἤδη παραφορτωμένο καὶ οἱ ὥρες ξεκούρασης ἐλάχιστες. Σὲ ὅλα αὐτὰ προστέθηκαν καὶ οἱ ἀπαιτήσεις τῆς μελέτης «ΑΡΓΩ», δηλαδὴ λεπτομερῆς συμπλήρωση ἑνὸς πλήρους καὶ ἀναλυτικῶν ἐρωτηματολογίου, πόρτα-πόρτα, ἀπὸ ὅσο τὸ δυνατόν μεγαλύτερο μέρος τοῦ πληθυσμοῦ.

Ὁ φετινὸς διάπλους ξεκίνησε στὶς 6/5/2004 καὶ ὁλοκληρώθηκε στὶς 17/5/2004. Δόξα τῷ Θεῷ ὅμως καὶ γιὰ ἐφέτος ἡ συγκομιδὴ ἦταν πλούσια: Ἀνάφη-Κάσος-Χάλκη-Τήλος-Νίσυρος-Ψέριμος-Λέρος-Φοῦρνοι-Θύμαινα-Ἀγαθονήσι-Λειψοί-Ἄρκειο.

16 ἠλεκτρονικὸ ὑπολογιστὲς, 19 ἐκτυπωτὲς, 14 DVD players, 9 φωτοτυπικά, 6 CD players, 6 ὄργανα πειραματικῆς χημείας, 6 βιβλιοθήκες καὶ γραφεῖα, 4 φαρμακεῖα (σχολικά), 4 scanners, 4 κλιματιστικά, 3 βιντεοκάμερες, 11 ψηφιακὲς φωτογρ. μηχανές, 4 fax, 3 προβολικά διαφανειῶν, 26 μουσικὰ ὄργανα φιλαρμονικῆς ἔφθασαν στὰ νησιά.

Καὶ τὸ ἱατρικὸ ἔργο τῆς Ὀμάδας Αἰγαίου οὐκ ὀλίγον.

710 καρδιολογικὲς ἐξετάσεις καὶ ἠλεκτροκαρδιογραφήματα - 92 ὑπέρηχοι καρδιάς - 310 ἐλεγχοὶ σχολίωσης σὲ μαθητὲς - 905 αἰμοληψίες - 852 ἡμερολόγια με ἀναλυτικὴ καταγραφή γιὰ τὴ μελέτη ΑΡΓΩ - 512 ἱατρικὲς ἐξετάσεις διαφόρων ἄλλων ἐιδικότητων

Καὶ τὸ σημαντικότερο: ἐμπειρίες θετικές, πρωτόγνωρες, ἀναμνήσεις καὶ παραγωγικὲς σκέψεις γι' αὐτὰ ποὺ μποροῦν καὶ πρέπει νὰ γίνουν ὅσον ἀφορᾶ τὴν ὑγειονομικὴ φροντίδα καὶ τὴν πρόληψη, σ' αὐτὸ τὸν εὐαίσθητο, σπάνιο καὶ πολὺτιμο τόπο, τὸ Αἶγαίο.

Προσδοκοῦμε στὸ μέλλον ὅτι ἡ στενὴ συνεργασία τῆς Ὀμάδας Αἰγαίου καὶ τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. θὰ συνεχιστεῖ, ἡ μελέτη ΑΡΓΩ θὰ εἶναι μελέτη ἀναφορᾶς γιὰ τὴ χώρα μας καὶ ὅτι με τὴν καθοδήγηση τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. ἡ πρόληψη θὰ γίνεῖ οὐσία καὶ πράξη στὸ πιὸ δυσπρόσιτο καὶ εὐαίσθητο γεωγραφικὸ διαμέρισμα τῆς Ἑλλάδας. 🍏



ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Μητροπολίτης Ίερώνυμος
ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ:
Λουκάς Χατζηιωάννου, Ιάκωβος Τσουνής
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Παύλος Τούτουζας
ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Σταύρος Ψυχάρης
ΤΑΜΙΑΣ: Μπέττυ Γιατράκου
ΜΕΛΗ: Εύτ. Βορίδης, Β. Βουτσίας
Άλκ. Δήμα, Γ. Κασιμάτης, Β. Κόκκινος,
Γ. Παπαζαχαρίου, Χρ. Στεφανάδης
ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
Αναστάσιος Βούτσας
Γεώργιος Κοντογεώργης
Ευάγγελος Παπαστεριάδης
Νικόλαος Χούλης



Έπιτροπή Φίλων του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Α. Παπακωνσταντίνου
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ν. Συμβουλίδου
ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Ν. Στενού
ΤΑΜΙΑΣ: Δ. Λεμπέση
ΜΕΛΗ: Γ. Βαϊνά, Α. Μιχαήλ, Ζ. Θεμελή
ΑΝ. ΜΕΛΗ: Γ. Βαριάκη, Ε. Τούτουζα
ΕΠΙΤΙΜΑ ΜΕΛΗ: Χ. Άλευρά, Ι. Γρόλλιου,
Α. Έβερτ, Ζ. Κυθωνιάτη, Ε. Μαύρου

Έκδρομή στο Σούνιο και τὸ Λαύριο

ΝΑΓΙΑ ΓΑΤΟΥ, ἀρχαιολόγος - συγγραφεύς

Στις 5 Ἰουνίου ἡ ἐπιτροπή τῶν Φίλων τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. πραγματοποίησε ἡμερήσια ἐκδρομή στο Ἰαύριο καὶ στο Σούνιο. Εἴμαστε 100 ἄτομα.

Ἡ μέρα ἡλιόλουστη, ὁ τόπος ἄστραφτε στο ὑγρὸ φῶς, ἡ Ἄττικὴ γῆ μᾶς καλοῦσε. Ἄν καὶ ταλαιπωρημένη ἀπὸ τὶς ἀνθρωπογενεῖς ἐπεμβάσεις, καταπονήσεις, πυρκαγιές, διατηρεῖ ὥστόσο σὲ πολλὰ τμήματα ἀνεπαφῆ τῆ μεσογειακῆ τῆς βλάστηση. Ἡ περιοχὴ τῆς Λαυρεωτικῆς ἀποτελεῖ συνέχεια τῆς πεδιάδας τῶν Μεσογείων καὶ ἀρξίζει ἀπὸ τὰ Καλύβια. Ἦταν πολὺ γνωστὴ γιὰ τὰ μεταλλεύματά τῆς ἦδη ἀπὸ τῆς ἀρχαιότητα, ὅπως ἀναφέρει ὁ Ξενοφῶν στο βιβλίο του «περὶ προσόδων».

