



ΣΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ: 2510

ΤΟΜΟΣ 14

ΤΕΥΧΟΣ 154

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2005

Τιμή πώλησης 0,01 €

Καρδιακή ανεπάρκεια: Ένα πρόβλημα κοινωνικό

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΣΤΑΜΑΤΗΣ, *δ/ντης καρδιολογικού τμήματος νοσοκομείου «ΜΕΤΑΞΑ»*

Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι ένα σύνδρομο τόσο παλαιό όσο και ο άνθρωπος. Είναι γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια υπήρξε μείωση των θανάτων από στεφανιαία νόσο και εγκεφαλικά επεισόδια αλλά παρατηρήθηκε αύξηση στη συχνότητα της καρδιακής ανεπάρκειας. Η γήρανση του πληθυσμού, η βελτίωση της θεραπείας και της έκβασης των ισχαιμικών καρδιακών προβλημάτων και η τοποθέτηση των εμφυτευσίμων απινιδωτών θα καταστήσουν τελικά την καρδιακή ανεπάρκεια ένα από τα κύρια προβλήματα υγείας στον κόσμο για αρκετές από τις επόμενες δεκαετίες.

Οι επιδημιολογικές πληροφορίες για την αιτιολογία, τη συχνότητα και την πρόγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας στο γενικό πληθυσμό είναι λίγες. Σύμφωνα με τα στοιχεία του National Heart, Lung and Blood Institute πάνω από 3 εκατομμύρια Άμερικανοί πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο προστίθενται 500.000 περίπου νέες περιπτώσεις, για τις οποίες χρειάζονται 900.000 εισαγωγές στο νοσοκομείο ετησίως. Επειδή η νόσος είναι τόσο συχνή και επικίνδυνη, έφ' όσον καταστεί κλινικά εμφανής, είναι σημαντική η αναζήτηση ίσων προδιαθεσικών παραγόντων.

Εάν προσπαθούσαμε να έχουμε έναν όρισμό της καρδιακής ανεπάρκειας τότε θα μπορούσαμε να πούμε ότι η κλινική αυτή κατάσταση, χαρακτηρίζεται από αδυναμία της καρδιακής αντλίας να διατηρήσει την απαιτού-

μενη παροχή για την αϊμάτωση των περιφερικών οργάνων ή μπορεί να το πετύχει αυξάνοντας την πίεση στην άριστερη κοιλία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την πιο γρήγορη εξέλιξη της νόσου. Από πλευράς αιτιολογίας η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να οφείλεται σε βλάβη του μυοκαρδίου, των βαλβίδων της καρδιάς, του περικαρδίου ή του ενδοκαρδίου και, τέλος, σε ανωμαλίες του καρδιακού ρυθμού ή διαταραχών της αγωγής. Η μυοκαρδιακή βλάβη μπορεί να είναι συστολική ή διαστολική ή συνδυασμός και των δύο. Στο γενικό πληθυσμό ο πιο συχνός τύπος είναι η συστολική μυοκαρδιακή δυσλειτουργία. Οφείλεται κυρίως σε στεφανιαία νόσο (είναι συνήθως αποτέλεσμα εμφράγματος μυοκαρδίου), σε κακώς ρυθμιζόμενη υπέρταση και σε ιδιοπαθή διατακτική μυοκαρδιοπάθεια. Σύμφωνα με μία από τις μεγαλύτερες επιδημιολογικές μελέτες, τη Framingham, οι κυριότερες αιτίες εκδήλωσης καρδιακής ανεπάρκειας είναι η στεφανιαία νόσος και η υπέρταση (πίνακας 1).

Η στεφανιαία καρδιοπάθεια είναι συνήθης αιτία πρόκλησης καρδιακής ανεπάρκειας. Ο κίνδυνος καρδιακής ανεπάρκειας είναι μεγαλύτερος σε στεφανιαίους ασθενείς απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Βρέθηκε ότι σε 10 χρόνια το 23% των ανδρών και το 35% των γυναικών με συμπτωματικό έμφραγμα του μυοκαρδίου ανέπτυξαν καρδιακή ανεπάρκεια, με συχνότητα πολύ μεγαλύτερη από ό,τι τα άτομα ανάλογης ηλικίας που δεν είχαν υπο-

Αιτίες της καρδιακής ανεπάρκειας στο γενικό πληθυσμό

(παρακολούθηση 32 ετών)

ΑΙΤΙΑ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
*Αρτηριακή υπέρταση	76.4%	79.1%
Στεφανιαία καρδιοπάθεια	45.8%	27.4%
Ρευματική καρδιοπάθεια	2.4%	3.2%
*Άλλα	11.2%	16.8%

στεϊ έμφραγμα μυοκαρδίου. Στο ίδιο ποσοστό ανέπτυσαν καρδιακή ανεπάρκεια και άτομα που είχαν υποστεί σιωπηρά έμφραγματα μυοκαρδίου, παρά το γεγονός ότι στην αρχή δεν εμφάνιζαν συμπτώματα. Η στηθάγχη αυξάνει, επίσης, τον κίνδυνο καρδιακής ανεπάρκειας, σε άνδρες και γυναίκες, πολύ περισσότερο απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Η υπέρταση συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην αύξηση της συχνότητας της καρδιακής ανεπάρκειας στο γενικό πληθυσμό, λόγω του μεγάλου αριθμού των πασχόντων από υπέρταση, αυξάνοντας τον κίνδυνο στο τριπλάσιο. Η υπέρταση προδιαθέτει έντονα προς καρδιακή ανεπάρκεια και άλλες καρδιαγγειακές νόσους όπως η στεφανιαία καρδιοπάθεια και τα αγγειακά έγκεφαλικά επεισόδια. Ο κίνδυνος καρδιακής ανεπάρκειας αυξάνεται αναλόγως της βαρύτητας της υπέρτασης και συσχετίζεται το ίδιο ισχυρά τόσο με τη συστολική όσο και με τη διαστολική υπέρταση. Ο κίνδυνος είναι, επίσης, αυξημένος σε άτομα με συστολική μόνο υπέρταση όπως είναι οί ηλικιωμένοι.

Ο σακχαρώδης διαβήτης προδιαθέτει σε καρδιακή ανεπάρκεια όχι μόνο γιατί συνδέεται με τη γρήγορη εξέλιξη σε στεφανιαία αθηροσκλήρυνση και αρτηριακή υπέρταση, αλλά, επιπλέον, φαίνεται ότι προκαλεί απ' ευθείας βλάβη στο μυοκάρδιο. Η παρουσία υποκλινικού διαβήτη (παθολογική καμπύλη σακχάρου) αυξάνει τον κίνδυνο πάρα πολύ, με μεγαλύτερη συχνότητα στις

γυναίκες από ό,τι στους άνδρες. Στη "διαβητική καρδιά" έχουν παρατηρηθεί λειτουργικές, δομικές και μεταβολικές διαταραχές. Τα επιδημιολογικά δεδομένα δεν στηρίζουν την άποψη ότι η καρδιακή ανεπάρκεια των διαβητικών οφείλεται αποκλειστικά στην αθηροσκλήρυνση και την υπέρταση, με τις οποίες ό διαβήτης συνδέεται. Τα δεδομένα αυτά συνηγορούν μάλλον υπέρ του ότι υπάρχει κάποια μορφή διαβητικής μυοκαρδιοπάθειας, ιδίως στους άσθενείς με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη. Ο διαβήτης προδιαθέτει σε καρδιακή ανεπάρκεια, ανεξάρτητα αν μεσολαβεί στεφανιαία καρδιοπάθεια και ανεξάρτητα από τη συχνά συνυπάρχουσα αρτηριακή υπέρταση.

Υπάρχουν αρκετοί μετρήσιμοι παράγοντες που σε άσυμπτωματικούς άσθενείς συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο καρδιακής ανεπάρκειας. Μεταξύ των παραγόντων αυτών είναι η διόγκωση της καρδιάς, οί διαταραχές του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, η κακή ζωτική χωρητικότητα των πνευμόνων και η αυξημένη καρδιακή συχνότητα ηρεμίας. Ο κίνδυνος είναι ιδιαίτερα αυξημένος όταν συνυπάρχουν περισσότεροι από τους παράγοντες αυτούς. Στη μελέτη Framingham ο κίνδυνος καρδιακής ανεπάρκειας στους άνδρες όλων των ηλικιών αυξανόταν προοδευτικά με την αύξηση της καρδιακής συχνότητας ηρεμίας. Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση στις γυναίκες. Στους άνδρες η συσχέτιση αυτή της καρδιακής συχνότητας με την ανάπτυξη καρδιακής ανεπάρκειας υπάρχει και μετά τις διορθωτικές κινήσεις ως προς την αρτηριακή πίεση, το διαβήτη και το κάπνισμα. Ακόμα, σε άσυμπτωματικά άτομα η χαμηλή, προοδευτικά μειωμένη, ζωτική χωρητικότητα, πιθανώς αντικατοπτρίζει τη συμφύρση των πνευμόνων λόγω της δυσλειτουργίας της άριστερης κοιλίας και βρέθηκε ότι συσχετίζεται με αύξηση του κινδύνου καρδιακής ανεπάρκειας. Η συσχέτιση αυτή ήταν ανεξάρτητη από άλλους καρδιαγγειακούς παραγόντες κινδύνου.

Όλες οί ηλεκτροκαρδιογραφικές ανωμαλίες που άπαντώνται στο γενικό πληθυσμό συνδέονται με ουσια-

συνέχεια στη σελ. 20

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: 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,

*Αθ. Πιπλής, Δ. Ρίχτερ, Β. Σπανός, Δ. Χατούρας,

ΣΚΙΤΣΑ: Γαβριήλ Ψαρράς, καρδιολόγος

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: *Α. Δαρμάρα, Μ. Δημακοπούλου, Γ. Καλλιούπη, Μ. Τούτουζα

*Επιτρέπεται η μερική ή ολική αναδημοσίευση άρθρων του περιοδικού αρκεί να αναφέρεται η πηγή τους.

στην Ελλάδα... και τον κόσμο



Μήπως πάσχετε από το μεταβολικό σύνδρομο, το συνήθη πρόδρομο του σακχαρώδη διαβήτη και της στεφανιαίας καρδιοπάθειας;

ΑΓΓΕΛΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, MD, FACC, *έπικ. καθηγητής καρδιολογίας*

Ἡ ἀθηροσκλήρυνση (ἢ ἀθηρωμάτωση) πού προβάλλει τὰ στεφανιαία ἀγγεία τῆς καρδιάς καὶ τὰ περιφερικά ἀγγεία, προκαλεῖ μόνη τῆς περισσότερους ἀπὸ τοὺς μισοὺς θανάτους στὸ δυτικὸ κόσμο. Ὄταν οἱ στεφανιαῖες ἀθηρωματικές βλάβες ἐπιπλακοῦν μεθρομβωσι, ὁδηγοῦν σὲ ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου, τὴ σοβαρὴτερη μορφή τῆς ἰσχαιμικῆς καρδιοπάθειας. Οἱ διεργασίες τῆς ἀθηροσκλήρυνσης ξεκινοῦν ἀπὸ τὴν παιδικὴ ἡλικία. Ἡ ἀναγνώριση ὁμάδων πληθυσμοῦ ὑψηλοῦ κινδύνου ἔχει μεγάλη σημασία γιὰ τὴν πρόληψη καὶ καταστολή τῆς ἀθηροσκλήρυνσης. Τελευταία ἔχει ἀναγνωριστῆ μία νέα ὄντοτητα, τὸ μεταβολικὸ σύνδρομο, ἡ ὁποία σχετίζεται σὲ ὑψηλὸ ποσοστὸ μετὴν ἀθηρωματικὴ νόσο. Τὸ μεταβολικὸ σύνδρομο, πού φέρεται καὶ μετὰ πολλῆς ἄλλης ὀνομασίας (σύνδρομο ἰνσουλινοαντοχῆς, μεταβολικὸ σύνδρομο X, καρδιαγγειακὸ δυσμεταβολικὸ σύνδρομο κ.ἄ.), εἶναι ἓνα πολυπαραγοντικὸ σύνδρομο πού χαρακτηρίζεται ἀπὸ τὴ συσσώρευση πλειάδας παραγόντων κινδύνου γιὰ ἀθηρωμάτωση (στεφανιαία νόσο, ἀγγειακά ἐγκεφαλικά ἐπεισόδια).

Ἡ παχυσαρκία, ἰδιαίτερα μετὰ κεντρικοῦ τύπου κατανομῆ (κοιλιακή), παίζει βασικὸ ρόλο καὶ συνδέεται αἰτιολογικὰ μετὰ τὰ ἄλλα χαρακτηριστικά τοῦ συνδρόμου, ὅπως ἡ ἀντίσταση στὴν ἰνσουλίνη λόγω τῆς μειωμένης δράσεως τῆς, ἡ ὁποία προκαλεῖ ὑπερινσουλιναίμια, παθολογικὴ ἀντοχή τῆς γλυκόζης καὶ αὐξημένον σάκχαρο στὸ αἷμα, ἡ ἀθηρογόνος δυσλιπιδαιμία μετὰ αὐξηση τριγλυκεριδίων καὶ μείωση τῆς καλῆς (HDL) χοληστερίνης, ἡ ἀρτηριακὴ ὑπέρταση καὶ ἡ αὐξημένη σακχαραιμία.

Ἡ διάγνωση τοῦ μεταβολικοῦ συνδρόμου βασίζεται στὴν ὑπαρξη τριῶν ἀπὸ τὰ κάτωθι πέντε χαρακτηριστικά:

- Κοιλιακὴ παχυσαρκία μετὰ περιφέρεια μέσης πάνω ἀπὸ 102 ἐκ. στοὺς ἄνδρες καὶ 88 ἐκ. στὶς γυναῖκες.
- Τριγλυκερίδια ὁροῦ >150 mg%
- Καλὴ (HDL) χοληστερόλη <40mg% στοὺς ἄνδρες καὶ <50 mg% στὶς γυναῖκες

- Ἀρτηριακὴ ὑπέρταση >130 mmHg
- Σάκχαρο τοῦ αἵματος (νηστείας) >110 mg%

Ἡ ἐπιπολασμός, δηλαδὴ ἡ συχνότητα στὸν πληθυσμὸ, τοῦ μεταβολικοῦ συνδρόμου στὶς ΗΠΑ εἶναι 20-25% τοῦ ἐνῆλικου πληθυσμοῦ, πού φτάνει στοὺς πρὸ ἡλικιωμένους στὸ 50%. Περίπου 47 ἑκατομμύρια Ἀμερικανοὶ πάσχουν ἀπὸ μεταβολικὸ σύνδρομο. Τὸ ἐνδιαφέρον σχετικὰ μετὰ τὸ μεταβολικὸ σύνδρομο προκύπτει ἀπὸ τὸ ὅτι αὐτὸ σχετίζεται μετὰ τὴ στεφανιαία νόσο, τὰ ἐγκεφαλικά ἐπεισόδια καὶ τὸ σακχαρώδη διαβήτη τῶν ἐνῆλικων (τύπου 2).

Οἱ πάσχοντες ἀπὸ μεταβολικὸ σύνδρομο ἔχουν 3-4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο γιὰ στεφανιαία συμβάντα ἢ ἀγγειακά ἐγκεφαλικά ἐπεισόδια.

