



ΣΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ: 2510

ΤΟΜΟΣ 14
ΤΕΥΧΟΣ 153
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2005

Τιμή πώλησης 0,01 €

Υπερδιάγνωση τής πρόπτωσης τής μιτροειδούς βαλβίδας (και όχι μόνο ...) σε παιδιά, έφηβους και νέους αθλητές.

ΧΡΗΣΤΟΣ ΝΤΕΛΛΟΣ, *άν. διευθυντής καρδιολογικού τμήματος Τζάνειου Νοσοκομείου Πειραιά.*

Καμιά άλλη καρδιοπάθεια δεν έχει προκαλέσει τις τελευταίες δεκαετίες τόσο σύγχυση και άησυχία σε τόσο μαζική κλίμακα, σε ασθενείς αλλά και σε καρδιολόγους, όσο η πρόπτωση τής μιτροειδούς. Ένω, πράγματι, φαίνεται να αποτελεί τη συχνότερη βαλβιδοπάθεια, η πραγματική της επίπτωση και η κλινική της σημασία δεν έχουν πλήρως διευκρινιστεί, ιδιαίτερα στις νεαρές ηλικίες. Μέχρι πριν μερικά χρόνια στους ενήλικες έθεωρείτο ιδιαίτερα συχνή πάθηση, η πραγματική της όμως επίπτωση φαίνεται να είναι γύρω στο 2.5%. Για πολλά χρόνια δεν δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα, σε ηλικίες όμως συνήθως άνω των 40 ετών σε πολλούς ασθενείς θα εκδηλωθεί με άρρυθμίες και προκάρδια άλλη, ενώ σε μερικούς θα οδηγήσει σε ανάπτυξη σοβαρής ανεπάρκειας τής μιτροειδούς βαλβίδας (αποτελεί την πρώτη αιτία χειρουργικής διόρθωσης ή αντικατάστασης τής μιτροειδούς) και, σπάνια, σε έμβολικό επεισόδιο ή και αιφνίδιο θάνατο.

Στις μέρες μας η ευρεία διάδοση του καρδιακού προαθλητικού έλέγχου σε παιδιά, έφηβους και νεαρούς ενήλικες καθιστά αναγκαία τη γνώση τόσο τής πραγματικής επίπτωσης όσο και τής κλινικής σημασίας τής νόσου στα παιδιά και στους νέους.

Οι δυσκολίες στη διάγνωση τής νόσου

Η διάγνωση στηρίζεται, κυρίως, σε υπερηχοκαρδιο-

γραφικά κριτήρια (κυρίως η μετατόπιση των γλωχίνων >2mm πάνω από το δακτύλιο τής μιτροειδούς εντός του άριστερου κόλπου στην παραστερνική λήψη, ή πάχυνση των γλωχίνων >5mm και ή συνύπαρξη ανεπάρκειας τής βαλβίδας). Η εμπειρία και ή υποκειμενική εκτίμηση του εξεταστή έχει καθοριστική σημασία για τὸ ἂν θὰ μπεῖ ἡ διάγνωση τής πρόπτωσης τής μιτροειδούς, ή ὅποια θὰ ἀποτελεῖ καί τὴν «ταμπέλα» πού θὰ συνοδεύει τὸ παιδί καί τὸ νέο στὴν ὑπόλοιπη ζωή του. Δυστυχῶς, εἶναι πολὺ εὐκόλο μῖα φυσιολογικὴ μιτροειδὴς βαλβίδα νὰ φανεῖ ὅτι «προπίπτει» ὅταν ἡ λήψη δὲν εἶναι ἡ σωστὴ, ὅταν δὲν λαμβάνεται ὑπ' ὄψιν τὸ πάχος τῶν γλωχίνων πού εἶναι, ἴσως, τὸ σημαντικότερο κριτήριο καί ὅταν ὑπερεκτιμᾶται μῖα ἀσήμαντὴ ἀνεπάρκεια τής μιτροειδούς βαλβίδας πού ἀποτελεῖ πολὺ συχνὸ φυσιολογικὸ φαινόμενο σὲ μῖα ὑπερπηχοκαρδιογραφικὴ εξέταση. Ἀπὸ ἐκεῖ καί πέρα, ἀρχίζει μεγάλη ταλαιπωρία γιὰ ὁλόκληρη τὴν οἰκογένεια, ἄκόμα καί ὅταν ὁ γιατρός εἶναι καθησυχαστικὸς καί ἐξηγήσει τὴ συνήθη καλοήθη πορεία τής νόσου στὶς μικρὲς ηλικίες. Οἱ γονεῖς πανικοβάλλονται καθὼς δὲν εἶναι εὐκόλο νὰ καταλάβουν τὰ ὅρια τής «καλοήθους καρδιοπάθειας», τὸ παιδί θεωρεῖται «καρδιοπαθές», συχνὰ περιορίζεται ἡ δραστηριότητά του καί ὑφίσταται τὶς συνέπειες τής ὑπερπροστασίας ἀπὸ τὸ οἰκογενειακό, σχολικὸ καί κοινωνικὸ περιβάλλον.

