



ΣΤΟΥΣ ρυθμούς της καρδιάς

ΚΩΔΙΚΟΣ: 2510

Τιμή πώλησης 0,01 €

ΤΟΜΟΣ 16
ΤΕΥΧΟΣ 178
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2007

Σακχαρώδης διαβήτης και καρδιά

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ, διευθυντής Α' προπαιδευτικής παθολογικής κλινικής Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν & διαβητολογικό κέντρο, Γ.Ν.Α. Λαϊκό - Fellow of the American College of Physicians

ΣΤΑΥΡΟΣ ΛΙΑΤΗΣ, παθολόγος, επιμελητής Β' ΕΣΥ, Α' προπαιδευτική παθολογική κλινική Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν & διαβητολογικό κέντρο, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Ὁ ἄνθρωπος ὀργανισμὸς γιὰ νὰ λειτουργήσει χρειάζεται ἐνέργεια, τὴν ὁποία προσλαμβάνει μέσῳ τῆς τροφῆς ἀπὸ τρεῖς βασικὲς πηγὲς θρεπτικῶν οὐσιῶν: τοὺς ὑδατάνθρακες, τὰ λίπη καὶ τὶς πρωτεΐνες. Οἱ ὑδατάνθρακες, ποὺ ὀνομάζονται καὶ σάκκαρα, ἀπορροφῶνται ἀπὸ τὸ ἔντερο μὲ τὴν πιὸ ἀπλή τους μορφή, ἡ ὁποία ὀνομάζεται γλυκόζη. Ἡ στάθμη τῆς γλυκόζης (ἢ πιὸ ἀπλᾶ τοῦ σακκάρου) στὸ αἷμα ρυθμίζεται μέσα σὲ πολλὰ στενά ὄρια ἀπὸ τὴν ἰνσουλίνη, μιὰ ὁρμόνη ποὺ παράγεται στὸ πάγκρεας ἀπὸ εἰδικὰ κύτταρα, τὰ ὁποία ὀνομάζονται β-κύτταρα. Ὅταν ὑπάρχει ἔλλειψη ἰνσουλίνης (πλήρης ἢ μερική), τὸ σάκχαρο στὸ αἷμα ἀνεβαίνει σὲ ἐπίπεδα ὑψηλότερα ἀπὸ τὸ φυσιολογικὸ καὶ ἐμφανίζεται ὁ σακχαρώδης διαβήτης.

Ἐπὶ τῆς ἰνσουλίνης ὑπάρχουν δύο βασικὲς μορφές διαβήτη: Ὁ διαβήτης τύπου 1, ὁφείλεται σὲ καταστροφὴ τῶν κυττάρων ποὺ εἶναι ὑπεύθυνα γιὰ τὴν παραγωγή ἰνσουλίνης. Ἐμφανίζεται πιὸ συχνὰ στὰ παιδιά καὶ σὲ νέους ἐνηλίκους. Ἡ καταστροφὴ τῶν β-κυττάρων ὀδηγεῖ σὲ πλήρη ἔλλειψη ἰνσουλίνης, ἡ θεραπεία μὲ ἰνσουλίνη εἶναι ἀπόλυτα ἀπαραίτητη καὶ διαρκεῖ ἐφ' ὅρου ζωῆς. Ὁ διαβήτης τύπου 2 εἶναι πολὺ συχνότερος καὶ ἐμφανίζεται συνήθως σὲ με-

γαλύτερης ἡλικίας ἄτομα. Αὐτὸς ὁ τύπος διαβήτη συνυπάρχει συχνὰ μὲ παχυσαρκία καὶ πιὸ συγκεκριμένα μὲ τὴν παχυσαρκία ἀνδρικοῦ τύπου, ποὺ χαρακτηρίζεται ἀπὸ ἐναπόθεση λίπους στὴν κοιλιά, σὲ ἀντίθεση μὲ τὴ γυναικείου τύπου παχυσαρκία, ὅπου τὸ λίπος ἐναποτίθεται στοὺς γλουτοὺς καὶ τοὺς μηρούς. Πολὺ συχνὰ, τὰ ἄτομα μὲ διαβήτη τύπου 2 παρουσιάζουν ὑπέρταση, ὑψηλὰ τριγλυκερίδια καὶ ἐνδεχομένως ὑψηλὴ χοληστερόλη (χοληστερίνη) στὸ αἷμα.

Πῶς ὁ διαβήτης βλάπτει τὴν καρδιά;

Καὶ οἱ δύο τύποι διαβήτη μπορεῖ νὰ βλάψουν τὴν καρδιά. Ὅταν τὸ σάκχαρο στὸ αἷμα παραμένει ὑψηλὸ γιὰ μεγάλο χρονικὸ διάστημα, αὐτὸ τὸ γεγονός συμβάλλει στὴ δημιουργία ἀθηροσκλήρωσης. Ἡ τελευταία δὲν εἶναι τίποτε ἄλλο ἀπὸ τὸ σχηματισμὸ πλάκων (ποὺ ὀνομάζονται ἀθηροσκληρωτικὲς πλάκες) στὸ ἐσωτερικὸ τῶν αἱμοφόρων ἀγγείων, τὰ ὁποία ἔτσι στενεύουν καὶ τελικὰ μπορεῖ νὰ ἀποφραχθοῦν. Τὰ ἀγγεῖα ποὺ αἱματώνουν τὴν καρδιά (δηλαδὴ τὰ στεφανιαῖα ἀγγεῖα) προσβάλλονται κατ' ἐξοκὴν ἀπὸ τὴν ἀθηροσκλήρωση καὶ ὅταν στενεύουν προκαλεῖται στεφανιαία νόσος (δηλαδὴ νόσος τῶν στεφανιαίων ἀγγείων), ἡ ὁποία συνήθως ἐκδηλώνεται μὲ

πόνου στο στήθος κατά την εκτέλεση κάποιας σωματικής προσπάθειας. Έάν ένα στεφανιαίο αγγείο άποφραχθεί έντελώς προκαλείται έμφραγμα τής καρδιάς, μιá πολύ σοβαρή κατάσταση που χρειάζεται νοσηλεία σε μονάδα έντατικής θεραπείας.

Η χρόνια αύξηση του σακκάρου στο αίμα η, με άλλα λόγια, ό άρρυθμιστος διαβήτης συμβάλλει στην εκδήλωση στεφανιαίας νόσου.

Στά άτομα με διαβήτη τύπου 1, τά όποια είναι συνήθως νέα σε ηλικία όταν εμφανίζεται ό διαβήτης, τά καρδιολογικά προβλήματα μπορεί να εμφανιστούν άρκετά χρόνια μετά τή διάγνωση. Χρειάζεται, λοιπόν, ιδιαίτερη προσοχή άπό τήν άρχή, ώστε τó σάκχαρο να ρυθμίζεται καλά και συνεχώς, όποτε η στεφανιαία νόσος είναι δυνατον σε μεγάλο βαθμό να προληφθεί. Άλλωστε, έχει φανεί άπό μεγάλες κλινικές μελέτες ότι όσο χαμηλότερη είναι ή τιμή τής γλυκοζυλιωμένης αίμοσφαιρίνης (που είναι δείκτης τής ρύθμισης του σακκάρου) τόσο μικρότερη και ή πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου στα άτομα αυτά.

Στό σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 τά πράγματα είναι πιό πολύπλοκα. Η εμφάνιση αυτής τής μορφής διαβήτη γίνεται συνήθως σε μεγαλύτερη ηλικία (συνκά μετά τά 45 έτη), όποτε ό κίνδυνος για στεφανιαία νόσο είναι έξ όρισμοú μεγαλύτερος. Έπιπλέον, μερικές φορές ή διάγνωση του διαβήτη καθυστερεί (διότι σε αυτή τή μορφή τής νόσου τά συμπτώματα μπορεί να είναι πολύ έλαφρά η και να άπουσιάζουν έντελώς), όποτε ένδεχομένως να υπάρχει ήδη κάποιου βαθμού βλάβη στα άγγεια κατά τή διάγνωση.

Τέλος, τά άτομα με διαβήτη τύπου 2 εμφανίζουν, παράλληλα με τó διαβήτη και κάποιες άκόμη διαταραχές του μεταβολισμού που αυξάνουν τήν πιθανότητα για στεφανιαία νόσο. Οί διαταραχές αυτές είναι ή παχυσαρκία, ή αύξηση τής άρτηριακής πίεσης και οί διαταραχές στα λιπίδια του αίματος, δηλαδή στη χοληστερόλη και τή τριγλυκερίδια.

Τί πρέπει να γίνει για τήν προστασία τής καρδιάς;

Κατ' άρχήν τó σάκχαρο στο αίμα πρέπει να ρυθμίζεται καλά σε μόνιμη βάση. Τó σάκχαρο νηστείας δέν πρέπει να ξεπερνά τά 120 mg%, ένω δυό ώρες μετά τó φαγητό ή τιμή του δέν πρέπει να ξεπερνά τά 140-150 mg%. Η τιμή τής γλυκοζυλιωμένης αίμοσφαιρίνης (μιás εξέτασης-δείκτης τής συνολικής ρύθμισης του τελευταίου τριμήνου) πρέπει να είναι χαμηλότερη άπό 7% η σύμφωνα με όρισμένους ειδικούς άπό 6,5%.

Η έπίτευξη των στόχων αυτών πρέπει να γίνει με στενή συνεργασία άσθενούς-ιατρού και όρισμένες φορές με τή βοήθεια διαιτολόγου. Η διατροφή του διαβητικού άτόμου δέ διαφέρει σε γενικές γραμμές άπό εκείνη του μη διαβητικού. Έφ' όσον ύπάρχει παχυσαρκία (πράγμα πολύ πιθανό στο διαβήτη τύπου 2) πρέπει να προγραμματίζεται διαιτολόγιο που να στοχεύει στην άπώλεια βάρους. Η αύξηση τής σωματικής δραστηριότητας είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που βοηθάει τόσο στη ρύθμιση του σακκάρου όσο και των άλλων παραμέτρων (παχυσαρκία, υπέρταση, διαταραχές λιπιδίων αίματος).

Πολλές φορές άρκει τó άπλό περπάτημα για περισσότερο άπό 30 συνεχόμενα λεπτά, 4-5 φορές τήν έβδομάδα. Έάν άπαιτούνται φάρμακα, ή έναρξη χορήγησής τους δέν πρέπει να καθυστερεί, όπως δέν πρέπει να καθυστερεί και ή έναρξη χορήγησης ινσουλίνης, όταν αυτή χρειάζεται.

Παράλληλα με τήν καλή ρύθμιση του σακκάρου πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στη ρύθμιση και των άλλων παραγόντων κινδύνου για καρδιοπάθεια, που πολύ συχνά συνυπάρχουν, ειδικά στο διαβήτη τύπου 2. Η άρτηριακή πίεση πρέπει να ρυθμίζεται σε έπίεδα χαμηλότερα άπό 130 mmHg (ή συστολική η «μεγάλη» πίεση) και 80 mmHg (ή διαστολική η «μικρή» πίεση). Κάτι τέτοιο άπαιτεί συχνά τή χορήγηση φαρμάκων. Η χοληστερόλη στο αίμα πρέπει να είναι χαμηλότερη άπό 180 mg% και ή «κακή» χοληστερόλη, που όνομάζεται LDL-

συνέχεια στη σελ. 24 ▶



ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Έλληνικό Έδρυμα Καρδιολογίας

B. Σοφίας 133 - T. K. 115 21 - Tηλ.: (210) 6401477, 6450118, 6460522 - Fax: (210) 6401478

E-mail=elikar@aiaa.gr http://www.elikar.gr

ΕΚΔΟΤΗΣ: Π. Τούτουζας

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Δ. Σταμάτης

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΥΛΗΣ: Ντίκη Μακαρίου

ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΥΛΗΣ: Βασίλειος Σπανός

ΥΠΕΥΘ. ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ: Alta Grafico AE - Tηλ.: (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. Χατοέρας.

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

Ένημέρωση και «πληροφόρηση»

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΦΑΡΜΑΚΗΣ, καρδιολόγος, επιμελητής Β',
Β' καρδιολογικής κλινικής νοσοκομείου «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης



Μιά από τις πρώτες ερωτήσεις μου προς τους συναδέλφους μου, όταν άρχισα να εργάζομαι, πριν μερικά χρόνια, σε ένα νοσοκομείο στο Βρετανικό ΕΣΥ (NHS), ήταν τί διάβазαν, πώς ενημερωνόταν πάνω στις εξελίξεις του κλάδου μας. «Μόνο από το διαδίκτυο» μου απάντησαν όλοι τους. «Έννοω, δεν έχετε κάποιο βιβλίο που συμβουλευεστε ιδιαίτερα, κάποιες «όδηγίες» (guidelines) που ακολουθείτε στην πρακτική σας;» Ή απάντησή τους και πάλι όμως με άφησε άφωνο. «Όχι, όχι μόνο το διαδίκτυο...»

Προμηθεύτηκα σύντομα, λοιπόν, τον κωδικό πρόσβασης, για την ηλεκτρονική βιβλιοθήκη και άρχισα να τον χρησιμοποιώ σε καθημερινή βάση. Σήμερα εξάλλου όλα τα έγκριτα περιοδικά εκδίδονται ηλεκτρονικά. Οι εκδόσεις τους μάλιστα στο διαδίκτυο περιλαμβάνουν και άρθρα που λόγω του εξαιρετικού ενδιαφέροντός τους προδημοσιεύονται μερικές φορές πολύ πριν τη δημοσίευσή τους σε χαρτί. Άρκετες φορές τα άρθρα αυτά μεταβάλλουν ή και ανατρέπουν στην καθημερινή πρακτική τις οδηγίες (guidelines) των επίσημων ευρωπαϊκών ή αμερικανικών καρδιολογικών εταιρειών πολύ πριν αυτές τα συμπεριλάβουν...