Ἡ παχυσαρκία, ἡ κεντρικὴ συνιστώσα τοῦ συνδρόμου, ἔχει προσλάβει τὰ τελευταία χρόνια ἐπιδημικὴ μορφή, ἀφοῦ τὸ ποσοστὸ τῶν ὑπέρβαρων καὶ τῶν παχύσαρκων ἔχει ὑπερδιπλασιαστῆ, τόσο στὶς βιομηχανικές ὅσο καὶ στὶς ὑπὸ ἀνάπτυξη χώρες. Ἡ παχυσαρκία, πού χαρακτηρίστηκε τὸ 2000 ἀπὸ τὴν Παγκόσμια Ὄργάνωση Ὑγείας ὡς ἐπιδημία, εἶναι ἓνα ἀπὸ τὰ μεγαλύτερα προβλήματα υγείας

τοῦ πληθυσμοῦ ἀφοῦ εἶναι πρωταρχικὸς παράγων γιὰ τὴν ἐκδήλωση τοῦ σακχαρώδη διαβήτη πού ἀπὸ μόνος του ἰσοδυναμεῖ μετὰ τὴ στεφανιαία νόσο ὅσον ἀφορὰ τὸν κίνδυνο καρδιαγγειακῶν συμβαμάτων. Ἡ παχυσαρκία συνένεια τῆς εὐημερίας-συσχετίζεται μετὰ τὴν ἐξέλιξη τοῦ ἀνθρώπου: Ἡ ἐξέλιξη σχεδίασε τὸν ἀνθρώπινο ὄργανισμὸ ἔτσι ὥστε νὰ ἀντιμετωπίζει τὴ στέρση. Ὁ ὄργανισμὸς στὶς καλὲς ἐποχὲς ἀποθηκεύει ἐνέργεια μετὰ τὴ συσσώρευση λίπους (λιπογένεση) γιὰ νὰ ξεπεράσει τὶς χαλεπὲς περιόδους νηστείας μετὰ τὴν κινητοποίηση τοῦ ἀποθηκευμένου λίπους (λιπόλυση). Τώρα ὅμως οἱ κακὲς περιόδοι δὲν ἔρχονται ποτὲ καὶ τὸ λίπος ἀποθηκεύεται στὶς διογκωμένες κοιλίες. Ἡ αὐξηση τοῦ σωματικοῦ λίπους ὁδηγεῖ στὴ συσσώρευση του στὸ λιπώδη ἰστό, στὸ ἥπαρ, στὸ πάγκρεας πού παράγει τὴν ἰνσουλίνη, στὴν περιτοναϊκὴ κοιλότητα. Ἡ παχυσαρκία συνδέεται μετὰ ἔκχυση

στην κυκλοφορία ούσιων όπως τα ελεύθερα λιπαρά οξέα που προκαλούν επικίνδυνες αρρυθμίες και ο άναστολέας του πλασμινογόνου που δημιουργεί θρομβώσεις. Η άθροιση λίπους στους μύες μειώνει τη δραστηριότητα της ινσουλίνης (άντισταση στην ινσουλίνη), που με τη σειρά της δημιουργεί την υπερινσουλιναμία, την παθολογική άνοχη της γλυκόζης και, τελικά, προκαλεί το σακχαρώδη διαβήτη. Η άθροιση λίπους στο ήπαρ προκαλεί την αθηρωματική δυσλιπιδαιμία με αύξηση των τριγλυκεριδίων, την ελάττωση της «καλής» HDL χοληστερόλης και την αύξηση των μικρών μορίων της «κακής» LDL χοληστερόλης που είναι κατ' έξοχήν αθηρογόνα. Επιπλέον, στο μεταβολικό σύνδρομο, που είναι μία χρόνια φλεγμονή, υπάρχει αύξηση ούσιων (κυτοκίνες, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη κ.ά.) που βλάπτουν τα αγγεία προκαλώντας τελικά την αθηρωμάτωση. Τα επίπεδα της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) συνιστούν προγνωστική ένδειξη για μελλοντικά καρδιαγγειακά επεισόδια (έγκεφαλικά, στεφανιαία συμβάντα) και ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη.

Θεραπεία: Η απώλεια βάρους και η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας είναι η βάση της θεραπείας του μεταβολικού συνδρόμου για την αποφυγή της μετάπτωσής του σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 με τις συνοδές επιπλοκές (στεφανιαία νόσος, αγγειακά, έγκεφαλικά επεισόδια). Οι έξανθλιπτικές δίαιτες δεν ωφελούν. Αντίθετα, χρειάζεται μεταβολή των διαιτητικών συνθειών με ελάττωση κατά 10% του σωματικού βάρους σε ένα χρόνο και του τρόπου ζωής (αεροβική άσκηση, αύξηση σωματικής δραστηριότητας). Πρόσφατα έρευνα στη Φινλανδία έδειξε ότι ακόμη και με μέτρια απώλεια

βάρους (5,7% το χρόνο) και μέτρια αύξηση της σωματικής δραστηριότητας (-150 λεπτά βάδισης την εβδομάδα) υπάρχει σημαντικό όφελος στην πρόληψη του σακχαρώδη διαβήτη. Μία μεσογειακού τύπου διαίτα με περιορισμό θερμίδων για την επίτευξη φυσιολογικού βάρους είναι η πιο κατάλληλη για το μεταβολικό σύνδρομο.

Στο ερώτημα που συχνά τίθεται, αν η πρώτη επιμέτρηση στο μεταβολικό σύνδρομο καθυστερεί ή προλαμβάνει την ανάπτυξη του σακχαρώδη διαβήτη και των επιπλοκών του, η απάντηση είναι καθαρά "ναι". Η επιθετική θεραπεία και των άλλων παραγόντων του μεταβολικού συνδρόμου, ιδιαίτερα της δυσλιπιδαιμίας (με στατίνες, νιασίνη και φιβράτες) και της αρτηριακής υπέρτασης (με άναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου), είναι σημαντική για την πρόληψη του καρδιολογικού κινδύνου. Ορισμένα φάρμακα (μετφορμίνη, θιαζολιδιόνες) βοηθούν επίσης στην πρόληψη του σακχαρώδη διαβήτη.

Συμπερασματικά, το μεταβολικό σύνδρομο, μια ιδιαίτερα συσσωρευμένη πλειάδα παραγόντων κινδύνου, με αύξουσα συχνότητα τα τελευταία χρόνια, πέραν από τυχόν γενετική προδιάθεση προκαλείται ιδιαίτερα από την παχυσαρκία και τη σωματική αδράνεια. Οι άσθενείς με μεταβολικό σύνδρομο συνήθως παρουσιάζουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, στεφανιαία νόσο ή αγγειακά έγκεφαλικά επεισόδια. Ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας είναι η ελάττωση του βάρους και η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας. Φαρμακευτική αγωγή κατά την κρίση του γιατρού, ανάλογα με τις παθολογικές βιοχημικές παραμέτρους, θα βοηθήσει επιπρόσθετα. 🍏



συνέχεια από τη σελ. 18

στική αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης καρδιακής ανεπάρκειας. Αυτό ισχύει και όταν ληφθούν υπ' όψιν ή υπέρταση και άλλοι καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου. Ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου είναι η ηλεκτροκαρδιογραφική υπερτροφία της άριστερης κοιλίας. Η εμφάνιση ηλεκτροκαρδιογραφικών σημείων υπερτροφίας της άριστερης κοιλίας έπισημαίνει την ένταξη σοβαρών καρδιαγγειακών νόσων, με κατά πολύ συχνότερη την καρδιακή ανεπάρκεια. Ο κίνδυνος που συνδέεται με την ηλεκτροκαρδιογραφική υπερτροφία ξεπερνάει εκείνο της άκτινογραφικής διόγκωσης της καρδιάς. Η ηλεκτροκαρδιογραφική υπερτροφία και η άκτινογραφική διόγκωση της καρδιάς συσχετίζονται ανεξάρτητα από την αύξηση του κινδύνου για καρδιακή ανεπάρκεια και είναι πιθανό αυτό να αντικατοπτρίζουν διαφορετικά φαινόμενα. Η προσθήκη της ηλεκτροκαρδιογραφικής υπερτροφίας στην άκτινογραφική διόγκωση έπαυξάνει σε μεγάλο βαθμό τον κίνδυνο καρδιακής ανεπάρκειας. Ο κίνδυνος καρδιακής ανεπάρκειας που συνδέεται με την ηλεκτροκαρδιογραφική υπερτροφία της άριστερης κοιλίας είναι συγκρίσιμος με εκείνον που συνδέεται με την παρουσία ηλεκτροκαρδιογραφικών σημείων εμφράγματος του μυοκαρδίου. Η ήπια καρδιογραφική υπερτροφία της άριστερης κοιλίας είναι συχνότερη σε άτομα με ίσθιοκορδιακή ανεπάρκεια από ό,τι η ηλεκτροκαρδιογραφική υπερτροφία. Η ηλεκτροκαρδιογραφική και η ήχο-

καρδιογραφική υπερτροφία συνδέονται με αύξημένη συχνότητα κοιλιακών έκτοπων αρρυθμιών που αυξάνουν τον κίνδυνο θανάτου στην καρδιακή ανεπάρκεια.

Η πρόληψη είναι η λύση του μεγάλου αυτού κοινωνικού προβλήματος. Διόρθωση, λοιπόν, των τροποποιησιμων παραγόντων κινδύνου για καρδιακή ανεπάρκεια, που περιλαμβάνουν την υπέρταση, το σακχαρώδη διαβήτη, το κάπνισμα, την παχυσαρκία, την αύξηση της χοληστερόλης, τη μείωση των λιποπρωτεϊνών ύψηλης πυκνότητας (HDL) και του αίματοκρίτη. Η σημασία της αρτηριακής πίεσεως και του διαβήτη είναι μεγάλη και οι δύο παράγοντες συμβάλλουν ανεξάρτητα σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα. Ο αίματοκρίτης είναι σημαντικός παράγοντας, ιδιαίτερα στις γυναίκες όλων των ηλικιών. Με αύξημένο κίνδυνο συνδέονται τόσο οι χαμηλές όσο και οι ύψηλες τιμές. Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο, ιδιαίτερα σε νέους άνδρες και μεγαλύτερες γυναίκες. Τα επίπεδα της χοληστερόλης συνδέονται σημαντικά προς τη συχνότητα καρδιακής ανεπάρκειας σε άνδρες κάτω των 65 ετών. Η παχυσαρκία είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου καρδιακής ανεπάρκειας, ιδιαίτερα στις γυναίκες.

Συμπερασματικά, με χρησιμοποίηση άπλων εργαστηριακών εξετάσεων είναι δυνατή η πρώτη αναγνώριση ύποψιφων για καρδιακή ανεπάρκεια ώστε να ληφθούν προληπτικά μέτρα, σε στάδια που είναι ακόμα δυνατή η άποτροπή μη άναστρέψιμης μυοκαρδιακής βλάβης. 🍏

Από την ιστορία της καρδιολογίας.

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

Συνέχεια από το τεύχος Νοεμβρίου 2004

Αναισθησία

Στην αρχαία Ελλάδα, την Αίγυπτο και την Κίνα χρησιμοποιούντο ως αναλγητικά ή αναισθητικά φάρμακα για κάποια έγχείρηση το όπιο, ή κάνναβις και ο μανδραγόρας.

Το οξείδιο του άζωτου σε εισπνοή ως αναλγητικό φάρμακο χρησιμοποιήθηκε το 1799 από τον Άγγλο Humphry Davy, για δοντόπονο. Ο αίθερας ήταν γνωστός στους χημικούς από το 18ο αιώνα. Το κλωροφόρμιο ανακαλύφθη το 1831. Έτσι, με τα τρία αυτά νέα φάρμακα άρχισε η επιστήμη της αναισθησιολογίας και η μεγάλη συμβολή της στη σύγχρονη χειρουργική. Έπρεπε όμως να περιμένει κάποιος μέχρι το 1942 την εισαγωγή των μυοχαλαρωτικών από τον Harold Griffith στο Μόντρεαλ, για να αναφέρεται στην εποχή της σύγχρονης αναισθησιολογίας.

Μικροβιολογία

Η επιστήμη της μικροβιολογίας καθιερώθηκε από το Louis Pasteur (1822-1895). Αυτός απέδειξε ότι κάθε τί το ζωντανό, περιλαμβανομένων και των μικροβίων, προέρχεται από άλλον ζώντα οργανισμό. Ο Παστερ είναι, επίσης, πατέρας της ζύμωσης. Παρατήρησε ότι ζωντανοί μικροοργανισμοί κάνουν ζύδι το κρασί και εισηγήθη θεραπεία με θέρμανση προς καταστροφή των μικροοργανισμών (παστερίωση). Επίσης, με τη μέθοδο του φίλτρου ξεχώρισε την τοξίνη από το μικρόβιο που την κάνει. Έκανε έμβολιασμό στα πρόβατα με καλλιέργεια βακίλλων άνθρακος που είχαν άραιοθει με θέρμανση και τα πρόβατα αυτά προφυλάχθηκαν από το θάνατο με ένεση δηλητηριωδών μικροβίων άνθρακος. Έτσι, με αυτό το εκπληκτικό αποτέλεσμα θέτει τις βάσεις της ανοσολογίας. Ο Παστερ θα κάνει αντιλυσσικό όρο σε νεαρό παιδί, τον Joseph Meister, που τον είχε δαγκώσει σκυλί λυσσασμένο και τον σώζει από βέβαιο θάνατο. Επίστευε ότι το αίμα της λύσσας δεν είναι μικρόβιο και ότι αυτό (ένος ιός) θα μπορούσε να άραιοθει, να αποδυναμωθεί με σειρά ενδοεγκεφαλικών διαδρομών σε κόκκιλο, που δεν είναι ο φυσικός ξενιστής. Όπερ έδειξε και με τον όρο αυτό θεράπευσε το νέο!

Μετά τον Pasteur, ο μέγας της μικροβιολογίας είναι ο Robert Koch (1843-1910). Εισήγαγε τεχνικές καλλιέρ-

γειας σε σταθερό περιβάλλον, χρωστικές μικροβίων, την ξηρή άποστείρωση. Είναι ο πρώτος που απομόνωσε μικρόβια (το βάκιλλο του άνθρακα) σε καθαρή καλλιέργεια, ανέκλυψε το δονάκιον της χολέρας και το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης (βάκιλλος του Koch). Με την εφαρμογή κανόνων του Koch γίνεται διάκριση μεταξύ παθογόνων και μη παθογόνων μικροβίων. Περιέγραψε το γνωστό ως φαινόμενο Koch, μία αλλοιωμένη τοπική αντίδραση σε επιμόλυνση με το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης και αυτό όδηγησε στην ανάπτυξη του τέστ φυματίωσης.

Τέλος, με την εφαρμογή στη χειρουργική των κανόνων αντισηψίας που εισήγαγε ο Joseph Lister (1827-1912) βάσει των έρευνών του Pasteur στις ζυμώσεις, σώθηκε πολλός κόσμος. Με την αντισηψία στα χέρια, στα εργαλεία, στα ένδύματα, έπαυε η φλεγμονή, ή λοίμωξη, που ήταν συχνή επιπλοκή, ακόμη και στις ελαφρές χειρουργικές επεμβάσεις.

Απεικονιστικές μέθοδοι

Το 1895 ο Wilhelm Konrad Roentgen (1845-1923) ανέκλυψε την ακτινο-

γραφία και πήρε το βραβείο Νόμπελ. Έτσι, για πρώτη φορά το ανθρώπινο μάτι εισέρχεται στο σώμα. Σε δεύτερο στάδιο αναπτύσσεται η καρδιοαγγειογραφία (δεκαετία 1940) με χρήση σκιερής ουσίας, βάσει πάντοτε της μεγάλης ανακάλυψης του Roentgen. Στη συνέχεια εμφανίζεται η ύπολογιστική τομογραφία και οι μαγνητικές απεικονιστικές μέθοδοι, οι οποίες με μεγάλη ακρίβεια εντοπίζουν τη βλάβη και μάλιστα χρησιμοποιούνται πολύ για την παρακολούθηση θεραπειάς της παθίσεως, π.χ. του καρκίνου. Τέλος, στις απεικονιστικές μεθόδους πηριζεται και η μικροχειρουργική στην οποία περιορίζεται πολύ το χειρουργικό τραύμα.