Ἡ ἐμπειρία μας στὸ Τζάνειο νοσοκομεῖο

Σὲ δική μας μελέτη στὸ Τζάνειο νοσοκομεῖο, ἐξετάζοντας κυρίως σὲ προαθλητικούς ἐλέγχους τὰ τελευταῖα 15 χρόνια ἕνα ἰδιαίτερα μεγάλο ἀριθμὸ νέων, περίπου 10.000 παιδιά καὶ ἐφηβους, ὑπολογίσαμε τὴν ἐπίπτωση τῆς πρόπτωσης τῆς μιτροειδούς στὸ 1.5% περίπου. Παρακολουθώντας ἐπὶ σειρὰ ἐτῶν αὐτὰ τὰ παιδιά καὶ τοὺς νέους εἶδαμε ὅτι δὲν ἐμφάνισαν κανένα ἀξιόλογο πρόβλημα, ἐκτός ἀπὸ μία περίπτωση πού σὲ ἡλικία 20 ἐτῶν χρειάστηκε ἀντιαρρυθμικὴ ἀγωγή. Τὰ εὐρήματα αὐτὰ συμφωνοῦν μὲ τὴ διεθνή ἐμπειρία, ὅτι ἡ πρόπτωση τῆς μιτροειδούς δὲν προκαλεῖ, κατὰ κανόνα, προβλήματα στὶς νεαρὲς ἡλικίες καὶ ἐπιτρέπεται κάθε δραστηριότητα. Βέβαια σὲ ἀλλήτες θὰ πρέπει νὰ διερευνηταῖ τὸ ἐνδεχόμενο ἱστορικοῦ συγκοπτικοῦ ἐπεισοδίου, οἰκογενειακοῦ ἱστορικοῦ αἰφνίδιου θανάτου, ἢ ὑπαρξὴ σύμπλοκων κοιλιακῶν ἢ ἀξιόλογων ὑπερκοιλιακῶν ἀρρυθμιῶν, μέτριου ἢ σοβαροῦ βαθμοῦ ἀνεπάρκειας τῆς μιτροειδούς καὶ ἐμβολικοῦ ἐπεισοδίου.

Μακροχρόνια παρακολούθηση

Γενικὰ σὲ ἄτομα πού κάνουν πρωταθλητισμὸ συνιστᾶται ἀνὰ ἔτος ὑπερηχοκαρδιογραφικὴ ἐπανεκτίμηση, δοκιμασία κόπωσης καὶ Holter ρυθμοῦ, κατὰ προτίμηση στὴ διάρκεια ἀθλητικῆς δραστηριότητας. Ἡ πρόπτωση τῆς μιτροειδούς φαίνεται νὰ ἐξθύνεται γιὰ ἕνα μικρὸ ποσοστὸ αἰφνίδιων θανάτων στὴν ἄθληση (3% περίπου), πολὺ μικρότερο ἀπὸ ἄλλες παθήσεις ὅπως ἡ ὑπερτροφικὴ μυοκαρδιοπάθεια, οἱ συγγενεῖς ἀνωμαλίες τῶν στεφανιαίων ἀρτηριῶν, ἢ ἀρρυθμιολογόνος δεξιά κοιλία, ἢ μυοκαρδίτιδα κλπ. Ἔτσι καὶ ἀλλιῶς, ὁ αἰφνίδιος θάνατος στὴν ἄθληση εἶναι ἐξαιρετικὰ σπάνιος σὲ παιδιά καὶ νεαρὰ ἄτομα, λιγότερο ἀπὸ 1:100.000, ἡ σποραδικὴ ὅμως ἀνὰ τὴ χώρα ἐμφάνιση ἐνὸς τέτοιου περιστατικοῦ προκαλεῖ μεγάλη δημοσιότητα καὶ ἔντονο φόβο καὶ ἀνσυχία, σὲ ἀντίθεση μὲ τὰ καθημερινὰ θανατηφόρα τροχαῖα ἀτυχήματα στοὺς νέους, πού ἀποτελοῦν τὴν πρώτη καὶ βασικὴ αἰτία θανάτου στὶς νεαρὲς ἡλικίες.