Ἡ Ἀθήνα ἦταν ἐκεῖνη, ποὺ ἐκμεταλλεύτηκε τὸν πλοῦτο τοῦ Λαυρίου. Ἀπὸ τὸν ἄργυρο τῶν μεταλλείων του ναυπήγησε στόλο ἐναντίον τῶν Περσῶν στὴ ναυμαχία τῆς Σαλαμίνας, τὸ 480 π.Χ., ἐνῶ τὸ θησαυροφυλάκιο τῆς Ἀκρόπολης ἦταν γεμάτο ἀπὸ ἀργυρὰ τάλαντα. Ὅλα αὐτὰ δημιούργησαν τὸ φθόνο τῶν Σπαρτιατῶν οἱ ὁποῖοι ὑποκίνησαν τοὺς ἐργάτες τοῦ Λαυρίου σὲ ἀπεργίες.

Μὲ τὸν ἕνα ἢ τὸν ἄλλο τρόπο οἱ ἐργασίες ἐδῶ συνεχίστηκαν μέχρι τῆ Ρωμαϊκῆ ἐποχῆ, τὸ 146 π.Χ. Ἀπὸ τὸ 145 π.Χ. μέχρι τὸ 19ο αἰῶνα μ.Χ. τὰ μεταλλεῖα ξεχάστηκαν. Ἡ ἐπανάληψη τῶν ἐργασιῶν τοὺς ἀρξισε τὸ 19ο αἰῶνα, τὸ 1864, ὁπότε τὴν ἐκμετάλλευση ἀνέλαβε γαλλικὴ ἐταιρεία, ἐκπροσωπούμενη ἀπὸ τὸν Ἰταλὸ Σερπιέρη καὶ τὸ Γάλλο Ρός.

Μετὰ τετραετὴ ἐξόρυξη προέκυψαν διαφορὲς μὲ τὴν ἑλληνικὴ κυβέρνηση, ἡ ὁποία ἐκήρυξε τὰ μεταλλεῖα τοῦ Λαυρίου «ἐθνικὸ πλοῦτο». Οἱ Γάλλοι ἀπειλήσαν ὅτι θὰ ἀσκοῦσαν βία, οἱ Μεγάλες Δυνάμεις (Ρωσία, Γερμανία, Ἀγγλία) ἐπενέβησαν, καὶ τὰ πράγματα ἔφθασαν στὴ διαίτησι. Δημιουργήθηκε δηλαδὴ νέα ἐταιρεία, ἡ ὁποία ὄφειλε νὰ δίνει φόρο στο κράτος τὸ 44%.

Γνωρίζοντας ὅλα αὐτὰ, εἶδαμε μὲ διαφορετικὸ «μάτι» τὸ τεχνολογικὸ πάρκο τοῦ Λαυρίου, ὅπου διδάσκονται φοιτητὲς τοῦ Πολυτεχνείου, καὶ τὸ

μικρὸ ἀλλὰ ἐντυπωσιακὸ ὄρυκτολογικὸ μουσεῖο. Θαυμάσαμε τὰ πολύχρωμα ὄρυκτά του, ποὺ ἔλαμπαν καθαρὰ καὶ τακτοποιημένα στὶς προθήκες. Εὐχαριστήσαμε τὸ μηχανολόγο κ. Γιῶργο Παπαδόπουλο, ὑπεύθυνο γιὰ 10 χρόνια τῆς γαλλικῆς ἐταιρείας, γιὰ τὴν ἐνημερωτικὴ του ξενάγηση.

Ὁ καφὲς μὲ τὰ ἀναψυκτικά, ποὺ μᾶς πρόσφερε ἡ ἀγαπητὴ οἰκογένεια Κουρεμένου στὸν κῆπο τοῦ παραδοσιακοῦ τῆς σπιτιοῦ, μᾶς τόνωσαν καὶ μᾶς δρόσισαν. Ἐπρεπε, ὅμως, νὰ βιαστοῦμε. Τὸ Σούνιο μᾶς περίμενε. Ἐνα ζωηρὸ, ρόδινο χρῶμα, ποὺ εἶχε ἀπλόχερα ἀπλωθεῖ, γλύκαινε τὴν ἄγρια ὁμορφιὰ τῶν βράχων του. Τὸ Αἰγαῖο ἔλαμπε ὡς ἐκεῖ ποὺ ἔφθανε τὸ μάτι, πλαισιώνοντας τὸ ναὸ τοῦ Ποσειδῶνα. Τὸ ἀρχαῖο ἀθηναϊκὸ μεγαλεῖο ἦταν ἐκεῖ, μὲ τὸ ναὸ τῆς θεᾶς Ἀθηνᾶς στο διπλανὸ λόφο. Ἐπρεπε ὅμως νὰ τιμηθεῖ καὶ ὁ θεὸς τῆς θάλασσης Ποσειδῶνας, σὰν προστάτης τῶν ναυτιλομένων, ποὺ παρέπλεαν τὴ μόνιμα τρικυμισμένη θάλασσα τῆς «Σουνιαδᾶς ἄκρας». Ὁ ναός, ποὺ χτίστηκε τὸ 498 π.χ., εἶναι δωρικὸς, μὲ 6Χ13 κίονες, πάνω σὲ παλαιότερα ἐρείπια, εἶχε πρόναο, κυρίως ναὸ (σπκὸ) καὶ ὀπισθόδομο. Εἶναι ἔργο τοῦ ἴδιου ἀρχιτέκτονα, ποὺ κατασκεύασε τὸ ναὸ τοῦ Ἡφαίστου (Θησεῖο), καὶ τοῦ Ἄρεως (ἀρχαία Ἀγορὰ τῆς Ἀθήνας), τοῦ ὁποῖου, ὅμως, τὸ ὄνομα παραμένει ἄγνωστο.

Οἱ Ἕλληνες ὑπῆρξαν πάντα εὐσεβῆς λαός, καὶ αὐτὸ ἀποδεικνύεται μέχρι τὶς μέρες μας.

Ἡ ἐκδρομὴ μας τελείωσε μὲ καφεδάκι ἀεὶ ζαχαροπλαστεῖο τοῦ Σουνίου.

Ἐπιστρέψαμε στὴν Ἀθήνα γεμάτοι ἀπὸ ἀρχαῖες εἰκόνες καὶ ἀρώματα. Εὐχαριστήσαμε τὴν πρόεδρο τῶν Φίλων τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. κ. Κική Παπακωνσταντίνου καὶ ὅλο τὸ συμβούλιο γιὰ τὶς προσπάθειές τους, καὶ εὐχρηθήκαμε «καλὴ συνάντηση» στὴν ἐπόμενη ἐκδρομῇ. 🍏



ΚΑΙ ΕΣΕΙΣ



Λιπίδια πλάσματος

Είμαι άνδρας, 47 ετών, υπέρβαρος. Κάνω καθιστική ζωή και δεν άθλομαι. Λόγω σοβαρού προβλήματος υγείας φίλου μου αποφάσισα να κάνω γενικές εξετάσεις αίματος. Διαπίστωσα ότι έχω χοληστερόλη αίματος 245mg/dl, HDL 42 mg/dl και LDL 151 mg/dl. Πρέπει να κάνω κάτι γι' αυτό ή είναι ακίνδυνο να έχω τέτοιες τιμές χοληστερόλης;

