



ΣΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ: 2510

ΤΟΜΟΣ 15
ΤΕΥΧΟΣ 166
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2006

Τιμή πώλησης 0,01 €

Στεφανιογραφία και αθηρωματική πλάκα.

ΔΗΜΗΤΡΗΣ Γ. ΣΙΩΝΗΣ, καρδιολόγος, διευθυντής αιμοδυναμικού τμήματος, 1ο Νοσοκομείο ΙΚΑ, Αθήνα

Ἡ ἀθηροσκλήρυνση –εἴτε ἐντοπίζεται στὰ στεφανιαία εἴτε στὰ περιφερικά ἀγγεία– ἀποτελεῖ χρόνια φλεγμονώδη ἐξεργασία πού ἀναπτύσσεται καὶ ἐξελισσεται μέσα στὸ ἀγγειακὸ τοίχωμα ὡς ἀποτέλεσμα ἀντίδρασής του σὲ χρόνιο ἐρεθισμὸ καὶ βλάβη ἀπὸ διάφορα αἶτια μὲ κύριο ἐκπρόσωπο τὸ κάπνισμα. Καταλήγει, μὲ τὴν πάροδο τοῦ χρόνου, σὲ ἀνάπτυξη αθηρωματικῶν ἀγγειακῶν στενώσεων πλούσιων σὲ κολληστερόλη, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν ἄλλοτε ἄλλου βαθμοῦ ἐλάττωση τῆς παροχῆς αἵματος πρὸς τὰ ἀντίστοιχα ὄργανα.

Ἡ ἐξέλιξη τῆς ἀθηροσκλήρυνσης ἀκολουθεῖ τοὺς κανόνες τῆς θεωρίας τῆς ἀγγειακῆς ἀναδιαμόρφωσης, ὅπως ἀναφέρονται στὸ μοντέλο τοῦ Glagov. Σύμφωνα μὲ αὐτή, ἡ σταδιακὴ συσσώρευση αθηρωματικοῦ ὕλικου στὸ ἀγγειακὸ τοίχωμα προκαλεῖ τὴ μεγέθυνση τῆς συνολικῆς ἐπιφάνειας τοῦ ἀγγείου διατηρώντας μέχρι ἐνὸς σημείου ἀμετάβλητο τὸ μέγεθος τοῦ ἀγγειακοῦ αὐλοῦ. Γιὰ νὰ γίνεῖ αὐτὸ κατανοητό, ἄς φαντασθοῦμε τὸ τοίχωμα τοῦ ἀγγείου σὰν ἓνα κουλούρι καὶ τὸν αὐλὸ του τὴν τρύπα τοῦ κουλουριοῦ. Ἡ ἀθηροσκλήρυνση προκαλεῖ κατ' ἀρχὴν αὔξηση τοῦ πάχους τοῦ κουλουριοῦ πρὸς τὰ ἔξω διατηρώντας ἀνέπαφη τὴν ἐπιφάνεια τῆς τρύπας (τοῦ αὐλοῦ δηλαδὴ). Ὅταν ἡ αὔξηση τοῦ αθηρώματος μέσα στὸ τοίχωμα, μὲ τὴν πάροδο συνήθως ἀρκετῶν ἐτῶν, φθάσει ἓνα κρίσιμο ὄριο, πού ὑπολογίζεται στὸ 40% περίπου τῆς ἐπιφάνειας τοῦ ἀγγειακοῦ τοιχώματος, τότε

σταματᾷ ἢ πρὸς τὰ ἔξω διεύρυνση τοῦ ἀγγείου καὶ προκαλεῖται στένωση τοῦ αὐλοῦ, μὲ συνέπεια τὴν ἐμφάνιση ἐκδηλώσεων καρδιαγγειακῆς νόσου.

Εἶναι δυνατό, λοιπόν, ἀγγεία χωρὶς στενώσεις στὴ στεφανιογραφία νὰ παρουσιάζουν σοβαροῦ βαθμοῦ ἀθηρωμάτωση στὸ ἀγγειακὸ τοίχωμα, μιὰ πού τὸ 40% αὐτοῦ μπορεῖ νὰ καταλαμβάνεται ἀπὸ ἀθήρωμα. Τὰ στοιχεῖα αὐτὰ καταδεικνύουν τὴ μεγάλη σημασία τῆς πρόληψης τῶν καρδιαγγειακῶν νόσων μὲ τὴν ἀποφυγὴ τοῦ καπνίσματος καὶ τὴ ρύθμιση τῆς ὑπερλιπιδαιμίας. Οἱ αθηρωματικὲς πλάκες στὴν πορεία τοῦ χρόνου (συνήθως ἀρκετῶν ἐτῶν) παρουσιάζουν ἐκτὸς ἀπὸ αὔξηση τοῦ μεγέθους των καὶ δομικὲς μεταβολές, πού προκαλοῦνται κυρίως ἀπὸ τὴν τοπικὴ φλεγμονώδη ἀντίδραση καὶ ὁδηγοῦν σὲ ἀλλαγὴ τῆς σύστασης καὶ τῆς ἀντοχῆς τους στὴν ἐξωτερικὴ πίεση. Οἱ πλάκες πού φλεγμαίνονται μποροῦν εὐκόλα νὰ ὑποστοῦν ρήξη ἢ ἐπιφανειακὴ διάβρωση καὶ τοπικὴ θρόμβωση πού ἀποτελοῦν τὴν αἰτία τῶν ὀξέων ἐπεισοδίων, ὅπως εἶναι ὁ αἰφνίδιος θάνατος, τὸ ὄξυ ἔμφραγμα μυοκαρδίου καὶ ἡ ἀσταθῆς στηθάγχη ἢ τῆς περαιτέρω αὔξησης τοῦ βαθμοῦ τῆς ἀγγειακῆς στένωσης.

Οἱ αθηρωματικὲς πλάκες μὲ ὑψηλὸ κίνδυνο ρήξης καὶ πρόκλησης σοβαρῶν καρδιαγγειακῶν ἐπιπλοκῶν ὀνομάζονται «εὐάλωτες ἢ ὑψηλοῦ κινδύνου», ἀντίθετα μὲ τὶς «σταθερὲς πλάκες» πού παρουσιάζουν σιωπηλὴ συνθήκη πορείας. Σύμφωνα μὲ τὴ διεθνῶς ἀποδεκτὴ ὁρο-

λογία, που κατοχυρώθηκε σε συνάντηση ειδικών στη Σαντορίνη το 2004, ως «ευάλωτη» ή «ύψηλο κινδύνου» πλάκα περιγράφεται ή αθηρωματική πλάκα με ύψηλο κίνδυνο θρόμβωσης και ταχεία αύξηση της αγγειογραφικής βαρύτητας της. Είναι χαρακτηριστικό, ότι η ευάλωτη πλάκα δεν είναι απαραίτητα και σοβαρού βαθμού, δηλαδή μπορεί να μην προκαλεί σημαντική απόφραξη του αγγειακού αούλου. Μέτριου βαθμού αθηρωματικές στενώσεις, που είναι και οι περισσότερες σε αριθμό, μπορεί να εμφανίζουν ύψηλο δυναμικό ρήξης και επιπλοκών και, αντίθετα, σοβαρού βαθμού αποφρακτικές στενώσεις να έχουν μικρό κίνδυνο επιπλοκών.

Σε κάθε ασθενή με αγγειακή αθηροσκλήρωση είναι δυνατό να ανευρίσκονται «σταθερές πλάκες» με μικρό κίνδυνο επιπλοκών, «ευάλωτες πλάκες» με αυξημένη πιθανότητα πρόκλησης όξείας συνδρόμου και «άσταθεις πλάκες» που έχουν ύποπτη ήδη ρήξη και θρόμβωση.

Ποιές από αυτές μπορεί να αναγνωρίσει με σαφήνεια ή στεφανιογραφία;

Είναι δυνατόν ή στεφανιογραφία να αναγνωρίσει τις ευάλωτες αθηρωματικές πλάκες που θα προκαλέσουν ένα όξι στεφανιαίο επεισόδιο πριν εμφανισθούν οι καρδιαγγειακές επιπλοκές;

Η στεφανιογραφία αποτελεί μία εξέταση κατά την οποία απεικονίζεται –με τη χορήγηση ειδικού σκιαγραφικού υγρού κατά την ακτινοσκόπηση– ή “σιλουέτα” του αούλου των στεφανιαίων αρτηριών της καρδιάς. Η στεφανιογραφία αντίλει τα συμπεράσματά της καταγράφοντας τα αγγειογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών με συγκεκριμένα κλινικά σύνδρομα και τις διαδοχικές αγγειογραφικές μεταβολές σε ασθενείς των οποίων ή κλινική κατάσταση μεταβάλλεται. Σε κάθε περίπτωση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της αγγειογραφικής βαρύτητας, της εντόπισης, της μορφολογίας και της γεωμετρίας κάθε μιας στένωσης είναι δυνατόν να συμβάλουν στην αναγνώριση των ύψηλο κινδύνου πλακών. Είναι αποδεδειγμένο από τη μελέτη των Falk και σύν. από το 1995, ότι στην

πλειονότητα των ασθενών με όξι έμφραγμα μυοκαρδίου, που είχαν υποβληθεί σε στεφανιογραφία άμεσως πριν το όξι επεισόδιο, ή βλάβη που υπέστη όξεία απόφραξη ήταν μέτριου βαθμού (<50% στένωση του αούλου), γεγονός που τονίζει έμφαντικά την άπουσία συσχέτισης της αγγειογραφικής βαρύτητας με την επικινδυνότητα της βλάβης. Τα ίδια εύρηματα επιβεβαιώθηκαν και σε πρόσφατη έργασία στην Ίαπωνία, σε ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε στεφανιογραφία μία εβδομάδα προ του έμφράγματος.

Φαίνεται λοιπόν, ότι ή βαρύτητα μιας στένωσης δεν συνδέεται πάντοτε με την επικινδυνότητά της, γεγονός που αποδόθηκε στη φύση της μεόδου της στεφανιογραφίας, που απεικονίζοντας μόνο τη σιλουέτα του αούλου του αγγείου (αυλογράφημα), άδυνατεί να καταγράψει σιωπηλές διεργασίες που συσχετίζονται μέσα στο αγγειακό τοίχωμα. Όσον άφορα τη μορφολογία των στενώσεων που χαρακτηρίζουν τις ευάλωτες πλάκες στη στεφανιογραφία, είναι γνωστό ότι έκκε-

ντρες στενώσεις με άνωμαλη παρυφή και θολερό στην αγγειογραφία περίγραμμα άνευρίσκονται κυρίως σε άσταθη όξεία στεφανιαία σύνδρομα και ή ύπαρξή τους προδικάζει δυσμενή κλινική πορεία των ασθενών που τις παρουσιάζουν.

Έτσι λοιπόν, μια μέτριο ή σημαντικό βαθμού έκκεντρη στένωση με άνωμαλο περίγραμμα στο άρχικό τμήμα μιας στεφανιαίας αρτηρίας και ιδιαίτερα σε περιοχή διχασμού του αγγείου πιθανώς αντιπροσωπεύει την τυπική αγγειογραφική καταγραφή μιας «ευάλωτης πλάκας». Τέλος, όσον άφορα τη γεωμετρία των πλακών αυτών, έχουν καταγραφεί ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τις «ευάλωτες» από τις «σταθερές πλάκες».

Τα δεδομένα αυτά μās οδηγούν στο συμπέρασμα, ότι εάν ή στεφανιογραφία αποδειξει την ύπαρξη σοβαρού βαθμού στενώσεων και κυρίως με χαρακτηριστικά «ευάλωτης» ή «άσταθους» πλάκας άπαιτούνται άμεσες

συνέχεια στη σελ. 22 ▶



ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Έλληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας

B. 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,

Άθ. Πιπλής, Δ. Ρίχτερ, Β. Σπανός, Δ. Χασιόρας.

ΣΚΙΤΣΑ: Γαβριήλ Ψαρράς, καρδιολόγος

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

Έπιτρέπεται ή μερική ή όλική άναδημοσίευση άρθρων του περιοδικού άρκει να άναφέρεται ή πηγή τους.