Ἡ ὑπερδιάγνωση τῆς νόσου

Ὁ μαζικὸς προαθλητικὸς ἐλέγχος ἐνῶ ἀπὸ τὴ μία μπορεῖ νὰ προλάβει, σὲ κάποιες περιπτώσεις, τὴν ἐμφάνιση ἐνὸς αἰφνίδιου θανάτου στὴν ἄθληση ἢ νὰ ἀνακαλύψει μία ἀδιάγνωστη καρδιοπάθεια, ἀπὸ τὴν ἄλλη μπορεῖ νὰ δημιουργήσει «ιατρογενὴ νόσο» ἢ «νόσο τῶν ὑπερήκων». Τὸ δεύτερο ἐνδεχόμενο, ἡ διάγνωση δηλαδὴ ἀνύπαρκτης νόσου, εἶναι σίμερα ἀνσυχητικὰ συχνὸ φαινόμενο. Ἡ διάγνωση τῆς «πρόπτωσης τῆς μιτροειδούς» τίθεται μὲ ἰδιαίτερη εὐκολία σὲ πολλὰ διαγνωστικὰ ἐργαστήρια, ἰδιωτικὰ ἀλλὰ καὶ δημόσια, σὲ νεαρὰ ἄτομα πού κατὰ κανόνα ἔχουν ζωερὲς καὶ εὐκίνητες, ἀλλὰ φυσιολογικὲς γλωχίνες τῆς μιτροειδούς καί, βέβαια, συχνὰ ἔχουν τὴν ἐπίσης φυσιολογικὴ, ἀσήμαντη «ἀνεπάρκεια».

Πολὺ συχνὲς ὑπερηχοκαρδιογραφικὲς «διαγνώσεις» εἶναι, ἐπίσης, οἱ «ἀνεπάρκειες» τῆς τριγλώχινας καὶ τῆς πνευμονικῆς βαλβίδας. Ὅλες οἱ καρδιακὲς βαλβίδες, ἄκομα καὶ ἡ ἄορτικὴ σὲ μερικὸς ἀθλητὲς ἢ νεαρὰ ἄτομα, μπορεῖ νὰ ἐμφανίζουν ἀσήμαντη ἀνεπάρκεια στὴν ὑπερηχοκαρδιογραφικὴ ἐξέταση. Ὅταν αὐτὸ ὅμως τὸ κάθ' ὅλα φυσιολογικὸ εὐρήμα ἀναγράφεται στὸ συμπέρασμα τῆς ἔκθεσης τῆς ἐξέτασης, προκαλεῖ ἔντονη ἀνσυχία καὶ ἰατρογενὲς πρόβλημα γιὰ τὸν ἐξεταζόμενο καὶ τὴν οἰκογένειά του, πού συχνὰ καταφεύγουν σὲ ἄσκοπες ἐπανεξετάσεις, συχνὰ διακόπτουν ἢ μειώνουν τὴν ἀθλητικὴ δραστηριότητα, ἀποκοτοῦν φοβίες καὶ μειωμένη αὐτοπεποίθηση γιὰ τὴν φυσικὴ τους κατάσταση καὶ τὶς δυνατότητές τους. Ὁ «ἀποχαρακτηρισμὸς» τῆς διάγνωσης ἀπὸ ἄλλον ἐξεταστὴ εἶναι ἰδιαίτερα δύσκολος, ἢ ἀμφιβολία καὶ ἡ ὑποψία τῆς ὑπαρξὸς καρδιακῆς νόσου συνήθως παραμένει καὶ ἐπηρεάζει ἀρνητικὰ τὸν ψυχισμὸ τοῦ νέου καὶ ἀνσυχεῖ ὅλη τὴν οἰκογένεια.

Ὁ κίνδυνος τῆς «ὑπερδιάγνωσης», ἀλλὰ καὶ τὸ κόστος τῆς ἐξέτασης ὅταν γίνεται σὲ μαζικὴ κλίμακα, εἶναι οἱ δύο λόγοι πού ἡ Ἀμερικανικὴ Καρδιολογικὴ Ἑται-

συνέχεια στὴ σελ. 6

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Ἑλληνικὸ Ἴδρυμα Καρδιολογίας
Β. Σοφίας 133 - Τ. Κ. 115 21 - Τηλ.: (210) 6401477, 6450118, 6460522 - Fax: (210) 6401478
E-mail=elikar@aias.gr <http://www.elikar.gr>

ΕΚΔΟΤΗΣ: Π. Τούτουζας
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Δ. Σταμάτης
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΥΛΗΣ: Ντίκη Μακαρίου
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΥΛΗΣ: Βασίλειος Σπανός
ΥΠΕΥΘ. ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ: Alta Grafico AE - Τηλ.: (210) 2314359, 2318113 - Fax: (210) 2317705
ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: Γ. Γκουμάς, Σπ. Καρράς, Π. Κόκκινος, Ζ. Κυριακίδης, Ε. Παπαστεριάδης,
Ἄθ. Πηλιῆς, Δ. Ρίχτερ, Β. Σπανός, Δ. Χασιέρας,
ΣΚΙΤΣΑ: Γαβριήλ Ψαρράς, καρδιολόγος
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Ἄ. Δαρμάρα, Μ. Δημακοπούλου, Γ. Καλλιούπη, Μ. Τούτουζα
Ἐπιτρέπεται ἡ μερικὴ ἢ ὀλικὴ ἀναδημοσίευση ἀρθρῶν τοῦ περιοδικοῦ ἀρκεῖ νὰ ἀναφέρεται ἡ πηγὴ τους.

στην Ελλάδα... και τον κοσμο

Ἐκδήλωση τοῦ πανευρωπαϊκοῦ συνεδρίου καρδιολογίας, Μόναχο 2004. Ἡ ἑλληνικὴ συμμετοχή.

ΙΩΑΝΝΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ, δ/ντὴς καρδιολογικῆς κλινικῆς, Ναυτικὸ Νοσοκομεῖο Ἀθηνῶν



Καθημερινὰ γινόμαστε μάρτυρες τῆς ἀλματώδους ἐξέλιξης τῆς καρδιολογίας σὲ παγκόσμια καὶ πανεθνικὴ κλίμακα. Ἡ ἐξέλιξη ἀποδίδεται στὸ ὀγκούμενο ἐρευνητικὸ ἔργο ποὺ στοχεύει στὴ κατανόηση καὶ ἀντιμετώπιση τῶν μηχανισμῶν πρόκλησης τῶν καρδιαγγειακῶν παθήσεων, στὴν συνεχιζόμενη διὰ βίου ἐκπαίδευση τῶν καρδιολόγων καὶ στὴν πρόοδο ποὺ συντελεῖται στὸν τομέα τῆς βιοιατρικῆς τεχνολογίας. Τὰ ἐπιτεύγματα καὶ στοὺς τρεῖς τομεῖς παρουσιάζονται ἀπὸ τοὺς πρωταγωνιστές, κάθε χρόνο, στὰ ἑλληνικὰ καὶ διεθνῆ συνέδρια. Ἐνα ἀπὸ τὰ πιὸ ἔγκυρα συνέδρια ποὺ συγκεντρώνει τὴν συμμετοχὴ τῶν καρδιολόγων ὅλης τῆς Εὐρώπης εἶναι τὸ Πανευρωπαϊκὸ Συνέδριο Καρδιολογίας ποὺ φέτος φιλοξενήθηκε στὸ Μόναχο τῆς Γερμανίας. Σ' αὐτὸ τὸ τεῦχος παρουσιάζεται ἀποκλειστικὰ ἡ ἑλληνικὴ συμμετοχὴ λόγω τοῦ δυναμικοῦ καὶ ὀγκώδους ἐρευνητικοῦ ἔργου ποὺ ἐπέδειξε.

Ἀπὸ τὴν ἀποψη τῆς ἔκτασης τοῦ παραχθέντος ἐρευνητικοῦ ἔργου, ἡ χώρα μας κατατάχθηκε ἀνάμεσα στὶς πρώτες πέντε, παρουσιάζοντας περισσότερες ἀπὸ 130 περιλήψεις μελετῶν ἐπὶ συνόλου 487 ποὺ εἶχαν ὑποβληθεῖ.

Ἀπὸ τοὺς διάφορους τομεῖς ἔρευνας τῆς καρδιολογίας ἡ αἰμοδυναμικὴ καὶ ἐπεμβατικὴ καρδιολογία εἶχε νὰ ἐπιδείξει σημαντικὴ πρόοδο. Ἀπὸ τὴν Α' καρδιολογικὴ κλινικὴ τοῦ Παν/μίου Ἀθηνῶν, μὲ τὴ μεγαλύτερη ποσοστιαία συμμετοχὴ σὲ ἐρευνητικὲς ἐργασίες στὸ συνέδριο, κεντρικὴ θέση κατεῖχε ἡ μελέτη τῆς θερμικῆς ἑτερογένειας στὴν "ἔνοχη" ἀθροματικὴ πλάκα. Ἡ θερμικὴ ἑτερογένεια, καὶ κατ' ἐπέκταση ἡ φλεγμονὴ διατηροῦνται γιὰ ἀρκετὸ χρονικὸ διάστημα μετὰ τὸ ἔμφραγμα, οἱ στατίνες φαίνεται ὅτι περιορίζουν τὴ φλεγμονὴ στὴν "ἔνοχη" πλάκα καί, τέλος, τὰ ὄξεα στεφανιαία συμβάματα χαρακτηρίζονται ἀπὸ γενικευμένη ἀστάθεια τῶν στεφανιαίων ἀγγείων καὶ διάχυτη θερμικὴ ἑτερογένεια.

Στὸ κῶρο τῆς ὑπέρτασης προστέθηκαν νέα δεδομένα μὲ τὴν πιστοποίηση ὅτι ὁ κίνδυνος γιὰ θρομβωτικὰ ἐπεισόδια ὑφίσταται στὸν ἴδιο περίπου βαθμὸ καὶ στοὺς

ἀσθενεῖς μὲ σύνδρομο τῆς «λευκῆς μπλούζας». Παράλληλα, ὑπογραμμίζεται ὁ μεγαλύτερος κίνδυνος βλάβης τῶν ὀργάνων-στόχων στοὺς ἀσθενεῖς μὲ πρωτοπαθῆ ὑπέρταση καὶ ἥπια νεφρική ἀνεπάρκεια.