Χαρ. Κωστ. - Μενίδι

Η χοληστερόλη είναι μία λιπαρή ουσία που παράγεται κυρίως στο ήπαρ. Τη λαμβάνουμε όμως και μέσω της διατροφής μας. Χρησιμεύει για το σχηματισμό κυτταρικών μεμβρανών και ορμονών και είναι απαραίτητη για τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού μας. Υψηλές τιμές χοληστερόλης εμφανίζονται κυρίως ή λόγω γενετικής προδιάθεσης ή/και «κακής» διατροφής (πολλά κορεσμένα λίπη - ζωικά λιπαρά). Σύμφωνα με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Έταιρείας για την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων, η χοληστερίνη αίματος πρέπει να είναι κάτω από 190mg/dl και η LDL χοληστερίνη κάτω από 115 mg/dl στο γενικό πληθυσμό. Το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση της υπερχοληστερολαιμίας σας είναι να χάσετε βάρος, να ασκείστε τακτικά και να ακολουθήσετε υγιεινή διατροφή. Πρέπει να αποφεύγετε τα φαγητά τα οποία είναι φανερά πλούσια σε λίπη ή έλαια, όπως τα τηγανιτά, και να αντικαταστήσετε τα κορεσμένα λίπη με ακόρεστα. Επιλέγετε ελαιόλαδο, γαλακτοκομικά προϊόντα χαμηλά σε λιπαρά, άπαχο κρέας, τρώτε τακτικά ψάρι, πολλά φρούτα. Εάν παραλλη την προσπάθειά σας οι τιμές των λιπιδίων δεν μειωθούν ικανοποιητικά και, κυρίως, εάν έχετε και άλλους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, όπως είναι η αρτηριακή υπέρταση, ή σακχαρώδη διαβήτη και το κάπνισμα, ο καρδιολόγος σας θα σας συστήσει θεραπεία με φάρμακα που μειώνουν τη χοληστερίνη.

Διαβήτης, κάπνισμα και αρτηριακή υπέρταση

Ο σύζυγός μου είναι 62 ετών, έχει σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακή υπέρταση και καπνίζει τα τελευταία 30 χρόνια. Τον τελευταίο χρόνο κουράζεται πάρα πολύ και δυσπνοεί όταν ανεβαίνει μία ανηφόρα, δεν αισθάνεται όμως πόνο πίσω από το στήerno ή την καρδιά. Θα ήθελα τη γνώμη σας εάν αυτά τα συμπτώματα πρέπει να μας ανησυχίσουν.

Θεοφ. Σέβ. - Καλαμάτα

Ο άνδρας σας βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσει στεφανιαία νόσο. Θα πρέπει να διακόψει το κάπνισμα, να έχει πάντα καλά ρυθμισμένη την αρτηριακή πίεση και τα επίπεδα σακχάρου αίματος. Οι διαβητικοί, λόγω της νευροπάθειας που έχουν, όταν εμφανίσουν στεφανιαία νόσο συχνά δεν παρουσιάζουν τυπική σπηθάγχη. Έτσι λοιπόν, τα συμπτώματα που αναφέρει θα πρέπει να θεωρηθούν ύποπτα και να απευθυνθεί άμεσα σε καρδιολόγο για να αποκλεισθεί καρδιαγγειακό νόσημα.

Κολπική μαρμαρυγή

Είμαι γυναίκα 65 ετών. Έχω αρτηριακή υπέρταση και τα τελευταία δυο χρόνια παρουσιάζω παροξυσμούς κολπικής μαρμαρυγής. Το τελευταίο χρονικό διάστημα (περίπου 6 μήνες) τα επεισόδια αυτά είναι συχνά και δύσκολα ανατάσσονται με τα φάρμακα που μου έδωσε ο γιατρός μου. Έχω κουραστεί πολύ από αυτή την κατάσταση και ζω με το άγχος πότε θα παρουσιάσω το επόμενο επεισόδιο και πώς θα επανέλθω.

Εύτερ. Παυλοπ. - Πάτρα

Η κολπική μαρμαρυγή είναι μία πολύ συνηθισμένη άρρυθμία στους ηλικιωμένους ασθενείς. Το πρώτο μέλημα σας είναι να κάνετε σωστή αντιπηκτική αγωγή με Sintrom για να μην κινδυνεύετε από δημιουργία θρόμβου και να

συνέχεια στη σελ. 114

ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν σήμερα την πρώτη αιτία θανάτου στο Δυτικό κόσμο και την Ελλάδα.

Κι όμως! Υπάρχουν λύσεις.

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

Δώστε σε γνωστούς και φίλους αυτό το απαντητικό δελτίο για να γίνουν συνδρομητές του περιοδικού «Στους ρυθμούς της καρδιάς» ή ανοίξετε το δρόμο κλοντάς τους δώρο την πρώτη ετήσια συνδρομή. **ΚΑΙ ΜΗΝ ΞΕΧΝΑΤΕ ΝΑ ΑΝΑΝΕΩΣΕΤΕ ΤΗ ΔΙΚΗ ΣΑΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗ.**

ΟΝΟΜΑ.....ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....ΗΛΙΚΙΑ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΟΔΟΣ.....ΑΡΙΘ.....Τ.Κ.....

ΣΥΝΟΙΚΙΑ.....ΠΟΛΗ.....ΤΗΛ.....

Έχει κάποιο μέλος της οικογένειάς σας καρδιολογικά προβλήματα; ΝΑΙ.....ΟΧΙ.....

Αποστείλατε την ταχυδρομική επίταξη στη διεύθυνση του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ συμπληρώνοντας το ποσό.

€ 15

€ 30

Υπογραφή.....

Γιατροί – ασθενείς: σε άναζητηση κοινής γλώσσας

Λέγεται ότι ο γιατρός δίνει εξετάσεις όχι μόνο για να πάρει το πτυχίο ή τον τίτλο της ειδικότητάς του, αλλά σε κάθε του επαφή με τον ασθενή. Στην επαφή γιατρού-ασθενούς, σημαντικό ρόλο παίζει όχι μόνο το περιεχόμενο της επικοινωνίας, αλλά και η μορφή και η ποιότητα της επικοινωνίας αυτής.

Καθώς σήμερα το κέντρο βάρους των σχέσεων γιατρού-ασθενούς μετατοπίζεται από τον πατερναλισμό στη συνεργασία και η ανάγκη για επικοινωνία επεκτείνεται, πολλές ιατρικές σχολές, σε όρισμένες χώρες, συμπεριλαμβάνουν μαθήματα κλινικής επικοινωνίας στα προγράμματα σπουδών τους. Κι αυτό γιατί, παρά τις μελέτες που δείχνουν υψηλή ικανοποίηση των ασθενών από τις επιστημονικές υπηρεσίες των γιατρών στη χώρα μας, έρευντικές εργασίες, κυρίως στο εξωτερικό, έδειξαν ότι στην καθημερινή πράξη η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς, κάθε άλλο παρά ιδανική είναι. Βρέθηκε ότι στο 50% των ιατρικών επισκέψεων υπάρχει άσυμφωνία ως προς το κύριο πρόβλημα υγείας ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή. Αυτό σημαίνει ότι άλλα λέει ή έννοει χωρίς να το διατυπώνει σωστά ο ασθενής και άλλα καταλαβαίνει ο γιατρός. Τα περισσότερα παράπονα κατά των γιατρών, έχουν ως άφορμή όχι την κακή ιατρική φροντίδα αλλά την κακή ή έλλιπη επικοινωνία.