Τα βιβλία; Δεν μπορούσα να πιστέψω ότι οι συνάδελφοί μου ήταν τόσο έχθρικοί στα βιβλία... Είχα μάθει τόσο να τα εκτιμώ και να τα εμπιστεύομαι. Θεωρούσα ότι ή γνώση τους ήταν στέρεη, καρπός της πείρας των συγγραφέων και της νηφάλιας αποτίμησης κάθε νέας επιστημονικής μελέτης. Ήθελα πάντα να βλέπω πόσο οι καινούργιες εργασίες θα άντεχαν στο χρόνο για να μπουν στα μεγάλα τα βιβλία, όπου οι εξειδικευμένοι συγγραφείς θα έκαναν τις πιο έγκυρες ανασκοπήσεις. Ήταν ίσως τα βιώματά μου, ή αίσθηση του τυπωμένου χαρτιού, οι εξετάσεις του Πανεπιστημίου... Δεν ξέρω εάν οι συνάδελφοί μου με έπεισαν, ίσως και όχι... Ή βιβλιοθήκη παρέμεινε ένας αγαπημένος μου τόπος, όπου μαζεύω αυτά που περισσότερο εκτιμώ, ακόμη και διαχρονικά... Κλόνησαν όμως την πεποίθησή μου ότι είναι προτιμότερο να εμπιστεύομαι τις παλιές πεποιθήσεις στην έρευνα παρά τις πολύ πρόσφατες, τις παγιωμένες

αντιλήψεις παρά την τεκμηριωμένη άνατροπή, ότι είναι καλύτερο να ακούω μόνο αυτούς που «ξέρουν» παρά να στηρίζομαι όλο και περισσότερο στο δικό μου κριτήριο αξιολόγησης. Στο σχολείο είχαμε μάθει να ακούω το δάσκαλο και αυτός ήταν ένας ή μία, αλλά στη γνώση, στην αδογμάτιστη επιστήμη, οί δάσκαλοι είναι πολλοί... Άπό την άλλη μεριά ή ταχύτητα που αλλάζει ή γνώση είναι τόσο μεγάλη, που πολλά βιβλία μετά από πέντε ή δέκα χρόνια μοιάζουν «απαρχαιωμένα», ιστορικής αξίας και τα στέλνουμε για ανακύκλωση, αν και δεν είναι λίγα αυτά που κρατάμε στις βιβλιοθηκές μόνο για συναισθηματικούς λόγους...

Οί γρήγορες ταχύτητες στο διαδίκτυο άλλαξαν τα πάντα. Μας επιτρέπουν τόν γρήγορο «κατέβασμα» αυτών των σελίδων με έγχρωμες και λεπτομερείς εικόνες σε δευτερόλεπτα. Έπιτρέπουν ακόμη τη μετάδοση ολόκληρων διαλέξεων στα μεγάλα παγκόσμια συνέδρια σε κάθε γωνιά της γης. Δεν χρειάζεται να ταξιδεύει κανείς χιλιάδες χιλιόμετρα μακριά ή να συνωστίζεται στις μεγάλες αίθουσες των διαλέξεων... Με τη χρήση του

προσωπικού του υπολογιστή και την άνεση που του προσφέρει τόν δωμάτιό του μπορεί να παρακολουθεί ολόκληρες διαλέξεις και εάν θέλει να προσέξει καλύτερα μιά διαφάνεια ή να κρατήσει καλύτερα σημειώσεις, μπορεί να τόν κάνει πολύ εύκολα. Άπλά, μπορεί να γυρίσει πίσω να ξανακούσει καλύτερα ένα σημείο της διάλεξης ή να ξαναδεί μιά διαφάνεια. Άν δεν έχει τόν χρόνο να τόν κάνει αυτό την ώρα που γίνεται τόν συνέδριο, μπορεί να τόν κάνει αργότερα, ακόμη και ύστερα από μήνες... Υπάρχουν και πολλά εκπαιδευτικά video με αναλυτική εξήγηση της βασικής τεχνικής ή παρουσίαση στεφανιογραφίας, υπερηχογραφήματος, μαγνητικής τομογραφίας κ.ά. ενός σπάνιου περιστατικού. Πριν πέντε ή δέκα χρόνια αυτά θα μās φαινόταν άπιστευτα, τόνρα αποτελούν μέρος της καθημερινής μας πρακτικής. Δεν μπορούν, βέβαια, να αντικαταστήσουν τόν αξία των συνεδρίων, όπου υπάρχει ή δυνατότητα να υποβάλεις ερωτήσεις ή ακόμη και να γνωρίσεις τούς όμιλητές. Ούτε, βέβαια, τόν αξία των σεμιναρίων για μικρό αριθμό γιατρών όπου μπορεί



να εκπαιδευτούν πρακτικά σε μία τεχνική.


Οι βιβλιοθήκες των νοσοκομείων; Αυτές συνήθως έχουν φοιτητές ή λίγους γιατρούς που δεν μπορούν να βρουν κάποιο άρθρο με το δικό τους κωδικό πρόσβασης... Τα καινούργια τεύχη των περιοδικών εξάλλου ποτέ δεν φθάνουν στην ώρα τους. Κάθε Πέμπτη όμως μπορεί να διαβάσει κανείς την ηλεκτρονική δημοσίευση του New England Journal of Medicine. Άλλα και όλα τα γνωστά περιοδικά το JACC, το Circulation, το JAMA, το Heart, το European Heart Journal έχουν τις ηλεκτρονικές τους εκδόσεις και μερικά μάλιστα άρθρα, τα πιο σημαντικά δεν χρειάζονται κωδικό πρόσβασης.

Σ' αυτά τα άρθρα στηρίζονται οι δημοσιογράφοι για να γράψουν τα άρθρα τους στις κυριακάτικες εφημερίδες, ώστε με την εκλαΐκευση της καινούργιας γνώσης να ενημερώσουν το κοινό τους. Η τηλεόραση θα δώσει μερικές φορές, μάλιστα και με παραμορφωτικό φακό, τη δική της πιο ελαφριά έκδοσή. Όπως καταλαβαίνουμε όσο πιο πολύ απομακρυνόμαστε από το πρωτότυπο κείμενο τόσο πιο πολύ αλλοιώνεται το περιεχόμενό του. Αυτός είναι ο λόγος που οι γιατροί δεν εμπιστεύονται την τηλεόραση για την ενημέρωσή τους, αν και πολλές εκπομπές είναι ιδιαίτερα αξιόλογες και πολλοί δημοσιογράφοι είναι πολύ καταρτισμένοι.

Δεν είναι δύσκολο να κατανοήσει κανείς τους λόγους που μερικές φορές μία είδηση δεν παρουσιάζεται αντικειμενικά. Μία καινούργια τεχνική μπορεί να παρουσιασθεί ως μαγική λύση, ως πολλά υποσχόμενη και οι αδυναμίες της εύκολα να αποσιωπηθούν. Φυσικά την

ώρα που κυριαρχεί το θέαμα και η υπερβολή, οι έντονες διαμάχες και οι διαξιφισμοί, ο θεμιτός και αθέμιτος ανταγωνισμός, δεν υπάρχει χώρος για σωστή ενημέρωση.

Δεν είναι λίγες οι φορές που έντρομο ή εκπληκτικοί ασθενείς και υγιείς θα ρωτήσουν την επομένη τους γιατρούς τους τη γνώμη τους για αυτά που άκουσαν στην τηλεόραση. Ο σωστά ενημερωμένος γιατρός, αυτός που ενημερώνεται από την ίδια την πηγή της ιατρικής γνώσης και που στηρίζεται στην κλινική εμπειρία του θα προσανατολίσει κατάλληλα τους ασθενείς του.

Από την ίδρυσή του το Έλληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας αποτελεί μία αξιόπιστη πηγή πληροφόρησης και εκλαΐκευσης της επιστημονικής γνώσης και η μεγάλη πλειοψηφία των δημοσιογράφων στηρίζεται σ' αυτό, αλλά και το προβάλλει. Η αξιολόγηση των καινούργιων τεχνικών είναι μία μακριά και επίπονη διαδικασία. Δεν αρκούν μερικές μικρές μελέτες, ιδιαίτερα όταν είναι από ένα και μόνο κέντρο, για να αποφανθεί κανείς για τη χρησιμότητα και την αξιοπιστία μιας καινούργιας τεχνικής. Σε ένα από τα τελευταία τεύχη του 2006 του JACC (Journal of American College of Cardiology) που είναι αφιερωμένο στις καινούργιες απεικονιστικές τεχνικές στην καρδιολογία τονίζεται η ανάγκη για περαιτέρω αξιολόγησή τους. Πέρα από τον αρχικό ενθουσιασμό από τα επιτεύγματα αυτά της σύγχρονης τεχνολογίας απαιτείται μία πιο νηφάλια αποτίμηση των αδυναμιών τους, χωρίς να παραγνωρίζεται η αξία τους όταν χρησιμοποιούνται εκεί που υπάρχει ένδειξη. Άρκει ή ένδειξη να είναι ιατρική και όχι «τηλεοπτική»... 




συνέχεια από τη σελ. 22

δίνεται από τους οικείους των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια στην προετοιμασία της τροφής τους.

Είναι, επίσης, γεγονός ότι συχνά οι ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια καταναλώνουν μόνο δύο φαγητά την ημέρα, συνήθεια που οδηγεί στη μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας. Περισσότεροι από το μισό ασθενείς έχουν θερμιδική πρόσληψη κατώτερη των ημερήσιων αναγκών τους και αυτό οφείλεται κυρίως σε μείωση των προσλαμβανόμενων υδατανθράκων. Η συνήθεια κατανάλωσης πέντε φαγητών την ημέρα, πρωινό, δεκατιανό, γεύμα, απογευματινό και δείπνο, σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντος διατολόγου, θα βοηθήσει τους ασθενείς στην πρόσληψη της απαιτούμενης ενέργειας. Όσον αφορά στην πρόσληψη πρωτεϊνών, από πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι είναι υψηλότερη από τη συνιστώμενη (που είναι περίπου 8%), αντιπροσωπεύοντας περίπου το 16% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης. Σχετικός περιορισμός πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψιν. Σχετικά με την πρόσληψη λίπους, πρέπει να γίνεται με σύνεση (περίπου το 30% της καθημερινής προσλαμβανόμενης ενέργειας) και να είναι ιδιαίτερα περιορισμένη ή «κακή» μορφή του λίπους, δηλαδή το κορεσμένο. Αντιθέτως, όπως σε κάθε άνθρωπο έτσι και στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια προάγεται η πρόσληψη φυτικών ινών σε ημερήσια βάση (περίπου 25-35 γρ.). Φυτικές ίνες βρίσκονται στα λαχανικά, τα όσπρια, τα φρούτα, το ψωμί κλπ.

20


Τέλος, αναφορικά με την πρόσληψη αλκοόλ, πρέπει να είναι περιορισμένη ή μηδενική διότι επηρεάζει δυσμενώς τον καρδιακό ρυθμό και αλληλεπιδρά δυσμενώς με τη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή, ιδιαίτερα στους ασθενείς σε παροξυσμό της παθήσεως.

Συμπερασματικά, η ειδική αυτή κατηγορία καρδιοπαθών ασθενών απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα αναφορικά με τη διατροφή τους. Οι θεράποντες ιατροί, οι διαιτολόγοι, αλλά πολύ περισσότερο τα άτομα του περιβάλλοντός τους, πρέπει να ενεργούν συντονισμένα έτσι ώστε οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια να έχουν σωστές διατροφικές συνήθειες, και έτσι να απολαμβάνουν καλύτερη ποιότητα ζωής. 



συνέχεια από τη σελ. 32

Β) Χειρουργική αντιμετώπιση: Εφαρμόζεται σε έντονη λευκία που δεν έχει μεταβληθεί για αρκετά χρόνια. Γίνεται σε εξειδικευμένα κέντρα.

Γ) Αποχρωματισμός του δέρματος: Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις λευκίας που ξεπερνά το 80% της επιφάνειας του σώματος. Στις περιπτώσεις αυτές αποχρωματίζουμε και το φυσιολογικό δέρμα, ώστε ο ασθενής να αποκτήσει ένα ομοιόμορφο λευκό χρώμα. Οι ασθενείς αυτοί πρέπει να προστατεύονται από τον ήλιο σχολαστικά, γιατί δεν έχουν καθόλου μελανίνη, ή οποία προστατεύει το δέρμα από την ήλιακή ακτινοβολία. 

Ιπποκράτης χθες - σήμερα - αύριο

Τὸ λιοστάσι μου

ΔΩΡΑ ΒΑΡΣΟΥ, Καθηγήτρια Ἑλληνικῆς Παραδοσιακῆς Μουσικῆς

Ἀπὸ τὸ ἔνθετο τῆς ἐφημερίδας «Καθημερινή» Ἑπτὰ Ἡμέρες, Κυριακὴ 28 Μαρτίου 2004

Κατάγομαι ἀπὸ τὴν Ἡλεία, ἕναν τόπο πολὺ εὐφορο, πὺ καλλιεργοῦνται τὰ πάντα σχεδόν, ἀλλὰ πὺ στὸ τοπίο τῆς δεσπόζουν ἡ ἐλιά καὶ τὸ κυπαρίσσι...

...Στὰ νοικοκυριά μας οἱ ἐλιές (καρπὸς) καὶ τὸ λάδι εἶναι τὰ βασικότερα ἀγαθὰ. Οἱ ἐλίτσες, τὸ ἀπαραίτητο προσφάει στὸ χωράφι, στὸ σπίτι, στὴ νουσιεία, στὴ σαλάτα, μὲ ψωμάκι ἢ χωρίς, πὺ πάει μὲ ὄλα καὶ σὲ στυλώνει. Τὸ λάδι δὲν τὸ ἀποκαλοῦμε ἐλαιόλαδο, γιατί γιὰ μᾶς μόνο αὐτὸ εἶναι λάδι. Τὰ διάφορα σπορέλαια τὰ θεωροῦσαμε κακὰ ὑποκατάστατα τοῦ καὶ δὲν τὰ μεταχειρίζομαστε.

Πλοῦσιο στὶς σαλάτες καὶ στὰ λαδερά φαγητὰ ἰδίως τοῦ καλοκαιριοῦ, ὅπου βουτᾶμε τὸ ψωμὶ στὴ νουσιμότητα σάλτσα, ὡμὴ ἢ μαγειρεμένη. Ἡ χρῆση τοῦ εἶναι ἀπλόχερη, ἀλλὰ ὄχι σπάταλη. Π.χ. τὸ ὡμὸ λάδι τῆς σαλάτας πὺ μένει, τὸ χρῆσιμοποιοῦμε στὸ μαγεύρεμα, δὲν τὸ πετάμε. Οἱ νοικοκυρὲς μαγειροῦν τὰ λαδερά φαγητὰ μὲ πολὺ λάδι. Ὅταν μένουν μαγειρομένα ἢ τηγανισμένα λάδια (ὄχι ἀπὸ ψάρι), τὰ μαζεοῦν σὲ εἰδικὸ δοχεῖο καὶ μὲ τὸ τελευταῖο, κάπως πικτό, λάδι τοῦ ντεπόζιτο ὅπου συντηρεῖται ἡ ἐτήσια παραγωγή, τὰ δίνουν γιὰ σαποῦνι. Σχεδόν κάθε σπίτι, τὰ παλαιότερα ἰδίως χρόνια, ἔφτιαχνε τὸ δικὸ του σαποῦνι.