Στὸ πολυσυζητημένο θέμα τῆς δυσμενοῦς ἐπίπτωσης τῆς ὑπερλιπιδαιμίας, τοῦ καπνίσματος καὶ τῆς κατανάλωσης καφέ στὴ λειτουργία τῶν ἀγγείων, γνωστὴ καὶ ὡς ἐνδοθηλιακὴ δυσλειτουργία, σημαντικὸ ρόλο στὴ θεραπεία φαίνεται ὅτι παίζει ἡ ἀτορβαστατίνη -αυστατικό γυνωστῶν φαρμακευτικῶν σκευασμάτων- ποὺ ταυτόχρονα

περιορίζει καὶ τὴ φλεγμονὴ καὶ τὶς προθρομβωτικὲς καταστάσεις, τόσο στοὺς ἀσθενεῖς μὲ στεφανιαία συμβάματα, ὅσο καὶ στοὺς ἀσθενεῖς μὲ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια. Εὐχάριστη εἶδηση γιὰ τοὺς φανατικούς τῶν γλυκισμάτων ἦταν τὰ ἀποτελέσματα μιᾶς ἄλλης μελέτης ποὺ τεκμηρίωνε τὴν εὐεργετικὴν ἐπίδραση τῶν ἀναστολέων τῆς 5-φωσφοδιεστεράσης καὶ τῆς μαύρης σοκολάτας στὸ ἐνδοθῆλιο.

Στὸν τομέα τῶν ἀνάμακτων ἀπεικονιστικῶν τεχνικῶν, παρουσιάστηκαν ἐργασίες ποὺ καταδεικνύουν τὴν ἀξία τοῦ ὑπερηχογραφήματος ἀντίθεσης (contrast echo) στοὺς ὑπερτασικούς ἀσθενεῖς μὲ στηθάγχη καὶ θε-

τικὴ δοκιμασία κοπώσεως καὶ τοῦ διοισοφάγειου ὑπερηχογραφήματος στὴ συσχέτιση μεταξὺ τῆς ἀθροματικῆς βλάβης στὴ θωρακικὴ ἀορτὴ καὶ τῆς στεφανιαίας νόσου.

Ἀπὸ τὸ Ἐθνικὸ Καρδιοχειρουργικὸ Κέντρο, μὲ σημαντικὴ ποσοστιαία συμμετοχὴ ἐκ τοῦ συνόλου τοῦ παρουσιασθέντος ἑλληνικοῦ ἔργου, κεντρικὴ θέση κατεῖχαν πειραματικὰ δεδομένα ποὺ ἀφοροῦν τὴν ἐκτίμηση τῆς βιωσιμότητας καὶ τῆς βελτίωσης τῆς αἱμάτωσης τοῦ ἰσχυαίου μυοκαρδίου, μελέτες ποὺ ἀναφέρονταν στὴν ἐπιτυχή ἐνδοστεφανιαία ἐμφύτευση καὶ παραμονὴ ἀρχέγονων κυττάρων ἀπὸ τὸ μυελὸ τῶν ὀστέων, καθὼς ἐπίσης καὶ τὴ σημαντικὴ βελτίωση στὴν αἱμάτωση τῆς ἐμφραγματικῆς περιοχῆς καὶ τὴ μείωση τῶν διαστάσεων τῆς ἀριστερῆς κοιλίας μετὰ τὴν ἐμφύτευση. Ἀκόμα, βρέθηκε συσχέτιση ἀνάμεσα στὰ εὐρήματα ἀπὸ τὸν ἔλεγχο τῆς βιωσιμότητας μὲ τὴ βοήθεια τοῦ ὑπερηχογραφήμα-



τος με δοβουταμίνη και στα επίπεδα της CRP και των κυτοκινών και εκτιμήθηκε ή προγνωστική αξία αυτής της μη επεμβατικής απεικονιστικής μεθόδου στους άσθενείς με στεφανιαία νόσο και LBBB. Ίδιαίτερη αναφορά, τέλος, γίνεται στη σημασία του διαθωρακικού υπερηχογραφήματος για την εκτίμηση της στεφανιαίας έφεδρικής ροής στα κατώτερα τμήματα του πρόσθιου κατιόντα κλάδου και στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία


Σημαντικές μελέτες, σε έρευνητικό επίπεδο αναφέρονται στη συσχέτιση ανάμεσα στα αυξημένα επίπεδα του παράγοντα GM-CSF (Granulocyte-macrophage colony stimulating factor), στη βαρύτητα του εμφράγματος και παθοφυσιολογία της αναδιαμόρφωσης του προσβεβλημένου μυοκαρδίου της άριστερης κοιλίας μετά το εμφράγμα, ή μελέτη των αυξημένων τιμών του pro-BNP (δείκτη διαστολικής δυσλειτουργίας της άριστερης κοιλίας) μετά από αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας. Άλλες εξ ίσου πρωτοποριακές μελέτες αφορούν, αναμφίβολα, στην προγνωστική αξία του Doppler ιστικής αιμάτωσης για τους άσθενείς που πιθανότατα θα παραμείνουν σε φλεβοκομβικό ρυθμό τους τρεις πρώτους μήνες από την ηλεκτρική ανάταξη κολπικής μαρμαρυγής αλλά και ή παρουσία της αμφικοιλιακής βηματοδότησης, όταν αυτή ενδείκνυται, που -όπως φαίνεται- βελτιώνει και την ενδοθηλιακή λειτουργία και τη ροή στα στεφανιαία αγγεία.