“Η κακή επικοινωνία” σημειώνει στο βιβλίο του «Μιλώντας με τον άρρωστο» ο δρ. Αντώνιος Παπαγιάννης, (έκδόσεις University Studio Press), “έχει όπωσδήποτε δυσάρεστες συνέπειες. Στην καλύτερη περίπτωση ο ασθενής μπορεί να δυσανασχετήσει με το γιατρό και να θεωρήσει τη συνεργασία μαζί του ως αναγκαίο κακό. Μπορεί όμως και να απορρίψει τελείως τον θεράποντα, να μην υπακούσει στις οδηγίες του (που ίσως δεν τις καταλαβαίνει ή τις θεωρεί αυθαίρετες) και να στραφεί αλλού για βοήθεια. Τα αρνητικά αυτά αποτελέσματα, μπορεί να επηρεάσουν δυσμενώς την εξέλιξη της νόσου του.”

Το θέμα της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενούς ήταν το αντικείμενο μελέτης διε-

θνούς ομάδας εργασίας, που συγκροτήθηκε για το σκοπό αυτό. Στο πόρισμα της ή επιτροπή των ειδικών διαπιστώνει ότι το πρόβλημα επικεντρώνεται στην έλλειψη της διδασκαλίας της κλινικής επικοινωνίας, σε όλα τα επίπεδα της ιατρικής εκπαίδευσης. “Υπάρχει σαφής και επείγουσα ανάγκη”, αναφέρεται σχετικά, “να ενταχθεί η διδασκαλία των κλινικών αυτών δεξιοτήτων στα προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών, καθώς και στη μεταπτυχιακή εκπαίδευση και στα σεμινάρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.” Στο ένθετο «Career Focus» του περιοδικού British Medical Journal η εκπαιδευτρια σε θέματα επικοινωνίας Ruth Mc Guire επισημαίνει ότι οι τεχνικές της καλής επικοινωνίας, μπορούν να διδαχθούν αποτελεσματικά. Τί συμβουλεύει ή ίδια τους γιατρούς; Προσπαθήστε να βάλετε τον εαυτό σας στη θέση του ασθενούς και αναλογιστείτε πώς θα αισθανόσασταν αν οί ρόλοι σας είχαν αντιστραφεί. Είναι σημαντικό να το δώσετε να έννοήσει ότι καταλαβαίνετε και αποδέχεστε την κατάσταση του.

- Βεβαιωθείτε ότι ακούτε τον άρρωστο ενεργητικά και όχι παθητικά.

- Προσπαθήστε να χρησιμοποιείτε τη γλώσσα του σώματος. Για παράδειγμα να κοιτάζετε τον ασθενή στα μάτια και να γνέφετε με το κεφάλι, δείχνοντας ότι τον παρακολουθείτε.

- Η σιωπή μπορεί να χρησιμοποιείται αποτελεσματικά και επίδεξια, είτε για να ενθαρρύνει τον ασθενή να μιλήσει, είτε για να του δώσει χρόνο για να σκεφθεί. Μεγάλα διαστήματα σιωπής μπορεί να έχουν ωστόσο αντίθετο αποτέλεσμα.

- “Αν θέλετε να κάνετε τον ασθενή να μιλήσει, ρωτήστε τον ανοιχτά: “Πείτε μου για τον πόνο που νοιώθετε”, ή “ποια πράγματα ανακουφίζουν τον πόνο σας;”

- Χρησιμοποιήστε απλή και μη ιατρική γλώσσα για να εξηγήσετε μία κατάσταση και να συζητήσετε τη θεραπεία.

συνέχεια στη σελ. 114 ▶



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Κοινωφελές Ίδρυμα

Βασ. Σοφίας 133 - 115 21 Αθήνα

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

Σορμπέτια Φρουτοσαλάτες Γρανίτες

Σορμπέτι άνανά

Υλικά

½ κιλό άνανά κονσέρβα σε φυσικό χυμό
3 κουταλιές σκούρα ζάχαρη
2 άσπράδια αυγών
Φλούδα και χυμό ενός λεμονιού

Εκτέλεση: Άραιώνουμε το χυμό του άνανά με νερό ώστε να έχουμε 250 γρ. μίγματος. Βάζουμε σε κατσαρόλα το μίγμα, το χυμό και τη φλούδα του λεμονιού καθώς και τη ζάχαρη και σιγοβράζουμε για 10-12'.

Πολτοποιούμε τον άνανά στο μπλέντερ, τον άνακατεύουμε με το παραπάνω μίγμα και τον βάζουμε σε δοχείο παγωτού. Βάζουμε το δοχείο στην κατάψυξη μέχρι ν' άρχισει να πήζει. Χτυπάμε ελαφρά τ' άσπράδια. Τα προσθέτουμε στο σορμπέτι και άνακατεύοντας τα ελαφρά όλα μαζί τα ξαναπαγώνουμε.

Σερβίρεται σε ψηλά ποτήρια.

Η συνταγή στο σύνολό της περιέχει:

Θερμίδες: 582,25 Kcal Πρωτεΐνες: 14,42 gr.
Λίπη: 0,17 gr. Υδατάνθρακες: 137,78 gr.
Χοληστερόλη: 0 mgr.

Σορμπέτι πεπόνι

Υλικά

½ κιλό ψίχα πεπονιού
1 κουταλιά χυμό λεμονιού
ελάχιστη ζαχαρίνη

Εκτέλεση: Βάζουμε τα παραπάνω υλικά με ένα ποτήρι νερό στο μπλέντερ. Τα πολτοποιούμε. Βάζοντας το μίγμα σε παγωτιέρα, το τοποθετούμε στην κατάψυξη να σφίξει. Το βγάζουμε κάθε δυό ώρες ξαναχτυπώντας το να γίνει άφρατο και το ξαναβάζουμε στην κατάψυξη (το βγάζουμε και το χτυπάμε 2-3 φορές).

Σερβίρεται σε ψηλά ποτήρια.

Η συνταγή στο σύνολό της περιέχει:

Θερμίδες: 186,35 Kcal Πρωτεΐνες: 2,76 gr.
Λίπη: 0,68 gr. Υδατάνθρακες: 47,15 gr.
Χοληστερόλη: 0 mgr.