στην Ελλάδα... και τον κοσμο



Παχυσαρκία και σακχαρώδης διαβήτης: τά παγκόσμια και τα ελληνικά στοιχεία

ΑΙΜΙΛΙΑ Κ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, κλινική διατολόγος-διατροφολόγος,
επιστημονική συνεργάτης τμήματος επιστήμης διατολογίας-διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Ἀθηνῶν

ΑΝΤΩΝΗΣ ΖΑΜΠΕΛΑΣ, επίκουρος καθηγητής διατροφής του ανθρώπου, τμήμα επιστήμης διατολογίας -
διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Ἀθηνῶν

Συνέχεια από το τεύχος Ἰανουαρίου 2006

Ἀποτελέσματα ἀπὸ μία μελέτη πού ἐξέτασε τὸν ἐπιπολασμό τοῦ ὑπερβάλλοντος βάρους καὶ τῆς παχυσαρκίας στὴν περιοχὴ τῆς Θεσσαλονίκης μέσα ἀπὸ συμπλήρωση ἐρωτηματολογίων, σὲ τέσσερις διαφορετικὲς χρονικὲς στιγμὲς, μὲ ἓνα δείγμα 2458 παιδιῶν καὶ ἐφήβων, ἀπὸ 27 σχολεῖα πρωτοβάθμιας καὶ δευτεροβάθμιας ἐκπαίδευσης, ἡλικίας 6-17 ἐτῶν, ὑπέδειξαν ὅτι ὁ ἐπιπολασμός τοῦ ὑπερβάλλοντος βάρους ἦταν 22% καὶ τῆς παχυσαρκίας 4% (ὑπερβάλλον βάρους: ἀγόρια 26% καὶ κορίτσια 19%, παχυσαρκία: ἀγόρια 5% καὶ κορίτσια 3%). Γιὰ τὰ παιδιά ἡλικίας 6-10 ἐτῶν, τὸ 25% ἦταν ὑπέρβαρα καὶ τὸ 6% παχύσαρκα (ὑπερβάλλον βάρους: ἀγόρια 27% καὶ κορίτσια 25%, παχυσαρκία: ἀγόρια 7% καὶ κορίτσια 5%). Γιὰ τοὺς ἐφήβους ἡλικίας 11-17 ἐτῶν, τὸ 19% ἦταν ὑπέρβαρα καὶ τὸ 3% παχύσαρκα (ὑπερβάλλον βάρους: ἀγόρια 25% καὶ κορίτσια 13%, παχυσαρκία: ἀγόρια 4% καὶ κορίτσια 2%). Πρέπει νὰ σημειωθεῖ ὅτι οἱ ἐρευνητὲς μῆτρησαν τὸ βῆρος καὶ τὸ ὕψος τῶν παιδιῶν γιὰ τὸν προσδιορισμὸ τοῦ BMI καὶ ὅτι τὸ δείγμα πού χρησιμοποιήθηκε ἦταν ἀντιπροσωπευτικὸ τῆς Θεσσαλονίκης. Ἀποτελέσματα ἀπὸ μία ἄλλη μελέτη πού ἐξέτασε τὰ ἀνθρωπομετρικὰ χαρακτηριστικὰ, τὴ διατροφικὴ πρόσληψη καὶ τῆς διατροφικῆς συνήθειες 582 ἐφήβων, ἡλικίας 11-14 ἐτῶν, ἀπὸ σχολεῖα τῆς Θεσσαλονίκης καὶ τῆς Πιερίας, ἀντιπροσωπευτικὲς περιοχὲς τῆς Βόρειας Ἑλλάδας, ὑπέδειξαν ὅτι τὸ 29% τῶν ἀγοριῶν ἦταν ὑπέρβαρα, τὸ 20% παχύσαρκα καὶ τὸ 9% ὑπερβολικὰ παχύσαρκα, ἐνῶ τὸ 14% τῶν κοριτσιῶν ἦταν ὑπέρβαρα, τὸ 8% παχύσαρκα, καὶ τὸ 3% ὑπερβολικὰ παχύσαρκα. Αὐτὰ τὰ ἀποτελέσματα ἐξηγήθηκαν ἐν μέρει ἀπὸ τὸ γεγονός ὅτι ἡ ἐνεργειακὴ πρόσληψη στὰ ἀγόρια ἦταν μεγαλύτερη ἀπὸ αὐτὴ στὰ κορίτσια, ἐνῶ ἡ κατανάλωση ἐνέργειας δὲ μετρήθηκε ἀλλὰ ἐκτιμήθηκε, ὁπότε δὲ μπορούμε νὰ βγάλουμε συμπεράσματα γιὰ τὸ ἐπίπεδο τῆς φυσικῆς τους δραστηριότητας.



Μία ἄλλη μελέτη ἐξέτασε τὰ ἀποτελέσματα ἐρωτηματολογίων, μέρος τοῦ ἔργου τοῦ ΠΟΥ "Συμπεριφορὲς τῶν Παιδιῶν Σχολικῆς Ἡλικίας σὲ Θέματα Ὑγείας" (Health Behaviour in School-aged Children - HBSC), πού δόθηκαν σὲ 4299 παιδιά, ἡλικίας 11-16 ἐτῶν, ἀπὸ σχολεῖα τῆς Ἀθήνας (N=1413), τῆς Θεσσαλονίκης (N=563), ἄλλων ἀστικῶν περιοχῶν (N=1206) καὶ ἡμιαστικῶν/ἀγροτικῶν περιοχῶν (N=1115) σὲ τάξεις τοῦ δημοτικού, ἡλικίας 11 ἐτῶν, γυμνασίου, ἡλικίας 13 ἐτῶν, καὶ λυκείου, ἡλικίας 15 ἐτῶν. Τὰ ἀποτελέσματα γιὰ τὰ παιδιά 11 ἐτῶν ἔδειξαν ὅτι ὁ ἐπιπολασμός τοῦ ὑπερβάλλοντος βάρους ἦταν στὰ ἀγόρια 20% καὶ στὰ κορίτσια 13% καὶ τῆς παχυσαρκίας ἦταν στὰ ἀγόρια 2% καὶ στὰ κορίτσια 1%. Γιὰ τὰ παιδιά 13 ἐτῶν, ὁ ἐπιπολασμός τοῦ ὑπερβάλλοντος βάρους ἦταν στὰ ἀγόρια 27% καὶ στὰ κορίτσια 10% καὶ τῆς παχυσαρκίας ἦταν στὰ ἀγόρια 3% καὶ στὰ κορίτσια 1%. Γιὰ τὰ παιδιά 15 ἐτῶν, ὁ ἐπιπολασμός τοῦ ὑπερβάλλοντος βάρους ἦταν στὰ ἀγόρια 26% καὶ στὰ κορίτσια 8% καὶ τῆς παχυσαρκίας ἦταν στὰ ἀγόρια 3% καὶ

στὰ κορίτσια 1%. Πρέπει ἐν τούτοις νὰ σημειωθεῖ ὅτι τὸ βῆρος καὶ ὕψος ἦταν αὐτοδηλούμενα. Ἀκόμα, πρέπει νὰ σημειωθεῖ ὅτι παρ' ὅτι τὰ ἀποτελέσματα τῆς παραπάνω μελέτης ὅσον ἀφορᾷ τὸν ἐπιπολασμό τῆς παχυσαρκίας στὴν Ἑλλάδα εἶναι αἰσιόδοξα, ἐν τούτοις ὑποδεικνύουν ἓναν ἐπιπολασμό σημαντικὰ χαμηλότερο ἀπὸ ὅλες τῆς ἄλλες ἐλληνικὲς ἀλλὰ καὶ ξένες μελέτες, γεγονός πού αὐξάνει τὸ ἐπίπεδο ἀμφισβήτησης γιὰ τὴν ἀκρίβεια τῶν ἀποτελεσμάτων τους. Τέλος, πρέπει νὰ σημειωθεῖ ὅτι κάποιες μελέτες ἔχουν ὑποδείξει ὅτι τὰ αὐτοδηλούμενα ἀνθρωπομετρικὰ χαρακτηριστικὰ σὲ μικρὲς ἡλικίες ὑποκρύπτουν αὐξημένη πιθανότητα λάθους. Ὁ Πίνακας 2 συνοψίζει τὰ ἀποτελέσματα ὄλων τῶν μελετῶν πού περιγράφτηκαν.

Συμπερασματικὰ, μελέτες ὑποδεικνύουν ὅτι ἡ Ἑλλάδα πλῆττεται ἀπὸ ὑψηλὰ ἐπίπεδα ὑπερβάλλοντος σωματικοῦ βάρους καὶ παχυσαρκίας σὲ παιδιά καὶ ἐφήβους

Πίνακας 2. Έπιπολασμός του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας σε παιδιά και εφήβους της Ελλάδος.				
Περιοχή	Ήμερ/νία Έπισκόπησης	Ήλικία (έτη)/ Μέγεθος δείγματος	Έπιπολασμός (%) Ύπερβάλλοντος Βάρους (μαζί με παχυσαρκία)/ Παχυσαρκίας	Μεθοδολογία
Ελλάδα	2003	2-19/18045 Άγόρια: 8552 Κορίτσια: 9493	Άγόρια: 2-6 ετών: 18/12 7-12 ετών: 23/10 13-19 ετών: 30/9 Κορίτσια: 2-6 ετών: 16/11 7-12 ετών: 18/7 13-19 ετών: 16/4	Συγχρονική μελέτη με μετρήσεις ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών
Ελλάδα	2000	11-16/4299 Άγόρια: 2094 Κορίτσια: 2205	Άγόρια: 11 ετών: 20/2 13 ετών: 27/3 15 ετών: 26/3 Κορίτσια: 11 ετών: 13/1 13 ετών: 10/1 15 ετών: 8/1	Έρωτηματολόγιο με αυτοδηλούμενο βάρος και ύψος
Κρήτη	1992 1995 1998	6/1046 9/579 12/831	Άγόρια: 1992: 6 ετών: 23/11 1995: 9 ετών: 19/5 1998: 12 ετών: 24/18 Κορίτσια: 1992: 6 ετών: 29/9 1995: 9 ετών: 18/5 1998: 12 ετών: 19/5	Follow-up προοπτικής μελέτης
Κρήτη	1992 1995 1998 2002	6/1046 9/641 12/641 15/641	Άγόρια 1992: 6 ετών: 22/10 1995: 9 ετών: 30/10 1998: 12 ετών: 40/14 2002: 15 ετών: 44/13 Κορίτσια 1992: 6 ετών: 28/7 1995: 9 ετών: 36/9 1998: 12 ετών: 37/9 2002: 15 ετών: 27/9	Μελέτη παρέμβασης με μετρήσεις ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών
Θεσσαλονίκη	2000	6-17/2458	Συνολικά: 22/4 (Άγόρια: 26/5, Κορίτσια: 19/3) 6-10 ετών: 25/6 (Άγόρια: 27/7, Κορίτσια: 25/5) 11-17 ετών: 19/3 Άγόρια: 25/4, Κορίτσια: 13/2	Συγχρονική μελέτη με μετρήσεις ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών
Βόρεια Ελλάδα	1997	11-14/582	Συνολικά: 42/20 Άγόρια: 58/29, Κορίτσια: 24/11	Έρωτηματολόγιο με μετρήσεις ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών

δλων των ηλικιών και ιδιαίτερα στα αγόρια. Μπορεί τα χαμηλότερα επίπεδα παχυσαρκίας στα κορίτσια να οφείλεται στο γεγονός ότι τα κορίτσια προσέχουν περισσότερο την εμφάνισή τους. Ωστόσο, το επιπλέον βάρος στα παιδιά και στους εφήβους προκαλείται γενικότερα από την απουσία φυσικής δραστηριότητας, φτωχές διατροφικές συνθήκες, ή το συνδυασμό των δύο. Τόσο τα γονίδια όσο και ο τρόπος ζωής παίζουν καθοριστικό ρό-

20

λο στη διαμόρφωση του σωματικού βάρους. Οι ώρες παρακολούθησης της τηλεόρασης καθώς και τα παιχνίδια στον υπολογιστή και στο video αποτελούν σημαντικούς παράγοντες άμελλσης της φυσικής δραστηριότητας των παιδιών. Το υπερβάλλον βάρος και η παχυσαρκία μπορούν να επηρεάσουν έως και το 30%-35% των ατόμων κάτω των 30 σε όρισμένες αναπτυγμένες χώρες. 🍏

(Συνέχεια σε επόμενο τεύχος)

Ιπποκράτης χθες - σήμερα - αύριο

Μετανάστες Ιατροί

ΕΥΤΥΧΙΟΣ ΒΟΡΙΑΔΗΣ, καθηγητής Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν

Μεταξύ τῶν πολλῶν ἀλλαγῶν πού ἐπισηράγισαν τὸ τέλος τοῦ Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου καὶ ἀκόμη περισσότερο τοῦ ψυχροῦ διαδόχου του, ἦταν ἡ μεγάλη μετακίνηση πληθυσμῶν ἀπὸ τὶς φτωχὲς περιοχὲς τῆς Ἀφρικῆς καὶ τῆς Ἀσίας. Ὅπως παραδόξως μεταξὺ τῶν μετακινουμένων ὑπῆρξαν γιατροί, μολοντί κατὰ τεκμήριον ἐντάσσονται εἰς τὴν ἀστική τάξη.

Οἱ κύριοι ἀποδέκτες αὐτῆς τῆς μετακίνησης, ὑπῆρξαν οἱ Ἡνωμένες Πολιτεῖες τῆς Ἀμερικῆς, ἡ Μεγάλη Βρετανία καὶ ἡ Αὐστραλία καὶ αὐτὸ κυρίως διότι, προσέφεραν ὡς δέλεαρ καὶ τὴν ἱατρικὴ ἐκπαίδευση. Ἡ μετακίνηση αὐτὴ πού φέρεται μὲ τὸ ὄνομα «διαρροὴ ἐγκεφάλων - brain drain» ἔχει δημιουργήσει ἐρωτήματα καὶ ἀνησυχίες, διότι ἂν καὶ οἱ μετανάστες ἱατροὶ ἐνισχύουν οικονομικὰ τοὺς εἰς τὴν πατρίδα οἰκείους τους καὶ δημιουργοῦν εὐκαιρίες μετεκπαιδύσεως εἰς τοὺς συμπατριώτας τῶν, ἡ ἀραίωση τοῦ ἱατρικοῦ δυναμικοῦ τῶν φτωχῶν χωρῶν δημιουργεῖ κενὰ περιθάλψεως, ἀλλὰ καὶ προφυλάξεις κυρίως ἀπὸ τὶς ἀκόμα ἀπειλητικὲς ἐπιδημίες, ὅπως τὸ AIDS, ἡ φυματίωση καὶ ἡ ἐλονοσία.

Χαρακτηριστικὸ εἶναι ὅτι στὶς Ἡνωμένες Πολιτεῖες τῆς Ἀμερικῆς καὶ τὴ Μεγάλη Βρετανία, τὸ 25% τῶν γιατρῶν, εἶναι ἐπιστήμονες προερχόμενοι ἀπὸ ξένες χώρες, ἀλλὰ τὸ 70% μεταξὺ αὐτῶν προέρχεται ἀπὸ ὑποανάπτυκτες ἢ ἀναπτυσσόμενες περιοχές.