Το κλινικοεργαστηριακό έρευνητικό έργο των καρδιολογικών κλινικών των κρατικών νοσοκομείων που παρουσιάστηκε στο συνέδριο ήταν αξιοσημείωτο. Πρακτικά κλινικά συμπεράσματα, προέκυψαν από τις μελέτες που παρουσιάστηκαν από την καρδιολογική κλινική του Τζάνειου νοσοκομείου, σύμφωνα με τις όποιες ή χορήγηση υπολιπιδαιμικών φαρμάκων-στατινών- πριν την εκδήλωση εμφράγματος μειώνει την ενδονοσοκομειακή θνητότητα και συνοδεύεται από μικρότερης έκτασης φλεγμονώδη αντίδραση των στεφανιαίων αρτηριών που έχουν προσβληθεί. Παρατηρήθηκε, άκομα, ότι στους άσθενείς με όξια ισχαιμικά συμβάματα, οι λιποπρωτεΐνες του αίματος είναι προγνωστικοί δείκτες καρδιαγγειακής θνησιμότητας. Άκόμη, καταδείχτηκε ή κλινική σημασία που έχει για την πορεία του εμφράγματος του μυοκαρδίου ή εμφάνιση στηθαχικού πόνου μετά από θρομβόλυση, όπως επίσης και ή προγνωστική αξία που έχουν ό στεφανιογραφικός επανέλεγχος στους έξι μήνες και ή παρακολούθηση των επιπέδων του BNP-δείκτη από την ανάλυση του αίματος- μετά από επιτυχή τοποθέτηση stent. Άπό την κρατική καρδιολογική κλινική του Ίπποκράτειου νοσοκομείου παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα συνεχιζόμενης μελέτης που αφορούν στη σχέση φλεγμονής και βλάβης οργάνων-στόχων της υπέρτασης-νεφρά- με πρωιμότερο σημείο βλάβης την εμφάνιση μικροαλβουμινουρίας. Παρουσιάστηκε, επίσης, ή εμπειρία από τη χρήση ενός φάρμακου -της λεβοσιμεντάλης- που λειτουργεί ως καρδιοτονωτικό, βελτιώνει την απόδοση της καρδιάς σε άσθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

Μεγάλος αριθμός επιστημονικών ανακοινώσεων για θέματα που άπτονται της επεμβατικής καρδιολογίας, της υπέρτασης και της πρόληψης των καρδιαγγειακών παθήσεων ήταν ή συγχομιδή του επιστημονικού έργου που


επιτελείται και στις υπόλοιπες καρδιολογικές κλινικές των κρατικών νοσοκομείων της Άθήνας και των μεγάλων άστικών κέντρων.

Άξιόλογο επιστημονικό έργο επέδειξαν τα περιφερικά πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Άπό την καρδιολογική κλινική του Πανεπιστημίου Άρακλείου παρουσιάστηκαν μελέτες για τη δυσμενή επίδραση του διαβήτη τύπου II και της υπερκοληστεριναϊμίας στην μικροκυκλοφορία. Με τη βοήθεια ραδιοϊσοτοπικών απεικονιστικών τεχνικών, έγινε δυνατή ή κατάδειξη της άδρενεργικής δραστηριότητας που σχετίζεται με την σύσπαση της καρδιάς με την νέα μορφή βηματοδότησης και των δυο κοιλιών της καρδιάς. Κλινικό ενδιαφέρον παρουσίασε ή ανακοίνωση που μελέτησε την επίδραση που έχουν τα εισπνεόμενα νεφελώματα για την αντιμετώπιση του άσθματος, σε άσθενείς με ιστορικό στεφανιαίας νόσου προκαλώντας επίδειξη της ισχαιμίας.

Τέλος, από την καρδιολογική κλινική του Πανεπιστημίου Ίωαννίνων, έρευνητές παρατήρησαν, μεταξύ των άλλων, ότι ή άτορβαστατίνη-συστατικό υπολιπιδαιμικών φαρμάκων- δέν επηρεάζει την αντιαιμοπεταλιακή δράση της κλοπιδογρέλης όταν οι δυο αυτοί παράγοντες χορηγούνται παράλληλα σε άσθενείς με όξια στεφανιαία συμβάματα. Άκόμη, παρατήρησαν ότι ή συγχορήγηση ίβουτιλίδης και προπαφαινόνης (άνταρρυθμικών φαρμάκων) είναι άσφαλής και περισσότερο άποτελεσματική για τη φαρμακολογική καρδιοανάταξη έμμένουσας κολπικής μαρμαρυγής ενώ, παράλληλα, έδειξαν ότι ή βιταμίνη C μειώνει τη συχνότητα ύποτροπών μετά από ηλεκτρική καρδιοανάταξη έμμένουσας κολπικής μαρμαρυγής. Σημαντική, αναμφίβολα, ήταν και ή πληροφορία ότι ή διακοπή του καπνίσματος μειώνει τόν κίνδυνο για θανατοφόρα καρδιακά συμβάματα στους άσθενείς που υποβάλλονται σε άορτοστεφανιαία παράκαμψη. 