Φρουτοσαλάτα

Υλικά

1 πορτοκάλι
1 άχλάδι
1 ροδάκινο
Μερικές ρόγες σταφύλι
1 κοφή κουταλιά μέλι
2 κουταλιές λικέρ μαρασκίνο
Μερικά καρύδια (προαιρετικά)



Εκτέλεση: Πλένουμε, καθαρίζουμε και κόβουμε σε μεγάλα κομμάτια τα φρούτα. Τα τοποθετούμε σ' ένα μπώλ και τα περιχύνουμε με το μέλι, το λικέρ και τα καρύδια. Σερβίρουμε τη φρουτοσαλάτα άνακατεύοντας καλά όλα τα υλικά μαζί.

Η συνταγή στο σύνολό της περιέχει:

Θερμίδες: 1017 Kcal Πρωτεΐνες: 12,92 gr.
Λίπη: 38,15 gr. Υδατάνθρακες: 123,35 gr.
Χοληστερόλη: 0 mgr.

Γρανίτα βερίκοκο

Υλικά

400 γρ. ώριμα βερίκοκα
1 φλιτζάνι τσαγιού ζάχαρη
2 φλιτζάνια τσαγιού νερό
Χυμό 1 λεμονιού

Εκτέλεση: Βράζουμε το νερό με τη ζάχαρη για 10' σε ξεσκεπάστη κατσαρόλα. Την άποσύρουμε άπο τη φωτιά και άφήνουμε το σιρόπι να κρυώσει.

Πλένουμε τα βερίκοκα, άφαιρούμε τα κουκούτσια τους και τα χτυπάμε στο μπλέντερ. Ρίχνουμε τον πολτό των βερίκοκων στο κρύο σιρόπι και προσθέτουμε το χυμό του λεμονιού. Τα περνάμε άπο σίτα, βάζουμε το μίγμα στο ειδικό δοχείο παγωτού και τοποθετούμε στην κατάψυξη.

Όταν άρχισει να πήζει ή γρανίτα, τη βγάζουμε και τη χτυπάμε στο μπλέντερ. Ξαναβάζουμε τη γρανίτα στο δοχείο παγωτού και την άφήνουμε στην κατάψυξη να παώσει.

Η γρανίτα μπορεί να διατηρηθεί πολλές μέρες στην κατάψυξη, χρειάζεται όμως να την ξαναχτυπάμε κάθε φορά που θα τη σερβίρουμε για να είναι άφρατη.

Η συνταγή στο σύνολό της περιέχει:

Θερμίδες: 586 Kcal Πρωτεΐνες: 4,61 gr.
Λίπη: 1,27 gr. Υδατάνθρακες: 149 gr.
Χοληστερόλη: 0 mgr. 🍏

Άσκηση: άσπίδα στις καρδιοπάθειες, ανάσχεση στο γήρας

ΙΩΑΝΝΗΣ Β. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ, καρδιολόγος - διευθυντής καρδ/κής κλινικής Ναυτικού Νοσοκομείου Ἀθηνῶν

ΜΕΡΟΣ Γ'

Ἀπὸ 13 ἕως 18 ἐτῶν

Συνεχίζοντας στὸ θέμα τῆς ἄθλησης, πρέπει νὰ τοῖσουμε ὅτι εἶναι βασικὸ νὰ συνεχίζεται σὲ ὅλη τὴ διάρ- κεια τῆς ζωῆς. Ἀκόμα καὶ ὅταν ἡ καθημερινότητα "δου- σκολεύει" λόγω μαθημάτων ἢ δουλειᾶς.

Τὴν περίοδο τῆς φοίτησης στὸ γυμνάσιο καὶ τὸ λύ- κειο πρέπει κάποιος νὰ γυμνάζεται 4-5 φορές τὴν ἑβδο- μάδα, στὸ σχολεῖο, στὸ γήπεδο, στὸ γυμναστήριο, στὸ πάρκο, ἀκόμη καὶ στὸ σπῆλι ἀκολουθώντας τὸ πρόγραμ- μα τοῦ γυμναστή του καὶ προσαρμόζοντάς το ἀνάλογα μὲ τὴ διάθεση καὶ τὸν ἐλεύθερο χρόνο του. Μπορεῖ, βέ- βαια, νὰ ἀσχοληθεῖ καὶ μὲ συν- δασμὸ ἀθλημάτων ὅπως, μιὰ φορά ποδόσφαιρο, μιὰ φορά τρέ- ξιμο, μιὰ φορά κολύμπι, μιὰ φορά παιχνίδι (ποδόσφαιρο, τέ- νις, μπάσκετ, βόλεια) κλπ. Ἄν ὑπάρχει προϊστορία στὸν ἀθλη- τισμό, τὰ 13 εἶναι ἡ πιὸ κατάλ- ληλη ἡλικία γιὰ νὰ ἐνταχθεῖ κά- ποιος σὲ πιὸ ἐξειδικευμένα προ- γράμματα, καθὼς θὰ ἔχει ξεχω- ρίσει ἡ κλίση καὶ ἡ προτίμησή του σὲ κάποιον ἀθλημα. Ἀλλὰ κι ἂν δὲν ὑπάρχει ἰδιαίτερη κλίση καὶ προτίμηση σὲ κάποιον ἀθλη- μα, ἡ ἄθληση καὶ ἡ σωματικὴ ἄσκηση εἶναι ἀναγκαῖα. Γι' αὐτὸ, οὔτε ἡ ἔντονη προσπάθεια γιὰ τὴν εἰσαγωγή σὲ κάποιον Ἄνωτατο Ἐκπαιδευτικὸ Ἴδρυ- μα, οὔτε οἱ ἀπαιτήσεις τῶν γο- νιῶν σ' αὐτὸν τὸν τομέα πρέπει νὰ δράσουν ἀνασταλτικά. Ἄλλωστε, αὐτὴν τὴν περίοδο εἶναι καὶ πιὸ ἐπιτακτικὴ ἡ ἀνά- γκη ἄθλησης δεδομένης τῆς εὐεργετικῆς ἐπίδρασης ποὺ ἀσκεῖ στὸν ψυχισμό μας. Ἡ κινητικὴ δραστηριότητα βοηθᾷ, ἐπίσης, στὴν ἐκτόνωση τῆς μεγάλης ἔντασης αὐτῆς τῆς περιόδου.

Σ' αὐτὸ τὸ σημεῖο ἀξίζει νὰ τονιστεῖ πὼς ὑπάρχει ση- μαντικὴ διαφορά μεταξύ ἄσκησης καὶ ἀνταγωνιστικῶν ἀθλημάτων. Μὲ τὴ συνήθη ἀερόβια ἄσκηση χρησιμοποιεῖται, ἀπὸ τοὺς πνεύμονες καὶ ἀπὸ τοὺς μῦες, στὸ μέγι- στο βαθμὸ, τὸ ὀξυγονωμένο αἷμα γιὰ τὴν παραγωγή κι- νητικῆς ἐνέργειας.