Εἰς τὴ Μεγάλη Βρετανία καὶ μόνον ὑπηρετοῦν 596 Ἕλληνες γιατροί, τεκμήριον τῆς καλῆς οικονομικῆς καταστάσεως τῆς Ἑλλάδος, διότι ἀντιπροσωπεύουν μόνον τὸ 0,4% τοῦ ἱατρικοῦ δυναμικοῦ τῆς χώρας, πού ἐπιβεβαιώνεται καὶ ἀπὸ τὸ ὅτι στὴν Ἑλλάδα, ἐργάζονται περίπου δυὸ χιλιάδες ξένοι γιατροί, πού ἔρχονται ἀπὸ ἄλλες χώρες καὶ ἀντιπροσωπεύουν τὸ 4% τοῦ συνόλου.

Ἡ στήριξη τῆς ἱατρικῆς δραστηριότητος μιᾶς χώρας σὲ μετανάστες γιατροὺς, δὲν εἶναι γενικὸ φαινόμενο, οὔτε ἀφορὰ τὸ σύνολο τῶν ἀνεπτυγμένων χωρῶν.

Ἀπὸ τὰ 26 μέλη πού ἀπαρτίζουν τὴν Ὄργανωση Οἰκονομικῆς Συνεργασίας καὶ Ἀναπτύξεως (ΟΟΣΑ), τρία μόνον ἔχουν ἄνω τοῦ 10% τοῦ ἱατρικοῦ πληθυσμοῦ τῶν, ξένης προελεύσεως. Εἶναι ἡ Νέα Ζηλανδία (34,5%), ἡ Ἑλβετία (17,85) καὶ ἡ Νορβηγία (12,7%). Ὑπάρχει ὅμως μία διαφορὰ, ἡ ὁποία συνίσταται εἰς τὸ ὅτι, οἱ ἀλλοδαποὶ γιατροὶ τόσον τῆς Ἑλβετίας ὅσον καὶ τῆς

Νορβηγίας, προέρχονται ἀπὸ τὴν Γερμανία καὶ ὄχι ἀπὸ ἀναπτυσσόμενες χώρες. Οἱ μετανάστες ἱατροὶ εἰς τὴν Γαλλία, συνιστοῦν τὸ 3% τοῦ ἱατρικοῦ δυναμικοῦ εἰς δὲν τὴν Ἰαπωνίαν κάτω τοῦ 1%.

Ἀντιθέτως, παρὰ τὴν ἰσχυρὴ παρουσία ξένων γιατρῶν οἱ Ἡνωμένες Πολιτεῖες τῆς Ἀμερικῆς καὶ ἡ Μεγάλη Βρετανία ἔχουν ἀρνητικὸ ἰσοζύγιο ἱατρῶν, ἐξ οὗ εἶναι πιθανὴ καὶ ἡ συνέχιση τῆς συμπληρώσεως τῶν κενῶν, μὲ τὴν ἀπορρόφηση γιατρῶν ἀπὸ ξένες χώρες.

Ἡ μετανάστευση τῶν γιατρῶν δημιουργεῖ, δυστυχῶς, σημαντικὲς ὑστερήσεις στὴν παγκόσμια ὑγεία. Ἀρκεῖ νὰ σκεφθοῦμε ὅτι ἡ Γάνα μὲ ἀναλογία 0,9 γιατρῶν ἀνὰ χίλια ἄτομα, ἐξάγει γιατροὺς πρὸς τὸ Ἡνωμένο Βασίλειο πού ἔχει εἰκοσαπλασίους, οἱ δὲ Ἡνωμένες Πολιτεῖες γιὰ τὸ 5% τοῦ παγκοσμίου πληθυσμοῦ πού ἀντιπροσωπεύουν κάνουν χρῆση τοῦ 11% τοῦ παγκοσμίου ἱατρικοῦ σώματος.

Τὸ κυριώτερο μειονέκτημα ὅμως αὐτῆς τῆς εἰσροφῆσεως, εἶναι ὅτι ἀφορὰ γιατροὺς ἀναπτυσσομένων χωρῶν καὶ τὸ κακὸ διαγιγνώσκεται. Χαρακτηριστικὸν εἶναι ὅτι, στὴν Ἀμερικὴ λαμβάνουν ἐπιτόσιος πτυχίον, 17.000 γιατροί, πού ὅμως καλύπτουν μόλις τὸ 70% τῶν ἀναγκῶν τῆς χώρας. Ἡ διαφορὰ συμπληρώνεται ἀπὸ μετανάστες, πού ἀποκοτῶν ἐπιπρό-

σθετα καὶ τὴν ἀμερικανικὴ ὑπικότητα καὶ χρησιμοποιοῦνται κατὰ κύριο λόγον ὡς γιατροὶ κέντρων ὑγείας σὲ περιοχὲς μὲ κατοίκους χαμηλοῦ εἰσοδήματος.

Ἡ ἀπίσχυση τῶν πτωχῶν χωρῶν σὲ ἱατρικὸ δυναμικὸ, εἶναι συνέπεια τῆς διαφορᾶς σὲ εἰσόδημα, σὲ προοπτικὲς ἐπαγγελματικῆς ἀναρρικῆσεως, ἀλλὰ ἀκόμη καὶ σὲ δυνατότητα ὑποστηρίξεως τῶν μελῶν τῆς οἰκογενείας, πού παραμένουν στὴν πατρίδα.

Χαρακτηριστικὸ τῆς φορᾶς τῶν μετακινήσεων εἶναι ἡ Νότιος Ἀφρικὴ, ἡ ὁποία ἐξάγει γιατροὺς πρὸς τὶς πλούσιες χώρες καὶ εἰσάγει γιατροὺς ἀπὸ φτωχότερες.

Ἐνα ἀπὸ τὰ ἀποτελέσματα τῆς διαρροῆς αὐτῆς, εἶναι σὲ περιοχὲς νοτιῶς τῆς Σαχάρας, νὰ ὑπάρχουν 600.000 γιατροί, νοσηλευτὲς καὶ μαῖες, ἐνῶ γιὰ τὴν στοιχειώδη κάλυψη τῶν ἀναγκῶν τῶν 600 ἑκατομμυρίων κατοίκων τῆς περιοχῆς ἀπαιτεῖται, τουλάχιστον τριπλάσιος ἀριθμός. Τὸ κενὸ αὐτὸ ἐβαπτίσθη «θανάσιμος διαρροή», διότι ἀφήνει ἀπροστάτευτο τὸν κόσμον τῶν πενήτων τῶν περιοχῶν αὐτῶν, ἀλλὰ καὶ μεταφράζεται καὶ σὲ κλοπὴ του-



λάχιστον 700 εκατομμυρίων δολαρίων, που έδπανήθησαν από τις φτωχές αυτές χώρες, για ιατρική εκπαίδευση.

Τί μπορεί να γίνει; Βελτίωση των συνθηκών ζωής και των άμοιβών των γιατρών, που μόνο η Διεθνής Κοινότητα μπορεί να προσφέρει.

Ήδη ως αποτέλεσμα της παγκοσμιοποίησης και της ευχέρειας των μεταφορών, διεφάνη μέσω της SARS και της έπαπειλούμενης γρίπης των πτηνών, η ανάγκη έγκαιρου αναγνώρισης των έστιών της νόσου, που μέχρι στιγμής βρίσκεται σε φτωχές περιοχές και έξω από το προκύπτει και η ανάγκη ιατρικής παρουσίας ατόθι.

Παράλληλα, έν όψει της προοδευτικής αύξησης των αναγκών σε γιατρούς, τόσο λόγω της παρατάσεως του προσδοκίμου επιβιώσεως, όσο και λόγω της επιπιδεύ-

σεως της ιατρικής τεχνολογίας, προβλέπεται ότι οι Ήνωμένες Πολιτείες θα χρειάζονται κατά το έτος 2020, διακόσιες χιλιάδες γιατρούς και 800.000 νοσηλεύτριες. Αυτή η πρόβλεψη σημαίνει ότι, θα πρέπει να αυξηθούν αντίστοιχως οι σχετικές σχολές, ώστε να μην άπαιτείται για την κάλυψη των κενών η καταλήστευση των φτωχότερων. Ή Παγκόσμιος Ήργάνωσις Ήγείας, υπόσκειται να λάβει γενικά μέτρα για τη θεραπεία του προβλήματος, αλλά η πραγματικότητα είναι ότι, η λύση, παρά την έπερχόμενη διθεν παγκοσμιοποίηση, εύρίσκεται στα "χέρια" των Ήνωμένων Πολιτειών, όπως άλλωστε και πολλά άλλα. Ή παγκοσμιοποίηση πλήττει τους πέντας, δημιουργεί μετανάστευση και κλονίζει τα θεμέλια του δυτικού πολιτισμού. Άξίζει τον κόπο να ληφθούν μέτρα. ♣



Ή άπελευθέρωση των δημόσιων χώρων από καπνό: έξάπλωση της ψήφησης και έφαρμογής σχετικών νόμων στην Εύρώπη

ΒΑΣΙΛΗΣ ΣΠΑΝΟΣ, καρδιολόγος, σύμβουλος του Ήλληνικού Ήδρύματος Καρδιολογίας (ΕΛΙΚΑΡ.)

Άκουσα την είδηση σε τηλεοπτικό δελτίο ένα βράδυ του προηγουμένου μήνα. Άρχη της έφαρμογής ενός νόμου που άπαγορεύει το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους στην Ήσπανία, συζητήσεις για την έπιβολή των προστίμων και για τα δικαιώματα των καπνιστών. Στο τηλεοπτικό ρεπορτάζ έβλεπε κανείς αρκετούς Ήσπανούς - καπνιστές και μή- που θεωρούσαν δύσκολη την έφαρμογή του νόμου στη χώρα τους.

Ή σκέψη μου πήγε σε παρόμοιες άνησυχίες στην γειτονική Ήταλία, όπου αντίστοιχος νόμος έφαρμόζεται από πέρυσι με έπιτυχία. Θυμήθηκα, έπίσης, τη δυσπιστία των Ήρλανδών αλλά και όλων των Εύρωπαίων αρκετά χρόνια πριν στην πρώτη άπόπειρα άπελευθέρωσης των δημόσιων χώρων από το κάπνισμα, στην Εύρώπη. Ήταν η βουλή της χώρας ψήφισε νόμο που άπαγόρευε το κάπνισμα σε κλειστους δημόσιους χώρους, πολλοί έξέφραζαν προβληματισμό σχετικά με την έφαρμογή του νόμου στις «pub», αντίστοιχες των ελληνικών καφενείων και συστατικό στοιχείο της κουλτούρας των Ήρλανδών. Ή χρόνος άπέδειξε πώς οι ήρλανδέζικες «pub» μπορούν

να λειτουργούν χωρίς το κάπνισμα.

Ή τρόπος συμπεριφοράς σε δημόσιους χώρους είναι καθρέφτης της κουλτούρας κάθε λαού. Μιά ματιά στους δημόσιους χώρους στα καθ' ημάς γεννά μελαγχολικές σκέψεις για το έπίπεδο του πολιτισμού μας και η συμπεριφορά μας ως προς το κάπνισμα δεν άποτελεί, δυστυχώς, έξαίρεση. Φαίνεται πώς στην χώρα μας έχουμε αρκετό δρόμο να διανύσουμε για να περάσουμε από το σημερινό τριτοκοσμικό πλαίσιο, σε νέο όπου άπαντες, καπνιστές και μή, θα ζούμε σε χώρους έλευθερους από το κάπνισμα. Άποτελεί πεποίθησή μας ότι η διαμορφωμένη τριτοκοσμική όψη των δημόσιων χώρων όσον άφορα το κάπνισμα δεν άποτελεί έπιλογή της πλειοψηφίας των Ήλλήνων πολιτών εδώ και καιρό.

Κλείνουμε με το άκόλουθο έρώτημα προς άπάντηση: Πόσο δύσκολη είναι η έφαρμογή αντίστοιχης νομοθεσίας στην χώρα μας, όπου παραδοσιακά η ψήφιση ενός νόμου από μόνη της δεν σημαίνει και την έφαρμογή του;

Ή δική μας άπάντηση στο έρώτημα σε έπόμενο τεύχος των Ρυθμών... ♣



συνέχεια από τη σελ. 18

θεραπευτικές παρεμβάσεις. Ήάν αντίθετα δεν δείξει σημαντικές στενώσεις -ιδιαίτερα σε άσθενείς που καπνίζουν, έχουν ύψηλες τιμές λιπιδίων, υπέρταση η άλλους παράγοντες κινδύνου- δεν έξασφαλίζει την άπουσία μελλοντικής έμφάνησης νόσου. Ή άθηροσκληρήωση μπορεί να «δουλεύει» μέσα στο άγγειακό τοίχωμα άφανώς και άφου γνωρίζουμε ότι μπορεί να αναστραφεί με ύγιεινοδιαιτητικές παρεμβάσεις (όπως δίαιτα, έλάτωση του σωματικού βάρους, συστηματική άσκηση, διακοπή του καπνίσματος) και φαρμακευτική θεραπεία, πρέπει να λάβουμε όλα εκείνα τα μέτρα που θα διασφαλίσουν τη μακροχρόνια ύγεια των άγγείων μας.