Στὸ λάδι ἐπίσης συντηροῦμε καὶ τὰ διάφορα τουρσιὰ καὶ τὸ βάζουμε στὴν ἐπιφάνεια στὰ βάζα μὲ τὶς ἐλιές ἢ στὴν πάστα-ντομάτα γιὰ νὰ μὴ μouxλιάζουν.

Τὸ λιοστάσι... ἕνας κόσμος

Οἱ περισσότεροι κάτοικοι ἔχουν τὸ δικὸ τους λιοστάσι ἀπ' ὅπου βγάζουν τὸ λάδι γιὰ τὶς ἀνάγκες τους...

Προέχει νὰ γίνουν γρήγορα ὄλα τὰ στάδια τῆς δουλειᾶς: τὸ κλάδεμα, τὸ χτύπημα στὶς κλάρες γιὰ νὰ πέσει ὁ καρπὸς στὰ ἀπλωμένα λιόπανα, ὁ διαχωρισμὸς τοῦ ἀπὸ τὰ φύλλα καὶ τὰ μικροκλαδάκια, ἡ τοποθέτησή τοῦ στὰ σακιά καὶ ἡ μεταφορὰ τοῦς στὸ ἐλαιοτριβεῖο ἀπ ὅπου παίρνομε τὸ εὐλογημένο λαδάκι.

Τὸ λάδι ὅταν πρωτοβγαίνει -ἀγουρέλαιο τὸ λέμε- εἶναι παχὺ καὶ ἔχει ὑπόπικρη καὶ πολὺ πλούσια γεύση. Τὸ τρώμε μὲ καφαλισμένες στὸ τζάκι φέτες ζυμωτοῦ ψωμοῦ. Ἡπέροχο καὶ πολὺ ὡφέλιμο ἔδεσμα!

Θρεπτικὸ καὶ γιαιτρικὸ

Οἱ παλαιότεροι ἄνθρωποι ἤξεραν καλὰ καὶ τὶς ἱαμτικὲς ιδιότητες τοῦ λαδιοῦ. Γι' αὐτὸ καὶ τὸ χρῆσιμοποιοῦσαν γιὰ ἐντριβὲς στοὺς μῦες καὶ στὶς ἀρθρώσεις, καθὼς καὶ μετὰ τὴν κακουχία τῆς σκληρῆς σωματικῆς ἐργασίας. Ἐπίσης στὴ θεραπεία τῶν πληγῶν. Κάποτε ἔκοψα βαθιὰ τὸ χέρι μου σὲ ἀγροτικὴ ἐργασία καὶ δὲν ξεκινῶ τὴν προκλητικὴ σιγουριά πὺ εἶχαν γιὰ τὸ ἀποτέλεσμα ὅταν μοῦ ἔβαλαν ἐπάνω μπαμπάκι μὲ καυτὸ λάδι. Στὴν ἀρχὴ ἦταν κάπως ἐπώδυνο, ὄμως, πολὺ σύντομα ἡ πληγὴ δεχόταν εὐεργετικὰ τὸ ζεστὸ ἐπίθεμα, σταμάτησε τὸ αἶμα καὶ σὲ λίγες ὄρες τὸ τραῦμα εἶχε ἐπουλωθεῖ ἐντελῶς! Θυμήθηκα τὴν παραβολὴ τοῦ καλοῦ Σαμαρείτη ὅπου ἐπίσης γίνεται μνεῖα τῆς θεραπείας τῶν τραυμάτων μὲ λάδι καὶ κρασί.

Ἡ θρεπτικὴ τοῦ ἀξία καὶ δύναμη φαίνεται στὶς ἄλλες νουσιτεῖες τῆς Σαρακοστής. Τότε καταλαβαίνεις ὅτι ὅταν τρώς λάδι, ἀκόμη καὶ ἂν ἀπέχεις ἀπὸ ζωικὰ προϊόντα, εἶσαι βασιλιάς. Ὅταν δὲν τρώς λάδι τὰ πράγματα δυσκολεύουν - ἀλλὰ συνθηεζει κανεῖς.

Ἡ θρεπτικὴ τοῦ ἀξία καὶ δύναμη φαίνεται στὶς ἄλλες νουσιτεῖες τῆς Σαρακοστής. Τότε καταλαβαίνεις ὅτι ὅταν τρώς λάδι, ἀκόμη καὶ ἂν ἀπέχεις ἀπὸ ζωικὰ προϊόντα, εἶσαι βασιλιάς. Ὅταν δὲν τρώς λάδι τὰ πράγματα δυσκολεύουν - ἀλλὰ συνθηεζει κανεῖς.

Τὸ λάδι τοῦ... πνεύματος

Ἄρκετὴ ποσότητα ἀπὸ τὸ λάδι μας καταναλώνεται στὸ καντήλι. Ἡ φλόγα μέσα στὸ διάφανο γυαλάκι μὲρὸς στὰ εἰκονίσματα δημιουργεῖ θαλπωρὴ μοναδική. Συγκεντρώνεται. Καὶ ἐπικεντρώνεται στὰ φωτιζόμενα ἅγια πρόσωπα τῶν εἰκόνων. Στὶς ἐκκλησίες ἐπίσης εἶναι πολὺ ὁμορφα τὴ νύχτα μὲ μόνο τὰ καντηλάκια ἀναμμένα.

Καὶ στὴν ἐκκλησία τὸ λάδι ἔχει χρῆση καὶ σημασία μεγάλη. Εὐλογοεῖται στὴν ἀρτοκλασία μαζί καὶ μὲ τὰ ἄλλα πολῦτιμα ἀγαθὰ: «τὸν σῖτον καὶ τὸν οἶνον». Χρῆσιμοποιοεῖται στὴ λειτουργικὴ πράξη (καντηλάκια), ἀλλὰ καὶ ὡς βασικὸ ὑλικὸ στὰ μυστήρια τοῦ Βαπτίσματος καὶ τοῦ Εὐχελαίου. Μάλιστα στὰ μέρη μας ὅταν θέλουν νὰ μιλήσουν μὲ σεβασμὸ γιὰ τὸν ἀνάδοχο λένε «ἔχει βάλει λάδι στὸ παιδί μου». Ὅλοι ἐπιδιῶκουν νὰ χρῆσθουν μὲ λαδάκι εὐχελαίου, σταυρώνονται μὲ λαδάκια ἀπὸ τὰ καντήλια τῆς Παναγίας καὶ τῶν ἁγίων, προσφέρουν λάδι γιὰ τὰ καντηλάκια τῶν ξωκλήσιων, σὲ κάθε προσκυνητᾶρι ἀκόμα καὶ στὰ πιὸ ἀπόμακρα σημεῖα τῶν δρόμων θὰ βρεῖς μπουκαλάκι μὲ λάδι. Εἶναι πολὺ δεμένος ὁ λαὸς μας μὲ ὄλα αὐτὰ.

Σήμερα, πὺ ἔχουμε πνιγεῖ στὰ συντηρητικὰ καὶ στὴν τυποποίηση, ὄσο ἀκόμη ὁ εὐλογημένος μας τόπος μας παρέχει τὸ λάδι πλοῦσιο, καλὸ εἶναι νὰ ἐπωφελοῦμαστε, χρῆσιμοποιοῦντας τὸ εὐρύτερα καὶ περισσότερο. 🍎



Ἄθλητὲς πὺ ἀλείφουν τὸ σῶμα τους μὲ λάδι πρὶν ἀρχίσουν τὶς ἀσκῆσεις, παράσταση σὲ ἀγγεῖο τοῦ 510 π.Χ. περίπου. Ἀρχαιολογικὸ Μουσεῖο Βερολίνου.

Διατροφικές συνήθειες και χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια: από την έρευνα στην πρόληψη

ΧΡΙΣΤΙΝΑ-ΜΑΡΙΑ ΚΑΣΤΟΡΙΝΗ, ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΣ

Τμήμα Ύψιστης Διαιτολογίας - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί τη συχνότερη αιτία νοσηρότητας στους καρδιοπαθείς ασθενείς. Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες η εμφάνιση της καρδιακής ανεπάρκειας είναι περίπου 1% στα άτομα κάτω των 65 ετών, και αυξάνει προοδευτικά στο 7% σε άτομα 75 έως 84 ετών και στο 15% σε άτομα άνω των 85 ετών. Είναι, επίσης, γνωστό ότι οι υγιεινείς διατροφικές συνήθειες έχουν συνδεθεί με μειωμένη νοσηρότητα και θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνο, αλλά και άλλες νόσους.

Η διατροφή των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια προκαλεί «πονοκέφαλο» στους θεράποντες, με και αυτοί οι ασθενείς ενδέχεται να εμφανίζουν πρόωρο αίσθημα κορεσμού και κατά συνέπεια μειωμένο αίσθημα πείνας, εξαιτίας αλλαγών στη γεύση ή λόγω της άνορεκτικής δράσης διαφόρων βιολογικών παραγόντων που είναι ιδιαίτερα αυξημένοι στον οργανισμό τους εξαιτίας της νόσου. Θα πρέπει, επίσης, να αναφερθεί ότι οι συχνές γαστρεντερικές διαταραχές, όπως ναυτία, δυσκοιλιότητα και κοιλιακός πόνος, καθώς επίσης και η δύσπνοια, πιθανόν να δυσχεραίνουν την πρόσληψη τροφής. Επιπλέον, οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια λαμβάνουν μεγάλο αριθμό φαρμάκων, που από μόνη της είναι μία κατάσταση που επηρεάζει τις διατροφικές τους συνήθειες. Αν σε αυτήν την κατάσταση προστεθούν και οι πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων, όπως άνορεξία, ναυτία, δυσπεψία, δυσάρεστη γεύση, ή διατροφική κατάσταση των ασθενών γίνεται ακόμα δυσκολότερη.

Κλινικές έρευνες αλλά και μελέτες παρατήρησης έχουν δείξει ότι συχνά φαινόμενα που παρατηρούνται στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια είναι η κατάθλιψη, το άγχος και το αίσθημα της κοινωνικής απομόνωσης. Οι ψυχοκοινωνικοί αυτοί παράγοντες συντελούν και αυτοί με τη σειρά τους στην μειωμένη επιθυμία των ασθενών για κατανάλωση τροφής. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφερθεί ότι όρισμένοι από τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια τρώνε όχι επειδή το θέλουν, αλλά επειδή πρέπει, για παράδειγμα πριν λάβουν τα φάρμακά τους. Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, λόγω της κατάστασης της ύγείας τους που προάγει το αίσθημα κόπωσης και οδηγεί σε περιορισμένη κινητικότητα, ενδέχεται να αδυνατούν ακόμα και στο να προμηθευτούν ή και να προετοιμάσουν το φαγητό τους. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι περίπου οι μισοί από τους ασθενείς δεν έχουν καμία συμμετοχή στην προμήθεια τροφίμων ή βα-

σίζονται συχνά στη βοήθεια κάποιου συγγενή για την προμήθεια της τροφής. Γίνεται, λοιπόν, φανερό ότι για τους ασθενείς αυτούς η κατανάλωση φαγητού μαζί με συγγενείς ή φίλους έχει ιδιαίτερη, ζωτική σημασία.

Αναφορικά με τις διατροφικές συστάσεις για αυτή την ιδιαίτερη ομάδα ασθενών, μπορεί με βεβαιότητα να ειπωθεί ότι δεν υπάρχουν ευρέως διαδεδομένες οδηγίες, και οι υπάρχουσες συστάσεις φαίνεται να ακολουθούν τα γενικότερα πρότυπα των καρδιοπαθών ασθενών. Ο περιορισμός του νατρίου (δύο περισσότερα από 2 γρ. ήμερησίως) και η πρόσληψη καλίου στη διατροφή (όταν δεν συνυπάρχει νεφρική ανεπάρκεια) αποτελούν άκρογωνιαίο λίθο στις διατροφικές συστάσεις ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και είναι από τις πιο συχνές, μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις. Γίνεται φανερό ότι ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στο να εκπαιδευθούν οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια στο να διαβάζουν τις ετικέτες των τροφίμων και έτσι να γνωρίζουν πόσο νάτριο, κάλιο αλλά και άλλα θρεπτικά συστατικά που περιέχονται στα τρόφιμα, καταναλώνουν. Είναι όμως



γεγονός ότι η τήρηση μίας δίαιτας με περιορισμένη πρόσληψη νατρίου και αυξημένου καλίου είναι μία σύνθετη και απαιτητική διαδικασία που απαιτεί από τους ασθενείς να αντιληφθούν την περιεκτικότητα των τροφών, να προμηθευτούν και να προετοιμάσουν το φαγητό σωστά και να ακολουθήσουν αυτούς τους περιορισμούς καθημερινά και για την υπόλοιπη ζωή τους. Επιπλέον, η περιορισμένη κινητικότητα και οι αλλαγές στη φυσιολογία των ασθενών κάνουν δύσκολη την προετοιμασία ειδικού διαιτολογίου, αυξάνοντας την πιθανότητα κατανάλωσης έτοιμων τροφίμων, τα όποια, δυστυχώς, είναι πλούσια σε νάτριο. Παράλληλα, η φτωχή γευστικότητα, ή έλλειψη διαθεσιμότητας τροφών χαμηλών σε νάτριο, ή δυσκολία κατανάλωσης τροφής σε εστιατόρια και άλλες κοινωνικές δραστηριότητες, ο μεγάλος χρόνος προετοιμασίας και το αυξημένο κόστος, είναι μερικοί από τους λόγους που εμποδίζουν τους ασθενείς να ακολουθήσουν μία δίαιτα περιορισμένη σε νάτριο. Επίσης, δεδομένου ότι η πλειοψηφία των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια είναι άνω των 75 ετών, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και αλλαγές στη γεύση και την όσμη που επέρχεται λόγω της ηλικίας. Γίνεται, λοιπόν, φανερό ότι ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να

συνέχεια στη σελ. 20 ▸

επικαιρα και αλλα

ΠΑΥΛΟΣ Κ. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ, καθηγητής, διευθυντής του Έλληνικού Ίδρύματος Καρδιολογίας (ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.)

Καθαρός αέρας...