Μὲ τὰ ἀνταγωνιστικὰ ἀθλήματα, ποὺ συχνὰ ὀδηγοῦν στὸν πρωταθλητισμὸ, οἱ ὑπερβολικὲς ἀνάγκες γιὰ κινη- τικὴ ἐνέργεια -ποὺ πολλές φορές προκαλοῦν καὶ ἐξά- ντληση- δὲν προλαβαίνουν νὰ καλυφθοῦν ἀπὸ τὸ ὀξυ- γονωμένο αἷμα μὲ ἀποτελεσματὸ νὰ δημιουργεῖται "χρέος

ὀξυγόνου". Ἔτσι ὑπάρχει στροφὴ στὴν ἀναερόβια λει- τουργία τῶν μυῶν. Ἡ ἀναερόβια ὅμως λειτουργία τῶν μυῶν ἀπαιτεῖ τὴν παρουσία ἑνὸς ἐνζύμου ποὺ δημιουρ- γεῖται στὸν ἄνθρωπο μετὰ τὴν ἐφηβεία του. Ὑπάρχει, ἐπομένως, μιὰ σημαντικὴ διαφορά, σ' αὐτὸν τὸν τομέα, μεταξύ παιδιῶν καὶ ἐνηλίκων ἢ ὅποια πρέπει νὰ λαμβά- νεται πάντα ὑπ' ὄψιν. Ἡ Βρετανικὴ Ἐρασιτεχνικὴ Ἀθλητικὴ Ὀμοσπονδία ἔχει περιορίσει τὴν ἀπόσταση ποὺ μπορεῖ νὰ τρέξει ἕνα παιδί μικρότερο τῶν δεκαπέντε χρόνων σὲ τρία μίλια, σὲ 4,8 χιλιόμετρα.

Ἡ ἄσκηση μετὰ τὴν ἐφηβεία

Μὲ τὸν τερματισμὸ τῶν σχολικῶν ὑποχρέωσεων νῶνοιόγονται νέοι ὀριζόντες γιὰ τὸν καθένα, ἀλλὰ καὶ νέα προ- βλήματα κάνουν τὴν ἐμφάνισή τους. Ἀρχίζει τὸ πρόβλημα τῆς ἐπαγγελματικῆς ἀποκατάστα- σης, τῆς φοίτησης στὰ ΤΕΙ ἢ ΑΕΙ, τῆς στρατιωτικῆς θητείας γιὰ τοὺς ἄνδρες καὶ τῆς δημι- ουργίας οἰκογένειας γιὰ ἄνδρες καὶ γυναῖκες. Οἱ ἀθλητικὲς δρα- στηριότητες δὲν θὰ πρέπει νὰ σταματοῦν, πᾶρ' ὅλο ποὺ συ- χνὰ ἡ ἐργασία ἀπαιτεῖ νὰ τῆς διαθέτουμε πολλές ὥρες τὴν ἡμέρα. Ὑπάρχουν προγράμματα γυμναστικῆς στὸ στρατό, στὸ πανεπιστήμιο καὶ στοὺς δήμους, ἔτσι ὥστε οἱ ἀθλητικὲς δραστηριότητες νὰ παραμένουν ἀναπόσπαστη συνήθεια.

Ἡ Ἀμερικανικὴ Ἐνωσὴ Καρδιολογίας συνηστᾷ στὴν πλειονότητα τῶν ὑγιῶν, ρυθ- μικὴ καὶ ἀερόβιο ἄσκηση τῶν μεγάλων μυῶν γιὰ 30-60' του- λάχιστον, 3-4 φορές τὴν ἑβδομάδα, ἐντάσεως τέτοιας ὥστε νὰ ἐπιτυγχάνεται τὸ 50-70% τῆς μέγιστης καρ- διακῆς συχνότητας (220-ἡλικία=μέγιστη καρδιακὴ συ- χνότητα). Ἔτσι, ἕνας ἄνδρας 70 ἐτῶν μπορεῖ νὰ ἀσκεῖται ὥστε οἱ σφύξεις του νὰ φθάνουν μέχρι τῆς (220- 70=150x70%=) 105. Ἡ ἄσκηση μπορεῖ νὰ εἶναι ζωηρὸ βᾶδισμα, ἀνέβασμα σκάλας, ποδηλασία, κολύμπι, ὀμα- δικά ἀθλήματα κτλ.

Ἡ ἄσκηση σὲ καρδιοπαθεῖς καὶ σὲ ἄτομα τῆς τρίτης ἡλικίας

Ἡ ἄσκηση θὰ ξεκινήσει μετὰ τὴν ἐξέταση ἀπὸ τὸν θεράποντα ἰατρό. Μπορεῖ νὰ γίνεαι ὅπουδήποτε στὸ σπῆλι, στὸ γυμναστήριο, στὸ πάρκο ἢ στὸ γήπεδο καὶ θὰ



Χοληστερίνη και άλλες δυσλιπιδαιμίες: φαρμακευτικοί τρόποι αντιμετώπισης σήμερα

ΓΕΩΡΓΙΟΣ Σ. ΓΚΟΥΜΑΣ, καρδιολόγος, επιμελητής Β' καρδιολογικής κλινικής Εύρωκλινικής Ἀθηνῶν, υπεύθυνος λιπιδαιμικού ιατρείου Εύρωκλινικής Ἀθηνῶν

Ἡ δυσλιπιδαιμία και ειδικότερα ἡ ὑπερχοληστεριναμία, θεωρεῖται ἕνας ἀπὸ τοὺς βασικότερους παράγοντες κινδύνου γιὰ ἀθηρωμάτωση και νοσήματα τοῦ καρδιαγγειακοῦ συστήματος (ἔμφραγμα και ἄλλες ἐκδηλώσεις στεφανιαίας νόσου, ἐγκεφαλικά ἐπεισόδια, ἀποφράξεις καρωτίδων και ἄλλων περιφερικῶν ἀγγείων).

Δυσλιπιδαιμία καλεῖται ἡ κατάσταση ἐκείνη κατὰ τὴν ὁποία τὰ λιπίδια τοῦ πλάσματος (χοληστερίνη, τριγλυκερίδια) εἶναι παθολογικά: εἴτε ἔχουμε αὐξηση τῆς χοληστερόλης και τῆς LDL μὲ φυσιολογικά τριγλυκερίδια (ὑπερχοληστερολαιμία), εἴτε αὐξηση τῶν τριγλυκεριδίων (ὑπερτριγλυκεριδαμία), συνύπρξη ὑπερχοληστερολαιμίας και ὑπερτριγλυκεριδαμίας (συνδυασμένη ὑπερλιπιδαιμία).

Τέλος, και ἡ μείωση τῆς HDL εἴτε ὡς μεμονωμένη διαταραχή, εἴτε σὲ συνδυασμὸ μὲ ἄλλες διαταραχές και συχνότερα μὲ αὐξημένα τριγλυκερίδια ἀποτελεῖ ἐπίσης ἐκδήλωση ὑπερλιπιδαιμίας.