Ήν κατακλείδι, φαίνεται ότι η στεφανιαία άρτηριογραφία έχει μικρή ικανότητα αναγνώρισης της «εύάλωτης άθηρωματικής πλάκας», διότι οι παράγοντες που οδηγούν στην άποσταθεροποίηση μιας σταθερής πλάκας προκαλούν άνωμαλίες του άγγειακού τοιχώματος που δεν άνιχνεύονται με αυτήν. Ή μέθοδος μπορεί να αναγνωρίσει μόνο τις ύψηλου βαθμού και τις άσταθείς η έξελκωμένες πλάκες. Για τους λόγους αυτούς έχουν αναπτυχθεί νέες διαγνωστικές τεχνικές με αύξημένη ικανότητα πρώιμης άπεικόνισης της «εύάλωτης πλάκας»,

συνέχεια στη σελ. 25

επικαιρα και αλλα

Ουρικό οξύ και καρδιαγγειακό σύστημα

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΓΡ. ΧΑΤΖΗΣ, ειδικευόμενος καρδιολογίας στο νοσοκομείο «Έρμθρος Σταυρός»

Το ουρικό οξύ αποτελεί το τελικό προϊόν του καταβολισμού, δηλαδή της χημικής διάσπασης των πουρινών. Οι πουρίνες είναι χημικές ουσίες οι οποίες αποτελούν απαραίτητο συστατικό όλων των ανθρώπινων ιστών και εύρισκονται σε ποικιλία τροφίμων. Η αύξηση των επιπέδων ουρικού οξέος στο αίμα σε επίπεδα άνω των 7 mg/dl όνομάζεται υπερουριχαιμία, ή οποία μπορεί να έχει δυνητικά σοβαρά και ανεπιθύμητα επακόλουθα. Συγκεκριμένα, στην περίπτωση της υπερουριχαιμίας συμβαίνει έναπόθεση κρυστάλλων ουρικού οξέος στις αρθρώσεις, στους τένοντες, στους νεφρούς και σε άλλους ιστούς και μπορεί να προκληθεί σοβαρού βαθμού φλεγμονή και ιστική βλάβη. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι πάσχοντες από υπερουριχαιμία είναι παχύσαρκοι, επιρρεπείς στην ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη και αρτηριακής υπέρτασης και έχουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση ανεπιθύμητων συμβάντων από το καρδιαγγειακό σύστημα. Ιδιαίτερα σε υπέρτασικά άτομα, η συνύπαρξη υπερουριχαιμίας αποτελεί δυσοίωνα προγνωστικό παράγοντα για την ύγεια και άκραιότητα της καρδιάς και των αγγείων. Για τους παραπάνω λόγους, είναι σκόπιμη η διατήρηση των επιπέδων του ουρικού οξέος στο φυσιολογικό.

Γενικές οδηγίες για ασθενείς με υπερουριχαιμία.

- Έλεγχος του σωματικού βάρους και προσπάθεια σταδιακής μείωσής του σε υπέρβαρα άτομα. Η απότομη μείωση του βάρους δεν συνιστάται, καθώς έχει φανεί πως οι δίαιτες που οδηγούν σε απότομη μείωση του σωματικού βάρους επιδεινώνουν την υπερουριχαιμία.
- Αύξηση της πρόσληψης υγρών ώστε να διευκολύνεται η αποβολή του ουρικού οξέος στα ούρα και να μειώνεται η πιθανότητα σχηματισμού νεφρικών λίθων ουρικού.
- Περιορισμός της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών. Το αλκοόλ αυξάνει την παραγωγή ουρικού οξέος και παράλληλα μειώνει την αποβολή του μέσω των νεφρών.



- Έλεύθερη πρόσληψη σύμπλοκων ύδατανθράκων, που περιέχονται σε τροφές με διαλυτές φυτικές ίνες (όσπρια, λαχανικά κλπ.)
 - Χαμηλή πρόσληψη λιπαρών τροφών
 - Αποφυγή υπέρμετρης πρόσληψης πρωτεϊνών
- Σε γενικές γραμμές, οι τροφές που είναι πλούσιες σε πουρίνες και συνιστάται να αποφεύγονται, περιλαμβάνουν:
- Έντοσθια, ζωμούς, σάλτσες κρέατος
 - Μύδια, σαρδέλες, καβιάρι, άντσούγιες, ρέγκα, σκουμπρι
 - Τροφές προερχόμενες από κυνήγι
 - Ζύμη
 - Μανιτάρια, σπανάκι, σπαράγγια, άρακάς, φασόλια
- Τροφές που μπορεί να είναι ωφέλιμες σε άτομα με αυξημένο ουρικό οξύ, περιλαμβάνουν :
- Μαύρα κεράσια, τα οποία περιέχουν χημικές ουσίες που φαίνεται ότι ελαττώνουν τα επίπεδα του ουρικού οξέος και μειώνουν τη φλεγμονή
 - Προϊόντα σόγιας
 - Λιπαρά όξέα που περιέχονται σε ψάρια όπως ο σολωμός, και ακόμη στο ελαιόλαδο ή στα καρύδια, μπορεί να επιδρούν ευνοϊκά στη φλεγμονή.


24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης

Πρόσφατα επισκεφθήκατε το γιατρό σας και σας σύστησε να προγραμματίσετε εξέταση 24ωρης καταγραφής της αρτηριακής πίεσης ή άλλως Holter πίεσης. Παρακάτω θα βρείτε ορισμένες πληροφορίες σχετικά με την εξέταση αυτή, που ίσως σας φανούν χρήσιμες. Κατ' αρχήν πρόκειται για μία μη επεμβατική εξέταση και συγκεκριμένα χρησιμοποιείται μία συσκευή στο μέγεθος walkman, ή οποία συνδέεται μέσω καλωδίου με περιχειρίδα που εφαρμόζει στο βραχίονά σας, όπως ακριβώς συμβαίνει με το κλασικό πιεσόμετρο. Η συσκευή είναι προγραμματισμένη να μετράει τακτικά την πίεσή σας στη

διάρκεια του 24ωρου (περίπου κάθε 15 λεπτά την ημέρα και ιδιαίτερα, ανά μισή περίπου ώρα τη νύχτα) και εφαρμόζεται με ζώνη γύρω από τη μέση σας. Σημαντικό είναι να κάνετε την εξέταση σε μία τυπική για εσάς εργάσιμη ημέρα, προκειμένου να είναι πιο αξιόπιστες οι παρατηρούμενες διακυμάνσεις της πίεσής σας. Επίσης, την ημέρα της εξέτασης δεν χρειάζεται να περιορίσετε τη σωματική σας δραστηριότητα για τον ίδιο ακριβώς λόγο. Οί λόγοι για να υποβληθείτε σε μία τέτοια εξέταση μπορεί να είναι ποικίλοι. Για παράδειγμα μπορεί οι τιμές της πίεσής σας να είναι όριακές στις μετρήσεις του ία-

τρείου και στο σπίτι σας, όποτε μπορεί να χρειάζεται πιο ένδελεχης έλεγχος. Μπορεί, επίσης, να υπάρχει ή υποψία ότι εμφανίζετε το φαινόμενο της «υπέρτασης της λευκής μπλούζας» και ο γιατρός σας να θέλει να το επιβεβαιώσει, ή ακόμη, αν είστε ντ'ωτος υπέρταστικός ή/και ή πίεσή σας δέν ρυθμίζεται παρά τή φαρμακευτική άγωγή, ή εξέταση Holter θα δώσει περισσότερες πληροφορίες. Τέλος, μιá χρήσιμη επιπλέον πληροφορία πού δίνει τó Holter άφορά στή συμπεριφορά της πίεσής σας τις βραδυνές ώρες. Συγκεκριμένα φαίνεται αν ή πίεση της νύκτας είναι κατά 10% τουλάχιστο μικρότερη σε σχέση με

τήν αντίστοιχη της ήμέρας (κάτι πού άποτελεί φυσιολογικό φαινόμενο), όποτε άνήκετε στην κατηγορία των dippers, ή αν δέν συμβαίνει αυτό θα χαρακτηριστείτε ως non-dipper, γεγονός με σημασία για την καρδιαγγειακή σας πρόγνωση, όπως διάφορες μελέτες έχουν δείξει κατά καιρούς.

Η 24ωρη λοιπόν καταγραφή της άρτηριακής πίεσης άποτελεί εξέταση μη επεμβατική και σχετικά φτηνή, ή όποια δίνει πολύτιμες πληροφορίες πού μπορεί να καθοδηγήσουν άποφασιστικά τόν γιατρό σας στή λήψη άποφάσεων για τó δικό σας καρδιαγγειακό όφελος. 



Σακχαρώδης διαβήτης και καρδιαγγειακή νόσος

ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ ΤΑΞΙΑΡΧΟΥ, ειδικευόμενος καρδιολογίας αντιυπερτασικού ιατρού, Ίπποκράτειο ΓΝΑ

Ο κύριος Γ.Π. έχει ένα δυσοίωνα οικογενειακό ιστορικό. Οί δυο γονείς του είχαν μη ίνσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, ενώ και οί δυο άπεβίωσαν άπό καρδιακή νόσο, τή πιο κοινή αίτια θανάτου στους διαβητικούς άσθενείς. Άπό τήν ηλικία των 40, ο κύριος Γ.Π. παρουσίασε άρτηριακή υπέρταση, ή όποια εμφανίζεται με άυξημένη συχνότητα στους διαβητικούς και άποτελεί επίσης άπειλή για καρδιαγγειακά νοσήματα. Όταν ο γιατρός του διέγνωση ότι πάσχει και άπό σακχαρώδη διαβήτη στην ηλικία των 60, ο κ. Γ.Π. προσπάθησε χωρίς επιτυχία να έλεγξει τó σάκκαρό του. Τά πράγματα ίσως ήταν διαφορετικά αν είχε δώσει σημασία σε ένα άυξημένο άίσθημα δίψας πού εμφανίζετο άπό τά 50, ένα σημάδι για άυξημένο σάκκαρο στο αίμα.

Γιά πολλά χρόνια τώρα, είναι γνωστό ότι τά άυξημένα επίπεδα σακχάρου στο αίμα βλάπτουν τήν καρδιά. Άν κάποιος πάσχει άπό σακχαρώδη διαβήτη, έχει 2-4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου άπό καρδιακό ή έγκεφαλικό έπεισόδιο σε σχέση με τόν άσθενή πού έχει ήδη παρουσίασει έμφραγμα μυοκαρδίου. Μιά πρόσφατη μελέτη πού δημοσιεύτηκε στο New England Journal of Medicine άπέδειξε ότι ή επιθετική μείωση των τιμών του σακχάρου στο αίμα, μπορεί να μειώσει τουλάχιστον στο μισό τόν κίνδυνο καρδιακού ή έγκεφαλικού έπεισοδίου.

Άπό τήν άλλη πλευρά, είναι συχνό και παράλληλα δυσάρεστο τó φαινόμενο ή καρδιαγγειακή νόσος να άποτελεί τήν πρώτη ένδειξη για τή διερεύνηση ύπαρξης σακχαρώδη διαβήτη. Μέχρι να φτάσει ή στιγμή κάποιος άσθενής, όπως ο κ. Γ.Π., να έπισημάνει τά συμπτώματα πού εμφανίζει λόγω του σακχάρου στο γιατρό του, ή καρδιά μπορεί να έχει ήδη ύποστει βλάβη. Έτσι, δέν είναι σπάνιες οί περιπτώσεις πού γιατρός των έπειγόντων περιστατικών άνακαλύπτει πρώτος τήν ύπαρξη σακχαρώ-

δη διαβήτη σε άσθενή πού προσήλθε για καρδιακό έπεισόδιο.


Πριν τή διάγνωση του διαβήτη, ο κύριος Γ.Π. θυμάται να έχει κάνει μόνο εξετάσεις χοληστερίνης. Είχε άυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων και άνισοχυμικά μειωμένα επίπεδα HDL, δηλαδή της καλής χοληστερόλης, ένα μεταβολικό προφίλ πού συνδέεται τόσο με τó σακχαρώδη διαβήτη όσο και με τήν καρδιαγγειακή νόσο.

Έτσι, δέν πρέπει να ξεχνούμε όταν βλέπουμε ένα κακό λιπιδαιμικό προφίλ, όπως για παράδειγμα άυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων ή χαμηλή HDL, να έλέγξουμε και τά επίπεδα του σακχάρου στο αίμα για να άποκλείσουμε τήν ύπαρξη μιās προδιαβητικής κατάστασης. Άλλωστε, ή καρδιαγγειακή νόσος ξεκινά στα άρχικά στάδια του διαβήτη και, ίσως, πριν διαπιστώσουμε ότι τά επίπεδα του σακχάρου είναι ύψηλά.

Έχουμε πλέον κατανοήσει, ότι ή συνύπαρξη διαβήτη

και καρδιαγγειακής νόσου δέν άποτελεί άπλή σύμπτωση, άλλα οί δυο καταστάσεις συνδέονται στενά μεταξύ τους, μιās και φαίνεται να μοιράζονται κοινούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς. Ο σακχαρώδης διαβήτης σχετίζεται με τó μεταβολισμό, μιá διαδικασία πού περιλαμβάνει και τή χοληστερόλη, ή όποια συμβάλλει στή εξέλιξη της άθηρωμάτωσης. Έχει βρεθεί μιá ομάδα υποδοχών πού βρίσκονται στον κυτταρικό πυρήνα και μέσω γονιδιακής ένεργοποίησης, προκαλούν ένδοκυτταρικές και έξωκυτταρικές μεταβολές. Έτσι οί συγκεκριμένοι υποδοχείς ρυθμίζουν τó κυτταρικό λίπος, τά λιπίδια, τó σάκκαρο και έμμέσως τήν ίνσουλίνη.