Πρόβλημα ήταν ο Νταβέλης το πρώτο ήμισυ του 19^{ου} αιώνα. Τά εφτιαξε με τη Δούκισσα της Πλακεντίας, αλλά με τη συμμορία του ήταν ο φόβος και τρόμος Ἀττικής και Βοιωτίας... Ὅμως, τὸ θέμα μας δὲν εἶναι ἡ ρύπανση τῆς κοινωσίας ἀλλὰ τοῦ περιβάλλοντος.

Τὰ τέσσερα ἀέρια ποὺ ἐπικρατοῦν στὴν ἀτμόσφαιρα εἶναι α) τὸ διοξειδίου τοῦ ἀζώτου (NO_2), β) τὸ διοξειδίου τοῦ θείου (SO_2), προϊόν κυρίως βιομηχανίας καὶ καυσίμων κατοικίας, γ) τὸ μονοξειδίου τοῦ ἀνθρακα (CO), κατὰ 75% προϊόν καυσαερίων τῶν αὐτοκινήτων καὶ δ) τὸ ὄζον (O_3), τὸ ὁποῖο εἶναι φυσικὸ στοιχεῖο τοῦ ἀέρα ποὺ προστατεύει τοὺς ζῶντες ὀργανισμοὺς ἀπὸ τὴν υπέρυθρη ἀκτινοβολία. Ἡ ὄλη βιομηχανικὴ ἀνάπτυξη μετὰ τὴς πάσης φύσεως μηχανῆς καὶ ἰδίως τὰ μεταφορικὰ μέσα παράγουν καὶ ἄλλα ρυπογόνα μόρια τὰ ὁποῖα ἐπηρεάζουν τὴν ἀναπνοή, τοὺς βρόγχους καὶ τὴς κυπελίδες τῶν πνευμόνων, διηθοῦνται ἀκόμα καὶ στὸ αἷμα.

Αὐτὲς οἱ κουκίδες-σκόνη, τὰ μικρομόρια τοῦ ρύπου προσδιορίζονται ἀπὸ τὴ διάμετρό τους καὶ διαίρονται σὲ κατηγορίες: α) κάτω τῶν 10 μικρῶν (μ, ὅπου 1μ εἶναι ἓνα χιλιοστὸ τοῦ χιλιοστοῦ), β) κάτω τῶν 2,5μ καὶ γ) κάτω τῶν 0,1μ. Αὐτὰ ὅλα παίζουν ρόλο στὰ καρδιαγγειακὰ νοσήματα ἀκόμη καὶ στὸ ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου. Ἔτσι, ἐὰν τὰ μικρομόρια ὑπερβαίνουν τὰ 25 μικρογραμμάρια ἀνὰ κυβικὸ μέτρο ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) τότε αὐξάνεται ὁ κίνδυνος γιὰ ἔμφραγμα μυοκαρδίου. Αὐτὸ τὸ ποσοστὸ αὐξήσεως εἶναι σχετικὰ μικρὸ συγκριτικὰ μετὰ τὰ ἐπεισόδια ποὺ συμβαίνουν κατὰ τὴ μεγίστη αὐξήση τῶν μικρομορίων ρύπανσης, ὅπως συμβαίνει στὴς 1-2 ὥρες αἰχμῆς κυκλοφορίας αὐτοκινήτων. Σὲ πόλεις μετὰ αὐξημένη ρύπανση καὶ σὲ ὥρες μεγάλῃς κυκλοφορίας παρατηρεῖται αὐξήση τοῦ ἀριθμοῦ τῶν αἰφνιδίων θανάτων. Στὴν Τουλούζη τῆς Γαλλίας ἔχει παρατηρηθεῖ ὅτι γιὰ κάθε αὐξήση $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ τῆς πυκνότητος τῶν μικρομορίων, τὸ ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου καὶ οἱ αἰφνιδιοὶ θάνατοι αὐξάνονται κατὰ 5% ἢ καὶ περισσότερο. Ἡ εἰσπνοὴ ἀέρα μετὰ ὑψηλὲς τιμὲς ρύπων συχνὰ προκαλεῖ φλεγμονώδη ἀντίδραση στοὺς πνεύμονες, ἢ ὁποῖα ὀδηγεῖ σὲ αὐξήση τῶν σχετικῶν πρωτεϊνῶν αἵματος, ὅπως οἱ κυτοκίνες. Ἔτσι σὲ ἀσθενεῖς οἱ ὁποῖοι ἤδη παρουσιάζουν ἀθροωματικὲς πλάκες, ἢ φλεγμονώδης αὐτὴ ἀντίδραση ἢ ὁποῖα διαχέεται στὸ αἷμα, ἐπιδεινώνει τὴν κατάστασιν τῆς ἀθροωματικῆς πλάκας μέχρι σημείου ρήξεως τῆς κάψας τῆς καὶ ἐμφάνισιν θρόμβου. Ἔτσι προκαλεῖται τὸ καρδιακὸ ἢ ἐγκεφαλικὸ ἐπεισόδιο.

Οἱ ρῦποι ἐπίσης ἐπηρεάζουν τὴν πίεση. Ἔχει παρατηρηθεῖ ὅτι ἡ αὐξήση τῆς ρύπανσης κατὰ $10,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ προκαλεῖ αὐξήση τοῦ τόνου τῶν ἀγγείων καὶ τῆς ἀρτηριακῆς πίεσης κατὰ 0,3 mmHg. Ἡ ρύπανση τῆς ἀτμόσφαιρας ἐπηρεάζει δυσμενῶς τὸ πρόσωπο ἀνεξαρτήτως φύλου, φυλῆς καὶ τὸ κακὸ προστίθεται σὲ αὐτὸ ποὺ προκαλοῦν ἄλλοι παράγοντες κινδύνου ὡς ἡ παχυσαρκία, ὁ



διαβήτης καὶ ἡ υπέρταση. Οἱ ἠλικιωμένοι ἄνω τῶν 65 ἐτῶν καὶ οἱ καπνιστὲς ἔχουν μεγαλύτερη εὐαισθησία στὴ ρύπανση. Αὐτὸ ἔχει παρατηρηθεῖ σὲ διάφορες περιοχὲς μετὰ αὐξήση τῶν εἰσαγωγῶν ἠλικιωμένων ἀσθενῶν στὸ νοσοκομεῖο μετὰ ἀπὸ αὐξήση τῆς μέγιστης τιμῆς τοῦ ὄζοντος, τοῦ διοξειδίου τοῦ θείου καὶ τοῦ διοξειδίου τοῦ ἀζώτου. Στὴς περιπτώσεις αὐτὲς ἡ ἐκδήλωσις ὀξέως ἐμφράγματος μυοκαρδίου εἶναι 2,4 φορές πλεονεκτήματα ἀπ' ὅσο σὲ πρόσωπα ἠλικίας μικρότερης τῶν 55 ἐτῶν.

Τὸ συμπέρασμα ἀπὸ τὰ παραπάνω εἶναι ὅτι παρουσιάζεται ἐπιτακτικὴ ἡ ἀνάγκη μείωσης τῆς ρύπανσης τοῦ περιβάλλοντος μετὰ εὐαισθητοποίηση τῶν κυβερνήσεων καὶ τῶν πολιτῶν. Κάτι πρέπει νὰ γίνει γιὰ νὰ μὴν ἐπιθυσώσουμε τὸν Προκρούστη ποὺ σοῦ ἔκοβε τὰ πόδια γιὰ νὰ χωρέσεις στὸ κρεβάτι...



Στέντι: δῶρο ζωῆς

Τὰ στέντις ἔχουν βελτιώσει τὴ ζωὴ μυριάδων ἀνθρώπων. Εἶναι μία εὐκολὴ ἐπέμβασις, δὲν εἶναι ἐγχείρησις καὶ γίνεται στὸ πλαίσιο μιᾶς στεφανιογραφίας. Ἐνας καθέτηρος εἰσάγεται στὴν κυκλοφορία ἀπὸ τὴ μηριαία ἀρτηρία, ψηλὰ στὴ ρίζα τοῦ μηροῦ καὶ στὴ συνέχεια προωθεῖται μέχρι τὴν καρδιά, στὴ στεφανιαίης ἀρτηρίας. Ἐκεῖ, μετὰ ἔγχυση σκιερῆς οὐσίας ἐντοπίζεται τὸ στένωμα καὶ στὴ συνέχεια γίνεται διάνοξις μετὰ μπαλόνι καὶ τοποθετεῖται στέντι γιὰ νὰ μὴν ξανακλείσει ἡ ἀρτηρία. Εἶναι ἀπλὴ ἐπέμβασις, χωρὶς τὴς τομῆς στὸ θώρακα ποὺ κάνει ὁ χειρουργὸς καὶ θέλεις μέρες νὰ συνέλθεις. Αὐτὴ ἡ θεραπεία μετὰ τὰ στέντις γίνεται στὴς περισσότερες περιπτώσεις τῶν πασχόντων, ὅμως ὑπάρχουν καὶ ἀρκετὲς στὴς ὁποῖες δὲν μπορεῖ νὰ γίνει, ἐπειδὴ ἡ βλάβη ἔχει πετρώσει ἀπὸ πολὺ ἀσβέστιο καὶ δὲν ἀνοίγει μετὰ μπαλόνι ἢ εἶναι σὲ δύσκολο σημείο, ὅπου ὑπάρχει κίνδυνος κατὰ τὴ τοποθέτησις τοῦ στέντι νὰ γίνει ζημιὰ. Τότε προτιμᾶμε νὰ γίνει ἐγχείρησις μπαί-πας.

Βέβαια, κάποιοι λένε ὅτι μετὰ τὰ στέντις μπορεῖ νὰ πάθει ὁ πάσχων ἀργότερα ζημιὰ ἢ καὶ νὰ πεῖ «ἀντίο»... Ὅμως αὐτὸ θὰ τὸ ποῦμε ὅλοι κάποια μέρα. Γεγονὸς εἶναι ὅτι τώρα ὁ κόσμος μ' αὐτὰ ἔχει ὑγεία, ἔχει ποιότητα ζωῆς καὶ μακρομέρευση. Ὅλα τὰ ἄλλα εἶναι φόβος καὶ λόγια. Σὲ πρόσφατη μελέτη ἐρευνητὲς ἐξέτασαν 1.748 ἀσθενεῖς, οἱ ὁποῖοι μετὰ τὸ διπλὸ τυφλὸ σύστημα

έβραζαν ό ένας άπλό στέντ πρώτης γενιάς και ό δεύτερος στέντ πού έκλύει φάρμακο, δεύτερης γενιάς. Έτσι, 870 πάσχοντες έβαλαν άπλό στέντ, τó όποίο κατά τις μελέτες έχει μεγαλύτερο ποσοστό επαναστένωσης, γύρω στό 20%, και άλλοι 878 έβαλαν τά στέντς πού έκλύουν φάρμακο και τά όποία έμφανίζουν την έπιπλοκή τής επαναστένωσης σέ πολύ μικρό ποσοστό 5-7%. Σ' αυτές τις δυό ομάδες ό έρευνητές πρόσεξαν τά... λόγια πού αναφέρονται σέ συνέδρια χωρίς πραγματικά δεδομένα, ένα είδος "καπνού". Πρόσεξαν, λοιπόν, και τή σκληρή έπιπλοκή τού άποκαιρειτισμού, πόσοι έφυγαν άπό καρδιά σέ 2,6 χρόνια. Βρήκαν ότι στά άπλά στέντς ή συνολική θνησιμότητα άπό τήν καρδιά ήταν 1,4% και για τά στέντς πού έκλύουν φάρμακο 1,3%. Η όλική θνησιμότητα και άπό έξωκαρδιακές αίτιες ήταν αντίστοιχα 3,7% και 3,2%. Διπλαδή, παρατηρήθηκαν ελάχιστα πράγματα, χωρίς διαφορά στις δυό κατηγορίες τών στέντς. Λέγω ελάχιστη είναι ή θνησιμότητα, έπειδή ό μέσος όρος ηλικίας τών άσθενών πού έβαλαν στέντ ήταν 70 έτη. Σέ τέτοια ηλικία ή θνησιμότητα στό γενικό πληθυσμό αναμένεται νά είναι μεγαλύτερη συγκριτικά μέ τή θνησιμότητα μεταξύ άνθρώπων νεώτερης ηλικίας. Κι έδω αναφέρουμε ότι στό γενικό πληθυσμό τής Ελλάδος, για όλες τις ηλικίες, ή μέση ετήσια θνησιμότητα είναι 1%. Επομένως στά 2,6 έτη τής παρακολούθησης τó συνολικό 3,2% για τήν ηλικία τών 70 ετών φαίνεται νά είναι καλύτερο ποσοστό και άπ' όσο είναι στόν αντίστοιχο γενικό πληθυσμό τής όγδοης δεκαετίας πού δέν πάσχει άπό καρδιοπάθεια.

Τά στέντς, λοιπόν, είναι δώρο ζωής σέ όσους τά έχουν άνάγκη.



Προσοχή στη χειμερινή κολύμβηση

Μπήκαμε για τά καλά στό νέον έτος και ήδη έχουμε Φλεβάρη. Τήν έποχή αύτ ήρκετοί έπιμένουν στό θάλασσο κολύμπι. Οί περισσότεροι χειμερινοί κολυμβητές αναπαύονται μετά τά Θεοφάνεια για νά ξαναρχίσουν τó Μάιο-Ιούνιο. Όμως όι σκληροί πού άπεκθάνονται τó τσάι-θάλασσα τού θέρους σχεδόν καθημερινά βρίσκονται στην παραλία. Πιστεύω ότι γνωρίζουν ότι συχνά ύπάρχει πρόβλημα άπώλειας πολλών θερμίδων. Μέ τó βάπσιμα στό κρύο νερό, ιδίως άν είσαι άδύνατος μέ λίγα λίπη κάτω άπό τó δέρμα στά μπράτσα και τά πόδια, ή διαρροή θερμίδων πρós τή θάλασσα είναι μεγάλη λόγω τής σημαντικής διαφοράς θερμοκρασίας, 37 βαθμοί τού σώματος, 10 ή 12 τής θάλασσας τού Σαρωνικού. Αυτή ή άπώλεια ενέργειας συμβαίνει είτε μένει άκίνητος μέσα στό νερό ή άγωνίζεται μέ άπλωτές, όι δέ άπώλειες γίνονται σημαντικές όσο περνάει ή ώρα. Έτσι ή διάρκεια τής συνολικής παραμονής στη θάλασσα δέν πρέπει νά υπερβαίνει σέ λεπτά τούς βαθμούς τής θερμοκρασίας τού νερού. Έάν ή θερμοκρασία τού νερού είναι 15, τότε συνολικά θά κολυμπήσεις 15 λεπτά και θά βγεις έξω. Άν είναι 10 βαθμοί, θά κολυμπήσεις 10 λεπτά και άν είναι δύο βαθμοί στη Βαλτική θάλασσα, θά μπεις και θά βγεις σέ δύο μόνον λεπτά. Ό λόγος είναι ότι μπορεί νά χάσεις τόση πολύ ενέργεια όστε νά μίν μπορείς νά κινήσεις τά άκρα σου, όπως συνέβη πριν άπό λίγα χρόνια και όι άνθρωποι βγήκαν ζύλο, ζύλιασαν στό παγωμένο νερό.