συνέχεια από τη σελ. 14

Ένα τραύμα για παράδειγμα, στην έπιφυσιακή πλάκα μπορεί να διαταράξει τη διαδικασία ανάπτυξης του όστού. Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να άποφεύγονται οι άκραϊες θέσεις της άρθρώσεων κατά την άσκηση καθώς και οι μονότονες και υπερβολικές μηχανικές φορτίσεις μέχρι την ολοκλήρωση της πρώτης εφηβικής ηλικίας (14-15 έτων). 


Συνέχεια στο έπόμενο τεύχος



συνέχεια από τη σελ. 15

υκαϊα φάρμακα για τα άτομα αυτά.

Έτοιμοι συνδυασμοί κυκλοφορούν και στα αντιδιαβητικά δισκία (πχ ροσιγλιταζόνη και μετφορμίνη, γλιβενκλαμίδη και μετφορμίνη).

Τέλος, ό καλύτερος τρόπος μείωσης των άπαραίτων δισκίων είναι ή αίτιολογική αντιμετώπιση του προβλήματος. Η άπόλεια σωματικού βάρους και ή αύξηση της σωματικής δραστηριότητας είναι συχνά έπαρκεις για τόν καλύτερο έλεγχο των μεταβολικών διαταραχών με **λιγότερα** φάρμακα! 

Όξυ έμφραγμα: Η διάνοιξη τής φραγμένης αρτηρίας σώζει τήν καρδιά

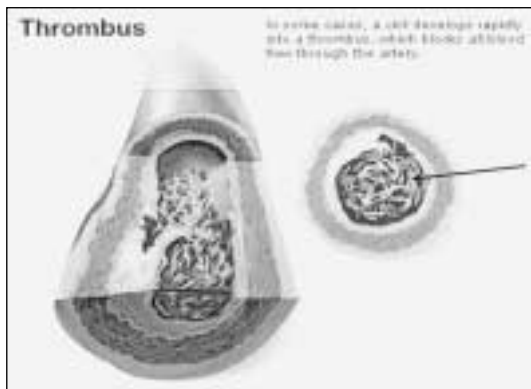
ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Ν. ΣΠΑΝΟΣ, επεμβατικός καρδιολόγος τής Εύρωκλινικής Ἀθηνών, σύμβουλος ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

Τό όξύ έμφραγμα μπορεί νά αντιμετωπιστεί άμεσα, με ευεργετικά άποτελέσματα για τόν άρρωστο.

Ἡ βασική διεργασία πού προηγείται τοῦ έμφράγματος είναι ή ανάπτυξη άθρωματικής πλάκας σέ ένα ή περισσότερα σημεία τοῦ τοιχώματος τών στεφανιαίων αρτηριών τής καρδιάς. Βασικά συστατικά τής άθρωματικής πλάκας είναι ή χοληστερίνη, κύτταρα τοῦ αίματος και φλεγμονώδη κύτταρα. Τό έμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου είναι έπακόλουθο μίας διαδικασίας έκτακτης συσσώρευσης κυττάρων τοῦ αίματος στήν άθρωματική πλάκα, ή οποία οδηγεί σέ έμφραξη τής αρτηρίας (εικόνα 1). Ο άρρωστος νοιώθει έντονο πόνο ή σφίξιμο στό στήθος, με επέκταση στίς ώμοπλάτες, στό μπράτσο ή τόν λαιμό, ό οποίος μπορεί νά συνοδεύεται άπό ναυτία και έμετό ή ζάλη. Σέ κάθε τέτοια περίπτωση είναι άπαραίτητη ή άμεση αναζήτηση νοσοκομειακής φροντίδας.

Μέ τήν παράταση τής έμφραξης, τό καρδιακό τμήμα πού τροφοδοτείται άπό τήν συγκεκριμένη αρτηρία σταδιακά νεκρώνεται. Κύρια έπιδιώξή μας στήν αντιμετώπιση τοῦ έμφράγματος είναι ή άποκατάσταση τής ροῆς τοῦ αίματος όσο τό δυνατόν ωρύτερα, και πάντως στίς πρώτες έξι ώρες άπό τήν έναρξη τοῦ πόνου. Με τήν άποκατάσταση τής αίματικής ροῆς διασώζεται ό καρδιακός μῦς και άποτρέπονται δυσμενείς έπιπτώσεις για τόν άρρωστο.

Ἡ άποκατάσταση τής ροῆς τοῦ αίματος μπορεί νά επιτευχθεῖ με δυο τρόπους: χορήγηση φαρμάκων πού διαλύουν τόν θρόμβο (θρομβολυτική θεραπεία) ή ένδοστεφανιαία επέμβαση στήν πάσχουσα αρτηρία (πρωτογενής άγγειοπλαστική, primary PTCA).