Φαίνεται ότι ή δράση φαρμάκων όπως οί φιμπράτες πού μειώνουν τή χοληστερόλη και οί θιαζολιδινεδιόνες πού άυξάνουν τήν ευαισθησία στην ίνσουλίνη και

συνέχεια στή σελ. 32 



ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ

Κέντρο Ύγείας Τσοτυλίου

ΕΥΧΑΡΙΣ ΦΙΛΕΛΗ, γενικός γιατρός,
διευθύντρια Κέντρου Ύγείας Τσοτυλίου Κοζάνης

Το Τσοτύλι, είναι μία κομώπολη χτισμένη σε ύψομετρο 800 μ. περίπου, πάνω στην εθνική οδό Κοζάνης - Ίωαννίνων. Ἀπέχει 65 χλμ. από την πρωτεύουσα του νομού, την Κοζάνη, και ανήκει στην ἐπαρχία Βοΐου.

Ἡ ἱστορική μας κομώπολη είναι εὐρύτερα γνωστή για τὸ ἱστορικό γυμνάσιο και τὸ οἰκοτροφείο της. Ἡ ἱστορία τοῦ γυμνασίου μᾶς παραπέμπει στὰ τέλη τοῦ 19ου αἰώνα ὁπότε και ἰδρύθηκε με προσωπική διαταγή τοῦ Σουλτάνου. Ἦταν τὸ πρῶτο σχολεῖο δευτεροβάθμιας ἐκπαίδευσης στὴν τουρκοκρατούμενη Δ. Μακεδονία και χτίστηκε μετὰ ἀπὸ ἐνέργειες πλούσιου ἐργολάβου ποῦ καταγόταν ἀπὸ τὴν περιοχή μας. Τέθηκε ὑπὸ τὴν αἰγίδα τοῦ Πατριαρχείου και στελεχώθηκε με δασκάλους ποῦ δίδασκαν στὰ παιδιά τῆς εὐρύτερης περιοχῆς τὴν ἑλληνική γλῶσσα.

Στὰ νεώτερα χρόνια και ἀπὸ τὶς ἀρχές τῆς δεκαετίας τοῦ 1960 ἕως και τὰ τέλη τῆς δεκαετίας τοῦ 1970, τὸ οἰκοτροφείο και τὸ γυμνάσιο Τσοτυλίου ἔγινε γνωστὸ στὸ Πανελλήνιο για τὴν αὐστηρότητα και τὴν πειθαρχία ποῦ χαρακτηρίζαν. Γι' αὐτὸ και φοιτοῦσαν ἐδῶ ὅλοι οἱ ἄτακτοι μωθηῆς ἀπὸ ὅλη τὴν Ἑλλάδα. Ἐχει φτάσει ὡς τὶς μέρες μας ἡ φράση «ἀπειλή» ἀπὸ τοὺς γονεῖς "θὰ σὲ στείλω στὸ Τσοτύλι". Ἐκτὸς ὅμως ἀπὸ τὸ ἱστορικό γυμνάσιο και τὸ οἰκοτροφείο ἡ περιοχή τοῦ ἄνω Βοΐου ἔχει μία πανέμορφη φύση, ἴσως ἀπὸ τὶς ὁμορφότερες τῆς ὄρεινῆς Ἑλλάδας, με ὁμορφα χωριὰ σκαρφαλωμένα στὰ βουνὰ τῆς Πίνδου με σπίτια και γεφύρια πέτρινα χτισμένα ἀπὸ τοὺς πολλοὺς ντόπιους μαστόρους. Ἐνας παράδεισος για φυσιολάτρες και περπατητές. Ἡ περιοχή μας ὅμως μετὰ τὸν Β' Παγκόσμιο πόλεμο και ἀμέσως μετὰ τὸν ἐμφύλιο ἄρχισε νὰ πληττεῖται ἀπὸ τὴν μετανάστευση, ἐσωτερική, πρὸς τὴν Εὐρώπη, τὴν Ἀμερική, τὴν Ἀφρική. Ὁ πληθυσμὸς ποῦ ἀπέμεινε ἀσχολεῖται με τὴ γεωργία και τὴν κτηνοτροφία.

Τὸ Κέντρο Ύγείας

Τὸ Κέντρο Ύγείας Τσοτυλίου ἐξυπηρετεῖ τὴν περιοχή τοῦ Ἄνω Βοΐου ποῦ ἀπαρτίζεται ἀπὸ τοὺς Δήμους Τσοτυλίου και Νεαπόλεως και ἀπὸ τὶς Κοινότητες Πενηταλόφου και Ἀρρένων. Στὸ Κέντρο Ύγείας ὑπηρετοῦν τρεῖς γενικοί ἰατροί, μία παθολόγος και δυὸ ὀδοντίατροι. Ἐπὶ ἔτις ἔτις δυὸ θέσεις ἀγροτικῶν ἰατρῶν. Ἐπηρετοῦν πέντε νοσηλεύτριες, μία μαία, μία φυσιοθεραπεύτρια, ἕνας ἐπισκέπτης ὑγείας, μία βοηθὸς ἀκτινολόγος, τρεῖς ὀδηγοὶ ἀσθενοφόρου, τρεῖς τραυματιοφορεῖς, ἕνας συντηρητῆς κτηρίου, ἕνας νυκτοφύλακας, δυὸ καθαρίστριες και μία διοικητική ὑπάλληλος. Δὲν ἔχουμε στὸ Κέντρο Ύγείας, δυστυχῶς, ἐδῶ και δυὸ χρόνια τεχνολόγο μικροβιολογικοῦ ἐργαστηρίου. Ἐξυπηρετούμαστε μία φορὰ τὴν ἐβδομάδα ἀπὸ τὸ νοσοκομεῖο Κοζάνης, ὅμως αὐτὸ εἶναι μία λύση ἀνάγκης. Ἐλπίζουμε νὰ καλυφθεῖ γρήγορα τὸ κενὸ για τὴν καλύτερη ἐξυπηρέτηση



τῶν ἀσθενῶν μας ἀλλὰ και για νὰ μπορούμε και ἔμεῖς οἱ γιατροὶ νὰ ἀποκοῦμε πληρέστερη εἰκόνα για τὴν κατάσταση τῆς ὑγείας τῶν ἀσθενῶν μας.

Στὸ Κέντρο Ύγείας ὑπάγονται 10 Περιφερειακὰ Ἱατρεία στὰ ὁποῖα, ὅταν εἶναι πλήρη, ὑπηρετοῦν 11 ἀγροτικοὶ ἰατροὶ -τὸ Περιφερειακὸ Ἱατρεῖο Νεάπολης εἶναι διθέσιο- οἱ ὁποῖοι ἐφημερεύουν ὅλοι στὸ Κέντρο Ύγείας Τσοτυλίου. Διαθέτουμε στὸ Κέντρο Ύγείας ἕνα ἀσθενοφόρο. Οἱ ἀσθενεῖς ποῦ ἐπισκέπτονται τὸ Κέντρο Ύγείας εἶναι κυρίως ἄτομα τρίτης ἡλικίας γι' αὐτὸ τὰ καρδιαγγειακὰ νοσήματα εἶναι αὐτὰ ἀπὸ τὰ ὁποῖα συνήθως πάσχουν.

Τὸ Κέντρο Ύγείας Τσοτυλίου βρίσκεται σε μία ὄρεινη περιοχή με ἕναν πληθυσμὸ ποῦ ἀποτελεῖται σε ποσοστὸ πάνω ἀπὸ τὸ 70% ἀπὸ ἄτομα τῆς τρίτης ἡλικίας. Ἐχει πολλὰ μικρὰ χωριὰ ποῦ τὸ χειμῶνα εἶναι δύσκολα προσβάσιμα με ἕνα ἀσθενοφόρο συμβατικό, γι' αὐτὸ περιμένουμε νὰ ἀνταποκριθεῖ θετικά τὸ Ἐπιχειρηματεῖο Ύγείας και Κοινωνικῆς Ἀλληλεγγύης στὸ αἴτημά μας, ποῦ ἔχει ἤδη διαβιβασθεῖ ἀπὸ τὸ ΔΥΠΕ Δ. Μακεδονίας, και νὰ μᾶς χορηγήσει ἕνα ἀσθενοφόρο με τετρακίνηση. Ἐπίσης, περιμένουμε ἀπὸ τὴν πολιτεία νὰ στελεχώσει με νοσηλευτικό, διοικητικό, παραϊατρικό ἀλλὰ και ἰατρικό προσωπικό τὰ Κέντρα Ύγείας για νὰ μὴν νοιώθουν οἱ κάτοικοι τῆς περιφέρειας παραμελημένοι. ❤️



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 22

ἀναίμακτες ἢ ἐπεμβατικές, ὅπως εἶναι ἡ ὑπερηχογραφία, ἡ ἐνδαγγειακή θερμογραφία ἢ ἡ μαγνητική τομογραφία, ἡ ὀπτική συνεκτική τομογραφία, ἡ ἔλαστογραφία και ἡ infrared φασματογραφία. Κύριο και πλέον διαδεδομένο "ἐκπρόσωπο" αὐτῶν ἀποτελεῖ ἡ ἐνδοστεφανιαία ὑπερηχογραφία και ἰδιαίτερα ἡ νέα μέθοδος ἐνδαγγειακῆς ὑπερηχογραφίας «εἰκονικῆς πραγματικότητας», ποῦ εἶναι δυνατὸν νὰ ἀποδώσει και ἱστολογικοῦ τύπου πληροφορίες για τὴ σύσταση τῶν πλάκων. ❤️



ὅσο ἔπρεπε. Καὶ ἡ φωνὴ τοῦ τραγουδιστῆ ἀγριεύει. Προτοῦ λοιπὸν καὶ ἡ δική σας φωνὴ γίνεῖ πολὺ βραχνή, πετάξτε το. Θὰ δείτε τὸ ὄφελος σὲ λίγους μῆνες



Κολπικὴ μαρμαρυγὴ καὶ διαφραγματοκίλη

Εἶμαι ἄνδρας 74 ἐτῶν καὶ ἀπὸ 15ετίας πάσχω ἀπὸ παροξυσμικὴ κολπικὴ μαρμαρυγὴ. Ἐπίσης πάσχω ἀπὸ ὀλισθαίνουσα διαφραγματοκίλη μετὰ γαστρίτιδος (γαστρο-δωδεκαδακτυλίτιδος) καὶ οἰσοφαγίτιδος, ὡς προκύπτει ἐκ τῆς ἐσωκλειομένης ἀπὸ 9/11/2001 ἐκθέσεως γαστροσκοπίσεως. Τὰ ἐπεισόδια τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς ἦσαν ἀραιὰ (1-2 μηνιαίως). Ἀπὸ ἔτη ἔχουν πυκνώσει (ἀνὰ 3-10 ἡμέρας). Ἐνταρρυθμικὸν φάρμακον παίρνω μόνον Rhythmonorm 150 (2 tabl.) καὶ μόνον διὰ τὴν ἀνάταξιν τῆς κρίσεως, ἡ ὁποία ἀνατάσσεται μετὰ 4-6 ὥρες. Ἐρωτῶ ἂν αἰτία τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς μπορεῖ νὰ εἶναι ἡ ὡς ἄνω διαφραγματοκίλη κλπ; Τὰ triplex καρδιάς, τὰ holter πιέσεως καὶ ρυθμοῦ, τὰ ὁποῖα ἔκανα πρὸ μηνὸς εἶναι φυσιολογικά. Ἡ συχνότης τῶν καρδιακῶν παλμῶν μου εἶναι 50-55 ἀνὰ λεπτό. Τὸ βᾶρος μου εἶναι 68 Kg. Δὲν καπνίζω. Ἄσκούμαι καθημερινῶς. Ἀκολουθῶ τὴ μεσογειακὴ διατροφή. Δυστυχῶς ξευκτώθω καὶ ἔχω πολὺ ἄγχος λόγῳ φόρτου ἐργασίας καὶ διότι εἶμαι «τύπος προσωπικότητος Α»!!