Μὲ βάση τὰ ἀποτελέσματα μεγάλων κλινικῶν μελετῶν τὸ φάρμακο πρώτης ἐπιλογῆς γιὰ τὴ μείωση τῆς χοληστερόλης και τὴν ἀντιμετώπιση τῶν περισσότερων ὑπερλιπιδαιμιῶν εἶναι οἱ στατίνες. Ἐπιπλέον, σὲ εἰδικές περιπτώσεις, χρησιμοποιοῦνται οἱ φιβράτες, οἱ δεσμευτικές τῶν χολικῶν ὀξέων οὐσίες και τὸ νικοτινικὸ ὄξύ. Πρόσφατα κυκλοφόρησε και ἕνας εἰδικὸς ἀναστολέας ἀπορρόφησης τῆς χοληστερόλης, ἡ ἐζετιμίδη.

Οἱ στατίνες (σιμβαστατίνη, πραβαστατίνη, ἀτορβαστατίνη, φλουβαστατίνη, λοβαστατίνη και ροσουβαστατίνη) δρῶν μὲσω ἀναστολῆς ἐνὸς ἐνζύμου ποὺ συμμετέχει στὴ σύνθεση τῆς χοληστερίνης στὸ ἥπαρ (ἀναγωγή HMG-CoA). Μειώνουν τὴν «κακὴ» χοληστερόλη (LDL), ἀλλὰ και τὰ τριγλυκερίδια, ἐνῶ προκαλοῦν και μικρὴ αὐξηση τῆς «καλῆς» χοληστερόλης (HDL). Σὲ ὅλες τὶς μεγάλες κλινικές μελέτες ἔχει ἀποδειχθεῖ ὅτι ἡ χορήγηση στατινῶν σὲ ἀσθενεῖς μὲ στεφανιαία νόσο ἀλλὰ και σὲ ὑγιῆ ἄτομα ὑψηλοῦ κινδύνου μειώνει τὰ ἐμφράγματα μυοκαρδίου, τοὺς θανάτους ἀπὸ στεφανιαία νόσο ἀλλὰ και τὸ συνολικὸ ἀριθμὸ θανάτων, ἔτσι ὥστε ἡ μὴ χορήγησή τους νὰ θεωρεῖται πλέον ἱατρικὸ λάθος. Οἱ κυριότερες ἀνεπιθύμητες ἐνέργειές τους εἶναι ἡ ἥπατοτοξικότητα και ἡ μυοπάθεια, ὅμως και οἱ δυὸ εἶναι ἀσυνήθεις και σπάνια ἀπαιτοῦν διακοπὴ τοῦ φαρμάκου. Οἱ αὐξήσεις τῶν ἥπατικῶν ἐνζύμων (τρανσαμινασῶν, SGOT και SGPT) ποὺ προκαλοῦν οἱ στατίνες εἶναι συχνὰ παροδικές και ἐξαρτῶνται ἀπὸ τὴ δόση: ὅσο μεγαλύτερη εἶναι ἡ δόση, τόσο αὐξάνει ἡ πιθανότητα νὰ ἐμφανισθοῦν. Ἐχει ἰδιαίτερη σημασία τὸ γεγονός ὅτι μόλις



διακοπῆ ἡ στατίνη, τότε οἱ τῆς τῶν τρανσαμινασῶν ἐπιτρέφουν πάλι στὸ φυσιολογικὸ κωρὶς νὰ προκαλεῖται μόνιμη ἥπατική βλάβη. Γιὰ αὐτὸ τὸ λόγο συστήνεται ἡ τακτικὴ παρακολούθηση τῶν ἥπατικῶν ἐνζύμων και ἡ διακοπὴ τοῦ φαρμάκου ἀν διαπιστωθεῖ αὐξησὴ τους τρεῖς φορές πάνω ἀπὸ τὸ ἀνωτερο φυσιολογικὸ ὄριο. Μία συχνὴ παρενέργεια τῶν στατινῶν εἶναι ἡ πρόκληση διάχυτων μυαλγιῶν ποὺ μερικές φορές εἶναι ἀρκετὰ ἐνοχλητικές. Ἡ μείωση τῆς δόσης τῆς στατίνης ἢ ἡ ἀντικατάστασή της μὲ μιὰ ἄλλη στατίνη λύνει τὶς περισσότερες φορές τὸ πρόβλημα.

Οἱ φιβράτες (φαινοφιμπράτη, γεμφιμβροζίλη, βεζαφιμπράτη, σιπροφιμπράτη) ἐνεργοποιοῦν τὴ λιποπρωτεϊνική λιπάση, ἕνα ἐνζυμο ποὺ διευκολύνει τὸν καταβολισμό τῶν πλοῦσιων σὲ τριγλυκερίδια λιποπρωτεϊνῶν. Μειώνουν τὰ τριγλυκερίδια και αὐξάνουν τὴν «καλὴ» χοληστερόλη (HDL), ἐνῶ μπορεῖ νὰ μειώσουν ἢ νὰ αὐξήσουν τὴν «κακὴ» χοληστερόλη (LDL). Οἱ φιβράτες, ἔχει ἀποδειχθεῖ σὲ κλινικές μελέτες ὅτι, μειώνουν τὸν κίνδυνο γιὰ στεφανιαία ἐπεισόδια σὲ ἀσθενεῖς μὲ ὑψηλὰ τριγλυκερίδια και χαμηλὴ HDL, εἰδικὰ ὅταν συνυπάρχει σακχαρώδης διαβήτης ἢ μεταβολικὸ σύνδρομο. Ἐτσι εἶναι δυνατὸ νὰ ἔχουν θέση στὴν ἀντιμετώπιση αὐτῶν τῶν ἀσθενῶν, εἰδικὰ σὲ συνδυασμὸ μὲ στατίνες. Οἱ προβληματισμοὶ γιὰ τὴν πρόκληση μυοπάθειας μὲ τὴ χρήση τοῦ παραπάνω συνδυασμοῦ ἔχουν μειωθεῖ ἀρκετὰ ἀπὸ τὸ πρόσφατο εὔρημα ὅτι μιὰ συγκεκριμένη φιβράτη, ἡ φαινοφιμπράτη δὲν ἐπηρεάζει τὸν καταβολισμό τῶν στατινῶν και ἔτσι δὲν αὐξάνει σημαντικά τὸν κίνδυνο κλινικῆς μυοπάθειας στὸς ἀσθενεῖς ποὺ λαμβάνουν μέτριες δόσεις στατινῶν.