24



Εύτυχώς δέν κατάπιαν νερό, δέν πνίγηκαν, και όταν μετάφεραν τά δυό αυτά «ζύλα» στό νοσοκομείο, στη ζέστη τού θαλάμου άρχισαν νά συνέρχονται και νά περπατούν. Και νά θυμόμαστε ότι τή χαμηλότερη θερμοκρασία τήν έχει τó νερό κατά τούς μήνες Φεβρουάριο και Μάρτιο. ♣



συνέχεια άπό τή σελ. 18

κοληστερόλη, χαμηλότερη άπό 100 mg%. Τά τριγλυκερίδια πρέπει νά είναι χαμηλότερα άπό 150 mg%.

Τέλος, ιδιαίτερη έμφαση πρέπει νά δίνεται στη διακοπή τού καπνίσματος. Δέν νοείται ένα άτομο μέ διαβήτη, τó όποίο ήδη έχει μία προδιάθεση για καρδιολογικά προβλήματα, νά υφίσταται (και μάλιστα μέ τή θέλησή του) έναν πολύ έπιβαρυντικό για καρδιοπάθειες παράγοντα, όπως είναι τó κάπνισμα.

Πότε πρέπει νά ελέγχεται ή καρδιά στά διαβητικά άτομα

Κάθε άτομο μέ διαβήτη πού παρουσιάζει συμπτώματα τά όποια θέτουν τήν ύποψία στεφανιαίας νόσου (όπως π.χ. πόνο στό στήθος κατά τήν προσπάθεια) πρέπει νά συμβουλευτεί καρδιολόγο και νά ύποβάλεται στόν κατάλληλο έλεγχο. Δοκιμασία κοπώσεως (τέστ κοπώσεως) συνιστάται σέ όλα τά άτομα μέ διαβήτη πού πρόκειται νά ξεκινήσουν κάποιο πρόγραμμα σωματικής άσκησης (σέ αυτήν δέν συμπεριλαμβάνεται τó άπλό περπάτημα). Για τά άτομα μέ διαβήτη χωρίς συμπτώματα, πού δέν πάσχουν άπό κάποια άλλη έπιπλοκή τής νόσου (π.χ. νεφροπάθεια), δέν ύπάρχουν σαφή δεδομένα σχετικά μέ τó άν πρέπει νά ύποβάλλονται σέ λεπτομερή καρδιολογικό έλεγχο. Η άπόφαση πρέπει νά λαμβάνεται άπό τόν θεράποντα γιατρό, άφου έκείνος λάβει ύπ' όψιν τó συνολικό προφίλ κινδύνου κάθε ατόμου.

Συμπεράσματα

Ό σακχαρώδης διαβήτης άποτελεί μία σημαντική άπειλή για τήν καρδιά και ειδικότερα για τά στεφανιαία άγγεια. Η ρύθμιση τού σακχάρου αλλά και τών άλλων παραμέτρων πού άπειλούν τήν καρδιά και τά άγγεια (άρτηριακή πίεση, παχυσαρκία, λιπίδια αίματος) άποτελεί τήν καλύτερη προστασία άπό τήν άπειλή τού διαβήτη. ♣

ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ

Κέντρο Ύγείας Σιδηρόκαστρου

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΣΙΤΜΑΛΙΔΗΣ,

παθολόγος, διευθυντής Κέντρου Ύγείας Σιδηρόκαστρου

Σε απόσταση 20 χλμ. από τα έλληνοβουλγαρικά σύνορα βρίσκεται το Σιδηρόκαστρο ή Δεμίρ Ίσάρ (Σιδερένιο Κάστρο) που έχει πάρει το όνομά του από το ιστορικό κάστρο της πόλης. Είναι πρωτεύουσα της επαρχίας Σιδικής του Ν. Σερρών και ομώνυμος δήμος με πληθυσμό 10.600 κατοίκους.

Το Σιδηρόκαστρο είναι μία πόλη με ιστορία 3.500 και πλέον χρόνων, μία πόλη γραφική και παραδοσιακή. Υπάρχουν μνημεία παλαιολιθικής εποχής αλλά και αναφορές του Όμηρου και Ηροδότου. Δέσποζα θέση στην πόλη κατέχει ο γρανιτένιος βράχος Ίσάρι με ύψος 155 μ. Πάνω στο βράχο βρίσκεται βυζαντινό κάστρο που χτίστηκε μεταξύ 718-775 μ.Χ. όταν αυτοκράτορας του Βυζαντίου ήταν Κωνσταντίνος ο Κοπρώνυμος. Πίσω από το βυζαντινό κάστρο, σμιλεμένους πάνω στο βράχο, βρίσκεται προϊστορικός οικισμός.

Πόλος έλξης των επισκεπτών αλλά και πλουτοπαραγωγική πηγή της περιοχής είναι τα ιαματικά λουτρά που είναι γνωστά ανά τους αιώνες για τις θεραπευτικές ιδιότητές τους. Σε απόσταση επτά χλμ. από την πόλη μπορούν να φιλοξενήσουν μεγάλο αριθμό επισκεπτών αφού έχει γίνει ένα σύγχρονο υδροθεραπευτήριο, όπου η ποιότητα και η ποικιλία των προσφερομένων υπηρεσιών σε συνδυασμό με το πανέμορφο καταπράσινο περιβάλλον εξασφαλίζουν ευχάριστη διαμονή.

Η γεωγραφική θέση του δήμου Σιδηρόκαστρου πάνω στον κύριο οδικό άξονα, ο οποίος συνδέει τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με αυτές της Ανατολικής Ευρώπης, τον κάνει να ξεχωρίζει και να έχει πολλά πλεονεκτήματα και να προσφέρεται για εναλλακτικές μορφές τουρισμού, καθώς γειτονείται από τη μία με τον ύγροβιότοπο της λίμνης Κερκίνης από την άλλη με τον όρεινο όγκο του Λαϊλιά (κιονοδρομικό κέντρο) και του Μπέλλες, όπως και με τα όχυρά του Ροϋπέλ.

Το Κέντρο Ύγείας Σιδηρόκαστρου άρχισε να λειτουργεί τον Οκτώβριο του 1986, βρίσκεται μέσα στην πόλη του Σιδηρόκαστρου και εξυπηρετεί τους κατοίκους του δήμου Σιδηρόκαστρου, του δήμου Πετριτσίου και των κοινοτήτων Προμακώνα Άγκιστρου, Παλαιοκάστρου, Μελενικισίου και Χριστός με συνολικό πληθυσμό 20.000 κατοίκων.

Στο Κέντρο Ύγείας υπηρετούν ένας διεθντής παθολογίας, μία διευθύντρια γενικής ιατρικής, ένας έπιμελητής Α΄ παθολόγος υπερτασιολόγος, δύο αναπληρωτές διευθυντές οδοντίατροι, δύο αγροτικοί γιατροί, δύο παρασκευάστριες στο μικροβιολογικό εργαστήριο, δύο διοικητικοί υπάλληλοι, τρεις τεχνικοί, δύο θυρωροί, τρεις καθαρίστριες, τρεις μαίες, 12 νοσηλεύτριες και μία έπιπέτρια υγείας.

Στην περιοχή εϋθύνης του Κέντρου Ύγείας υπάρχουν δέκα περιφερειακά ιατρεία, τα όποια στελεχώνω-



νται με αγροτικό γιατρό και νοσοκόμα. Υπάρχουν δύο διαθέσιμα ιατρεία και σε δυο από αυτά είναι διορισμένοι γενικοί γιατροί. Οί αγροτικοί εφημερεύουν στο Κέντρο Ύγείας.

Σε εξέλιξη βρίσκονται δυο προκηρύξεις ιατρικών θέσεων, μία έπιμελητή Β΄ παιδίατρος και μία έπιμελητή Α΄ μικροβιολόγος.

Ένα από τα σοβαρά προβλήματα είναι ή έλλειψη παιδίατρος τα τελευταία τέσσερα χρόνια. Εϋελπιστούμε με την τελευταία προκήρυξη να καλυφθεί ή θέση.

Οί έπισκέψεις στα ιατρεία το έτος 2005 ανήλθαν σε 35.368 άσθενεις. Έγιναν 3.043 άκτινογραφίες και 27.536 εργαστηριακές εξετάσεις.

Σε τακτά χρονικά διαστήματα έπισκέπτονται το Κέντρο Ύγείας από το Γ.Ν.Ν. Σερρών γιατροί των παρακάτω ειδικοτήτων: Χειρουργός μία φορά την έβδομάδα, γυναικολόγος δύο φορές το μήνα, καρδιολόγος μία φορά το μήνα.

Το Κέντρο Ύγείας από την έναρξη λειτουργίας καλύπτει όλη την περιοχή με προγράμματα άγωγής υγείας και πρόληψης.

Από το οδοντιατρικό τμήμα, στα πλαίσια του προγράμματος της στοματικής υγιεινής, γίνεται ένημέρωση των μαθητών για τη διατροφή και τη σωστή φροντίδα των δοντιών, όπως έπίσης και οδοντιατρικός έλεγχος.

Κάθε χρόνο γίνεται έλεγχος Mantoux σε όλα τα παιδιά της Α΄ τάξης των δημοτικών σχολείων της περιοχής και στη συνέχεια έμβολιασμός με Β.Σ.Γ.

Στα πλαίσια του διασυννοριακού κέντρου δημόσιας υγείας και για την ύλοποίηση έρευνητικών προγραμμάτων πραγματοποιούνται ειδικά προγράμματα έμβολιασμών στον πληθυσμό της περιοχής, τέστ ΠΑΠ και έλεγχος μαστού στο γυναικείο πληθυσμό.

συνέχεια στη σελ. 31

ΕΜΕΙΣ ... ΚΑΙ ΕΣΕΙΣ

“Δεν καπνίζω, επενδύω στο μέλλον της καρδιάς μου”



ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Μητροπολίτης Ίερώνυμος
ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ:
Λουκάς Χατζηγιάννου, Ιάκωβος Τσοούνης
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Παύλος Τούτουζας
ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Σταύρος Ψυχάρης
ΤΑΜΙΑΣ: Μπέττυ Γιατράκου
ΜΕΛΗ: Εύτ. Βορίδης, Β. Βοττέας
Άλκ. Δήμα, Γ. Κασσιμάτης, Β. Κόκκινος,
Γ. Παπαζαχαρίου, Χρ. Στεφανάδης
ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
Αναστάσιος Βούτσας
Νικόλαος Κατσιλάμπρος
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,
Α. Έβερτ, Ζ. Κυθωνιάτη, Ε. Μαύρου

Μυοκαρδιοπάθεια και αντιπηκτικά

Είμαι άνδρας 70 ετών. Πάσχω από υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια τείνουσα προς διατακτική, διαγνωσμένη μετά από στεφανιογραφία. Τό πρόβλημά μου διεγνώσθη τό 2002 στό Ίπποκράτειο νοσοκομείο. Έκτοτε ακολουθώ φαρμακευτική άγωγή καρδιακής ανεπάρκειας με νιτρώδη, αντιπηκτική άγωγή και αντιαρρυθμικά. Μετά άπό υπερηχοκαρδιογραφική εξέταση, τό κλάσμα εξωθήσεώς μου είναι μεταξύ 30 και 35. Πρό ενός μηνός, άρχισα νά έχω προβλήματα στό βάδισμα, άκόμα και σέ κοντινή άπόσταση 200 μέτρων. Είναι άίσθημα κόπωσης και δύσπνοια στό άνέβασμα ένός όρόφου και μόνον. Γι' αυτά τά προβλήματα νοσηλεύθηκα και πάλι στό Ίπποκράτειο, όπου διέγνωσαν κοιλιακή μαρμαρυγή. Δέν μου άλλαξαν τή φαρμακευτική άγωγή αλλά μου συνέστησαν νά μετρώ τό χρόνο προθρομβίνης και νά παίρνω όξυγόνο. Θα ήθελα και τή δική σας γνώμη και συμβουλή για τήν περαιτέρω πορεία μου.


Στ. Κ. – Μέγαρο

Η πάθησή σας είναι γνωστή άπό πολλά χρόνια. Η κατάσταση διατηρείται σέ μία χρυσή ίσορροπία. Δηλαδή, κοιμάστε και έτσι μπορείτε νά άνταποκρίνεστε στην καθημερινότητα. Μπορείτε νά πάτε στό περίπτερο ή νά κάνετε έναν περίπατο ήρεμο για 10-20'. Όπως αντιλαμβάνομαι άπό αυτά που γράφετε ή πρόγνωση σας είναι ίκανοποιητική. Θα συνεχίσετε τά φάρμακά σας και θα προσέχετε ιδιαίτερα τό χρόνο προθρομβίνης, ώστε τό INR νά κυμαίνεται μεταξύ 2-3, με τήν κατάλληλη δόση του αντιπηκτικού φαρμάκου. Πέρα, βέβαια, άπό τό ήρεμο βάδισμα που άναφέραμε παραπάνω θα πρέπει νά προσέχετε πάντοτε τό φαγητό σας ώστε νά μην έχει ούτε μία «ιδέα» άλάτι. Νά ζυγίσετε κάθε πρωί, μετά τήν τουαλέτα, και άν δείτε καμιά φορά ότι τό βάρος σας αύξήθηκε κατά δυό κιλά τις τελευταίες μία-δυό μέρες, τότε θα πρόκειται για κατακράτηση ύγρών-νερού, τό όποιο πρέπει νά αποβληθεί με αύξηση τής δόσης του διουρητικού. 