Διον. Λεον. - Ν. Κηφισιά

Ἡ παροξυσμικὴ κολπικὴ μαρμαρυγὴ ἔχει γίνεῖ συχνότερη σ' ἐσᾶς καὶ κάθε κρίση, ἴσως, διαρκεῖ περισσότερο. Τὸ φάρμακο Rhythmonorm ποὺ παίρνετε εἶναι τὸ κατάλληλο γιὰ σᾶς, ἀφοῦ ἡ κρίση ἀνατάσσεται μετὰ 4-6 ὥρες. Ἡ διαφραγματοκίλη δὲν εἶναι ἡ αἰτία τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς παρ' ὅλο ὅτι ἡ πάθησις αὐτή, ἰδίως μετὰ ἀπὸ φαγητὸ βαρὺ, μπορεῖ ν' ἀποτελέσει ἐκλυτικὸ παράγοντα. Τὸ φαγητὸ θὰ πρέπει νὰ εἶναι πιὸ λίγο καὶ ἴσως περισσότερες ἀπὸ δύο ἢ τρεῖς φορές τὴν ἡμέρα, μὲ δειπνο νωρὴς τὸ βράδυ, ὥστε πρὶν τὴν κατάκλιση νὰ ἔχετε τουλάχιστον δύο-τρεις ὥρες γιὰ τὴν πέψη. Ἡ πάθησις ἔχει σχέση μὲ τὴν ἡλικία, ἐμφανιζόμενη σὲ μία κατηγορία ἡλικιωμένων. Γιὰ τὸ λόγο αὐτὸ σπανίως βλέπουμε κολπικὴ μαρμαρυγὴ, ἢ καὶ καθόλου, σὲ νέους 10-20 ἐτῶν. Ὁ φόρτος ἐργασίας καὶ τὸ πολὺ ἄγχος μπορεῖ νὰ δράσουν ἐπίσης ὡς ἐκλυτικὸι παράγοντες, δηλαδὴ νὰ διευκολύνουν τὴν ἐμφάνισιν τῆς κρίσεως. Ἀσφαλῶς ἐὰν βρεῖτε χρόνο γιὰ ψυχαγωγία καὶ ἀνάπαυση μὲ ὕπνο καλὸ, μὲ τὴ σοφία ποὺ ἔχει ἡ ἡλικία τῶν 74 ἐτῶν, οἱ κρίσεις σας πιθανότατα θὰ ἀραιώσουν. Πάντως, σὲ ἀρκετὲς περιπτώσεις, αὐτοῦ τοῦ τύπου ἡ κολπικὴ μαρμαρυγὴ μεταπίπτει σὲ μόνιμη καὶ τότε συνήθως τὰ πρόσωπα ἀπαλλάσσονται ἀπὸ ἐνοχλήσεις μὲ φαρμακευτικὴ ρύθμισιν τῶν σφυγμῶν στοὺς 60-70 τὸ λεπτό. Ἀπαραίτητη εἶναι ἡ ἀντιπηκτικὴ ἀγωγή στὴ φάση ποὺ εἶστε τᾶρα ἀλλὰ καὶ σὲ ἐνδεχόμενη μόνιμη μαρμαρυγὴ τῶν κόλπων. 🍷



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 31

ἐξετάσεις αἵματος ἀφ' ἐνὸς γιὰ νὰ ξέρουμε ὅτι μὲ τὴ φαρμακευτικὴ ἀγωγή πέτυχε τὴ τιμὴ στόχο τῆς LDL καὶ ἀφ' ἑτέρου ὅτι δὲν τὸν ἐπηρεάζει τὸ φάρμακο στὸ συκώτι. Ἐὰν τὸν πειράξει τὸν διαβεβαίωσε ὁ γιατρός πὸς διακόπτοντάς το δὲν προκαλεῖται καμία βλάβη στὸ συκώτι του, καὶ μποροῦν νὰ δοκιμάσουν ξανά μὲ ἄλλο φάρμακο τῆς ἴδιας οἰκογένειας.

Ἐφυγε ἀπὸ τὸ ραντεβού του ἀρκετὰ ἀνακουφι-

σμένος καὶ πεπεισμένος πὸς πρέπει νὰ ἀρχίσει τὴ φαρμακευτικὴ ἀγωγή χωρὶς φόβους καὶ τύψεις. Γνωρίζοντας πὸς οἱ στατίνες μετὰ ἀπὸ πέντε χρόνια συνεχοῦς λήψης μειώνουν τὸν κίνδυνο ἐμφάνισιν ἐμφράγματος τοῦ μυοκαρδίου κατὰ 30-40% ἴσως αὐτὸς ὁ ἄνθρωπος νὰ γλιτώσει, μὲ αὐτὴ τὴν ἐπίσκεψιν σὲ ἓνα ὑπολιπιδαιμικὸ ἱατρεῖο, ἓνα ἔμφραγμα ποὺ θὰ ἐμφανιζόταν μέσα στὰ ἐπόμενα χρόνια. 🍷

ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

Τὰ καρδιαγγειακά νοσήματα ἀποτελοῦν σήμερα τὴν πρώτη αἰτία θανάτου στὸ Δυτικὸ κόσμο καὶ τὴν Ἑλλάδα. Κι ὁμως! Υπάρχουν λύσεις.

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

Δώστε σὲ γνωστούς καὶ φίλους αὐτὸ τὸ ἀπαντητικὸ δελτίο γιὰ νὰ γίνουν ἀποδέκτες τοῦ περιοδικοῦ «**Στοὺς ρυθμούς τῆς καρδιάς**» ἢ ἀνοίξτε τὸ δρόμο κἀνοντάς τους δωρὸν τὴν ἐγγραφή.

ΚΑΙ ΜΗΝ ΞΕΧΝΑΤΕ ΝΑ ΑΝΑΝΕΩΣΤΕ ΤΗ ΔΙΚΗ ΣΑΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΣΤΟ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

ΟΝΟΜΑ.....ΕΠΩΝΥΜΟ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΗΛΙΚΙΑ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΟΔΟΣΑΡΙΘ.....Τ.Κ.....

ΣΥΝΟΙΚΙΑ.....ΠΟΛΗ.....ΤΗΛ:.....

Ἐχει κάποιον μέλος τῆς οἰκογένειάς σας καρδιολογικά προβλήματα; **ΝΑΙ**.....**ΟΧΙ**.....

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

€ 15

€ 30

Ἐπογραφή.....

οικονομικοί παλμοί

Σχολική εκπαίδευση κατά τών ουσιών

ΓΑΛΗΝΗ ΦΟΥΡΑ, δημοσιογράφος

Στά σχολεία στρέφονται τώρα οί υπηρεσίες υγείας για την πρόληψη τής χρήσης ναρκωτικών. Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας για την κατάσταση του προβλήματος τών ναρκωτικών στην Ευρώπη, σέ όλα τά κράτη-μέλη, τά σχολεία θεωρούνται πλέον ό σημαντικότερος χώρος για την καθολική πρόληψη και εκεί δίνουν έμφαση οί εθνικές στρατηγικές.

Στην έκθεση διαπιστώνεται ότι αύξηθηκε ό αριθμός τών χωρών, πού για πρώτη φορά θέσπισαν τέτοια προγράμματα, όπως ή Δανία. Άλλες χώρες όπως ή Γερμανία, επέκτειναν τή δράση τους, ενώ ή Γαλλία και ή Ίταλία επεξεργάζονται διαρθρωμένα προγράμματα πρόληψης. Τιμητική αναφορά γίνεται στην έκθεση για την Ήλλάδα.

«Ή Ήλλάδα αποτελεί ένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικό παράδειγμα» επισημαίνεται, «μετατόπισης από τις παραδοσιακές πολιτικές πρόληψης πού βασίζονται στην πληροφόρηση και τις άτομικές συμβουλευτικές προσέγγισης, στην ύλοποίηση μίας στρατηγικής πρόληψης μέσω προγραμμάτων. Ό αριθμός τών προγραμμάτων πρόληψης στά σχολεία υπερδιπλασιάστηκε κατά την τριετία 2000-2003, ενώ τά προγράμματα πού βασίζονται στην οικογένεια τριπλασιάστηκαν».

Άπό την αξιολόγηση προγραμμάτων πού ύλοποιήθηκαν στην Άγγλία διαπιστώθηκε άλλωστε, ότι ό συνδυασμός τής σχολικής εκπαίδευσης για τά ναρκωτικά με την έμπλοκή τών γονέων, τις έκστρατείες τών μέσων ενημέρωσης, τις τοπικές πρωτοβουλίες για την υγεία και τις τοπικές συμπράξεις, είναι άκόμη άπολεσματικότερος.

Κύριος στόχος τής επικεντρωμένης πρόληψης στά σχολεία, είναι ή παρέμβαση για την αντιμετώπιση τών κρίσεων και ό έγκαιρος έντοπισμός τών μαθητών με προβλήματα. Στόχος είναι οί μαθητές πού αντιμετωπίζουν κίνδυνο νά μñ εγκαταλείψουν τó σχολείο, ή νά μñ άποβληθούν άπό αυτό, επιδεινώνοντας με τόν τρόπο αυτό την κατάσταση τους.

Τέτοιες προσεγγίσεις στό πλαίσιο προγραμμάτων

υπάρχουν στή Γερμανία, την Ίρλανδία, τó Λουξεμβούργο και την Αυστρία, ενώ στην Πολωνία και την Φινλανδία προβλέπονται μαθήματα κατάρτισης τών εκπαιδευτικών. Στην Ίρλανδία μάλιστα έχει δημιουργηθεί μία νέα υπηρεσία έντατικής εκπαιδευτικής πρόνοιας, ή όποια συνεργάζεται με σχολεία και οικογένειες σέ περιοχές πού διαπιστώνεται μñ ίκανοποιητική προσέλευση τών παιδιών στά σχολεία.

Τó ευρωπαϊκό πρόγραμμα έρευνών στό μαθητικό πληθυσμό σχετικά με τó άλκοολ και τά άλλα ναρκωτικά (ESPAD), είναι μία σημαντική πηγή πληροφοριών για την κατανόηση τών τάσεων τής χρήσης ουσιών άπό τούς νέους. Σύμφωνα με την τελευταία έρευνα πού διεξήγαγε, ή κάνναβη είναι με διαφορά ή συνηθέστερα χρησιμοποιούμενη παράνομη ναρκωτική ουσία. Ένώ εκτιμάται ότι έως και τρία εκατομμύρια άνθρωποι, κυρίως νέοι άνδρες, κάνουν ένδοχομένως χρήση τής ουσίας σέ καθημερινή βάση, οί πληροφορίες σχετικά με τó βαθμό στόν όποίο ή χρήση κάνναβης δημιουργεί προβλήματα δημόσιας υγείας, είναι λιγοστές. Ή έκταση είναι ή δεύτερη συχνότερα χρησιμοποιούμενη ουσία, ενώ ή χρήση άμφεταμινών, LSD και άλλων παραισθησιογόνων είναι σχετικά χαμηλή. Άλλα ναρκωτικά πού χρησιμοποιούνται άπό τούς μαθητές, είναι τά ήρεμιστικά και τά κατασταλτικά, άλλα και εισπνεόμενες ουσίες.

Ποσοστό 1% -11% τών ενήλικων στις χώρες τής Ευρωπαϊκής Ένωσης δηλώνουν ότι έχουν κάνει χρήση κάνναβης τó τελευταίο δωδεκάμηνο. Ή Μάλτα, ή Ήλλάδα και ή Σουηδία έμφανίζουν τά χαμηλότερα ποσοστά, ενώ ή Τσεχική Δημοκρατία, ή Ίσπανία και τó Ήνωμένο Βασίλειο τά υψηλότερα. Οί άτομικές άξίες και ή συμπεριφορά τών νέων έπηρεάζονται, όπως αναφέρεται, άπό τó Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, άπό αυτό πού θεωρείται φυσιολογικό σέ ένα δεδομένο κοινωνικό περιβάλλον. Έάν οί νέοι θεωρούν την πειραματική χρήση κάνναβης «φυσιολογική»

συνέχεια στή σελ. 29 ▸



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Κοινοφελές Ίδρυμα

Βασ. Σοφίας 133 - 115 21 Αθήνα

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

κουζίνα

‘Η διαίτα τής φίλης, τής φίλης τής φίλης μου!!!

ΝΤΙΝΑ ΠΑΛΛΙΟΥ, διατροφολόγος-διαιτολόγος

Οί γιορτές πέρασαν αλλά στους περισσότερους ἄρσαν κάποια ἐπιπλέον κιλά. Καί τώρα τί κάνουμε; ‘Όλοι νομίζω ἔχουμε φίλους πού ἔχουν ἀδυνατίσει μέ διάφορες δίαιτες καί ἔχασαν σέ λίγους μήνες πολλά κιλά! Δίαιτες πού οὐσιαστικά τρῶς ὅσο θέλεις ἀπό κάποιες ὁμάδες τροφίμων καί καθόλου ἀπό τίς ὑπόλοιπες. Γιατί νά μὴ ἀκολουθήσουμε καί ἔμεις αὐτές τίς δίαιτες; Διηλαθὴ «μὴ ἰσορροπημένες ὑποθερμιδικές δίαιτες»!

Οί μί-ἰσορροπημένες ὑποθερμιδικές δίαιτες χαρακτηρίζονται ἀπὸ ἀνεπάρκεια μακροθρεπτικῶν συστατικῶν (πρωτεΐνες, λίπη, ὑδατάνθρακες) καί ἔλλειψη μικροθρεπτικῶν συστατικῶν (βιταμίνες, ἰκνοστοιχεῖα), πού σημαίνει ὅτι ὁ ὀργανισμὸς δὲν καλύπτει τίς ἀνάγκες του σέ θρεπτικά συστατικά. Πρακτικά δίνουν ἔμφαση στήν κατανάλωση κάποιων ἰδιαίτερων ὁμάδων τροφίμων (ὑδατάνθρακες, πρωτεΐνες ἢ λίπος) καί ἀπαγορεύουν τίς ὑπόλοιπες. Οἱ δίαιτες αὐτές διακρίνονται σέ διάφορους τύπους.

- Οἱ κετογονικές δίαιτες, οἱ ὁποῖες εἶναι ὑψηλές σέ πρωτεΐνες καί λίπος καί χαμηλές σέ ὑδατάνθρακες. Οἱ ὑποστηρικτές τους ἀναφέρουν ὅτι ἡ παραγωγή κετονῶν ὀδηγεῖ σέ μείωση τῆς ὀρεξης, ἀλλά ἡ ἀποτελεσματικότητά τους στήν μείωση τῆς πρόσληψης τροφῆς δὲν ἔχει ἀποδειχθεῖ. Τέτοιες δίαιτες περιέχουν χαμηλές ποσότητες σέ βιταμίνη C καί μπορεῖ νά προκαλέσουν καί ἀπώλεια ἀσβεστίου. ‘Η ὑψηλὴ παραγωγή οὐρικού ὀξέος μπορεῖ νά εἶναι ἐπικίνδυνη γιὰ τὰ νεφρά. ‘Επιπλέον τέτοιες δίαιτες ἔχουν ὑψηλὴ περιεκτικότητα σέ χοληστερόλη, ἀντένδειξη γιὰ ὑπερχοληστερολαιμικά ἄτομα. ‘Ενῶ ἀπὸ τίς πιὸ συχνές παρενέργειές τους εἶναι ἡ ναυτία, ἡ ὑπόταση καί κόπωση.