Το 1954 ο Σουηδός Edler εισήγαγε την υπερηχογραφία στην ιατρική με την οποία σήμερα γίνεται η ακριβής διάγνωση των βαλβιδοπαθειών και της σοβαρότητας αυτών, ως επίσης καθορίζεται -πάντα με μεγάλη ακρίβεια- η ανατομική και λειτουργική κατάσταση του μυοκαρδίου, της άορτης, των πλείστων αρτηριών και φλεβών του κυκλοφορικού συστήματος. 🍎

Συνέχεια σε επόμενο τεύχος



Νέες εξετάσεις αίματος για ανίχνευση καρδιακών νόσων

ΜΙΧΑΛΗΣ ΔΟΥΜΑΣ, μεταπτυχιακός υπότροφος καρδιολογικής κλινικής Πανεπιστημίου Ίωαννίνων

Η έγκαιρη διάγνωση μίας καρδιακής νόσου μπορεί να σώσει ζωές. Για τὸ σκοπὸ αὐτὸ ἔχουν χρησιμοποιηθεῖ τὰ τελευταῖα 50 χρόνια διάφορες αἱματολογικὲς εξετάσεις γιὰ τὴν ανίχνευση οὐσιῶν ποὺ ὑπάρχουν στὸ αἷμα καὶ ἀποτελοῦν ἔνδειξη, εἴτε καρδιακῆς νόσου, εἴτε μελλοντικοῦ κινδύνου γιὰ καρδιακὴ νόσο. Οἱ οὐσίες αὐτὲς ἢ δὲν ἀνευρίσκονται ὑπὸ φυσιολογικὲς συνθήκες στὸ αἷμα ἢ τὰ ἐπίπεδά τους, μόλις αὐξηθοῦν πάνω ἀπὸ τὰ φυσιολογικὰ ὅρια, ἀποτελοῦν ἔνδειξη νόσου.

Ἐξετάσεις γιὰ ανίχνευση ἐμφράγματος

Οἱ ἀσθενεῖς ποὺ προσέρχονται στὰ Τμήματα Ἐπειγόντων Περιστατικῶν μὲ θωρακικὸ πόνο, ἐκτιμῶνται ἀρχικὰ γιὰ πιθανὸ καρδιακὸ ἐπεισόδιο. Μετὰ τὴν κλινικὴ ἐκτίμηση, ἡ πρώτη ἐξέταση ποὺ χρησιμοποιεῖται εἶναι τὸ ἠλεκτροκαρδιογράφημα, ποὺ ὅμως μπορεῖ νὰ εἶναι φυσιολογικὸ ἢ μὴ διαγνωστικὸ. Γιὰ αὐτὸ τὸ λόγο, λαμβάνεται αἷμα ὥστε νὰ ἐλεγχθεῖ γιὰ τὴν ὑπαρξὴ πρωτεϊνῶν, τὰ παθολογικὰ ἐπίπεδα τῶν ὁποίων ὑποδηλώνουν καρδιακὴ βλάβη. Στὶς πρωτεΐνες αὐτὲς περιλαμβάνονται οἱ:

- Κινάση Κρεατινίνης (CK) καὶ τὸ ἰσοένζυμο τῆς CK-MB
- Τροπονίνη I ἢ T

Οἱ πρωτεΐνες αὐτὲς βρίσκονται φυσιολογικὰ μέσα στὰ καρδιακὰ κύτταρα καὶ ἀπελευθερώνονται στὸ αἷμα μετὰ ἀπὸ νέκρωση (ἔμφραγμα) τοῦ μυοκαρδίου. Ἡ παρουσία τους, συνεπῶς, στὸ αἷμα ὑποδηλώνει συνήθως καρδιακὴ βλάβη. Κάποιες, ὅμως, ἀπὸ αὐτὲς (CK, CK-MB) ὑπάρχουν καὶ σὲ ἄλλους μῦες, γεγονόςς ποὺ τὶς καθιστὰ μὴ εἰδικὲς γιὰ τὴν καρδιά.

Μία νέα αἱματολογικὴ εξέταση (ἡ Τροπονίνη) εἶναι καὶ πιὸ εὐαίσθητη καὶ πιὸ εἰδικὴ γιὰ μυοκαρδιακὴ βλάβη. Οἱ Τροπονίνες βρίσκονται μόνο εἰς τὴν καρδιά. Ἀνάλογα μὲ τὸ νοσοκομεῖο, μετράται εἴτε ἡ Τροπονίνη I ἢ ἡ Τροπονίνη T, ποὺ σὲ γενικὲς γραμμὲς εἶναι ἐξίσου κατ'ἀλλήλους ὡς ἔνδειξη καρδιακῆς βλάβης. Σύμφωνα μὲ τὶς ὁδηγίες, προτείνεται ἡ πραγματοποίηση δυὸ μετρήσεων σὲ μία περίοδο 8 ἕως 12 ὥρων μετὰ τὴν προσέλευση τοῦ ἀσθενοῦς. Ἐπειδὴ ὑπάρχει μία καθυστέρηση ἀπὸ τὴν ἔναρξη τῆς καρδιακῆς βλάβης μέχρι τὴν ἐμφάνιση τῆς τροπονίνης στὸ αἷμα, εἶναι ἀπαραίτητη ἡ συνεχὴς παρακολούθηση τοῦ ἀσθενοῦς ὥστε νὰ ἀποφευχθεῖ ἡ πιθανότητα νὰ μὴ γίνῃ ἀντιληπτὸ κάποιο καρδιακὸ ἐπεισόδιο. Ἀσθενεῖς μὲ αὐξημένα ἐπίπεδα τροπονίνης στὸ αἷμα ἔχουν πιθανότατα ὑποστῆι μυοκαρδιακὴ βλάβη καὶ βρίσκονται σὲ αὐξημένο καρδιακὸ κίνδυνο.

Ἐξετάσεις γιὰ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια

Ἡ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια ἀποτελεῖ μία ἀπὸ τὶς βα-

σικὲς αἰτίες νοσηρότητας καὶ τὴν πρωταρχικὴ αἰτία εἰσαγωγῆς στὸ νοσοκομεῖο γιὰ ἀσθενεῖς ἡλικίας μεγαλύτερης τῶν 65 ἐτῶν. Ἡ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια εἶναι ἡ ἀδυναμία τῆς καρδιάς νὰ τροφοδοτεῖ μὲ ἐπαρκῆ ποσότητα αἵματος τὸ σῶμα. Ἡ πιὸ συχνὴ αἰτία καρδιακῆς ἀνεπάρκειας εἶναι ἡ ἐξασθένιση τοῦ καρδιακοῦ μυοῦς (συνήθως λόγω ἐπαναλαμβανόμενων καρδιακῶν συμβαμάτων). Ἡ διάγνωση τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας γίνεται μὲ βάση τὴν κλινικὴ εἰκόνα τοῦ ἀσθενοῦς καὶ μὲ τὴ χρήση ὑπερήχων.

Νέες αἱματολογικὲς εξετάσεις βοηθοῦν τοὺς γιατροὺς στὴ διάγνωση τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας. Οἱ οὐσίες ποὺ μετρῶνται ὀνομάζονται νατριουρητικὰ πεπτι-

δια. Τὰ νατριουρητικὰ αὐτὰ πεπτιδία ποὺ παράγονται στὴν καρδιά ὡς ἀντιρροπιστικὴ ἀντίδραση τοῦ ὄργανισμοῦ στὴν καρδιακὴ ἀνεπάρκεια, μειώνουν τὴν πίεση στοὺς πνεύμονες καὶ αὐξάνουν τὴ διουρήση. Στὴν παρούσα φάση εἶναι δυνατὴ ἡ μέτρηση δυὸ τύπων νατριουρητικῶν πεπτιδίων γιὰ τὴν διάγνωση τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας: τὸ BNP (B-Type natriuretic peptide) καὶ τὸ pro-BNP (N-Terminal pro-b-type natriuretic peptide). Τὰ ἐπίπεδα καὶ τῶν δυὸ αὐτῶν οὐσιῶν βρίσκονται αὐξημένα σὲ ἀσθενεῖς μὲ συμφορητικὴ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια. Οἱ κλινικοὶ χρησιμοποιοῦν συνήθετα τὶς ἐξετάσεις αὐτὲς

γιὰ νὰ ἐξακριβώσουν ἂν ἡ δύσπνοια εἶναι καρδιακῆς αἰτιολογίας. Ἀσθενεῖς χωρὶς αὐξημένες τιμὲς νατριουρητικῶν πεπτιδίων, εἶναι ἀπίθανο νὰ ἔχουν δύσπνοια καρδιακῆς αἰτιολογίας.

Τὰ ἐπίπεδα τῶν νατριουρητικῶν πεπτιδίων στὸ αἷμα αὐξομειώνονται ἀπότομα ὡς ἀπάντηση σὲ μεταβολὲς τῆς συμφορητικῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας. Προσδοκᾶται ὅτι μὲ ἐπαναλαμβανόμενες μετρήσεις τῶν ἐπιπέδων τῶν νατριουρητικῶν πεπτιδίων γιὰ ἀρκετὲς ἡμέρες, θὰ κατορθώσουν οἱ κλινικοὶ γιατροὶ νὰ ἐπιτύχουν μία πιὸ ἀκριβῆ ρύθμιση τῆς φαρμακευτικῆς ἀγωγῆς τῶν πασχόντων ἀπὸ συμφορητικὴ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια.

Ἐξετάσεις γιὰ πιθανὸ μελλοντικὸ ἐπεισόδιο

Ἡ προσοχὴ ἔχει ἐπικεντρωθεῖ στὴ μέτρηση στὸ αἷμα τῶν ἐπιπέδων τῆς C-ἀντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP). Ἡ CRP εἶναι ἓνας δείκτης φλεγμονῆς καὶ ἡ ἀθηρωσκλήρυνση ἐμπεριέχει ἓνα στοιχεῖο φλεγμονῆς. Οἱ ἀσθενεῖς μὲ αὐξημένες τιμὲς CRP παρουσιάζουν αὐξημένο κίνδυνο γιὰ ἔμφραγμα μυοκαρδίου, ἔγκεφαλικὸ ἐπεισόδιο, αἰφνίδιο θάνατο καὶ ἀγγειοπάθειες.

Οἱ κλινικοὶ γιατροὶ ἔχουν ἀρχίσει νὰ προσθέτουν καὶ



Οί πολλοί "δρόμοι" τής πρόληψης

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Ν. ΣΠΑΝΟΣ, καρδιολόγος τής
Εύρωκλινικής Ἀθηνῶν, σύμβουλος ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

Στή Μ. Βρετανία μειώνεται ὁ ἀριθμὸς τῶν ἀνθρώπων πού χάνονται ἀπὸ στεφανιαία νόσο χάρις στὴν ἀντιμετώπιση παραγόντων ὅπως τὸ κάπνισμα καὶ οἱ ὑψηλὲς τιμές πίεσης καὶ χοληστερόλης.

Ὅπως ξέρομε, ἡ στεφανιαία νόσος εἶναι ἡ κυριότερη αἰτία νοσηρότητας καὶ θνητότητας στὸν δυτικὸ κόσμο. Ἡ στηθάγχη καὶ τὸ ἔμφραγμα εἶναι συχνὲς ἐκδηλώσεις τῆς νόσου, καθὼς, ἐπίσης, ἡ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια καὶ ὁ αἰφνίδιος καρδιακὸς θάνατος. Συχνὰ ἀναφερόμαστε στὸν βαρὺ φόρο αἵματος πού οἱ σύγχρονες κοινωνίες πληρώνουν στὴ στεφανιαία νόσο καὶ στὴ σημασία πού ἔχει ἡ πρόληψη γιὰ τὴν ἀντιμετώπισή της.

Σὲ πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη, ἀπὸ τὴ Μ. Βρετανία, φαίνεται πὼς μειώνεται σημαντικὰ ἡ καρδιακὴ θνητότητα σὲ σύγκριση μὲ δυὸ δεκαετίες ἐνωρίτερα. Τὰ δεδομένα ἀφοροῦν τὴν περιοχὴ τῆς Ἀγγλίας καὶ τῆς Ουαλίας καὶ καλύπτουν τὴν περίοδο ἀπὸ τὸ 1980 ἕως τὸ 2000. Ἀναφέρεται συγκεκριμένα ὅτι κατὰ τὶς δεκαετίες τοῦ 1980 καὶ τοῦ 1990 μειωνόταν σταδιακὰ ὡς καὶ κατὰ 50% ὁ ἀριθμὸς τῶν ἀνθρώπων πού χάνονται ἀπὸ στεφανιαία νόσο. Ὡς ἀποτέλεσμα ὑπολογίζεται ὅτι τὸ ἔτος 2000 ἡ στεφανιαία νόσος ὀδήγησε σὲ θάνατο 68.230 λιγότερους κατοίκους τῶν παραπάνω περιοχῶν σὲ σύγκριση μὲ τὸ 1981 (American Journal of Public Health, Ἰανουάριος 2005). Μὲ διαφορετικὸ ὑπολογισμό, πρόκειται γιὰ 1.000.000 ἔτη ζωῆς περισσότερα γιὰ τοὺς κατοίκους ἡλικίας 25 ἕως 84 ἐτῶν.

Τί συνετέλεσε σὲ αὐτὴν τὴ σημαντικὴ ἐπιτυχία;

Σημαντικὸ μέρος τῆς μείωσης τῶν θανάτων ὀφείλεται στὴν ἀνάπτυξη καὶ χρησιμοποίηση νέων τύπων θεραπειῶν (φάρμακα καὶ καρδιακὲς ἐπεμβάσεις), πού εἴτε δὲν ὑπῆρχαν εἴτε χρησιμοποιοῦνταν λιγότερο τὶς προηγούμενες δεκαετίες. Τὸ ἐντυπωσιακὸ ὅμως εἶναι ὅτι οἱ ἐρευνητὲς ἀπέδωσαν μόλις τὸ 21% τοῦ κέρδους σὲ ἀνθρώπινες ζωὲς σὲ ὅλες τὶς διαφορετικὲς θεραπείες πού ἐφαρμόστηκαν, συμπεριλαμβανομένων τῶν φαρμάκων πού μειώνουν τὴν ἀρτηριακὴ πίεση καὶ τὴ χοληστερόλη. Τὸ πολὺ μεγαλύτερο μέρος τῆς ὠφελείας (79%) ἀποδόθηκε στὴν ἀνατροπὴ ἐγκατεστημένων συνθηγιῶν στὸν πληθυσμὸ, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν μείωση τοῦ καπνίσματος, καθὼς καὶ τῶν τιμῶν ἀρτηριακῆς πίεσης καὶ χοληστερόλης τοῦ αἵματος.

Τὰ δεδομένα αὐτὰ εἶναι ἀκόμα πιὸ ἐντυπωσιακὰ ἐπειδὴ κατὰ τὶς δυὸ αὐτὲς δεκαετίες δὲν αὐξήθηκε ὁ μέσος χρόνος ἀσκησης (ἀντίθετα μάλιστα μειώθηκε κατὰ τι), ἐνῶ αὐξήθηκε ἡ παχυσαρκία στὸν ἴδιο πληθυσμὸ. Ἄν ἡ ἀλλαγὴ τοῦ τρόπου ζωῆς ἐπεκτεινόταν καὶ σὲ αὐτοὺς τοὺς παράγοντες κινδύνου, τὸ ὄφελος θὰ μπορούσε νὰ εἶναι πολλαπλάσιο!