Ἡ ἐζετιμίδη εἶναι ἕνα νέο φάρμακο ποὺ ἐμποδίζει ἰσχυρὰ και ἐκλεκτικὰ τὴν ἀπορρόφηση χοληστερόλης ἀνταγωνιζόμενη τὸ μηχανισμό μὲ τὸν ὁποῖο μεταφέρε-

Έλικοβακτηρίδιο του πυλωρού

ΜΕΡΟΣ Β'

Σχέση έλικοβακτηριδίου του πυλωρού και παθήσεων του στομάχου

Πριν αναφερθούμε στα συμπεράσματα που συσχετίζουν την ύπαρξη του έλικοβακτηριδίου του πυλωρού με διάφορες παθήσεις του στομάχου και ιδιαίτερα τη γαστρίτιδα, πρέπει να διατυπώσουμε κάποια έρωτήματα:

- 1) Το έλικοβακτηρίδιο άπλά άποικίζει στο βλεννογόνο του στομάχου χωρίς να έχει παθογόνες ιδιότητες;
- 2) Είναι ευκαιριακό μικρόβιο στο βλεννογόνο του στομάχου ό όποιος παρουσιάζει γαστρίτιδα;
- 3) Είναι όντως παθογόνο και προκαλεί γαστρίτιδα;

Άπό τις πολλές και ενδιαφέρουσες έργασίες προκύπτει ότι ή λοίμωξη με έλικοβακτηρίδιο σε χρόνια και πολλές φορές σε έπίμονη φλεγμονή του βλεννογόνου του στομάχου, μπορεί να έξελιχθεί σε προκαρκινικές καραστάσεις ή και σε καρκίνο.

Η γαστρίτιδα που προκαλείται είναι ένας σοβαρός παράγοντας για τη δημιουργία σημαντικών βλαβών του βλεννογόνου του στομάχου που μακροπρόθεσμα μπορεί να προκαλέσει πεπτικό έλλκος ή και νεοπλασία.

Σε άτομα που δέν παρουσιάζουν έλικοβακτηρίδιο ό κίνδυνος για πρόκληση έλλκους ή καρκίνου του στομάχου είναι περιορισμένος.

Στα άτομα που παρουσιάζουν γαστρίτιδα σχετιζόμενι με έλικοβακτηρίδιο, σε σχέση με τα άτομα που δέν παρουσιάζουν, ό κίνδυνος για τη δημιουργία έλλκους είναι περίπου διπλάσιος.

Τό έλικοβακτηρίδιο άποτελεί κύριο αίτιο της χρόνιας γαστρίτιδας, ή όποια με τη σειρά της άποτελεί δείκτη κινδύνου για την ανάπτυξη γαστρικού καρκίνου.

Η αιτιολογία του έλλκους του δωδεκαδάκτυλου είναι πολυαραγοντική και πολυτροπιόζουσα. Ο ρόλος του έλικοβακτηριδίου στην παθογένειά του δέν έχει έξακριβωθεί άπολύτως, ή έκρίωσή του όμως έλαχιστοποιεί ή μηδενίζει τελείως τις ύποτροπές.

Θεραπεία

Σήμερα θεωρείται άναμφισβήτητο ότι ή έκρίωση του έλικοβακτηριδίου άπό τό γαστρικό βλεννογόνο προφυλάσσει άπό δυσάρεστες έξελίξεις πολλών παθήσεων του στομάχου και ιδιαίτερα της γαστρίτιδας και έλαχιστοποιεί ή μηδενίζει τις ύποτροπές του έλλκους.

Ός έκρίωση του έλικοβακτηριδίου όρίζεται ή μη άνίχνευση της λοίμωξης τέσσερις εβδομάδες μετά τη διακοπή της θεραπείας.

Για την έκρίωση έχουν δοκιμασθεί πάρα πολλά σχήματα μονοθεραπείας, διπλοθεραπείας και τριπλά.

Μετά άπό παρατήρηση πολλών σχημάτων και διαφόρων χρόνων θεραπείας άπό πολλών έρευνητές, ή προσπάθεια να βρούν ένα σχήμα άπλό, καλά άνεκτό, εύκολο να συμμορφωθεί ό άσθενής, που να έξασφαλίσει καλή σχέση κόστους και άποτελεσματικότητας, όδήγησε τους έρευνητές στα τριπλά σχήματα μίας εβδομά-



δος μέχρι δέκα ήμερών, με πολύ καλά άποτελέσματα.

Παρά ότι τό αρχικό σχήμα έκρίωσης άποτελείται άπό τρία φάρμακα, τον όριστικό αριθμό και τό είδος του φαρμάκου θα καθορίσει ό γιατρός όρίζοντας, για κάθε άρρωστο και για κάθε περίπτωση, τον άνάλογο συνδυασμό.

Στα σχήματα αυτά περιλαμβάνεται ένας άναστολέας άντιβίωσης πρώτου ή δεύτερου είδους (όμπεραζόλη, λανσοπραζόλη, παντοπραζόλη), που άνακουφίζει άμεσα και άποτελεσματικά τον άσθενή άπό τα συμπτώματα και δυό άντιβιοτικά, συνήθως κλαριθρομυκίνη και άμοξικιλίνη.

Συμπεράσματα

Για την καρκινογένεση του πεπτικού συστήματος ένοχοποιούνται πολλοί παράγοντες και παράμετροι, άσφαλώς όμως και τό αύξημένο ποσοστό μόλυνσης με έλικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Παρά ταύτα, δέν μπορεί να όριστικοποιηθεί ή άποψη ότι ή έκρίωση του έλικοβακτηριδίου άπό όλους τους φορείς άποτελεί βέβαιο μέσο για την πρόληψη του καρκίνου. Προς αυτή την κατεύθυνση γίνονται πολλές μελέτες και άναμένονται θετικότερα άποτελέσματα. Έν τούτοις ύπάρχουν σαφώς καθορισμένες περιπτώσεις για τις όποιες ύπάρχει άπόλυτη ένδειξη για την έκρίωση του βακτηριδίου αυτού.

Συνιστάται, λοιπόν, άνεπιφύλακτα, ή έκρίωση του έλικοβακτηριδίου:

1) Σε όλους τους μολυσμένους άσθενείς που έχει γίνει διάγνωση δωδεκαδακτυλικού έλλκους ή γαστρικού, σε ύφεση ή έν ένεργεία, όότι ή έκρίωση σε αυτές τις περιπτώσεις φέρει ίαση σε ποσοστό άνω του 90%.

2) Σε άσθενείς με άιμορραγούντα έλλκος όπου ή κορήνηση της θεραπείας θα πρέπει να γίνει άπό τό στόμα μετά άπό την όξεία φάση της άιμορραγίας.

3) Σε άσθενείς με γαστρικό MALT λέμφωμα χαμηλού βαθμού, όπου ή έκρίωση μπορεί να όδηγήσει σε πλήρη ύφεση της κακοήθειας σε ποσοστό 74% των άσθενών.

4) Σε βαριές περιπτώσεις γαστρίτιδας.

5) Σε άσθενείς που ύποβλήθηκαν σε άφαίρεση πρώτου καρκίνου ή προκαρκινικών αλλοιώσεων. Έπίσης,

6) Σε άσθενείς μετά άπό επέμβαση για πεπτικό έλλκος με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του στομάχου.

7) Σε περιπτώσεις μακροχρόνιας θεραπείας άσθενών που πάσχουν άπό γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. 