- Δίαιτες πλούσιες σέ πρωτεΐνες καί φτωχές σέ λίπος καί ὑδατάνθρακες. ‘Ανήκουν ἐπίσης στίς κετογονικές, μέ τίς γνωστές παρενέργειες ναυτία, ὑπόταση καί κόπωση. Εἶναι πλούσιες σέ κορεσμένα λιπαρά ὀξέα καί χοληστερόλη καί χαμηλῆς περιεκτικότητας σέ βιταμίνες A, C καί θειαμίνη ἀλλά καί σέ σίδηρο. ‘Η ποσότητα τῆς χοληστερόλης πού περιέχουν μπορεῖ νά εἶναι ἀκόμα καί τριπλάσια ἀπὸ ὅτι μῆς φυσιολογικῆς διατροφῆς.

- Δίαιτες πλούσιες σέ ὑδατάνθρακες, χαμηλές σέ πρωτεΐνες καί λίπος. Τέτοιου τύπου δίαιτες εἶναι πλούσιες σέ φρούτα, λαχανικά, ψωμί καί δημητριακά. Δὲν περιέχουν καθόλου πρόσθετο λίπος (οὔτε λάδι) ἢ γαλακτοκομικά προϊόντα ἐκτὸς ἀπὸ αὐτὰ μέ χαμηλὴ περιεκτικότητα σέ λίπος. Συχνὰ σέ τέτοιες δίαιτες ἀπαγορεύεται ἡ ζάχαρη. ‘Όταν ἀκολουθηθεῖ πιστὰ μὴ τέτοια δίαιτα ἔχουμε χαμηλὴ πρόσληψη σέ ἀλάτι, σίδηρο, ἀπαραίτητα λιπαρά ὀξέα, καί λιποδιαλυτὲς βιταμίνες.

Πολλοὶ εἶναι αὐτοὶ πού ἀπλὰ θὰ ἀκολουθήσουν τὴν γνωστὴ λύση τῆς «ἀραγίας». Κοινῶς δὲν τρῶνε ἢ τρῶνε ὅσο λιγότερο μποροῦνε (<500 θερμίδες). Τὸ πρόβλημα τῆς ἀπόλυτης νηστείας δὲν εἶναι μόνο ἡ μείωση τοῦ λι-



πώδους ἴστου ἀλλὰ ἡ ἄλιπη- ἄνδρη μάζα σώματος πού χάνεται. ‘Η ἄλιπη- ἄνδρη μάζα σώματος εἶναι ἡ μάζα σώματος πού ἀπομένει ἐὰν ἀφαιρεθεῖ ὁ λιπώδης ἴστος καί τὰ ὑγρά του σώματος, δηλαδή ὁ σκελετὸς -ὀστᾶ- καί ἡ μυικὴ μάζα. ‘Η ἄλιπη μάζα πού χάνεται εἶναι πολὺ δύσκολο νά ἀνακτηθεῖ, ἰδιαίτερος σέ ἠλικιωμένα ἄτομα. Πρόσθετα, μέ τὴν αὐξηση τῆς διούρησης πού προκαλεῖται, ἔχουμε καί μεγάλη ἀπώλεια σέ ἰκνοστοιχεῖα ἀπὸ τὸν ὀργανισμό.

‘Όραῖα ὅλα αὐτὰ, ἀλλὰ τί νά κάνουμε γιὰ νά χάσουμε κιλά; ‘Απλὰ μία ἰσορροπημένη διατροφή. Διηλαθὴ μία διατροφή πού νά καλύπτει τίς ἀνάγκες τοῦ ὀργανισμοῦ σέ θρεπτικά συστατικά, ὅπως ἡ μεσογειακὴ διατροφή, ἡ ὁποία προβλέπει:

- καθημερινὴ κατανάλωση μὴ ἐπεξεργασμένων δημητριακῶν (ψωμὶ ὀλικῆς ἀλέσεως), λαχανικά, φρούτα, ἐλαιόλαδο καί γαλακτοκομικά προϊόντα
- ἑβδομαδιαία κατανάλωση πατάτας, ψαριῶν, ἐλαίων, ὀσπρίων καί ξηρῶν καρπῶν καί πιὸ σπάνια πουλερικῶν, αὐγῶν καί γλυκῶν
- μηνιαία κατανάλωση κόκκινου κρέατος καί προϊόντων κρέατος
- μέτρια κατανάλωση κρασιοῦ

Γιὰ νά ἐπιτύχουμε τὸ πολυπόθητο ἀδυνατίσμα θὰ πρέπει νά δοθεῖ ἰδιαίτερη προσοχὴ στίς ποσότητες καί στίς ὥρες τῶν γευμάτων, ἐφ’ ὅσον θὰ πρέπει νά ἔχουμε καταμερισμὸ τῶν θερμίδων σέ πέντε γεύματα (τρία μεγάλα καί δύο μικρά). Γιὰ τὴν ἐπίτευξη τῶν στόχων μας δὲν πρέπει ποτὲ νά ξεχνᾶμε καί τὸ ρόλο τῆς σωματικῆς ἀσκησης σέ ἓνα ἐπιτυχὲς πρόγραμμα ἀδυνατίσματος. 🍏



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 28

καί κοινωνικὰ ἀποδεκτὴ, καθὼς τὴν συνδέουν μέ τὴν ἀντίληψη περὶ χαμηλοῦ κινδύνου τῆς οὐσίας καί τὴ δυνατότητα νά τὴν προμηθευτοῦν σχετικὰ πιὸ εὐκόλα, εἶναι ἀναμενόμενο νά δοκιμάσουν. ‘Η πρόκληση πού καλοῦνται νά ἀντιμετωπίσουν αὐτοὶ πού ἀσχολοῦνται μέ τὴν πρόληψη, εἶναι νά παράσχουν στοὺς νέους κοινωνικὲς προοπτικὲς καί γνωστικὲς ἰκανότητες, ὥστε νά μποροῦν νά χειριστοῦν αὐτὲς τίς ἐπιρροές. 🍏

ασκηση - γυμναστική - σπορ

Αιφνίδιος θάνατος στους νέους αθλητές

ΗΛΙΑΣ Η. ΣΑΝΙΔΑΣ, ειδικευόμενος ιατρός στην καρδιολογική κλινική του ΓΝΑ Λαϊκό

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΒΟΤΤΕΑΣ, διευθυντής καρδιολογικής κλινικής ΓΝΑ Λαϊκό

Με άφορμή τις πρόσφατες και συνεχιζόμενες επιτυχίες των Ελλήνων αθλητών τόσο σε άτομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο, ο αθλητισμός με τη γενικότερη έννοια, επανήλθε, κατά ένα τρόπο, στην καθημερινότητά μας.

Με δεδομένη λοιπόν την ολοένα και αυξανόμενη ένασχοληση των νέων ανθρώπων στη χώρα μας με τον αθλητισμό, είτε σε ανοικτούς χώρους (π.χ. γήπεδα), είτε σε κλειστούς χώρους (π.χ. γυμναστήρια), θα ήταν σκόπιμο να μνημονεύσουμε μία «ύπουλη» καρδιακή νόσο, που δυστυχώς πλήττει ξαφνικά ανθρώπους στους χώρους αυτούς: την υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια.

Προσβάλλει 1 στα 500 άτομα στο γενικό πληθυσμό, ενώ αποτελεί σήμερα την κύρια αιτία αιφνιδίου θανάτου στους νέους αθλητές κάτω των 35 ετών.

Πρόκειται για την πιο συχνή γενετικώς μεταδιδόμενη (κληρονομική) καρδιακή νόσο. Κληρονομείται με αυτοσωμικό επικρατούντα τρόπο. Οι γονιδιακές μεταλλάξεις που συμβαίνουν στα μυοκαρδιακά κύτταρα καταστρέφουν την αρχιτεκτονική τους, αλλάζουν τη λειτουργία τους, προκαλούν ασύμμετρη πάχυνση των καρδιακών τοιχωμάτων (υπερτροφία) και η καρδιά δυσκολεύεται να εξωθήσει το αίμα προς την περιφέρεια. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την μείωση της καρδιακής παροχής και την εμφάνιση αρρυθμιών, που μπορεί να αποβούν μοιραία για τη ζωή του ασθενούς.

Πολλοί ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί, ενώ πολλές φορές ο αιφνίδιος θάνατος αποτελεί την πρώτη εκδήλωσή της. Μάλιστα ο αιφνίδιος θάνατος έχει μεγαλύτερη επίπτωση σε νέους ασθενείς, μικρότερους των 30 ετών. Γεγονός στο οποίο έγκαιρα και η εξαιρετική σοβαρότητα και επικινδυνότητα της νόσου.

Σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα η επίπτωση θνητότητα ανέρχεται στο 1%, ενώ οι περισσότεροι θάνατοι συμβαίνουν αιφνιδίως.

Οι συμπτωματικοί ασθενείς αναφέρουν συνήθως δυσκολία στην αναπνοή (δύσπνοια), άτυπους πόνους στο στήθος, εύκολη κόπωση, αίσθημα ζάλης ή ακόμα και συγκοπτικά ή προσυγκοπτικά επεισόδια.

Η πιο εύκολη και η πιο χρήσιμη διαγνωστική εξέταση για τη νόσο είναι το απλό υπερηχογράφημα καρδιάς. Επίσης, το ηλεκτροκαρδιογράφημα έχει συνήθως παθολογικά ευρήματα στο 95% των περιπτώσεων, ενώ και η ακτινογραφία θώρακος μπορεί μερικές φορές να είναι διαφωτιστική. Άρα πρόκειται για μία άθόρυβη και πολύ επικίνδυνη ασθένεια, η οποία μπορεί όμως να διαγνωστεί εύκολα, απλά και ανώδυνα.




Θα θέλαμε να εφιστήσουμε την προσοχή των νέων ανθρώπων που ήδη αθλούνται ή που σκοπεύουν να ασχοληθούν με τον αθλητισμό, είτε ερασιτεχνικά είτε επαγγελματικά, να έχουν κατά νου όρισμένα απλά πράγματα, που αφορούν την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Να αναφέρουν πάντα στους γονείς ή στον ιατρό τους συμπτώματα όπως: δύσπνοια, πόνο στο στήθος, ζάλη ή πρόσφατο λιποθυμικό επεισόδιο.

Να διακόπτουν τη σωματική άσκηση όταν εμφανίζονται ή εμμένουν τα συμπτώματα αυτά.

Τέλος, να προσκομίζουν πριν την έναρξη των αθλητικών δραστηριοτήτων το σχετικό πιστοποιητικό, που απαιτείται πλέον και προβλέπει να έχει προηγηθεί κλινική εκτίμηση και ηλεκτροκαρδιογράφημα από καρδιολόγο ιατρό.


Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα η συνολική και συντονισμένη προσπάθεια, που έχει ξεκινήσει εδώ και μερικά χρόνια στη χώρα μας, όσον αφορά στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου καθώς και στη μετέπειτα παρακολούθηση αυτών των ασθενών.

Στόχος όλων μας είναι ο καθένας από την πλευρά του να συμβάλει ώστε να μειωθεί στο ελάχιστο το λυπηρό αυτό γεγονός. 



συνέχεια από τη σελ. 32

κης σχέσης μεταξύ διαβήτη και καρδιακών παθήσεων.

Υπάρχει βέβαια και η θετική πλευρά στη σχέση διαβήτη και καρδιάς. Ό,τι ωφελεί την καρδιά, όπως η άσκηση και η υγιεινή διατροφή, δείχνει να προστατεύει ή έστω να καθυστερεί την εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη. Έτσι με τη σωστή ιατρική παρακολούθηση και τα κατάλληλα υγιεινοδιατροφικά μέτρα, ή φαρμακευτική αγωγή, όταν κριθεί απαραίτητη, θα είναι σίγουρα πιο αποτελεσματική και η αντιμετώπιση του σακχάρου θα γίνεται όσο το δυνατό συντομότερα στην εξέλιξη της νόσου. 

φαρμακολογία

Δίαιτα και χοληστερίνη

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΡΙΧΤΕΡ, σύμβουλος ΕΛΙΚΑΡ, διευθυντής καρδιολογικής κλινικής Εύρωκλινικής Ἀθηνῶν

Ἄντρας 45 ἐτῶν, καπνιστής, ἀδύνατος καὶ ἀθλητικὸς τύπος μὲ χρόνια αὐξημένη χοληστερόλη (ὀλική χοληστερόλη 265 mg/dl, LDL 188 mg/dl, HDL 50 mg/dl) ἀποφασίζει νὰ προσέλθει σὲ ἰατρεῖο δυσλιπιδαιμίας μετὰ ἀπὸ ἔντονη προτροπὴ φίλου του καὶ παρὰ τὶς ἐπιφυλάξεις του. Ὁ λόγος τῆς δυσπιστίας του εἶναι πὼς ἀθλεῖται καθημερινά, δὲν εἶναι ὑπέρβαρος καὶ παρ' ὅλα αὐτὰ ἔχει αὐξημένη χοληστερόλη ὁπότε δὲν θεωρεῖ ὅτι κινδυνεύει.

Ἀντίθετα ὁ φίλος του, καπνιστὴς καὶ αὐτὸς, καὶ ὑπέρβαρος ἀλλὰ μὲ ὀλική χοληστερόλη 170 mg/dl, LDL 115 mg/dl, καὶ HDL 35 mg/dl.