Ἀπὸ τὰ δεδομένα τῆς παραπάνω μελέτης ἐπιβεβαι-



ώνεται ἡ βαθύτατη πεποίθηση τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ., ὅτι δηλαδὴ ὁ καλύτερος τρόπος ἀντιμετώπισης τῆς στεφανιαίας νόσου εἶναι ἡ πρόληψη. Ἡ διακοπὴ τοῦ καπνίσματος, ἡ ὑγιεινὴ διατροφή («φρούτα, χόρτα, ψάρι, κότα» κατὰ τὴν προσφιλῆ ἔκφραση) καὶ ἡ ἀσκηση μποροῦν νὰ ἀποδώσουν πολὺ περισσότερα ἀπὸ πανάκριβες θεραπείες, πού ἀκολουθοῦνται ὅταν πλέον ἐκδηλωθεῖ ἡ νόσος. Ἀλλὰ καὶ στὶς περιπτώσεις ἀρρώστων πού ἔχουν ἤδη ἀναπτύξει τὴ νόσο εἶναι, ἐπίσης, πολὺ σημαντικὴ ἡ ἀντιμετώπιση τῶν παραγόντων κινδύνου (κάπνισμα, ὑψηλὲς τιμές χοληστερόλης, ἀρτηριακὴ ὑπέρταση, παχυσαρκία, καθιστικὴ ζωὴ), πού σὲ αὐτὴν τὴν περίπτωση ὀνομάζεται δευτεροβάθμια πρόληψη.

Τὰ ἀνωτέρω, βεβαίως, δὲν ὑποβαθμίζουν τὴν ἀξία τῶν φαρμάκων ὅπως ἡ ἀσπιρίνη, οἱ στατίνες (ἀντι-λιπιδαιμικὰ φάρμακα) καὶ οἱ ἀναστολεῖς τοῦ μετατραπτικοῦ ἐνζύμου τῆς ἀγγειοτασίνης (α-MEA) πού φαίνεται πὼς ἔχουν εὐεργετικὴ ἐπίδραση στὴν πορεία τῆς νόσου, μειώνοντας τὰ καρδιακὰ συμβάματα καὶ βελτιώνοντας τὴν πρόγνωση τοῦ ἀρρώστου. Οὔτε, ἐπίσης, τὴν ἀξία τῶν ἐπεμβάσεων στὶς ἀρτηρίες τῆς καρδιᾶς (μπαλονάκι, stent, μπαϊπάς), πού πραγματοποιοῦνται εἴτε γιὰ νὰ αὐξήσουν τὰ χρόνια ζωῆς τῶν ἀρρώστων εἴτε γιὰ νὰ βελτιώσουν τὴν ποιότητα τῆς ζωῆς τους. Εἴμαστε εὐγνώμονες γιὰ ὅλες τὶς δυνατότητες πού ἡ σύγχρονη ἐπιστὴμη παρέχει καὶ προσφεύγουμε σ' αὐτὲς κάθε φορὰ πού τὶς ἔχουμε ἀνάγκη.

Ἄν θέλουμε πάντως νὰ ἀποφύγουμε νὰ χρησιμοποιοῦμε τὰ φάρμακα ἢ τὸ «μπαλονάκι», ὁ πληθυσμὸς τῆς Ἀγγλίας καὶ τῆς Ουαλίας δείχνει τὸ δρόμο: δὲν ἔχουμε παρὰ νὰ ἀκολουθήσουμε τὶς συστάσεις ὑγιεινῆς ζωῆς. Τὸ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. θὰ ἐξακολουθήσει τὶς προσπάθειές του γιὰ τὴν ἐνημέρωση ὅλο καὶ περισσότερων συνανθρώπων μας γιὰ τὴν ἀξία τους.

Ἡ ἀξία τῆς διατροφῆς στὴ μείωση τῆς ἀρτηριακῆς ὑπέρτασης καὶ στὴν προστασία ἀπὸ

Ξμφραγμα και ἐγκεφαλικό ἐπεισόδιο.

Εἶναι γνωστὴ ἀπὸ χρόνια ἡ σημασία τῆς στέρησης τοῦ ἄλατος γιὰ τὴν μείωση τῶν ὑψηλῶν τιμῶν πίεσης τοῦ αἵματος (ἀρτηριακὴ ὑπέρταση). Πρόσφατα εἶδαμε δημοσίευση πού συνηγορεῖ στὴν εὐεργετικὴ ἐπίδραση διαίτας ὑψηλῆς περιεκτικότητας σὲ φρούτα καὶ λαχανικά τόσο στὴν ἀντιμετώπιση τῆς ὑπέρτασης ὅσο καὶ στὴν μείωση τῶν ἔμφραγμάτων.

Πρόκειται γιὰ συνάθροιση 80 διαφορετικῶν μελετῶν συγκρίσεως τῆς διαίτας χορτοφάγου μὲ διαίτες μέσης ἢ ὑψηλῆς περιεκτικότητας σὲ ζωικὲς τροφές (Nutrition Reviews, Ἰανουάριος 2005). Φαίνεται πὼς ἡ διαίτα πού βασίζεται σὲ φρούτα καὶ λαχανικά ἔχει ὡς ἀποτέλεσμα χαμηλότερες μέσες τιμές ἀρτηριακῆς πίεσης τοῦ αἵματος καὶ ὅσοι τὴν ἀκολουθοῦν ἔχουν μικρότερη πιθανότητα προσβολῆς ἀπὸ ὄξυ ἔμφραγμα μυοκαρδίου ἢ ἀπὸ ἐγκεφαλικό ἐπεισόδιο. Ἡ ἴδια διαίτα ὀδηγοῦσε σὲ χαμηλότερες τιμές σωματικοῦ βάρους σὲ γυναῖκες καὶ ἄνδρες, γεγονός πού θὰ μπορούσε νὰ ἐξηγήσει μέρος τῆς παραπάνω εὐεργετικῆς ἐπίδρασης, ἀλλὰ ὄχι τὸ σύνολο τῆς ὠφελείας.

Οἱ ἐρευνητὲς προσπαθώντας νὰ ἐξηγήσουν τὴν ὠφέλεια ὑποθέτουν ὅτι προέρχεται ἀπὸ οὐσίες πού μπορούν νὰ παρεμποδίσουν τὴν ἀρτηριακὴ θρόμβωση καὶ οἱ ὁποῖες περιέχονται στὰ φρούτα καὶ τὰ λαχανικά.

Ἐκτὸς ἀπὸ τὴν χοληστερόλη, καλὴ καὶ κακὴ, νὰ μετράω καὶ CRP;


Τὰ τελευταῖα χρόνια οἱ καρδιολόγοι προβληματίζομαστε γιὰ τὴ συμμετοχὴ τῆς φλεγμονῆς στὴν πορεία τῶν ἀρρώστων μὲ στεφανιαία νόσο. Ἡ φλεγμονὴ εἶναι μία διαδικασία πού συναντᾶμε στὸν ὄργανισμό, ὅταν προσβάλλεται ἀπὸ μικρόβιο καὶ συνίσταται σὲ παραγωγὴ κυττάρων πού προσπαθοῦν νὰ περικρακώσουν τὸν «εἰσβολέα». Μία οὐσία πού συνήθως ἀνιχνεύεται στὸ αἷμα τῶν ἀρρώστων μὲ φλεγμονὴ εἶναι ἡ C-ἀντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP).

Εἶναι ἀπὸ καιρὸ γνωστὸ ὅτι ἡ CRP ἀνευρίσκεται σὲ ὑψηλὲς τιμές σὲ ἀσθενεῖς μὲ ὄξυ στεφανιαῖο σύνδρομο, ὅταν ἐνεργοποιεῖται μία διαδικασία συσσώρευσης κυττάρων τοῦ αἵματος καὶ φλεγμονῶδων κυττάρων, μὲ ἐπακόλουθο τὸν σχηματισμὸ θρόμβου καὶ τὴ μερικὴ ἢ ὀλικὴ ἔμφραξη κάποιας ἀρτηρίας τῆς καρδιᾶς (στεφανιαίας ἀρτηρίας). Εἶναι, ἐπίσης, γνωστὸ ὅτι ἄτομα μὲ αὐξημένες τιμές CRP κινδυνεύουν περισσότερο νὰ ἐκδηλώσουν στεφανιαία νόσο.

Τὰ νέα καὶ ἰδιαίτερα ἐνδιαφέροντα στοιχεῖα προέρχονται ἀπὸ δυὸ μεγάλες μελέτες πού δημοσιεύονται σὲ ἓνα ἀπὸ τὰ μεγαλύτερα ἱατρικὰ περιοδικὰ (New England Journal of Medicine, Ἰανουάριος 2005). Φαίνεται ὅτι ἀσθενεῖς μὲ στεφανιαία νόσο, οἱ ὁποῖοι ἐλάμβαναν φάρμακο γιὰ τὴν χοληστερόλη (στατίνη) καὶ πέτυχαν ἐπιβράδυνση τῆς ἐπιδείνωσής τῶν στενωμάτων στὴν στεφανιαίαν ἀρτηρίαν εἶχαν παράλληλα μὲ τὴν μείωση τῶν τιμῶν τῆς «κακῆς» χοληστερόλης καὶ σημαντικὴ μείωση τῶν ἐπιπέδων τῆς CRP στὸ αἷμα.

Ἀκόμα σημαντικότερη ὅμως ἦταν μία ἄλλη παρατήρηση. Σὲ ἀσθενεῖς πού ἔπαιρναν τὴν στατίνη, αὐτοὶ πού κατάφεραν νὰ ἔχουν μικρότερες τιμές CRP εἶχαν καλύ-

τερη πορεία ἀπὸ ὄσους, παίρνοντας τὸ ἴδιο φάρμακο, δὲν τὰ κατάφεραν. Σημειώτεον ὅτι καὶ στὴν δυὸ αὐτὲς κατηγορίες ἀρρώστων ὑπῆρχε σημαντικὴ μείωση τῆς «κακῆς» χοληστερόλης.

Φαίνεται τελικὰ πὼς ἡ πρωτεΐνη τῆς φλεγμονῆς ἔχει ἰδιαίτερη ἀξία στὴν καλὴ πορεία τῶν ἀρρώστων, ἀνεξάρτητα ἀπὸ τὴν τιμὴ τῆς χοληστερόλης τοῦ αἵματος. Δὲν εἶναι μακριὰ τὸ μέλλον ὅπου ἡ θεραπεία μὲ στατίνη δὲν θὰ δίνεται ἀπὸ τὸν καρδιολόγο μόνο γιὰ μείωση τῶν τιμῶν «κακῆς» χοληστερόλης ἀλλὰ καὶ τῆς CRP. Ἀλλὰ σὲ αὐτὸ θὰ χρειαστεῖ νὰ ἐπανάλθουμε στὸ ἐπόμενο τεῦχος, λόγῳ τῆς μεγάλης σημασίας πού ἔχει καὶ τῶν ἐρωτημάτων πού δημιουργοῦνται... 



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 31

λαμβάνει περιστασιακὰ τὴν ἀγωγή του.

Ἡ φαρμακοποιός, λοιπόν, ἔρχεται ἀρωγῆς τοῦ ἀσθενοῦς σὲ μία σειρά ἀπὸ ζητήματα.

Τί νὰ συμβουλευεῖται

- Τρόπος μεταφορᾶς καὶ συντήρησης τῶν Ἴνσουλινῶν. Οἱ Ἴνσουλινες, καὶ κυρίως οἱ νέου τύπου, εἶναι ἓνα εὐαίσθητο φάρμακο πού χρήζει εἰδικῆς μεταχείρισης, ἀφοῦ ἡ κακὴ συντήρηση ἢ ἀκόμα καὶ ἡ ψύξη τὴν καθιστᾶ ὄχι μόνο ἀδρανῆ, ἀλλὰ καὶ ἐπικίνδυνη.

- Ἐπεξήγηση τῆς λειτουργίας τῶν μετρητῶν σακκάρου, ἀφοῦ ὁ φαρμακοποιὸς σὲ καθημερινὴ βάση συμβουλεύει τὸ διαβητικὸ.

- Παρότρυνση γιὰ συνεργασία καὶ ἐνημέρωσή του γιὰ τὰ διαβητολογικὰ κέντρα σὲ ὅλη τὴ χώρα.


- Ἐνημέρωση τῶν διαβητικῶν μὲ εἰδικὰ ἔντυπα διατροφῆς καὶ τρόπου ζωῆς.

- Συνεργασία μὲ τοὺς φορεῖς τῆς υγείας.

- Συμμετοχὴ στὴ δημιουργία καὶ διεξαγωγὴ ἐκστρατειῶν μὲ στόχο τὴν ἀντιμετώπιση τῆς νόσου καὶ τῶν ἐπιπλοκῶν τῆς, ἡ ὁποία κοστίζει σὲ παγκόσμιο ἐπίπεδο ὅσο καὶ ἡ ἀντιμετώπιση τοῦ AIDS καὶ ἀναμένεται ὅτι ἀπὸ 150 δισ. δολάρια πού κοστίζει σήμερον νὰ φθάσει τὸ 2025 τὰ 300 δισ. δολάρια.

Στὴ δεκαετία 1995-2003, οἱ συνολικὲς ἀξίες τῶν φαρμάκων γιὰ τὸ διαβήτη ἔφθασαν ἀπὸ τὰ 30.000.000 € τὰ 100.000.000 €, κυρίως λόγῳ τῆς αὐξήσεως τοῦ διαβητικὸν τύπου II.

Τὰ φαρμακεῖα, λοιπόν, εἶναι ἓνας καθοριστικῆς σημασίας κρίκος στὴν ἐπικοινωνία τῶν εἰδικῶν γιατρῶν μὲ τὸν πληθυσμὸ. Ὁ ρόλος πού μπορούν νὰ ἐπιτελέσουν εἶναι σημαντικὸς, γιὰτὶ ἔκείνοι στοὺς ὁποίους ἀπευθύνεται τὸ μήνυμα συχνὰ θεωροῦν ὅτι δὲν τοὺς ἀφορᾶ ἡ πρόληψη οὔτε καὶ ἡ πρόγνωση τῆς νόσου.

Ἡ φαρμακοποιός καὶ ὁ ἐπισκέπτης του μπορούν νὰ μιλήσουν σὲ προσωπικὴ καὶ ὄχι μόνο σὲ κοινωνικὴ βάση. Ὁ δεύτερος θὰ θέσει ἐρωτήματα καὶ ἀπορίες καὶ ὁ πρῶτος θὰ ἀπαντήσει μὲ ἐγκυρότητα. Ὁ φαρμακοποιός, μὲ τὴν εἰδικὴ μόρφωση, τὴν συνεχεῖ ἐνημέρωση, τὴν ἐμπειρία, τὴν ὑπευθυνότητα, ἀλλὰ καὶ τὴν ἐπιμόρφωσή του ἀπὸ ἡμερίδες, δίνει τὴ δυνατότητα τῆς ἐπίλυσης προβλημάτων τῶν διαβητικῶν πού μπορεῖ νὰ ὀδηγήσουν σὲ ἐπιβάρυνση τῆς υγείας τους στὸ μέλλον. 

ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ

Τò Περιφερικό Ίατρείο Ἀρτοτίνας στὴ Φωκίδα

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Ι. ΜΟΥΣΤΑΚΑΣ,

ἀγροτικός ιατρός

Ἡ Ἀρτοτίνα βρίσκεται στὴν ὄρεινὴ καὶ ἄγονη Φωκίδα. Τὴ συναντᾶμε 70 χλμ ἀπὸ τὸ Λιδωρίκι σὲ 1350 μ. ὑψόμετρο. Εἶναι ἡ γενέτειρα τοῦ ἥρωα τῆς ἐπανάστασης τοῦ 1821, Ἀθανάσιου Διάκου.

Τὸ χωριὸ εἶναι χτισμένο στοὺς πρόποδες τῶν Βαρδουσίων ὄρέων. Παλαιότερα ἦταν πρωτεύουσα τοῦ Δήμου Βαρδουσίων καὶ εἶχε πληθυσμὸ γύρω στὰ 1500 ἄτομα. Σήμερα ὑπάρχει μεγάλη φθίνουσα πορεία, ὅπως σὲ ὅλα τὰ ὄρεινὰ χωριά, καὶ τὸ χειμῶνα τὸ χωριὸ ἀριθμεῖ γύρω στοὺς 50 μόνιμους κατοίκους.

Οἱ μόνιμοι κάτοικοι εἶναι στὴν πλειοψηφία τους ἀγροκτινοτρόφοι. Τοὺς θερινοὺς μῆνες, πού τὸ ἐπιτρέπει καὶ ὁ καιρὸς, οἱ περισσότεροὶ Ἀρτοτίνοι ἐπισκέπτονται τὸ χωριὸ τους γιὰ παραθερισμὸ.

Κατὰ τὴ διάρκειά τῆς διαδρομῆς μέχρι νὰ φτάσουμε στὸ χωριὸ, ἀλλὰ καὶ φτάνοντας σ' αὐτὸ, διακρίνουμε τὴν ὑπέροχη φυσικὴ ὀμορφιά, τὴν κλωρίδα καὶ τὴν πανίδα τῆς περιοχῆς.

Ἐντύπωση προκαλοῦν τὰ δάση ἀπὸ ἔλατα, τὰ τρεχούμενα νερά καὶ ἡ θέα τῶν Βαρδουσίων ὄρέων.

Ἡ Ἀρτοτίνα, ἀπὸ τὰ δυτικά, εἶναι τὸ τελευταῖο χωριὸ τῆς ὄρεινῆς Φωκίδας. Μετὰ συναντᾶμε τὸν ποταμὸ Εὐῆνο καὶ μπαίνομε στὸ νομὸ Εὐρυτανίας. Τὸ ποτάμι διακρίνεται γιὰ τὴν πλούσια βλάστηση στὶς ὄχθες του καὶ τὰ καθαρά καὶ γάργαρα νερά του, τὰ ὁποῖα, ἀκόμα καὶ κατὰ τὴ διάρκειά τῶν θερινῶν μηνῶν, εἶναι παγωμένα.

Τὸ μεγαλύτερο ἄξιοθέατο τῆς περιοχῆς εἶναι ἡ ἱερὰ μονὴ τοῦ τιμίου Προδρόμου (τὸ μοναστήρι τοῦ Ἀθανάσιου Διάκου). Εἶναι ἕνας ἀπὸ τοὺς σπανιότερους θύλακες τοῦ Ἑλληνισμοῦ, ἄρρηκτα συνδεδεμένος μὲ τὴν ἐπανάσταση τοῦ 1821 καὶ τὴν ἥρωικὴ μορφή τοῦ Ἀρτοτίνου ἥρωα Ἀθανάσιου Διάκου. Χτίστηκε στὶς ἀρχές τοῦ 18ου αἰῶνα καὶ ἀπέχει 4 χλμ ἀπὸ τὴν Ἀρτοτίνα, στὰ ΒΑ τοῦ χωριοῦ.

Ἱστορικές εἶναι οἱ ἐκδηλώσεις «Διάκεια» καὶ τὸ πανηγύρι στὶς 29 Αὐγούστου γιὰ τὸν ἑορτασμὸ τοῦ Ἀντιάννου Προδρόμου, στὸ μοναστήρι.

Στὰ «Διάκεια» συμμετέχει ἡ νεολαία τῆς Ἀρτοτίνας καὶ περιλαμβάνουν ἀγῶνες δρόμου, ἀγῶνες ποδοσφαίρου καὶ θεατρικὴ παράσταση. Συνήθως γίνονται στὶς 27 Αὐγούστου, δυὸ ἡμέρες πρὶν τὸν ἑορτασμὸ τοῦ Ἀντιάννου Προδρόμου.

Στοὺς ἑορτασμοὺς παρίστανται ὅλοι οἱ Ἀρτοτίνοι, ὅλοι οἱ κάτοικοι τῶν γύρω χωριῶν, ἀλλὰ καὶ πολλοὶ παρθεριστές.

Τὴν παραμονὴ τοῦ ἑορτασμοῦ στὶς 28 Αὐγούστου τελεῖται Μέγας Ἑσπερινὸς καὶ μετὰ ἀκολουθεῖ γλέντι στὴν πλατεία τοῦ χωριοῦ.

Ἀνήμερα τὸ πρωὶ τελεῖται ἡ Θεία Λειτουργία καὶ



μετὰ μικροὶ καὶ μεγάλοι, ντυμένοι μὲ τὶς παραδοσιακὲς βλάχικες φορεσιές, σέρνουν τὸ χορὸ. Τὸ γλέντι συνήθως κρατᾶει μέχρι τὸ πρωί.

Στὴν περιοχὴ εὐθύνης τοῦ περιφεριακοῦ ἱατρείου Ἀρτοτίνας ἀνήκουν, ἐκτὸς ἀπὸ τὴν Ἀρτοτίνα, ἄλλα ἑξὶ χωριά. Τὸ μοναδικὸ πού ἀνήκει στὸ νομὸ Φωκίδας καὶ στὸ Δῆμο Βαρδουσίων εἶναι τὸ Κριάσιο. Τὰ ὑπόλοιπα πέντε χωριά, τὰ ὁποῖα εἶναι ἡ Καλλονή, ἡ Κυδωνιά, ἡ Λεύκα, ἡ Γραμμένη Ὀξιά καὶ ἡ Μανδρινὴ ἀνήκουν στὸ νομὸ Εὐρυτανίας καὶ στὸ Δῆμο Ἀποδοτίας.

Διοικητικὰ τὸ περιφεριακὸ ἱατεῖο Ἀρτοτίνας ὑπάγεται στὸ κέντρο ὑγείας Λιδωρικίου. Τὸ κέντρο ὑγείας καλύπτει μεγάλῃ περιοχὴ καὶ λειτουργεῖ σὲ 24ωρη βάση. Στὸ ἱατρικὸ προσωπικὸ συμπεριλαμβάνονται ἕνας παιδίατρος, ἕνας παθολόγος, μία ὀδοντίατρος καὶ ἕνας ἀγροτικός ἱατρός.

Οἱ ἐφημερίες καλύπτονται καὶ ἀπὸ τοὺς ἀγροτικούς ἱατροὺς ὄλων τῶν περιφεριακῶν ἱατρείων τὰ ὁποῖα ἀνήκουν διοικητικὰ στὸ κέντρο ὑγείας. Ἐπίσης, μία φορὰ τὸ μῆνα τὸ ἐπισκέπτονται ἀπὸ τὸ γενικὸ νοσοκομεῖο Ἄμφισσας νευρολόγος, ψυχίατρος, οὐρολόγος καὶ ὠτορινολαρυγγολόγος καὶ δυὸ φορές τὸ μῆνα χειρουργός, γυναικολόγος καὶ ἀκτινολόγος.

Καθότι ἡ περιοχὴ εἶναι ἄγονη, στὸ περιφεριακὸ ἱατεῖο Ἀρτοτίνας ὑπάρχουν ἀρκετὰ προβλήματα. Τὸ κυριότερο εἶναι ἡ ἀπόσταση, καθὼς ἀπέχει 70 χλμ ἀπὸ τὸ κέντρο ὑγείας καὶ ἄλλα 50 χλμ ἀπὸ τὸ γενικὸ νοσοκομεῖο Ἄμφισσας, ὁπότε δὲν μπορεῖ νὰ διακομιστεῖ γρήγορα ἕνας ἄνθρωπος πού ἔχει ἄμεση ἀνάγκη.

Ἄλλο σημαντικὸ πρόβλημα εἶναι ἡ δύσκολη πρόσβαση, ἂν κάποιος δὲν ἔχει δικὸ του μεταφορικὸ μέσο, καθότι δὲν ὑπάρχει συγκοινωνία. Εἰδικὰ τοὺς χειμερινοὺς μῆνες, ὅταν χιονίζει κάποιες φορές, ἡ πρόσβαση εἶναι ἀδύνατη. Δυστυχῶς αὐτὸ δὲν ἀλλάζει καὶ οἱ ἄνθρωποι ἔχουν μάθει νὰ ζοῦν μὲ αὐτὸ. 🍎



ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Μητροπολίτης Ίερώνυμος
ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ:
Λουκάς Χατζηγιάννου, Ιάκωβος Τσουνής
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Παύλος Τούτουζας
ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Σταύρος Ψυχάρης
ΤΑΜΙΑΣ: Μπέττυ Γιατράκου
ΜΕΛΗ: Εύτ. Βορίδης, Β. Βοττέας
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. Βαφάκη, Έ. Τούτουζα
ΕΠΙΤΙΜΑ ΜΕΛΗ: Χ. Άλευρά, Ί. Γρόλλιου,
Λ. Έβερτ, Ζ. Κυθωνιάτη, Ε. Μαύρου

Πρόγραμμα “Φειδιππίδης”

ΧΡΗΣΤΟΣ ΣΕΦΕΡΛΗΣ, καρδιολόγος 401 ΓΣΝ

Το πρόγραμμα “Φειδιππίδης” ξεκίνησε το 1997. Σκοπός του ήταν η συστηματική μελέτη και αντιμετώπιση των κληρονομικών καρδιαγγειακών νοσημάτων στη χώρα με στόχο την πρόληψη του αιφνιδίου θανάτου των νέων και των αθλητών.

Από την έναρξή του το Πρόγραμμα “Φειδιππίδης” λειτουργησε ως πιλοτικό κέντρο μελέτης των κληρονομικών καρδιαγγειακών νοσημάτων των νέων και των αθλητών. Συγχρόνως ανεπτύχθη το εργαστήριο μοριακής καρδιολογίας μελετώντας κυρίως την υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και τη νόσο της Νάξου (άρρυθμογόνος μυοκαρδιοπάθεια της δεξιάς κοιλίας).

Ένας άλλος τομέας που απασχόλησε το Πρόγραμμα στην αρχική του φάση ήταν ο επιπολασμός των κληρονομικών καρδιαγγειακών νοσημάτων στη χώρα, μέσα από μελέτες γενικού πληθυσμού νέων καθώς και έντοπισμός περιοχών που λόγω της ιστορικής λειτουργίας τους ως κλειστές κοινότητες, είχαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κληρονομικών καρδιαγγειακών νοσημάτων (π.χ. νησιά του Αιγαίου).

Κατά την περίοδο 2000-2003 τέθηκε σε εφαρμογή η ανάπτυξη περιφερειακών κέντρων στη Θεσσαλονίκη, Καλάβρυτα, και Νάξο, τα οποία συντονίζονταν από το Κέντρο Αναφοράς του Προγράμματος «Φειδιππίδης» στην Αθήνα, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη διοκείμευση τεχνονομίας στην περιφέρεια.

Στο πρόγραμμα «Φειδιππίδης» έχουν εξετασθεί χιλιάδες ασθενείς και έχουν εξαχθεί σημαντικά έρευνητικά συμπεράσματα σχετικά με τα κληρονομικά καρδιαγγειακά νοσήματα. Είναι προφανές λοιπόν ότι το ΕΛ.Ι.ΚΑΡ., μέσω του προγράμματος «Φειδιππίδης» υπήρξε ο φορέας που ξεκίνησε και ασχολήθηκε με τη συστηματική μελέτη των κληρονομικών

καρδιαγγειακών νοσημάτων των νέων και αθλητών, η πολυετής δέ πείρα του στη μελέτη αυτή, το καθιστά πρωτοπόρο στον κρίσιμο τομέα της πρόληψης αυτής της κατηγορίας καρδιαγγειακών παθήσεων. Η λειτουργία του θα συνεχιστεί παρά τις αυτόνοπτες δυσχέρειες που παρουσιάζονται σε τέτοιες εκτάσεως πρωτοποριακά επιστημονικά προγράμματα.

Έχοντας κερδίσει την αναγνώριση τόσο επιστημονικών και κρατικών φορέων όσο και του κοινού, έχει υποβάλλει ολοκληρωμένη πρόταση στη Γ.Γ. Αθλητισμού με στόχο την ασφάλεια της υγείας των άθλουμένων και των νέων όλης της χώρας.

Μέσα από το μαζικό έλεγχο κατά το δυνατόν μεγαλύτερου αριθμού άθλουμένων νέων θα υλοποιηθεί πρόγραμμα σε δυο άξονες. Πρώτος άξονας: η διάγνωση με έλεγχο (screening control) των κληρονομικών νοσημάτων του μυοκαρδίου κυρίως αλλά και συγγενών καρδιοπαθειών που αποτελούν αίτιο αιφνιδίου θανάτου. Θα ακολουθηθεί ενημέρωση των εξεταζομένων και ένταξη, όπου απαιτείται, σε πρόγραμμα τακτικής παρακολούθησης (follow-up). Δεύτερος άξονας: η δημιουργία ευρείας βάσης δεδομένων και η κατάλληλη αξιοποίησή τους με την έκπόνηση μελετών σε μεγάλη κλίμακα. Η λειτουργία Ιατρείου καθημερινά τις εργάσιμες ημέρες, με πλήρη εξοπλισμό, θα αποτελέσει τη βάση της όλης προσπάθειας, προσδίδοντας επιστημονικό βάθος και χρονική συνέχεια.

Με το σύνθημα “πρώτα αθλητής και μετά πρωταθλητής” ο Φειδιππίδης φιλοδοξεί να γίνει πολύτιμος συμπαρστάτης όσων άθλουνται με ευγενή κίνητρα καθώς και σημείο αναφοράς για τον έλεγχο και τη μελέτη των κληρονομικών και άλλων παθήσεων του μυοκαρδίου που αποτελούν βασικό αίτιο αιφνιδίου καρδιακού θανάτου.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για να υλοποιηθούν τα παραπάνω είναι η συμπαράσταση των αρμόδιων φορέων της πολιτείας και, όποσδήποτε, των φίλων του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. -καρδιολόγων και μη- καθώς και του Ιατρικού κόσμου γενικότερα.

Από τις άρχες του χρόνου ο Φειδιππίδης στεγάζεται στην οδό Όρμινίου 34, δίπλα στο ξενοδοχείο Holiday Inn. 🍏

και εσεις



Το βιβλίο «14 Γιατροί συμβουλευούν για Δίαιτα και Διατροφή»

Φίλτατε κ. Καθηγητά Π. Τούτουza.

Στις βιτρίνες του βιβλιοπωλείου «Κάκτος», που τακτικά περιεργάζομαι για τις εκδόσεις των αρχαίων κειμένων του, με έντυπώσισε μία καλαίσθητη έκδοση του βιβλίου με τίτλο «14 Γιατροί συμβουλευούν για Δίαιτα και Διατροφή».

Άπευθύνομαι σε έσας, γιατί είστε το κεντρικό πρόσωπο των εικονιζόμενων στο εξώφυλλο γιατρών και επειδή στο παρελθόν μάς έχετε δώσει πολλά βιβλία με ανάλογο περιεχόμενο, δηλαδή

λογοτεχνικά μὲν ἀλλὰ μὲ πολὺτιμες ιατρικὲς πληροφορίες καὶ συμβουλές.