Παιδιά και φύσημα

Πολύ πρόσφατα απέκτησα τό δεύτερο παιδί μου και ό παιδίατρος του νοσοκομείου με πληροφόρησε ότι τό μωρό μου έχει φύσημα στην καρδιά. Με διαβεβαίωσε ότι δέν είναι σοβαρό, αλλά έγω έχω θορυβηθεί. Τί σημαίνει αυτό; Τό παιδί μου δέν θα μπορεί νά παίξει ή νά γυμνάζεται; Θα υπάρχουν κάποιες άπαγορεύσεις στη ζωή του και ποιές; Υπάρχει περίπτωση νά υποβληθεί σέ έγχείρηση; Σας παρακαλώ πολύ νά με ενημερώσετε για τις όποιες πιθανές εξελίξεις γιατί, σας όμολογώ, οι διαβεβαιώσεις του γιατρού δέν με καθησύχασαν πλήρως.

Μαργ. Ζερ. – Πειραιάς

Τό παιδί έχει φύσημα στην καρδιά τό όποιο, άπό τήν άναφορά του γιατρού, φαίνεται άθώο. Είναι σύννητες νά γεννιοούνται παιδιά με φύσημα τό όποιο με τήν πάροδο τών ετών υποχωρεί και σέ ηλικία 10 ή 12 ή και μεγαλύτερη εξαφανίζεται. Τα παιδιά αυτά έχουν όμαλή σωματική άνάπτυξη, παίζουν, γυμνάζονται, χωρίς άπαγορεύσεις. Για νά χαρακτηριστεί τό φύσημα ως όργανικό θα πρέπει νά διαπιστωθεί συγκεκριμένη πάθηση, ή όποία έν προκειμένο δέν άναφέρεται άπ' τόν γιατρό. Σε ένα-δυό χρόνια, με τά διαγνωστικά μέσα που έχουμε π.χ. ήλεκτροκαρδιογράφημα - υπερηχοκαρδιογράφημα, θα διαπιστωθεί μετά βεβαιότητας άν υπάρχει κάτι τό όποιο μπορεί νά διαφεύγει σήμερα τής προσοχής επειδή είναι πολύ μωρό. Καταλαβαίνω όμως ότι ό παιδίατρος δέν έχει διαπιστώσει για τήν ώρα καρδιακή πάθηση και τό μωρό φαίνεται νά είναι ύγιέστατο. 

Ταχυκαρδία άπό δεμάτιο

Είμαι γυναίκα 42 ετών, χωρίς προβλήματα ύγείας, μη καπνίστρια. Τό τελευταίο έξάμηνο, άρχισα νά έμφανίζω ξαφνικά ταχυκαρδία που μου προκαλούσε έντονη δυσφορία. Αυτό συνέβη τέσσερις φορές και χρειάστηκε νά άνευθυνθώ σέ έφημερεύον νοσοκομείο, όπου μου έκαναν ένδοφλέβια ένεση για νά παύσει ή ταχυκαρδία. Οι γιατροί μίλησαν για «ταχυκαρδία άπό δεμάτιο» και μου πρότειναν διάφορες λύσεις για τή θεραπεία της. Θα ήθελα τή συμβουλή σας.

Κυρ. Χαϊρ. – Έδεσσα



Ἡ «παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία λόγω ἔκτοπου δεματίου», εἶναι μία καλοήθης σχετικὰ κατάσταση, ἡ ὁποία ὀφείλεται στὴν ὕπαρξη, στὴν καρδιά, κάποιου ἐπιπρόσθετου ἴσου (ὀμάδας κυττάρων) ποὺ ὀνομάζεται «δεμάτιο» καὶ “παρακάμπτει” τὴ φυσιολογικὴ ὁδὸ ἀγωγῆς τοῦ καρδιακοῦ ἐρεθίσματος. Αὐτὸ τὸ δεμάτιο ἔχει τὴν ιδιότητα νὰ ἀγεῖ τὰ ἐρεθίσματα ταχέως σὲ σχέση μὲ τὸ φυσιολογικό, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν πρόκληση τῶν ταχυκαρδιῶν ποὺ ἀναφέρετε. Ἡ συχνότητα ἐμφάνισης τῶν ἐπι-

σοδίων ταχυκαρδίας ποικίλει ἀπὸ ἓνα ἢ ἐλάχιστα, μέχρι πολλὰ ἐπαναλαμβανόμενα ἐντὸς σύντομου χρονικοῦ διαστήματος, τὰ ὁποῖα ἀσφαλῶς ἐπηρεάζουν τὴν καρδιακὴ λειτουργία μεσομακροπρόθεσμα καὶ προκαλοῦν ἐντονη δυσφορία στὸν πάσχοντα. Ἡ θεραπεία στὴν ὀξεία φάση περιλαμβάνει ἀρχικὰ διάφορους χειρισμοὺς (π.χ. ὁ γιατὸς μπορεῖ νὰ σᾶς ζητήσει νὰ ἐκπνεύσετε μὲ κλειστὴ τὴ γλωττίδα, ἢ νὰ πιέσει τὸν τραχηλὸ σας στὸ ὕψος τῆς καρωτίδας), καθὼς καὶ τὴν ἐνδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων μὲ ἀμεση δράση ποὺ σταματοῦν τὸν παροξυσμὸ. Γιὰ τὴν ἀποτροπὴ τῶν παροξυσμῶν τῆς ταχυκαρδίας, ὑπάρχουν λύσεις φαρμακευτικῆς καὶ μὴ. Τὰ φάρμακα ποὺ δίνονται στὶς περιπτώσεις αὐτές, οὐσιαστικὰ ἐμποδίζουν τὴ λειτουργία τοῦ ὑπεύθυνου δεματίου, ὁπότε λειτουργεῖ κανονικὰ τὸ φυσιολογικὸ σύστημα ἀγωγῆς τῆς καρδιάς καὶ δὲν ἐμφανίζεται ἡ ταχυκαρδία. Ὄστόσο, ἡ φαρμακευτικὴ

ἀγωγή μπορεῖ νὰ μὴ εἶναι πάντα ἀποτελεσματικὴ καὶ δὲν ἐξασφαλίζει τὴν πλήρη ἴαση. Ἡ πιὸ ριζικὴ θεραπευτικὴ ἀντιμετώπιση εἶναι ἐκείνη τῆς κατάλυσης τοῦ δεματίου μὲ ὑψίσυχνο ρεύμα (ablation). Πρόκειται γιὰ μία ἐπεμβατικὴ τεχνικὴ, ὅπου μὲσῶ μεγάλης φλέβας ἀπὸ τὸ πόδι (μηριαία φλέβα) εἰσάγονται στὴν καρδιά καθετήρες μὲ σκοπὸ τὴν πρόκληση τῆς κλινικῆς ταχυκαρδίας καὶ τὴν ἐντόπιση τοῦ δεματίου. Ἐφ’ ὅσον αὐτὸ γίνε, τότε ἐφαρμόζεται στὴν περιοχὴ ρεύμα ὑψηλῆς συχνότητας, τὸ ὁποῖο οὐσιαστικὰ καταστρέφει τὸ δεμάτιο, ὁπότε παύει νὰ ὑφίσταται ἡ αἰτία τῶν ἐνοχλημάτων σας. Τὰ ποσοστὰ ἐπιτυχοῦς κατάλυσης – σὲ κέντρα μὲ ἐμπειρία – εἶναι μεγάλα καί, ὅπως εἰπώθηκε, ἡ θεραπεία εἶναι ριζικὴ. Καὶ οἱ δυὸ θεραπευτικῆς προσεγγίσεις ἔχουν ἀνεπιθύμητες ἐνέργειες, ὁπότε σὲ συνεννόηση μὲ τὸν γιατὸ σας καὶ ἀνάλογα μὲ τὶς ἰδιαιτερότητές σας φροντίστε νὰ ἐπιλέξετε τὴν πιὸ συμφέρουσα γιὰ εἰς λύση. 🍀



ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

- Ἑλένης Παπαδοπούλου, ἡ κ. Αἰμιλία Ἀθανασάκου, τὸ ποσὸ τῶν € 100
- Ἑλένης Παπαδοπούλου, ἡ κ. Βασιλικὴ Κοτσώνη, τὸ ποσὸ τῶν € 50
- Τῶν γονέων τοῦ Πέτρου καὶ Βασιλικῆς, ὁ κ. Χρῆστος Θωμόπουλος, τὸ ποσὸ τῶν € 100
- Πατέρα καὶ συζύγου Σταμάτη Πίτσα, ἡ οἰκογένεια Λαγοῦ καὶ ἡ οἰκογένεια Λαγοῦ-Wright, τὸ ποσὸ τῶν € 50

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ

- Ὁ κ. Σπυρίδων Δούκας, τὸ ποσὸ τῶν € 3000
- Ὁ κ. Πάρης Κορωναῖος, τὸ ποσὸ τῶν € 400
- Ἡ κ. Ἄννα Σταυρίδου, τὸ ποσὸ τῶν € 150
- Ὁ κ. Θεόδωρος Πανταζόπουλος, τὸ ποσὸ τῶν € 150
- Ἡ κ. Μαρία Ραφτοπούλου, τὸ ποσὸ τῶν € 100

ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

Τὰ καρδιαγγειακὰ νοσήματα ἀποτελοῦν σήμερα τὴν πρώτη αἰτία θανάτου στὸ Δυτικὸ κόσμο καὶ τὴν Ἑλλάδα. Κι ὅμως! Ὑπάρχουν 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 «**Στὸς ρυθμούς τῆς καρδιάς**» ἢ ἀνοίξτε τὸ δρόμο κἀνοντάς τους δῶρο τὴν ἐγγραφή.

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

ΟΝΟΜΑ.....ΕΠΩΝΥΜΟ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΗΛΙΚΙΑ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΟΔΟΣΑΡΙΘ.....Τ.Κ.....

ΣΥΝΟΙΚΙΑ.....ΠΟΛΗ.....ΤΗΛ:.....

Ἔχει κάποιον μέλος τῆς οἰκογένειάς σας καρδιολογικὰ προβλήματα; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**.....

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

€ 15

€ 30

Ὑπογραφή.....

οικονομικοί παλμοί

Ίατρικά απόβλητα: λύσεις αναζητούνται επειγόντως

ΓΑΛΗΝΗ ΦΟΥΡΑ, δημοσιογράφος

Η πλημμελής διαχείριση των νοσοκομειακών αποβλήτων, που όφειλεται σε κενά στη νομοθεσία και στο σύστημα έλεγχου σε πολλά κράτη, έμπερικλείει, κατά την Παγκόσμια Ύργανωση Ύγείας, κινδύνους για τη δημόσια υγεία.

Τα ιατρικά απόρριμματα που μπορεί να είναι μολυσματικά, τοξικά και επικίνδυνα για τους ανθρώπους, συχνά καταλήγουν παρανόμως σε κοινές χωματερές, παρ' ότι η πιό ένδεδειγμένη λύση είναι η αποτέφρωσή τους. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, ενώ στη χώρα μας παράγονται κάθε χρόνο δεκαπέντε χιλιάδες τόνοι ιατρικών αποβλήτων, μόνο δύομισι χιλιάδες τόνοι κατευθύνονται στις σύγχρονες εγκαταστάσεις αποτέφρωσης που λειτουργούν στα Άνω Λιόσια. Ένα σημαντικό μέρος, ακόμη και μολυσματικών ιατρικών αποβλήτων (έκκρίσεις, αίμα, άκρη και ιστοί) καταλήγουν σε χωματερές. Από εκεί εύκολα, πλήθος τοξικών και μολυσματικών παραγόντων, μπορούν να διασπαρουν στο περιβάλλον από τα πουλιά ή το ύπεδαφος. Μία μεγάλη ποσότητα αποβλήτων που παράγονται από νοσοκομεία της περιφέρειας, μικρά θεραπευτήρια, διαγνωστικά κέντρα αλλά και ιατρεία-κτινιατρεία, είναι άγνωστο που καταλήγουν.

Τα απόβλητα κοστίζουν πολύ στα νοσοκομεία και τα διαγνωστικά κέντρα. Γι' αυτό και έχουν βρει άλλους τρόπους, πλην της αποτέφρωσης σε σύγχρονες εγκαταστάσεις, που θεωρείται ή πλέον ένδεδειγμένη λύση, για την απομάκρυνσή τους την πρόχειρη αποτέφρωση σε κλιβάνους, κατά κανόνα παλαιάς τεχνολογίας και επικίνδυνους όσον αφορά στην έκπομπή αερίων, την αποστείρωσή τους μέσα στα θεραπευτήρια ή απλά την απόρριψη τους στους κοινούς κάδους σκουπιδιών.

Δειγματοληπτική έρευνα ειδικών επιθεωρητών περιβάλλοντος και υγείας το 2005, ανέδειξε μεγάλες παρατυπίες στη διαχείριση των επικίνδυνων ιατρικών αποβλήτων σε όλο το φάσμα της διακίνησής τους, από τη

συλλογή τους, έως τη μεταφορά και την έπεξεργασία τους. Συνέβη μάλιστα στο παρελθόν να έντοπισθούν απόρριματοφόρα δήμων που μετέφεραν στη χωματερή νοσοκομειακά απόβλητα και να επιβληθούν κυρώσεις.

Η αλήθεια είναι, ότι ο σύνδεσμος Δήμων και Κοινοτήτων νομού Άττικής, διαθέτει μόλις τέσσερα φορητά-ψυγεία για το σκοπό αυτό, τα όποια δέν έπαρκούν και τα απόβλητα συσσωρεύονται στα νοσοκομεία, ενώ θα έπρεπε να συλλέγονται έντος πέντε ήμερών. Στόν σύγχρονο αποτεφρωτήρα που λειτουργεί στα Άνω Λιόσια φτάνουν καθημερινά μόλις έξι ή έφτα τόνοι μολυσματικών αποβλήτων (ιστοί, όργανα ανθρώπινου σώματος, απόβλητα που ήρθαν σε έπαφή με αίμα), ενώ οι ανάγκες είναι πολλαπλάσιες.

Προβληματική είναι παγκοσμίως και ή διαχείριση των υγρών αποβλήτων, που καταλήγουν στην αποχέτευση, ακόμη και όταν έχουν τοξικά στοιχεία. Τα άμγως τοξικά, (βαρέα μέταλλα, επικίνδυνες όργανικές και άνόργανες ένώσεις) αποτελούν μικρές ποσότητες που αποθηκεύονται και μεταφέρονται στο έξωτερικό, όπου λειτουργούν ειδικές εγκαταστάσεις για την άδρανοποίηση και την ταφή τους. Άκόμη καλύτερα έλέγχονται τα ραδιενεργά κατάλοιπα για τη διακίνηση των όποιων είναι άρμόδια ή Έλληνική Έπιτροπή Πυρηνικής Ένεργειας. Τα ραδιενεργά κατάλοιπα από κλειστές πηγές, όπως τα μηχανήματα άκτινοθεραπείας, επιστρέφονται στην κατασκευάστρια εταιρεία για ανακύκλωση. Τα ραδιενεργά κατάλοιπα από τη χρήση ίσοτόπων άνοιχτής μορφής, όπως το ίώδιο 125 για βραχυθεραπεία καρκίνου, αφού άπενεργοποιηθούν, καταλήγουν στην αποχέτευση.