Ἀναμένοντας στὸν προθάλαμο τοῦ λιπιδαιμικοῦ ἰατρείου παρατηρεῖ μὲ προσοχὴ ὅτι οἱ ὑπόλοιποι ἀσθενεῖς πού περιμένουν τὸ ραντεβού τους ἔχουν μεγάλο εὐδρος ἡλικίας ἀπὸ 25 ἕως 75 ἐτῶν, εἶναι τόσο ἄντρες ὅσο καὶ γυναῖκες καί, ἐπίσης, ὑπάρχουν ἀρκετοὶ ἀδύνατοι καὶ ἀθλητικοὶ τύποι σὰν καὶ αὐτόν.

Ἀφοῦ τελειώνει ὁ φίλος του τὴν ἐπίσκεψη τὸν ρωτᾷ μὲ ἀγωνία τί τοῦ συνέστησε ὁ γιατρός καὶ αὐτὸς τοῦ ἀπαντᾷ δίαιτα γιὰ τρεῖς μῆνες, διακοπὴ καπνίσματος, ἀπώλεια 5 κιλῶν καὶ νέες ἐξετάσεις στὶς ὁποῖες ἂν οἱ τιμὲς δὲν ἔχουν βελτιωθεῖ, ἴσως χρειαστεῖ φαρμακευτικὴ ἀγωγὴ. Περιμένει τὴ σειρά του ἀγωνιώντας γιὰ φοβᾷται μὴ τυχερὸν καὶ τοῦ συστήσουν φάρμακα. Οἱ φίλοι του, τοῦ ἔχουν πεῖ ὅτι τὰ φάρμακα γιὰ τὴ χοληστερόλη καταστρέφουν τὸ συκώτι καὶ προκαλοῦν καρκίνο.

Ὅταν φτάνει στὸ γιατρὸ συζητᾷ σχετικὰ μὲ τὸν τρόπο ζωῆς του καὶ τὰ ἐπίπεδα προηγούμενων ἐξετάσεων καὶ ἀφοῦ ὁ γιατρός τοῦ θυμίζει -ρωτώντας τον- πὼς ὁ πατέρας του εἶχε πάθει ὄξυ ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου στὰ 50, τοῦ συνηστᾷ νὰ λάβει στατίν.

Ρωτᾷ, λοιπόν, γιὰτὶ ἐγὼ φάρμακο καὶ ὁ ἄλλος δίαιτα; Μὲ 170 χοληστερόλη γιὰτὶ χρειάζεται ὁ φίλος μου φάρμακο ἂν δὲν βελτιωθεῖ; Πόσο χαμηλὰ πρέπει νὰ φτάσουν οἱ τιμές; Πόσο ἐπικίνδυνα εἶναι τὰ φάρμακα πού θὰ πάρω; Καὶ ἂν οἱ τιμὲς χοληστερόλης φτιάξουν σὲ τρεῖς μῆνες μπορῶ νὰ τὰ κόψω;

Ὁ γιατρός, λοιπόν, ἀρχίζει νὰ τοῦ ἐξηγεῖ ὅτι τὰ ἐπίπεδα ὀλικῆς χοληστερόλης ξεαρτῶνται μόνο κατὰ τὸ ἕνα τρίτο ἀπὸ τὴ δίαιτα καὶ τὴ διατροφή καὶ τὰ ὑπόλοιπα δυὸ τρίτα ξεαρτῶνται ἀπὸ τὴν ἰκανότητα τοῦ συκωτιοῦ μας νὰ παράγει χοληστερόλη καὶ τὸ πὼς αὐτὸ εἶναι γενετικὰ προγραμματισμένο. Δὲν εἶναι κάτι τὸ ὁποῖο μποροῦμε νὰ ἐπηρεάσουμε ἐμεῖς. Ἡ δίαιτα καὶ ἡ σωστὴ διατροφή μπορεῖ νὰ ἐπηρεάσουν τὴ χοληστερόλη ἀπὸ 5-35% ἀνάλογα μὲ τὸν ἄνθρωπο καὶ τὴν εὐαισθησία πού ἔχει ἡ χοληστερόλη του στὴ λεγόμενη ἐξωγενῆ ὁδὸ, δηλαδή στὴ χοληστερόλη πού προσλαμβάνουμε μὲ τὴ διατροφή. Ἀπὸ τὴ στιγμὴ πού ἡ διατροφή του εἶναι ἤδη σωστὴ καὶ ἀθλεῖται συστηματικὰ δὲν ἔχει σοβαρὲς πιθανότητες νὰ βελτιώσει τὰ ἐπίπεδά του παραμένοντας στὰ ἴδια δεδο-



μένα.

Ἀντίθετα, ὁ φίλος του πού εἶναι ὑπέρβαρος καὶ δὲν ἀθλεῖται μπορεῖ νὰ παρουσιάσει βελτίωση. Ἀκόμη, ἡ δυσλιπιδαιμία τοῦ φίλου του διαφέρει ἀπὸ τὴ δική του. Τὸ 170 χοληστερόλη θὰ ἦταν πολὺ καλὸ ἂν ἡ HDL, δηλαδή ἡ καλὴ χοληστερόλη πού εἶναι προστατευτικὴ γιὰ τὰ ἀγγεῖα, ἦταν πάνω ἀπὸ 40 mg/dl. Μὲ 35 πού ἔχει ὁ φίλος του, εἶναι ἕνας σημαντικὸς ἐπιβαρυντικὸς παράγοντας ὁ ὁποῖος ὅμως ἔχει πολλὲς πιθανότητες νὰ διορθωθεῖ περπατώντας, κόβοντας τὸ κάπνισμα καὶ ἀδυνατίζοντας. Ἀντίθετα τὸ δικό του πρόβλημα πού εἶναι ἡ ὑψηλὴ LDL χοληστερόλη, δηλαδή ἡ κακὴ χοληστερόλη, δὲν μεταβάλλεται σημαντικὰ μὲ τὴν ἀσκηση. Καὶ ἐφ' ὅσον ἡ διατροφή του εἶναι καλὴ καὶ τὸ βῆρος του φυσιολογικὸ δὲν προσβλέπουμε σὲ περιθώρια βελτίωσης.

Ἀκόμη, τὸ ἱστορικὸ τοῦ πατέρα του ἀποτελεῖ ἕναν ἀκόμη λόγο γιὰ ἄμεση ἔναρξη ἀγωγῆς, ἀπὸ τὴ στιγμὴ πού ἂν ἄντρας συγγενῆς α' βαθμοῦ ἐμφανίσει στεφανιαία νόσο πρὶν τὰ 55 ἔτη καὶ γυναίκα συγγενῆς α' βαθμοῦ πρὶν τὰ 65 θεωρεῖται θετικὸ κληρονομικὸ ἱστορικὸ πρῶμης στεφανιαίας νόσου καὶ αὐξάνει σημαντικὰ τὶς πιθανότητες νὰ νοσήσει.

Ὁ στόχος του μὲ τὰ φάρμακα εἶναι νὰ πέσει ἡ LDL χοληστερόλη κάτω ἀπὸ 130 mg/dl, καὶ ἂν αὐτὸ ἐπιτευχθεῖ μὲ τὰ φάρμακα, μόλις τὰ διακόψει μέσα σὲ 10 μέρησ οἱ τιμὲς θὰ ἐπιστρέψουν στὰ ἴδια ἐπίπεδα μὲ τὰ ἀρχικὰ καὶ ἡ προστασία πού τοῦ παρέχουν τὰ φάρμακα αὐτὰ θὰ ἐξαφανιστεῖ.

Μίλησαν ἀκόμη ἀρκετὴ ὥρα μὲ τὸ γιατρὸ γιὰ τὶς παρενέργειες τῶν στατινῶν καὶ τοὺς φόβους του σχετικὰ μὲ αὐτές. Ὁ γιατρός τὸν διαβεβαίωσε ὅτι εἶναι ἀπὸ τὰ ἀσφαλέστερα φάρμακα πού ὑπάρχουν σήμερα, ὅτι οἱ πιθανότητες παρενεργειῶν εἶναι πολὺ σπάνιες καὶ πὼς δὲν καταστρέφουν τὸ συκώτι, οὔτε προκαλοῦν καρκίνο. Χρειάζεται ἀπλᾶ δυὸ φορές τὸ χρόνο νὰ κάνει κάποιες

συνέχεια στὴ σελ. 27

φιλοξενούμενος ... ο

Προστατίτιδα: πρόληψη και αντιμετώπιση.

Η προστατίτιδα είναι μία πάθηση που απασχολεί μεγάλο μέρος του άνδρικού πληθυσμού σε κάποια φάση της ζωής του. Είναι το πρώτο σε συχνότητα ουρολογικό πρόβλημα για ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 50 ετών και στις Η.Π.Α. ευθύνεται για 2 εκατομμύρια επισκέψεις στον ουρολόγο ετησίως. Έμφανίζεται σε όξεια μορφή που είναι καθαρά μικροβιακής αιτιολογίας και σε χρόνια μορφή όπου, ένδεχομένως, συμμετέχουν μικροβιακοί παράγοντες αλλά μπορεί να υποκρύπτονται σοβαρότερες καταστάσεις όπως τα στενώματα της ουρήθρας ή η στένωση του αυχένα της κύστεως.

Η **όξεια** προστατίτιδα έχει θορυβώδη κλινική εικόνα με υψηλό πυρετό, ρίγος και έντονη δυσουρία. Η καλλιέργεια είναι θετική και η θεραπεία συνίσταται σε χορήγηση έως και ισχυρής ενδοφλέβιας αντιβίωσης. Συνήθως ο πυρετός υποχωρεί εντός 48ώρου αλλά αν κάτι τέτοιο δεν συμβεί, υπάρχει υποψία προστατικού άποστήματος που επιβεβαιώνεται υπερηχογραφικά και παροχεύεται διουρηθρικά. Σε κάθε περίπτωση, η θεραπεία συνεχίζεται με αντιβιοτικά από το στόμα για τέσσερις εβδομάδες μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο για να αποφευχθεί ή μετάπτωσή της σε χρόνια φάση.

Η **χρόνια** προστατίτιδα στις περισσότερες περιπτώσεις προκαλείται από βακτηριακή φλεγμονή. Διαγιγνώσκεται περίπου στις 5 από τις 100 επισκέψεις ασθενών σε έξωτερική βάση και υπολογίζεται ότι έως και 35% των ανδρών μεγαλύτερων των 50 ετών μπορεί να πάσχουν από χρόνια προστατίτιδα. Βεβαίως αυξημένη συχνότητα παρατηρείται σε άνδρες περίπου στην ηλικία των 30 ετών και στους παράγοντες που προδιαθέτουν στην εμφάνισή της ανήκουν ή υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και οι ιδιαίτερες σεξουαλικές πρακτικές.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται στην μακρόχρονη λήψη αντιβιοτικών συνήθως από 6 έως 8 εβδομάδες, που μπορεί όμως να συνεχιστεί και για πολύ περισσότερο. Μετά το πέρας της αντιβίωσης όμως αρκετές φορές τα συμπτώματα υποτροπιάζουν.

Στα συνοδά θεραπευτικά μέτρα ανήκουν οι αλλαγές στον τρόπο ζωής όπως π.χ. αύξηση της κατανάλωσης υγρών ούτως ώστε με τη συχνή ούρηση να αποβάλλονται μικρόβια από την κύστη, ή αποφυγή ουσιών που έρεθίζουν όπως το αλκοόλ, οι τροφές με καφεΐνη και τα καυτερά ή πικάντικα φαγητά. Στις περιπτώσεις που τα έντονα συμπτώματα σχετίζονται με τις κινήσεις του εντέρου χορη-

ΛΟΥΚΑΣ Ι. ΣΤΕΝΟΣ, χειρουργός ουρολόγος, επιμελητής ουρολογικής κλινικής νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν»



γούμε μαλακτικά κοπράνων.

Η χειρουργική επέμβαση είναι η τελευταία λύση όταν οι υποτροπές είναι συχνές και η αντιβιοτική θεραπεία ανεπιτυχής αλλά όχι στους νεότερους σε ηλικία ασθενείς για την αποφυγή πιθανής στειρότητας ή ανικανότητας.

Η προστατίτιδα κρίζει ιδιαίτερης προσοχής διότι στην μέν όξεια φάση της εάν μείνει αθεράπευτη μπορεί να οδηγήσει σε σπυαίμια άπειλητική για την ζωή του ασθενούς ενώ στη χρόνια φάση της, με τις συχνές υποτροπές, επηρεάζει αισθητά την ποιότητα ζωής. 🍏



συνέχεια από τη σελ. 24

ρυθμίζουν την γλυκόζη και την ινσουλίνη, σχετίζεται και με τους συγκεκριμένους υποδοχείς.

Αλλά και πειραματικές μελέτες απέδειξαν ότι οι θειαζολιδινεδιόνες προστατεύουν την καρδιά και τα αγγεία. Τα φάρμακα αυτά εμποδίζουν τη γονιδιακή έκφραση στην αθηροσκλήρωση και τη φλεγμονή - κατάσταση που αποτελεί έναν ακόμα σύνδεσμο μεταξύ διαβήτη και καρδιακής νόσου - και έτσι οι ασθενείς που λαμβάνουν θειαζολιδινεδιόνες εμφανίζουν λιγότερο συχνά σημεία καρδιακής νόσου. Όλα τα παραπάνω στοιχεία, έχουν αυξήσει τις ελπίδες μας ότι οι φιμπράτες και οι θιαζολιδινεδιόνες θα μειώσουν τα καρδιακά επεισόδια στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. Άλλες όμως πρόσφατες μελέτες δεν είχαν και τόσο ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

Η αδυναμία των μελετών στο σύνολό τους να αναδείξουν το όφελος από τη χρήση των παραπάνω φαρμακευτικών παραγόντων, αποτελεί απόδειξη της πολύπλο-

συνέχεια στη σελ. 30 ▶