Ἄγοράσα τὸ βιβλίο, περιεργάστηκα τὴ θεματολογία του καὶ τοὺς διακεκριμένους γιατροὺς συγγραφεῖς πού τὸ ἐκπόνησαν, μὲ ἐξειδίκευση στὸ ἀντικείμενό τους.

Ἐνα βιβλίο μὲ θέματα διαίτας καὶ διατροφῆς κατὰ ἡλικία, ἀπὸ τὴν ἐγκυμοσύνη, τὴ διατροφή νεογνῶν, ἐφήβων ἕως γήρατος, μὲ πληροφορίες γιὰ δίαιτα καὶ διατροφή γιὰ πολὺ γνωστὲς ἀσθένειες, ὅπως ἡ ἀρτηριακὴ ὑπέρταση, ἡ παχυσαρκία κλπ εἶναι πραγματικὰ πολὺτιμο.

Ὅλοι οἱ συγγραφεῖς-γιατροὶ ἀποδίδουν τὶς γνώσεις τους στὸ ἀντικείμενό τους μὲ γλαφυρότητα

καὶ σαφήνεια, ἔτσι ὥστε ὅλα ὅσα παραθέτουν νὰ γίνονται εὐκόλα κτῆμα τοῦ ἀναγνώστη καὶ νὰ τὸν προβληματίζουν γύρω ἀπὸ τὸν τρόπο πού θέλει νὰ διατρέφεται καὶ νὰ διαίταται.

Ἡ πληθώρα τῶν περιπτώσεων καλύπτει μεγάλο φάσμα προβλημάτων πού ἀπασχολοῦν στὶς μέρες μας πάρα πολλοὺς ἀνθρώπους. Στους ἀναγνώστες παρέχονται πλήρεις καὶ σαφεῖς πληροφορίες περὶ διατροφῆς σὲ διάφορες ἡλικίες, ἀλλὰ καὶ σὲ ἀσθένειες πού βρίσκονται σὲ ἔξαρση.

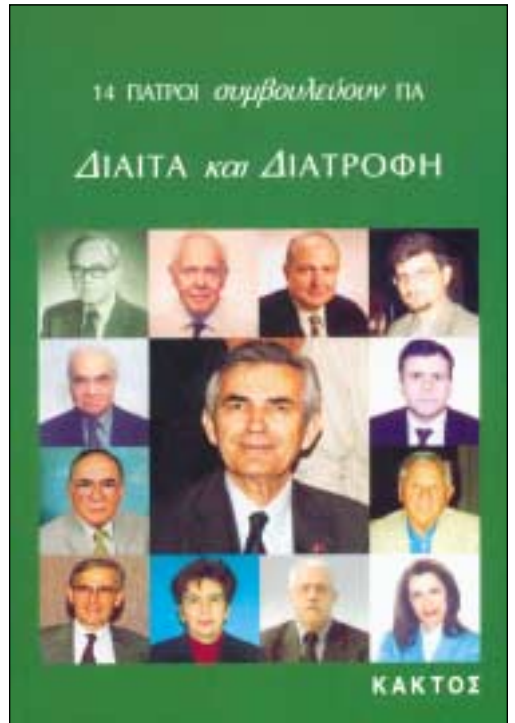
Ἀπὸ τὶς γνώσεις πού προσφέρει τὸ βιβλίο θὰ ὠφεληθοῦν τόσο οἱ ἀναγνώστες καὶ οἱ οἰκογένειές τους ὅσο καὶ τὸ φιλικό τους περιβάλλον.

Διαβάζοντας τὸ βιβλίο, ἀναγνωρίζουν πόσο ὁμορφα γράφουν οἱ γιατροί, σὲ ἀπλὴ καὶ κατανοητὴ γλῶσσα, πού σὲ κρατᾶ σὲ διαρκὴ ἀναζήτηση περαιτέρω πληροφοριῶν στὶς παρακάτω σελίδες.

Πιστεύω πὼς ὅποιος διαβάσει αὐτὸ τὸ βιβλίο, θὰ τὸ συζητήσει καὶ θὰ συστήσει σὲ πολλοὺς νὰ τὸ ἀγοράσουν, ὄχι γιὰ τὸ ράφι τῆς βιβλιοθήκης τους, ἀλλὰ γιὰ διάβασμα καὶ μελέτη.

Γιὰ ὅσα μοῦ προσέφερε αὐτὸ τὸ βιβλίο, ἕνα μεγάλο εὐχαριστῶ σὲ ἑσᾶς κ. Καθηγητά καὶ στοὺς ὑπόλοιπους γιατροὺς γιὰ τὸ πόνημά σας.

Παν. Μείδ./Ζωγράφου



ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

Τὰ καρδιαγγειακά νοσήματα ἀποτελοῦν σήμερα τὴν πρώτη αἰτία θανάτου στὸ Δυτικὸ κόσμο καὶ τὴν Ἑλλάδα.

Κι ὁμως! Υπάρχουν 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 συνδρομητὲς τοῦ περιοδικοῦ «**Στους ρυθμούς τῆς καρδίας**» ἢ ἀνοίξτε τὸ δρόμο κλοντάς τους δῶρο τὴν πρώτη ἐτήσια συνδρομὴ. **ΚΑΙ ΜΗΝ ἔΞΗΚΝΑΤΕ ΝΑ ΑΝΑΝΕΩΣΕΤΕ ΤΗ ΔΙΚΗ ΣΑΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗ.**

ΟΝΟΜΑ.....ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....ΗΛΙΚΙΑ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΟΔΟΣ.....ΑΡΙΘ.....Τ.Κ.....

ΣΥΝΟΙΚΙΑ.....ΠΟΛΗ.....ΤΗΛ.....

Ἔχει κάποιο μέλος τῆς οἰκογένειάς σας καρδιολογικά προβλήματα; **ΝΑΙ**.....**ΟΧΙ**.....

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

€ 15

€ 30

Ἵπογραφή.....

Οί δαπάνες μας για την υγεία

ΓΑΛΗΝΗ ΦΟΥΡΑ, δημοσιογράφος

Το 9,4% του Ἀκαθάριστου Ἐθνικοῦ Προϊόντος δαπανᾷ ἡ Ἑλλάδα γιὰ τὴν υγεία, ὅταν ὁ μέσος ὅρος τῶν κωρῶν τοῦ ΟΟΣΑ φθάνει περίπου τὸ 8,5% μὲ ὑψηλότερα ποσοστὰ αὐτὰ τῶν Η.Π.Α. καὶ τῆς Ἑλβετίας, τῶν ὁποίων ἡ δαπάνη γιὰ τὴν υγιεινολογικὴ φροντίδα προσεγγίζει τὸ 13,9% καὶ τὸ 10,9% ἀντίστοιχα. Ἐνα σημαντικό ὅμως μέρος τῶν δαπανῶν στὴ χώρα μας (42%) εἶναι χρήματα ποὺ καταβάλλονται ἀπὸ τὰ ἴδια τὰ νοικοκυριά (ιδιωτικὲς δαπάνες), ἐνῶ τὸ ἀντίστοιχο ποσοστὸ, κατὰ μέσο ὄρο, στὶς χώρες τῆς Εὐρωπαϊκῆς Ἐνωσης δὲν ξεπερνᾷ τὸ 26%.

Ἡ ὑψηλὴ αὐτὴ ιδιωτικὴ δαπάνη υγείας, σύμφωνα μὲ πρόσφατες ἔρευνες, δὲν ὀφείλεται τόσο στὴν ἀπουσία δημοσίων ὑπηρεσιῶν, ὅσο στὸν τρόπο θεμελίωσης τοῦ ἀσφαλιστικοῦ δικαιώματος στὸ «κόστος» τοῦ χρόνου ποὺ ἀπαιτεῖται νὰ διατεθεῖ γιὰ μίαν ἐξέταση καὶ στὴ χαμηλὴ ἱκανοποίηση τῶν πολιτῶν ἀπὸ τὸ δημόσιο, γεγονός ποὺ σημαίνει ὅτι ἡ ιδιωτικὴ δαπάνη υγείας στὴν Ἑλλάδα κυμαίνεται στὰ ἴδια ἐπίπεδα μὲ τὸ 1980 (44%), πρὶν δηλαδὴ τὴ συγκρότηση τοῦ Ἐθνικοῦ Συστήματος Ὑγείας καὶ τὴ ραγδαία ἀνάπτυξη τῶν ὑπηρεσιῶν ποὺ αὐτὴ ἐπέφερε.

Ὅπως προκύπτει ἀπὸ τὰ διαθέσιμα στοιχεία, τὸ μεγαλύτερο ποσοστὸ τῶν ιδιωτικῶν δαπανῶν υγείας (63% περίπου) ἀπορροφᾶται ἀπὸ τὴν ἐξωνοσοκομειακὴ περίθαλψη κυρίως γιὰ ὀδοντιατρικὴ κάλυψη (33%) καὶ ἱατρικὴ φροντίδα (30%). Ἀντίθετα, ἡ συμμετοχὴ τῆς δαπάνης γιὰ νοσοκομειακὴ περίθαλψη στὶς ιδιωτικὲς δαπάνες υγείας κυμαίνεται σὲ χαμηλὰ ἐπίπεδα (14%), καθὼς τὸ κόστος νοσηλείας σὲ ἰδιωτικὰ θεραπευτήρια καλύπτεται κατὰ ἓνα μεγάλο ποσοστὸ ἀπὸ δημοσίους πηγές, στὸ πλαίσιο συμβάσεων ποὺ συνάπτονται ἀπὸ τὰ ἀσφαλιστικὰ ταμεῖα. Ἡ ιδιωτικὴ φαρμακευτικὴ δαπάνη κινεῖται στὰ ἴδια ἐπίπεδα μὲ τὴν ἀντίστοιχη δημόσια (15% περίπου) γεγονός ποὺ σχετίζεται μὲ τὴ χαμηλὴ σχετικὰ τιμὴ τῶν φαρμάκων στὴ χώρα μας.

Ὡστόσο οἱ πωλήσεις φαρμάκων στὴν Ἑλλάδα κινεῖται τὰ τελευταῖα χρόνια αὐξητικὰ, τόσο σὲ ὅτι ἀφορᾷ

τὶς ποσότητες ὅσο καὶ σὲ ὅτι ἀφορᾷ τὴ συνολικὴ ἀξία τους. Τὸ 2003 οἱ πωλήσεις ἔφθασαν τὰ 442 ἑκατομμύρια σκευάσματα, ὅταν τὸ 1990 δὲν ξεπέρασαν τὰ 243 ἑκατομμύρια. Αὐξήθηκαν δηλαδὴ κατὰ 81%. Στὴν ὑπερογκὴ κατανάλωση φαρμάκων ὀφείλεται κατὰ κύριο λόγο καὶ ἡ αὐξηση τῆς φαρμακευτικῆς δαπάνης ἀπὸ 1,3 δισεκατομμύρια εὐρῶ τὸ 1998, σὲ 2 δισεκατομμύρια τὸ 2002. Ἡ προσπάθεια συγκράτησης τῶν δαπανῶν μὲ τὴν υιοθέτηση τῆς χαμηλότερης τιμῆς τῆς Εὐρώπης γιὰ ὅλα τὰ φάρμακα ποὺ κυκλοφοροῦν στὴν Ἑλλάδα, δὲν ἀπέδωσε τὰ ἀναμενόμενα ὀφέλη καθὼς ἡ ἀγορὰ ἀντέδρασε μὲ τὴν «αὐξηση τῶν παθίσεων».

Σύμφωνα μὲ στοιχεῖα πρόσφατης ἔρευνας οἱ περιοριστικὲς παρεμβάσεις τῆς πολιτείας γιὰ τὴ μείωση τοῦ κόστους τῆς φαρμακευτικῆς περίθαλψης εἶχαν ὡς ἀποτέλεσμα τὴν ἀπόσυρση παλαιῶν καὶ φθινῶν φαρμάκων καὶ τὴν ἀποκατάστασή τους μὲ νέα καὶ ἀκριβὰ. Ἀπὸ τὸ 1996 ἕως τὸ 2002 ὁ ἀριθμὸς τῶν φαρμακευτικῶν προϊόντων αὐξήθηκε ἀπὸ 2.679 σὲ 3.454. Ἰδιαίτερα τὸ 2000 προκειμένου νὰ ἀντισταθμιστεῖ ἡ ἀπώλεια ἐσόδων ἀπὸ τὴν υιοθέτηση τῆς χαμηλότερης τιμῆς στὴν Εὐρώπη γιὰ ὅλα τὰ ἰδιοσκευάσματα καὶ τὸν περιορισμὸ τῆς συνταγογράφησης μὲ τὴν ἐφαρμογὴ τῆς λίστας, ἡ ὑποκατάσταση παλαιῶν μὲ νέα ἀκριβὰ φάρμακα ἄρχισε νὰ ἀναδεικνύεται ὡς κεντρικὴ στρατηγικὴ τῶν ἐταιρειῶν. Ἡ ἀξία τῶν νέων προϊόντων τὴ χρονιά αὐτή, ἔφθασε τὰ 107 ἑκατομμύρια εὐρῶ, ἔναντι 24 ἑκατομμυρίων τὸ 1998. Ἀπὸ τὸ σύνολο τῶν φαρμάκων ποὺ πωλοῦνται στὴν Ἑλλάδα τὸ 18% ἀφορᾷ ἰδιοσκευάσματα γιὰ τὴ θεραπεία παθίσεων τοῦ καρδιαγγειακοῦ συστήματος, ἐνῶ τὸ 13% ἀφορᾷ τὶς παθίσεις τοῦ νευρικοῦ συστήματος, τὸ 12% τὶς λοιμώξεις, τὸ 8% τὸ ἀναπνευστικὸ σύστημα, τὸ 11% τὸ πεπτικὸ ἐνῶ τὸ 9% εἶναι φάρμακα κατὰ τοῦ καρκίνου.

Πολλὲς ἐπιστημονικὲς μελέτες ἔχουν δεῖξει ὅτι ἡ κατανάλωση φαρμάκων γίνεται συχνὰ χωρὶς συνταγὴ για-

συνέχεια στὴ σελ. 29



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Κοινωφελές Ίδρυμα

Βασ. Σοφίας 133 - 115 21 Ἀθήνα

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

Ἡ διατροφικὴ ἀξία τῶν ψαριῶν

ΝΙΚΟΛΑΟΣ Η. ΧΟΥΛΗΣ,

καθηγητὴς φαρμακευτικῆς

Συνέχεια ἀπὸ τὸ τεύχος Ἰανουαρίου

Μιὰ ἐπιδημιολογικὴ παρατήρηση λέει ὅτι τὸ 60% τῶν καρδιακῶν προσβολῶν παρουσιάζεται χωρὶς καμιά προειδοποίηση, ἔξ αἰτίας, κυρίως, καρδιακῆς ἀρρυθμίας πὺ τὰ ω-3 μποροῦν νὰ παρεμποδίσουν. Ἐὰν καὶ τὰ ω-3 περιλαμβάνονται στὰ ἰχθυέλαια, ὅταν ἡ λήψη γίνεται κατ' εὐθείαν ἀπὸ τὰ ψάρια, εἶναι ἀκόμα καλλίτερα.