Όμως, παρά τις προσπάθειες που καταβλήθηκαν τα τελευταία χρόνια για την έναρμόνιση της ελληνικής νομοθεσίας με την κοινοτική, ή Ελλάδα είναι μία χώρα στην όποια διαπιστώνονται σοβαρές παρατυπίες στη διαχείριση των ιατρικών αποβλήτων. 🍎



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ
 Κοινοφελές Ίδρυμα
 Βασ. Σοφίας 133 - 115 21 Άθήνα
 Τηλ.: (210) 6401477, 6450118, Fax: (210) 6401478

κουζίνα

Βιταμίνες. Γιατί τόσος λόγος;

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΠΑΛΛΙΟΥ,

κλινικός διατροφολόγος - διαιτολόγος MSc

Πόσες φορές έχουμε άσχοληθεί με αυτές; Τις έχουμε αναφέρει, τις έχουμε φάξει, αλλά δεν καταλαβαίνουμε γιατί μιλάμε τόσο πολύ γι' αυτές.

Βασικά είναι ουσίες που είναι απαραίτητες για τον οργανισμό. Τις χρειάζεται για να μπορεί να λειτουργήσει και, βέβαια, σε πολύ πολύ μικρές ποσότητες, της τάξης των 100 mg. Το πόσο απαραίτητες είναι φαίνεται και από το ότι όταν ο οργανισμός δεν τις προσλαμβάνει σε επαρκείς ποσότητες εμφανίζει συμπτώματα έλλειψης, αλλά και αντίστροφα, όταν τις προσλαμβάνει σε μεγάλες ποσότητες εμφανίζει συμπτώματα τοξικότητας (γεγονός που ισχύει για κάποιες από τις βιταμίνες). Για να μην πανικοβαλλόμαστε όμως, ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο, που περιλαμβάνει τροφές από όλες τις ομάδες τροφίμων, μπορεί να καλύψει τις απαραίτητες ποσότητες χωρίς να υπάρχει κίνδυνος τοξικότητας.

Τις βιταμίνες, λοιπόν τις διακρίνουμε σε λιποδιαλυτές και υδατοδιαλυτές. Έτσι οι λιποδιαλυτές βιταμίνες είναι οι βιταμίνες A,D,E, και K, ενώ υδατοδιαλυτές είναι οι βιταμίνες θειαμίνη (B1), ριβοφλαβίνη (B2), νιασίνη, πυριδοξάλη (B6), το φυλλικό οξύ, ή βιταμίνη B12, ή βιοτίνη, το παντοθενικό οξύ και η βιταμίνη C. Για να τις γνωρίσουμε και να καταλάβουμε το ρόλο τους, θα τις δούμε όλες αναλυτικά.

Βιταμίνη A

Η βιταμίνη A είναι λιποδιαλυτή και την συναντάμε ως ρετινόλη σε τρόφιμα ζωικής προέλευσης και ως καροτενοειδή (όπως το γνωστό β-καροτένιο) που είναι προβιταμίνες A σε τρόφιμα φυτικής προέλευσης. Ο ρόλος που έχει στον οργανισμό είναι να διατηρήσει σε ικανοποιητικά επίπεδα τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, να διατηρήσει υγιή τον επιθηλιακό ιστό, να βοηθήσει στην επιμύκνωση των οστών κατά την ανάπτυξη και, τέλος, να συμβάλει στη λειτουργία της όρασης - η βιταμίνη A επιτρέπει την προσαρμογή του ματιού στο ήμισφως. Νομίζω ότι όλοι συνειδητοποιούμε ότι ο ρόλος της είναι πολύ σημαντικός και χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Η ποσότητα που χρειάζεται ο οργανισμός σε βιταμίνη A είναι 700 μγρ/ ημέρα για τις ενήλικες γυναίκες και 900 μγρ/ ημέρα για τους ενήλικες άνδρες. Η έλλειψη της βιταμίνης A είναι μία από τις πιο συχνές διατροφικές ελλείψεις σε παγκόσμιο επίπεδο, αφού εκτιμάται ότι 40 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν, παγκοσμίως, από αυτήν, ενώ είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε παιδιά υπανάπτυκτων χωρών γιατί συνδέεται με τον υποσιτισμό. Συμπτώματα της ανεπάρκειας της βιταμίνης είναι:

* Αδυναμία όρασης στο σκοτάδι.

* Ξηροφθαλμία ή οποία χαρακτηρίζεται από ξηρότητα του κερατοειδούς και του επιπεφυκότα, που μπορεί σε βαριές μορφές ανεπάρκειας να προκαλέσουν μέχρι και τύφλωση.



* Ξηροδερμία.

* Κερατινοποίηση των κυττάρων της αναπνευστικής οδού και άλλων οργάνων.

* Αύξημένη ευαισθησία σε μολύνσεις του αναπνευστικού και ούροποιητικού συστήματος.

* Περιστασιακά διάρροια και απώλεια όρεξης.

Όμως τα άκρα πάντα δημιουργούν πρόβλημα, γι' αυτό και η υπερβολικά υψηλή πρόσληψη βιταμίνης A δημιουργεί και αυτή προβλήματα, δηλαδή δίνει συμπτώματα τοξικότητας. Κάτι τέτοιο μπορεί να γίνει με καθημερινή κατανάλωση συκωτιού για αρκετές ώρες εβδομάδες ή με την αλόγιστη λήψη συμπληρωμάτων. Τα συμπτώματα της τοξικότητας είναι η ξηροδερμία, αλωπεκία (απώλεια τριχωτού της κεφαλής), πόνοι και κατάγματα στα οστά, ήπατοπάθεια και άναμια.

Καλές πηγές βιταμίνης A: συκώτι, βούτυρο, γαλακτοκομικά πλούσια σε λίπος, αυγά. Καλές πηγές για τα καροτενοειδή: φρούτα και λαχανικά με βαθύ κίτρινο ή πορτοκαλί χρώμα (τομάτα, βερίκοκο, πεπόνι) ενώ λιγότερο πλούσιες πηγές είναι τα λαχανικά με βαθύ πράσινο χρώμα, όπως το σπανάκι, το μαρούλι κ.ά. Το μαγείρεμα των τροφών ελάχιστα επηρεάζει την περιεκτικότητά τους, αλλά σημαντικές απώλειες έχουμε κατά την αφυδάτωση των τροφών.

Τρόφιμα	Βιταμίνη A (IU)
Συκώτι μοσχαρίσιο (90 γρ)	10.602
Καρότο, ώμο	2.025
Σπανάκι, μαγειρεμένο, ½ φλιτζάνι	737
Πεπόνι, 1 φλιτζάνι	515
Γάλα 2%, 1 φλιτζάνι	139
Μπρόκολο, βρασμένο, ½ φλιτζάνι	108
Ροδάκινο, 1 μέτριο	86
Αυγό, 1 τεμάχιο	99
Μαργαρίνη, 1 κουταλάκι	41
Βούτυρο, 1 κουταλάκι	38
Πορτοκάλι, 1 μέτριο	28
Μήλο, 1 μέτριο	7

Σε επόμενα τεύχη ή συνέχεια για τις υπόλοιπες βιταμίνες... 🍏

ασκηση - γυμναστική - σπορ

Μεταβολικό σύνδρομο και άσκηση

ΑΝΤΩΝΗΣ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ, MSc,

ύποψήφιος διδάκτορας, Τμήμα Ύψιστης Φυσικής
Άγωγής & Άθλητισμού, Δημοκρίτειο Παν/μιο Θράκης

Το μεταβολικό σύνδρομο είναι ένα πολυπαραγοντικό σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από δυσλιπιδαιμία (ύψηλα επίπεδα τριγλυκεριδίων και μειωμένη «καλή» HDL χοληστερόλη), αρτηριακή υπέρταση, διαταραγμένη άνοχη στη γλυκόζη και κεντρικού τύπου παχυσαρκία. Το σύμπλεγμα αυτών των παραγόντων αποτελεί μία απειλητική κατάσταση για την υγεία, καθώς συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο καρδιοπάθειας και εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου II. Καθένας από τους παραπάνω παράγοντες έχει μία ανεξάρτητη επίδραση, ή συνύπαρξή τους όμως δρᾶ πολλαπλασιαστικά και αυξάνει ἄκόμα περισσότερο τὸν κίνδυνο ἐκδήλωσης ἀθηρωματικής νόσου.

Σημαντικό ρόλο στην παθογένεια του συνδρόμου διαδραματίζει ἡ παχυσαρκία, ἰδιαίτερα δὲ ἡ αὐξημένη συσσώρευση λίπους στὴν περιοχή τῆς κοιλιάς, ἡ ὁποία ἀπὸ μόνη τῆς εἶναι ἄρκετη γιὰ νὰ πυροδοτήσει μία σειρά διεργασιῶν σὲ μοριακὸ ἐπίπεδο πὸν προκαλοῦν ἄλλες ἐπιπλοκές τοῦ μεταβολικοῦ συνδρόμου (αὐξηση ἐλεύθερων λιπαρῶν ὀξέων στὸ πλάσμα, διαταραχὴ τῆς δράσης τῆς ἰνσουλίνης, κ.ἄ.). Ἀπὸ τὴν ἄλλη μεριά, ἔρευνες ἔχουν δεῖξει ὅτι ἡ σωματικὴ δραστηριότητα καὶ ἡ αὐξημένη καρδιοαναπνευστικὴ ἄντοχὴ δρῶν προστατευτικὰ ἐναντία στὴν ἀνάπτυξη τοῦ μεταβολικοῦ συνδρόμου. Σὲ μία μελέτη σὲ ἄνδρες 42-60 ἐτῶν στὴ Φινλανδία, ἀναφέρεται ὅτι ὅσοι ἀσκοῦνταν περισσότερο ἀπὸ τρεῖς ὥρες τὴν ἐβδομάδα παρουσίασαν 48% μικρότερο κίνδυνο ἐκδήλωσης τῆς νόσου. Ἐξίσου σημαντικὴ ἦταν καὶ ἡ μείωση τοῦ μεταβολικοῦ κινδύνου γιὰ τοὺς ἄντρες μὲ αὐξημένη καρδιοαναπνευστικὴ ἄντοχὴ.

Ἡ προστατευτικὴ δράση τῆς καρδιοαναπνευστικῆς ἄντοχῆς ἐναντία στὸ μεταβολικὸ σύνδρομο ὀφείλεται τόσο στὸ γεγονός ὅτι συμβάλλει στὴ μείωση τοῦ σωματικοῦ λίπους, ὅσο καὶ στὴν εὐεργετικὴ τῆς ἐπίδραση σὲ μηχανισμοὺς πὸν σχετίζονται μὲ φλεγμονώδεις καταστάσεις στὸ ἀγγειακὸ ἐνδοθήλιο καὶ μὲ τὴν ἐλαστικότητα τῶν ἀρτηριακῶν τοιχωμάτων. Ἡ ἐπίδραση τῆς συστηματικῆς σωματικῆς δραστηριότητας, ὠστόσο, ὀφείλεται σὲ μία σειρά προσαρμογῶν πὸν συντελοῦν ἀπὸ κοινὸν στὴ μείωση τοῦ κινδύνου ἐκδήλωσης μεταβολικοῦ συνδρόμου, ἀνεξάρτητα ἀπὸ τὴ βελτίωση τῆς καρδιοαναπνευστικῆς ἄντοχῆς ἢ τὴ μείωση τῆς κοιλιακῆς παχυσαρκίας. Ἀναλυτικότερα, μελέτες ἔχουν δεῖξει ὅτι ἡ σωματικὴ δραστηριότητα, ἰδίως ἡ ἀερόβια ἄσκηση, προάγει τὴ μεταφορὰ τῆς γλυκόζης στους μῦες, ἄκομ καὶ μετὰ ἀπὸ μία μόνον συνεδρία ἄσκησης, λόγω αὐξησης τῆς εὐαισθησίας τῆς ἰνσουλίνης καὶ τῶν μεταφορέων τῆς. Ἀκόμ αὐξάνεται ἡ δραστηριότητα τῶν ἐνζύμων πὸν συμμετέχουν στὸ μεταβολισμό τοῦ λίπους, ἐνῶ παράλληλα κινητοποιοῦνται περισσότερο ἐλεύθερα λιπαρὰ ὀξέα ἀπὸ τὰ λιποκύτταρα κατὰ τὴν ὑπομέγιστη καὶ παρα-



ταμένη σωματικὴ προσπάθεια. Οἱ μεταβολές αὐτές ἔχουν ὡς ἀποτέλεσμα τὴν αὐξημένη διαθεσιμότητα λιπαρῶν ὀξέων στὰ μυϊκὰ κύτταρα κατὰ τὴν ἄσκηση καὶ τὴν αὐξηση τῆς «καλῆς» HDL χοληστερόλης στὸ πλάσμα. Ἐπιπλέον, ἔχει βρεθεῖ ὅτι ἡ ἀερόβια ἄσκηση μπορεῖ νὰ μειώσει ἀποτελεσματικὰ τὰ ἐπίπεδα τῆς συστολικῆς καὶ διαστολικῆς πίεσης τοῦ αἵματος.

Εἶναι γεγονός ὅτι τὰ χαρακτηριστικὰ τοῦ μεταβολικοῦ συνδρόμου ἐμφανίζονται ὀλοένα καὶ συχνότερα στὴν παιδικὴ καὶ ἐφηβικὴ ἡλικία. Στὴν Ἑλλάδα δὲν ὑπάρχουν ἐρευνητικὰ δεδομένα ἀναφορικὰ μὲ τὴ συχνότητα ἐμφάνισης τῶν παραγόντων τῆς νόσου στὴν παιδικὴ ἡλικία. Ὠστόσο, ἡ σημαντικὴ αὐξηση τῆς παιδικῆς παχυσαρκίας τὰ τελευταῖα χρόνια, σὲ συνδυασμὸ μὲ τὴ μείωση τῆς φυσικῆς δραστηριότητας καὶ τῆς παρατηρούμενης δυσμενεῖς μεταβολές στῆς τιμὴς τῶν λιπιδίων τοῦ αἵματος, ὑποδηλώνει ὅτι τὰ Ἑλληνόπουλα χτίζουν τὸ μέλλον τους μὲ συνθήκες πὸν εὐνοοῦν τὴν ἐμφάνιση σοβαρῶν καρδιαγγειακῶν καὶ μεταβολικῶν ἀσθενειῶν. Τὸ γεγονός αὐτὸ σηματοδοτεῖ τὴν ἀνάγκη ἐφαρμογῆς προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης, μὲ στόχο τὴν υἰοθέτηση ὑγιεινῶν συμπεριφορῶν. Τὸ σχολεῖο, μὲ τὰ προγράμματα Ἐργοῦ Ὑγείας πὸν προβλέπει, ἀποτελεῖ ἰδανικὸ περιβάλλον γιὰ τὴν ἐφαρμογὴ τέτοιων παρεμβάσεων. Μαθητὲς πὸν συμμετεῖχαν σὲ ἀνάλογα προγράμματα αὐξήσαν τὸ χρόνο συμμετοχῆς τους σὲ φυσικὲς δραστηριότητες ἐκτὸς σχολείου, βελτίωσαν τὴν καρδιοαναπνευστικὴ τους ἄντοχὴ, τὴ σύσταση τοῦ σώματος καὶ τὸ λιπιδαιμικὸ τους προφίλ, ἐνῶ παράλληλα πλούτισαν τῆς γνώσεις τους σὲ βασικὰ ζητήματα ὑγείας καὶ ἄσκησης. Μὲ τὴν κατάλληλη δράση μέσα στὸ σχολεῖο, καθὼς καὶ τὴν κινητοποίηση ὄλων τῶν ἐμπλεκόμενων κοινωνικῶν δομῶν (οἰκογένειας, τοπικῆς κοινωνίας, ἱατρικῆς κοινότητας, φορέων ὑγείας), εἶναι δυνατὸν νὰ προληφθεῖ ἡ ἐμφάνιση τοῦ μεταβολικοῦ συνδρόμου καὶ τῶν ἐπιπλοκῶν του καὶ νὰ θωρακιστεῖ ἡ μελλοντικὴ ὑγεία τοῦ παιδικοῦ καὶ ἐφηβικοῦ πληθυσμοῦ τῆς χώρας. 🍎

φαρμακολογία

Φάρμακα και φαγητό

ΠΑΥΛΟΣ Κ. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ, καθηγητής, διευθυντής του Έλληνικού Ίδρυματος Καρδιολογίας (ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.)

Τα καρδιολογικά φάρμακα σε δισκία χορηγούνται συνήθως σε μία ή περισσότερες δόσεις ημερησίως πρίν, κατά ή μετά το φαγητό. Στόχος σε κάθε δόση φαρμάκου είναι να έχουμε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα και γι' αυτό επιλέγεται η πιο κατάλληλη στιγμή, σύμφωνα με τον τρόπο δράσης του. Μερικές φορές ο άσθενής πρέπει να παίρνει το φάρμακο νηστικός, μακριά από το φαγητό, επειδή τότε έχει καλύτερο αποτέλεσμα. Έτσι ένα **διουρητικό φάρμακο**, όπως lasix, frumil, moduretic, fludex, κ.ά., ο πάσχω είναι καλύτερα να το λαμβάνει νηστικός το απόγευμα 4-5 μ.μ. οπότε το αποτέλεσμα θα είναι καλύτερο, με περισσότερα ούρα. Αυτό απαιτεί παραμονή στο σπίτι τις βραδυνές ώρες λόγω τουαλέτας. Έτσι εκμεταλλευόμαστε και την τάση του οργανισμού για περισσότερα ούρα το βράδυ, ενώ μετά τις 11 τη νύχτα υπάρχει αρκετό περιθώριο χρόνου για ύπνο μετά την ανακούφιση από τα ύγρα. Έαν, βέβαια, είναι υποχρεωτική η έξοδος το έσπερας, τότε μπορεί να ληφθεί το διουρητικό πρὸ νηστικός, μένοντας στο σπίτι.

Οι **στατίνες** (zocor, pravachol, lescol, lipitor, maxudin, lerpur, crestor κ.ά.) είναι από τα πιο σπουδαία φάρμακα στην καρδιολογία και χορηγούνται σε πάσχωτες από αρτηριακή αθηρωμάτωση που προκάλεσε επεισόδιο π.χ. έγκεφαλικό, στηθάγχη, έμφραγμα ή και καρδιακή ανεπάρκεια. Τα φάρμακα αυτά χορηγούνται επίσης και προληπτικά σε υπερκολληστερολαιμία για ελάττωση της κακής LDL χοληστερόλης και ιδίως όταν με υπερηχογράφημα διαπιστώνεται στένωση καρωτίδων ή των αρτηριών στα κάτω άκρα. Η στατίνη έχει δράση στο συκώτι και πρέπει να λαμβάνεται μετά το δείπνο. Οι **φιμπράτες** (lipidil, loricid, κ.ά.) που χορηγούνται όπως και οι στατίνες, δίδονται κυρίως σε περιπτώσεις με χαμηλή την HDL χοληστερόλη και αύξηση των τριγλυκεριδίων.

Αντιχοληστεροναμικό φάρμακο είναι και η **έζετιμίδα** (ezetrol). Εκείνη δρα στο έντερο και έμποδίζει τη χοληστερόλη να περάσει στο αίμα. Έτσι το φάρμακο αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται στο μεσημβρινό φαγητό ώστε τις έπόμενες ώρες και μέχρι άργα τη νύχτα να παρεμποδίζει την είσοδο στο αίμα της χοληστερόλης που παίρνουμε με την τροφή στο γεύμα και στο δείπνο.

Το ίδιο σκεπτικό ίσχύει και για τις **στερόλες** (becel), οί οποίες έμποδίζουν επίσης την απορρόφηση της χοληστερόλης από το έντερο στο αίμα. Έπομένως, θα πρέπει να λαμβάνονται το μεσημέρι με το φαγητό για να ένεργουν στο έντερο μετά τα δυο κύρια φαγητά, το γεύμα και το δείπνο. Αντιλαμβάνεστε ότι έαν σε ένα σπίτι επικρατεί η ...κινεζική σύσταση "το πρωί να τρώς όλο το φαγητό σου, το μεσημέρι το μισό και το βράδυ να το δίνεις στον έχθρό σου", τόσο η έζετιμίδα όσο και οί στερόλες θα πρέπει να λαμβάνονται πρὸ στο πρόγευμα.



Η **άσπιρίνη** και η **κλωπιδογρέλη** (plavix, iscover) χρησιμοποιούνται ευρύτατα στην καρδιολογία και χορηγούνται ένα χάπι μετά το φαγητό.

Η άναιμία συχνά είναι σιδηροπενική, στο αίμα ο σίδηρος έχει χαμηλή τιμή. Έαν με χορήγηση σκευάσματος σιδήρου διορθωθεί και αποκατασταθεί στο φυσιολογικό ο σίδηρος αίματος τότε θεραπεύεται η άναιμία με αιματοκρίτη και αίμοσφαιρίνη εντός των φυσιολογικών όριων. Έδω ο **σίδηρος σε χάπι** (microfer, ferosanol, ferofolic κ.ά.) ή **σε διάλυμα** (legofer κ.ά.) δρα καλύτερα χορηγούμενος μισή ώρα πρὸ του γεύματος και αν είναι δυο οί δόσεις τότε η δεύτερη να λαμβάνεται μισή ώρα πρὸ του δείπνου.

Τα **νιτρώδη** φάρμακα (monosordil, imdur, nitrong, κ.ά.) χορηγούνται κυρίως σε συμπτωματικούς άρρδστους με στηθάγχη. Τα δισκία λαμβάνονται ανεξαρτήτως φαγητού και συχνά με άδειο το στομάχι. Έαν τα συμπτώματα της στηθάγχης εμφανίζονται όρισμένες ώρες του 24ώρου, π.χ τις πρωινές ώρες μετά την άφύπνιση ή το απόγευμα κατά την έξοδο από το σπίτι, τότε προτιμάται η λήψη του φαρμάκου αντίστοιχα νωρίς το πρωί ή νωρίς το απόγευμα για καλύτερο αποτέλεσμα. ♣



συνέχεια από τη σελ. 25

Ο μηχανολογικός έξοπλισμός του Κέντρου Έγχειας είναι ίκανοποιητικός, έχουμε τέσσερις καρδιογράφοις, δυο άπινιδωτές, δυο όδοντιατρικές καρέκλες, άκτινολογικό και μικροβιολογικό έργαστήριο με βιοχημικό και αιματολογικό άναλυτή. Έγάρχει άνάγκη άντικατάστασης του άσθενοφόρου, το όποιο λόγω παλαιότητας και των πολλών προβλημάτων που παρουσιάζει δέν μπορεί να άνταποκριθεί στις άνάγκες της περιοχής.

Η στελέχωση του Κέντρου Έγχειας με περισσότερους ειδικούς γιατρούς, όπως και ένίσχυση του θεσμού των περιοδικών επισκέψεων, θα ένισχύσει το ρόλο του στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας ύγείας. ♣

φιλοξενουμένη ... η

Λεύκη: τι είναι και πώς αντιμετωπίζεται;

Η λεύκη είναι μία επίκτητη δερματοπάθεια που εκδηλώνεται με την εμφάνιση λευκών κηλίδων στο δέρμα. Πέρα από την αλλαγή στο χρώμα, το δέρμα παραμένει φυσιολογικό στη σύσταση και την υφή του.

Η λεύκη προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα και η συχνότητά της υπολογίζεται στο 1% του γενικού πληθυσμού. Συνήθως εμφανίζεται σε άτομα 5 έως 30 ετών, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε μεγαλύτερη ή νεότερη ηλικία. Δεν είναι μεταδοτική νόσος. Η λεύκη εμφανίζεται σε κάποιο βαθμό κληρονομικό υπόβαθρο, καθώς το 20-30% των ασθενών αναφέρουν προσβολή από τη νόσο και άλλου μέλους της οικογένειάς τους.

Αίτιοπαθογένεση

Το δέρμα που πάσχει από λεύκη δεν έχει μελανοκύτταρα. Τα μελανοκύτταρα είναι κύτταρα του δέρματος που παράγουν τη χρωστική μελανίνη, στην οποία οφείλεται κατά μεγάλο μέρος το χρώμα του δέρματος. Το δέρμα συνεπώς εμφανίζεται λευκό, λόγω απουσίας μελανίνης.

Η αιτία για την καταστροφή των μελανοκυττάρων δεν είναι επακριβώς γνωστή. Έπικρατέστερη είναι η θεωρία σύμφωνα με την οποία ο οργανισμός καταστρέφει από μόνος του τα μελανοκύτταρα για άγνωστο μέχρι στιγμής λόγο (αυτοάνοση θεωρία).

Κλινικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά

Οι τυπικές βλάβες της λεύκης είναι καλά περιγεγραμμένες λευκές κηλίδες με διάμετρο από λίγα χιλιοστά έως αρκετά εκατοστά. Η νόσος μπορεί να εντοπίζεται σε ένα μόνο σημείο ή να επεκτείνεται σε όλο το σώμα.

Ιστολογικά, η λεύκη χαρακτηρίζεται, όπως αναφέραμε, από απουσία μελανοκυττάρων από την επιδερμίδα.

Αντιμετώπιση

Η λεύκη είναι μία χρόνια νόσος. Δεν απειλεί τη σωματική υγεία του ασθενούς, αλλά συχνά προκαλεί ψυχολογικά προβλήματα και υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από αυτήν.

Θεραπευτική αγωγή που να οδηγεί σε ίαση της νόσου σε όλους τους ασθενείς δεν υπάρχει. Με τις υπάρχουσες αγωγές, οι ασθενείς επιτυγχάνουν την αποκατάσταση του χρώματος των βλαβών σε ικανοποιητικό ποσοστό, αλλά η λεύκη μπορεί να επανεμφανιστεί είτε στα ίδια, είτε σε άλλα σημεία του σώματος.

Η ανταπόκριση των ασθενών στην αγωγή εξαρτάται και από την εντόπιση της νόσου: το πρόσωπο εμφανίζει τη μεγαλύτερη και οι άκρες χείρες και πόδες τη μικρότε-

ΗΛΕΚΤΡΑ ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ, λέκτορας δερματολογίας, Α΄ Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»



ρη ανταπόκριση, σε σχέση με το υπόλοιπο σώμα.

Οι θεραπευτικές αγωγές που χρησιμοποιούνται σήμερα για τη λεύκη συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα:

Μη χειρουργικές αγωγές	Κρέμες (κορτικοστεροειδή, καλσιποτριόλη, τακρόλιμους, πιμεκρόλιμους) Φωτοθεραπεία (PUVA, UVB) Laser
Χειρουργική αντιμετώπιση	Ίστικά μοσχεύματα Κυτταρικά μοσχεύματα
Αποχρωματισμός του δέρματος	Κρέμα (μονοβενζυλαιθέρας της υδροκινόνης)

Α) Μη χειρουργικές αγωγές:

Οι κρέμες εφαρμόζονται συνήθως σε έντοπισμένη λεύκη. Η διάρκεια της αγωγής είναι μερικοί μήνες. Η αποτελεσματικότητα ποικίλλει από μελέτη σε μελέτη. Γενικώς, υπάρχει συνήθως μια βελτίωση της τάξεως του 30-50%.

Η φωτοθεραπεία εφαρμόζεται συνήθως σε εκτεταμένη λεύκη. Χρησιμοποιούνται καμπίνες με λάμπες που εκπέμπουν υπεριώδη ακτινοβολία Α ή Β. Σήμερα χρησιμοποιούμε συνήθως την υπεριώδη ακτινοβολία Β. Η αγωγή μπορεί να διαρκέσει έως ένα χρόνο ή και περισσότερο. Στη δική μας σειρά ασθενών στο νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», ένας στους τρεις ασθενείς παρουσίασε πλήρη αποκατάσταση του χρώματος στο πρόσωπο μετά από περίπου ένα χρόνο αγωγή με υπεριώδη ακτινοβολία Β στενού φάσματος.

Το laser εφαρμόζεται σε περιπτώσεις έντοπισμένης λεύκης με αποτελέσματα παρόμοια σαν αυτά της φωτοθεραπείας.

συνέχεια στη σελ. 20