Τὰ ω-3 εἶναι εὐεργετικὰ καὶ γιὰ τὸν ἐγκέφαλο, γι' αὐτὸ καὶ τὰ ψάρια εἶναι γνωστὰ καὶ ὡς τροφή τοῦ μυαλοῦ. Τὰ ω-3 συσσωρεύονται κατὰ κύριο λόγο στὶς μεμβράνες τῶν ἐγκεφαλικῶν συνάψεων καὶ στὸν ἀμφιβληστροειδῆ χιτῶνα τῶν ὀφθαλμῶν.

Εἶναι, ἐπίσης, γνωστὸ ὅτι τὸ μεγαλύτερο βῆρος τοῦ μυαλοῦ εἶναι λίπος, καθότι ἡ δραστικότητα τοῦ μυαλοῦ ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὶς λειτουργίες πὺ παρέχουν οἱ λιποεἰδεῖς μεμβράνες. Σὲ σύγκριση δὲ με ἄλλους ἰστούς τοῦ σώματος, τὸ περιεχόμενο τοῦ ἐγκεφάλου σὲ DHA εἶναι ἀρκετὰ ὑψηλὸ. Ὄταν δὲ μειώνεται ἡ σύνθεση τοῦ DHA, τότε καὶ τὸ περιεχόμενό του στὰ κύτταρα τοῦ ἐγκεφάλου ἐλαττώνεται.

Κατὰ κύριο λόγο λοιπόν, τὰ ω-3 ἐλαττώνονται στὰ κύτταρα τοῦ ἐγκεφάλου με τὴν πάροδο τῆς ἡλικίας με ἀποτέλεσμα τὴν ἐλάττωση τῆς ἐγκεφαλικῆς λειτουργίας. Ἐπίσης, τὰ ω-3 εἶναι ἀπαραίτητα στὴν ἀνάπτυξη τῶν ἐμβρύων καὶ τῶν νεογέννητων.

Ἄρα, τὰ ω-3 λιπαρὰ ὀξέα εἶναι βασικὰ στὴν ἀνθρώπινη διαίτα. Μποροῦν νὰ συντεθοῦν στὸ σῶμα ἀπὸ τὸ ἄλφα-λινὸ-λεϊκὸ ὀξύ, ἀλλὰ καὶ ἐδῶ ἡ ἱκανότητα σύνθεσης ἐλαττώνεται με τὴν ἡλικία.

Ἔτσι, ὅσο μεγαλώνει κάποιος τόσο πῶ πολλὺ χρειάζεται τὰ ω-3.

Τὰ ψάρια flounder (πλάταξ), ξιφίας καὶ γλῶσσο ἔχουν μικρὴ περιεκτικότητα σὲ ω-3 σὲ σύγκριση με τὸ σκουμπρί, τὴ ρέγγα καὶ τὸ σολομὸ ἐνῶ ὁ μπακαλιάρος ἀποθηκεύει τὸ περισσότερο λίπος στὸ ἥπαρ καὶ ἔτσι τὸ «σκωτελάιο» πρέπει νὰ λαμβάνεται ἀπὸ αὐτόν.

Ἐρευνες γιὰ τὴν εὐεργετικὴ δράση τῶν ἰχθυελαίων γίνονται συνεχῶς καὶ ἔχουν ἀποδείξει πόσο ἀπαραίτητα εἶναι στὴν ἀνθρώπινη διατροφή, ἰδίως τὸ περιεχόμενο σ' αὐτὰ ω-3 λιπαρὸ ὀξύ.

Τὰ ω-3 εἶναι, ἐπίσης, βασικὰ συστατικὰ τῶν φωσφολιπιδίων τῆς κυτταρικῆς μεμβράνης σὲ ὅλο τὸ σῶμα μας, ἀλλὰ εἶναι κατ' ἐξοκὴν πλούσια στὸν ἐγκέφαλο, στὸν ἀμφιβληστροειδῆ χιτῶνα καὶ τὸ σπέρμα.

Ἐκτὸς ἀπὸ τὰ ἥδη προαναφερθέντα εὐεργετικὰ ἀποτελέσματα στὰ καρδιαγγειακὰ περιστατικά, τὰ ω-3 εἶναι εὐεργετικὰ ἀκόμα καὶ στὸν λυκο, στὶς νεφροπάθειες (ἰδίως νεφρικὲς διαταραχὲς) καθὼς καὶ στὴ νόσο τοῦ Chron, τὸν καρκίνου τοῦ μαστοῦ, τοῦ προστάτου καὶ τοῦ παχέως ἐντέρου, τὴν ὑπέρταση κ.λπ.

Τὸ ἰχθυέλαιο ἔχει ἀποδειχθεῖ, ἐπίσης, εὐεργετικὸ γιὰ



τὴν ἀντιφλεγμονώδη δράση του στὴ ρευματοειδῆ ἀρθρίτιδα.

Οἱ ἔρευνες ἔχουν δεῖξει ὅτι ἡ ἀντιφλεγμονώδης δράση τῶν ω-3 βοηθᾶ στὴν παρεμπόδιση τῶν καρδιαγγειακῶν διαταραχῶν ἐπειδὴ ἡ φλεγμονὴ τῶν αἰμοφόρων ἀγγείων παίζει σημαντικό ρόλο στὴ δημιουργία ἀρτηριοσκλήρυνσης.

Ἡ χρῆση βιταμίνης Ε ὑποβοηθᾶ καὶ αὐτὴ ὅταν δίδεται μαζί με ἰχθυέλαιο.

Ἐπίσης μπορεῖ νὰ παρεμποδίσουν ξαφνικὸ θάνατο ἀπὸ συγκοπὴ. Ἐχει ἀποδειχθεῖ ὅτι ἄτομα πὺ καταναλώνουν ψάρι δυὸ φορὲς τὴν ἐβδομάδα μποροῦν νὰ ἐλαττώσουν τὸν κίνδυνο συγκοπῆς κατὰ 50-70%.

Συμπληρωματικὴ λήψη ἰχθυελαίου ἐλαττώνει τὰ ἐπίπεδα τῶν τριγλυκεριδίων καὶ χοληστερόλης στὸ αἷμα.

Ἡ ἀξία του εἶναι τόσο σπουδαία, ὥστε ἡ ἀπουσία του μπορεῖ νὰ παρεμποδίσει τὴν ἀνάπτυξη τῶν ἐμβρύων κατὰ τὴν κυοφορία καὶ νὰ ἐμπρεάσει ἀργότερα τὴν ὄρασή τους καί, ἴσως, τὴ νοσηρότητά τους.

Ἐπειδὴ τὰ ω-3 ἀποτελοῦν κύριο συστατικὸ τοῦ ἴστου τοῦ ἐγκεφάλου καί, κυρίως, εὐρίσκονται σὲ ἀρκετὴ ποσότητα στὴ γκρίζα οὐσία τοῦ μυελοῦ καὶ στὸν ἀμφιβληστροειδῆ, ἡ ἔλλειψή τους ἐγκυμονεῖ με τὴν ἐμφάνιση κατὰθλιψης, ἀπώλεια μνήμης, γεροντικὴ ἄνοια καὶ με προβλήματα τῆς ὄρασης. 🍎

Συνέχεια στὸ ἐπόμενο τεύχος



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 28

τροῦ, σύμφωνα με ἐμπειρίες ἀπὸ προηγούμενες ἀσθένειες τῶν καταναλωτῶν. Ἡ ἐγκατεστημένη αὐτὴ συμπεριφορά, ἡ ἀνεξέλεγκτη καταλῶση φαρμάκων καὶ ἡ ὑπερμετρὴ συνταγογράφηση, ἐγκυμονεῖ σοβαροὺς κινδύνους γιὰ τὴν ὑγεία καὶ εὐθύνεται σὲ μεγάλο βαθμὸ γιὰ τὴν αὐξηση τῆς φαρμακευτικῆς δαπάνης τὰ τελευταῖα χρόνια. 🍎

Ἡ ἀξία τῆς ἀσκησης στὴν παιδικὴ ἡλικία

ΣΑΒΒΑΣ ΤΟΚΜΑΚΙΔΗΣ, καθηγητὴς ἐργοφυσιολογίας τοῦ Τμήματος Ἐπιστήμης Φυσικῆς Ἀγωγῆς καὶ Ἀθλητισμοῦ τοῦ Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης

Συνέχεια ἀπὸ τὸ τεῦχος Ἰανουαρίου

Μυϊκὴ μάζα καὶ δύναμη: Ταυτόχρονα μὲ τὸ ὕψος, τὸ βάρος καὶ τὴν ἀνάπτυξη τῶν ὀστέων αὐξάνεται καὶ ἡ μυϊκὴ μάζα τῶν νεαρῶν ἀθλητῶν. Κατὰ τὴν περίοδο τῆς ἐφηβείας αὐξάνεται ἀπότομα ἡ παραγωγή τῆς τεστοστερόνης. Ἡ τεστοστερόνη προσδιορίζει τὸ ἄρρεν φύλο ὡς ἀνδρογόνος ὁρμόνη, ἐνῶ ἡ ἀντίστοιχη ὁρμόνη τοῦ θηλυκοῦ φύλου, ποὺ προηγεῖται ὡστόσο περίπου κατὰ μία διητία, εἶναι ἡ οἰστραδιόλη. Ἡ τεστοστερόνη στὰ ἀγόρια ἀρχίζει νὰ αὐξάνεται στὴν ἡλικία τῶν 10 μὲ 12 ἐτῶν περίπου καὶ κατόπιν ἀκολουθεῖ μία ἀπότομη ἀνοδικὴ πορεία μέχρι τὴν ἡλικία τῶν 18 ἐτῶν.

Οἱ ὁρμονικὲς ἀλλαγές ποὺ παρουσιάζονται κατὰ τὴν ἐφηβεία συνοδεύονται ἀπὸ σημαντικὴ αὐξησὴ τῆς δύναμης καὶ τῆς μυϊκῆς μάζας. Ὡστόσο ἡ μυϊκὴ δύναμη μπορεῖ νὰ βελτιωθεῖ, σὲ μικρότερο βαθμῶ, καὶ σὲ παιδιά προεφηβικῆς ἡλικίας ἐξαιτίας νευρογενῶν παραγόντων (ὅπως ἡ ἐπιστράτευση περισοτέρων κινητικῶν μονάδων) μέσω κατάλληλων παιγνιωδῶν δραστηριοτήτων.

Νευρικό σύστημα: Ἡ ἀνάπτυξη τοῦ νευρικοῦ συστήματος, ποὺ εἶναι ὑπεύθυνο γιὰ τὴν ἰσορροπία, τὴν εὐκινησία, τὸ συντονισμό καὶ τὸν ἔλεγχο τῶν κινήσεων παίξει πρωταρχικὸ ρόλο στὴ μάθηση τῶν τεχνικῶν δεξιοτήτων τοῦ νεαροῦ μαθητῆ.

Ἡ ἐμμέλωση, τὸ περίβλημα μυελώδους ἐλύτρου, τῶν νευρικῶν ἰνῶν ἐπιτρέπει τὴν ταχεία καὶ ἀποτελεσματικὴ μετάβαση νευρικῶν ὤσεων γιὰ γρήγορη ἀντίδραση καὶ ἐξειδικευμένη κίνηση ἰδιαίτερα στὶς κινητικὲς δεξιότητες ποὺ διακρίνονται γιὰ τὶς ὑψηλὲς ἀπαιτήσεις τεχνικῆς ἐκτέλεσης.

Ἡ ἐμμέλωση τῶν νευρικῶν ἰνῶν ἐμφανίζει γοργούς ρυθμούς ἀνάπτυξης κατὰ τὴν παιδικὴ ἡλικία καὶ συνεχίζει τὴν ὀλοκλήρωσή της μετὰ τὴν ἐφηβεία. Ἀποτελεσματικὲς γιὰ τὴ βελτίωση τῆς νευρομυϊκῆς συναρμογῆς εἶναι οἱ ἀσκῆσεις ρυθμοῦ, ἰσορροπίας, προσανατολισμοῦ στὸ χώρο, ἀντίδρασης, οἱ ὁποῖες θὰ πρέπει νὰ ἐκτελοῦνται κατὰ τὴν κρίσιμη περίοδο τῶν 6-12 ἐτῶν.

Καρδιοαναπνευστικὴ λειτουργία: Ἡ πνευμονικὴ λειτουργία κατὰ τὴν ἡλικία τῆς ἀνάπτυξης αὐξάνεται ἀνάλογα μὲ τὶς ἀλλαγές ποὺ παρουσιάζει τὸ σῶμα. Τὸ ἴδιο συμβαίνει καὶ μὲ τὶς αἰμοδυναμικὲς παραμέτρους. Ὁ ὄγκος τοῦ αἵματος, ἡ ἀρτηριακὴ πίεση καθὼς ἐπίσης

καὶ τὸ μέγεθος τῆς καρδιάς αὐξάνονται μὲ τὴν ἡλικία. Τὸ μικρότερο μέγεθος τῆς καρδιάς μαζί μὲ τὸ συνολικὸ ὄγκο αἵματος ἀποδίδουν ἓνα μικρότερο ὄγκο παλμοῦ. Τὰ μεγέθη αὐτὰ ἀναπληρώνονται μὲ τὴν αὐξημένη καρδιακὴ συχνότητα τόσο κατὰ τὴν ὑπομέγιστη ὥσο καὶ κατὰ τὴ μέγιστη προσπάθεια. Ὡστόσο ἡ ροὴ τοῦ αἵματος εἶναι αὐξημένη κατὰ τὴ διάρκεια τῆς ἀσκησης καὶ ἐπιτρέπει μὲ μεγαλύτερη εὐκολία τὴ μεταφορὰ τοῦ ὀξυγόνου στοὺς ἀσκούμενους μῦες γιὰτὶ οἱ περιφερικὲς ἀντιστάσεις εἶναι μικρότερες στὰ παιδιά.

Ἡ μέτρηση τῆς καρδιακῆς συχνότητας χρησιμοποιεῖται ὡς γενικὸς δείκτης τῆς ἔντασης καὶ τῆς φυσιολογικῆς ἐπιβάρυνσης τοῦ ὀργανισμοῦ κατὰ τὴν ἀσκηση.

Ἀναερόβια ἱκανότητα:

Τὰ παιδιά ἔχουν ἐλαττωμένη ἀναερόβια ἱκανότητα καὶ γιὰ τὸ λόγο αὐτὸ οἱ ἔντονες ἐπιβάρυνσεις ποὺ ἀνέχονται εἶναι μικρῆς διάρκειας (ὀρισμένων δευτερολέπτων).

Ἡ ἀνοχὴ στὸ γαλακτικὸ ὄξυ καθὼς καὶ ἡ γλυκολυτικὴ ἱκανότητα εἶναι περιορισμένες, πιθανότατα λόγω μειωμένης ἐνζυματικῆς δραστηριότητας.

Συνεπῶς στὴν καθημερινὴ πρακτικὴ θὰ πρέπει νὰ ἀποφεύγονται οἱ παρατεταμένες δραστηριότητες ὑψηλῆς ἔντασης.

Τὰ παιδιά, ὡστόσο κατὰ ἓναν παράδοξο τρόπο ἐπιλέγουν πολλὲς φορές ἀσκῆσεις καὶ δραστηριότητες ἔντονης μορφῆς. Αὐτὰ ὅμως γνωρίζουν, ὑπακούοντας στὶς ἐντολές τοῦ σώματος, πότε νὰ σταματήσουν.

Δὲν πρέπει κατὰ συνέπεια ὁ δάσκαλος ἢ προπονητὴς νὰ ἐπιμένει σὲ μία δραστηριότητα ποὺ δὲν μπορεῖ νὰ ἀνεχθεῖ ὁ ὀργανισμός. ❗

Συνέχεια στὸ ἐπόμενο τεῦχος



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 22

τὴ μέτρηση τῆς CRP στὶς μετρήσεις τῶν παραγόντων κινδύνου (ὅπως χοληστερίνη, ὑπέρταση, κάπνισμα), στὴν προσπάθεια ἀνεύρεσης τρόπων μείωσης τοῦ κινδύνου.

Ἐχει δεიχθεῖ ὅτι τὰ ἐπίπεδα τῆς CRP σχετίζονται μὲ τὸ μελλοντικὸ κίνδυνο ὡς ἑξῆς:

- CRP < 1 mg/L: πολὺ μικρὸς κίνδυνος.
- CRP μεταξύ 1 καὶ 3 mg/L: μεσαίου βαθμοῦ.
- CRP > 3 mg/L: μεγαλύτερος κίνδυνος. ❗



‘Ο ρόλος του φαρμακοποιού στην πρόληψη του διαβήτη

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΙΟΣΕΣ, αντιπρόεδρος ΙΦΕΤ, άναπλ. πρόεδρος ΕΟΦ

Το σημερινό φαρμακείο είναι ένας σημαντικός πόλος παροχής υπηρεσιών υγείας και συμβουλών, καθώς και ουσιώδης κρίσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Πέραν τούτων, οί συμβουλές του φαρμακοποιού για θέματα πρόληψης και δημιουργία συνείδησης για τη σωστή αντιμετώπιση των ασθενειών είναι καθοριστικής σημασίας, δεδομένου ότι οί επισκέπτες του ζητούν καθημερινά πληροφορίες υγείας, όχι μόνο όταν ασθενούν, αλλά και για λόγους πρόληψης, ενημέρωσης, γνώσης. Για να ανταποκριθεί σωστά στο ρόλο αυτόν, συγκεκριμένα για τὸ διαβήτη, ὁ φαρμακοποιός ὀφείλει νὰ ξέρει:

- Τί πρέπει νὰ γνωρίζει
- Πού πρέπει νὰ ἐπέμβει
- Τί νὰ συμβουλευθεῖ

Τί πρέπει νὰ γνωρίζει

‘Ο διαβήτης λαμβάνει πλέον διαστάσεις ἐπιδημίας, ἀφού στους ἤδη ὑπάρχοντες ασθενεῖς προστίθενται και νέοι. Ὑπολογίζεται ὅτι στα 200.000.000 τῶν διαβητικῶν τὰ ἐπόμενα 20 χρόνια ἀναμένεται νὰ προστεθοῦν ἄλλα 100.000.000. Ἐάν συνυπολογίσουμε και τῖς ἀπώτοκες ἀσθενεῖς πού προκαλεῖ ὁ διαβήτης σὲ βασικά ὄργανα τοῦ ἀσθενούς, ἴσως ἀποτελέσει μάλιστα για τὸν ἀναπτυσσόμενο κόσμο, ἐάν δὲ ληφθοῦν ἐγκαίρα μέτρα πρόληψης του, και ἐδῶ θὰ ἤθελα νὰ προσθέσω και πρόγνωστίς του.

Στὴ χώρα ὑπολογίζεται ὅτι τὸ 10% τοῦ πληθυσμοῦ νοσεῖ ἀπὸ διαβήτη τύπου I (ίνσουλινοεξαρτώμενος) και διαβήτη τύπου II (χρήση δισκίων).

Στὸν Πίνακα Ἑλλάδας-Φινλανδίας, παρατηροῦμε τὴν ἐξέλιξη τῶν δόσεων τοῦ διαβήτη τύπου I και τύπου II στὴ χώρα μας, ἄλλα και σὲ μία ἄλλη χώρα, τὴ Φινλανδία, μὲ διαφορετικὸ τρόπο ζωῆς, διατροφῆς και περιβάλλοντος.

Παρατηροῦμε ὅτι στὴν Ἑλλάδα οί διαβητικοί τύπου I εἶναι 50% λιγότεροι ἀπὸ αὐτοὺς τῆς Φινλανδίας, ἐνῶ οί ἔχοντες διαβήτη τύπου II εἶναι 30% περισσότεροι στὴ χώρα μας.

Ἑλλάδα	Φινλανδία
10,31	20,16
48,13	37,79

Σ’ αὐτὸν τὸν πίνακα, στὸν ὁποῖο παρατηροῦμε τὴν ἐξέλιξη τῶν δόσεων, ὅπως ἔχουν υἰοθετηθεῖ ἀπὸ τὸν Παγκόσμιο Ὅργανισμό Ὑγείας, διαπιστώνουμε ὅτι σὲ κάθε χώρα κυκλοφοροῦν διαφορετικὲς συσκευασίες τὰ τελευταῖα 10 χρόνια. Παρατηροῦμε ὅτι οί δόσεις στὰ φαρμακεία αὐξήθηκαν:

Διαβήτης τύπου I: ἀπὸ 20.679.000 σὲ 39.420.000
Διαβήτης τύπου II: ἀπὸ 71.070.000 σὲ 190.420.000



Συμπεράσματα

1) Οί ἀσθενεῖς μὲ διαβήτη τύπου I τὸ 1995 ἀποτελοῦσαν τὸ 21% τοῦ συνόλου, ἐνῶ σήμερα ἀποτελοῦν τὸ 15% περίπου.

2) Τὴν τελευταία πενταετία οί δόσεις ίνσουλίνης αὐξήθηκαν κατὰ 30%, ἐνῶ οί δόσεις τῶν δισκίων κατὰ 80% περίπου.

3) Τὴν τελευταία δεκαετία ὁ διαβήτης τύπου I αὐξήθηκε κατὰ 100%, ἐνῶ ὁ διαβήτης τύπου II κατὰ 150% περίπου.

Εὐλόγα συμπεραίνουμε ὅτι ὁ διαβήτης τύπου II, πού σχετίζεται μὲ τὴν ἀστικοποίηση και τὸ σύγχρονο τρόπο ζωῆς και διατροφῆς, συντελεῖ στὴν αὐξηση τῶν πασχόντων ἀπὸ αὐτὸν τὸν τύπο διαβήτη. Ἐδῶ εἶναι σημαντικὸς ὁ ρόλος πού μπορεί νὰ ἀναλάβει ὁ φαρμακοποιός και νὰ περάσει τὰ μηνύματα τῶν εἰδικῶν γιατρῶν στὸν πληθυσμὸ για τὴν πρόληψη τοῦ διαβήτη.

Τὰ τελευταία χρόνια παρατηροῦμε αὐξηση τῶν νέων φαρμάκων, τὰ ὁποῖα κορηγοῦνται σὲ συνδυασμὸ μὲ τὰ προγενέστερα και τὰ ὁποῖα ρυθμίζουν καλύτερα τὸ διαβήτη και βοηθοῦν στὴ μείωση τῶν ἐπιπλοκῶν του.

Ἐδῶ ἔχει καθοριστικὴ συμβολὴ ὁ φαρμακοποιός, ἀφού ἔρχεται σὲ καθημερινὴ ἐπαφή μὲ τοὺς ἀσθενεῖς και μπορεί νὰ τοὺς συμβουλευθεῖ για θέματα ἀλληλεπιδράσεων ἢ ἀνεπιθύμητων ἐνεργειῶν μὲ φάρμακα θεραπείας ἄλλων ἀσθενειῶν πού λαμβάνει ὁ διαβητικός. Γι’ αὐτὸ, βέβαια, χρειάζεται συνεχὴ ενημέρωση, στὴν ὁποία ὁ Π.Φ.Σ δίνει προτεραιότητα διοργανώνοντας ἡμερίδες και αὐτὸ διότι:

- 50% τῶν ἀσθενῶν μὲ χρόνια νοσήματα δὲ λαμβάνει σωστά τὴ θεραπεία.
- 40% τῶν ἀσθενῶν δὲν μπορεί νὰ ἐλέγξει τὸ σάκχαρό του.
- 40% τῶν ἀσθενῶν σταματᾷ για κάποιο διάστημα ἢ

Θεραπεύει τὸ γέλιο;

Συνέχεια ἀπὸ τὸ τεύχος Ἰανουαρίου

Ἡ σάτιρα στὴν κλασικὴ Ἀθήνα παρήγε ἀσφαλῶς ἓνα αἶσθημα ἀνεξαρτησίας καὶ χειραφετήσεως.

Στὴν θετικὴ αὐτὴ ἀποδοχὴ τοῦ γέλωτος, ὁ Χριστιανισμὸς ὀρθώνεται ὡς ἀρνητὴς. Τὸ γέλιο εἶναι ἐπινόηση τοῦ διαβόλου καὶ ἀντιστρατεύεται τὸ Θεῖο. Ὁ Ἰησοῦς δὲν εἶχε ποτὲ γελάσει καὶ ἡ κατάκτηση τῆς αἰωνίας σωτηρίας ἀπαιτεῖ σοβαρότητα, ὁ δὲ Θεός, μόνος καὶ τέλειος, αὐτὴν ἀποδέχεται.

Γιορτὲς σὰν τὰ καρναβάλια, κατάλοιπα τῆς Ρώμης καὶ τοῦ Διονύσου, συμβολίζουν τὴν ἀνατροπὴ τῆς τάξεως καὶ τὴν ἀμφισβήτηση τοῦ Θεοῦ. Τὸ γέλιο δὲν ἐκφράζει παρὰ τὴν χαρὰ τοῦ διαβόλου γιὰ τὴν παγίδευση τοῦ ἀνθρώπου μὲ τὸ προπατορικὸ ἀμάρτημα. Καὶ τὸ ἀνθρώπινο γέλιο παράγεται στὸ κενόν, πού εἶναι τὸ βασιλεῖο τοῦ διαβόλου. Ὁ διάβολος δικασμένος καὶ αὐτὸς ἐκ κατασκευῆς, βρίσκει στὸ γέλιο τὸν συμβολισμό τοῦ διχασμοῦ του. Ἄλλωστε τὸ γέλιο εἶναι, προδήλως, λειτουργία ἄκομπος, ἀρρηπῆς καὶ σετρουμένη εὐγενείας.

Τὸ γέλιο εἶναι μιὰ πράξη τοῦ ἐκπέσαντος ἀνθρώπου καὶ ἡ ἐκδίκησή του ἔναντι τοῦ Θεοῦ. Ἡ χλεύη ἐπιτρέπεται μόνο εἰς βᾶρος τῆς ἁμαρτίας ἢ τοῦ διαπράξαντος τὸ ἀμάρτημα. Ὅλα αὐτὰ ἐτέθησαν ὑπὸ ἀμφισβήτηση ἀπὸ τὸν 17ο αἰ.

Ἡ διαφωτισμὸς πού κατακοῦσε ὅλο καὶ περισσότερα μυαλὰ καὶ καρδιὲς ὀδήγησε στὴν ἀμφισβήτηση τῶν ἐξ ἀποκαλύψεως δογμάτων θρησκευτικῶν, πολιτικῶν ἢ κοινωνικῶν.

Ἡ προσευτικὴ αὐτὴ κατεδάφιση, ἀφνίει πιά κενὰ πού φαντάζουν πλῆον κομικὰ καί, μοιραίως, ἀπελευθερῶνουν τὸ γέλωτα.

Ὁ χρόνος καὶ ἡ ἐπιστήμη ὀδηγοῦν στὴν ἀπελευθέρωση τοῦ ἀνθρώπου. Στὸν 18ο αἰῶνα ἡ κοινωνία κάγχαζε εἰς βᾶρος τῆς ἐκκλησίας καὶ τῶν αὐταρχικῶν καθεστώτων, στὸ δὲ 19ο αἰῶνα κατὰ τῶν δυναστικῶν κληρονομιῶν ἢ τῶν δυνασειῶν τοῦ πλοῦτου καὶ ἡ χλευαστικὴ διάδοση κατέστρεψε σιγά-σιγά καὶ τὴν μπιτέρα τῶν ἐπισημῶν, τὴ φιλοσοφία.

Ὅλα ἀμφισβητοῦνται πλέον καὶ δὲν ὑπάρχει τίποτε τὸ ἀπόρητο. Χλευάζουμε καὶ γελάμε μὲ τὰ πάντα καὶ ἰδίως εἰς βᾶρος τῆς ἐξουσίας, πάσης ἐξουσίας.

Τὸ γέλιο μπορεῖ νὰ ἔχασε σὲ βᾶθος, κέρδισε ὅμως σὲ ἔκταση καὶ ἔχει καταστῆ πιά ἀπαιτητό. Εἶναι κάτι πού βρίσκει τὴ δικαίωσή του γιατί παράγεται καὶ διαδίδεται



μὲ κάθε μέσον καὶ κυρίως μὲ τὴν εἰκονικὴ τέχνη τῆς ἐποχῆς μας. Αὐτὸ εἶναι τὸ ὑποκατάστατο τοῦ κενοῦ καὶ τῆς ἀμφιβολίας πού γέννησε ἡ ἀπαξίωση θρησκείας καὶ φιλοσοφίας.

Ὁ ἄνθρωπος ζεῖ μιὰ παραγωγικὴ ζωὴ τῆς ὁποίας, ἡ παραγωγικότης ἐπιμηκύνεται στὸ χρόνο, χάρις στὴν παρέμβαση τῆς ἱατρικῆς χωρὶς ὅμως νὰ γεννῶνται προοπτικὲς κάποιας ὑπερβατικῆς ἀμοιβῆς. Δὲν ὑπάρχει πιά Παράδεισος.

Ἐργάζεται καὶ παράγει γιὰ τὶς ἐπερχόμενες γενεές, γνωρίζοντας ὅμως ὅτι τὸ πιθανότερον εἶναι ὅτι δὲν θὰ δεῖ τὰ ἀπώτερα προϊόντα τοῦ ἔργου του.

Δὲν ὑπάρχει ὡς ἐκ τούτου ἄλλο ὑποκατάστατο τοῦ κενοῦ ὑπερβατικότητος, παρὰ ἡ παραγωγὴ εὐθύμου περιβάλλοντος καὶ γέλιου.

Στὴν πράξη γελᾷ κάποιος, γιὰ νὰ μὴ φοβάται. Τὸ γέλιο συγκαλύπτει τὴν ἀμχανία, ἂν ὄχι καὶ τὴν ἀπελπισία. Ἀκόμη καὶ ἡ ἐκκλησία ἀποδέχεται τὶς εὐθymes ὥρες,

τῶν σατανᾶδων πάσης φύσεως.

Χωρὶς διεξόδους γέλωτος πῶς θὰ ζήσουν τὰ δισεκατομύρια κατοίκων τῆς γῆς, ἀπειλούμενα γιὰ τὴν ἀμαρτωλὴ δραστηριότητά τους, πού ἔχει γιὰ ἐπιστέγασμα τὴν καταστροφὴ τοῦ περιβάλλοντός των;

Τὸ γέλιο εἶναι ἡ μόνη θεραπευτικὴ ἐπιλογὴ καί, πράγματι, ἀπὸ τοὺς πιὸ παλιούς χρόνους μέχρι σήμερα, οἱ ἀρχαῖοι κομικοί, ὁ Σαίξπηρ ὡς καὶ τὸ Ρίντερς Νταϊτζέστ, φρονοῦν ὅτι τὸ γέλιο εἶναι ἀποδοτικὸ φάρμακο.

Συνδυάζει ὅ,τι ἀναζητεῖ κάποιος σὲ μιὰ θεραπεία γιὰ νὰ τὴν θεωρήσει ἰδανικὴ. Δὲν ἔχει κόστος, δὲν ἔχει παρενέργειες καὶ παίρνει συχνὰ ὁμαδικὸ χαρακτῆρα. Ἔχει δηλαδὴ ἀλυσισιωτὴ μετάδοσι. 🍎

Συνέχεια στὸ ἐπόμενο τεύχος