Εικόνα 1. Σχηματισμός θρόμβου και έμφραξη τής αρτηρίας



Τό πλεονέκτημα τής θρομβολυτικής θεραπείας είναι ότι μπορεί νά γίνει σέ οποιαδήποτε νοσηλευτική μονάδα, ένώ για τήν επέμβαση χρειάζεται εξειδικευμένο κέντρο με προσωπικό πού διαθέτει αντίστοιχη έμπειρία και βρίσκεται σέ 24ωρη έτοιμότητα. Ἡ έτοιμότητα καθώς και ή ταχύτατη κινητοποίηση τοῦ προσωπικού είναι άπαραίτητες, έξ αίτίας τής μεγάλης σημασίας πού έχει ή άμεση διάνοιξη τής αρτηρίας.

Τό μειονέκτημα τής θρομβολυτικής θεραπείας είναι ότι ύστερεῖ στό ποσοστό διάνοιξης τής αρτηρίας (70% περίπου σέ σύγκριση με 95% για τήν επέμβαση), ένώ παράλληλα οδηγεί σέ μία γενική πτώση τής πυκνότητας τοῦ αίματος, πού μπορεί νά έχει ως έπακόλουθο αίμορραγίες, όπως π.χ. γαστρορραγία.

Σταθμοί στήν αντιμετώπιση τοῦ έμφράγματος.

Πρώτος μεγάλος σταθμός ήταν ή δημιουργία μονάδων έντατικής θεραπείας τή δεκαετία τοῦ 1960, με αποτέλεσμα τήν μείωση τών θανάτων άπό άρρυθμίες, σί όποιες ήταν ιδιαίτερα συχνές κατά τό πρώτο 24ωρο τοῦ έμφράγματος.

Ἡ επικέντρωση τών θεραπευτικῶν προσπαθειῶν στήν άποκατάσταση τής αίματικής ροῆς στήν υπεύθυνη για τό έμφραγμα αρτηρία αποτέλεσε τό δεύτερο μεγάλο βήμα στήν αντιμετώπιση τοῦ έμφράγματος. Ἡ θρομβόλυση εφαρμόστηκε άπό τά τέλη τής δεκαετίας τοῦ 1970 και είχε ως αποτέλεσμα τήν μείωση τόσο τών θανάτων όσο και τής αναπηρίας μετά τό έμφραγμα.

Τό τρίτο μεγάλο βήμα ήταν ή χρησιμοποίηση τής άγγειοπλαστικής για τήν άμεση διάνοιξη τής αρτηρίας και τήν αντιμετώπιση τοῦ έμφράγματος. Ἀπό τά μέσα τής δεκαετίας τοῦ 1990 ξέρουμε ότι ή άγγειοπλαστική (τό "μπαλονάκι") οδηγεί σέ διάνοιξη τής αρτηρίας συχνότερα και με μονιμότερο τρόπο σέ σύγκριση με τή θρομβόλυση και άποτελεῖ λύση για τόν άρρωστο.

Άμεση αντιμετώπιση του εμφράγματος: πρακτικά προβλήματα

Η ύπεροχη της επέμβασης στην άμεση αντιμετώπιση του εμφράγματος δημιούργησε το εύλογο έρωτημα κατά πόσον είναι ρεαλιστικό να θεωρήσουμε το “μπαλονάκι” ως πρώτη επιλογή για κάθε άρρωστο με έμφραγμα, άρα και για άρρωστους που κατοικούν μακριά από εξειδικευμένα κέντρα επεμβατικής καρδιολογίας, με προσωπικό που διαθέτει ικανή εμπειρία ώστε να εξασφαλίζεται η πρόσβαση του έμφραγματία στην αίθουσα της επέμβασης στις πρώτες 90 ώρες από την άρχη των συμπτμάτων. Κάτι τέτοιο όμως θα δημιουργούσε πρόσθετα οικονομικά βάρη στα συστήματα υγείας.

Μία επιλογή που δοκιμάστηκε σε χώρες όπως η Δανία και η Τσεχία και είχε εξαιρετικά αποτελέσματα είναι η



συνέχεια από τη σελ. 2

ρεία συστήνει υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση μόνο σε άθλητες που έχουν ένδεξιες καρδιοπάθειες από το ιστορικό, την φυσική εξέταση και το ηλεκτροκαρδιογράφημα. Στην άλλη άκρη βρίσκεται η “Ιταλική σχολή” που απαιτεί πλήρη άναμακτο καρδιολογικό έλεγχο σε κάθε άθλούμενο νέο.

Η ελληνική πραγματικότητα

Στην Ελλάδα η υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση των παιδιών και των νέων έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια. Ο υποχρεωτικός προαθλητικός έλεγχος, η μεγάλη ευαισθησία της κοινής γνώμης μετά την εύρεία δημοσιότητα περιστατικών αιφνιδίου θανάτου στην άθληση, η ύπαρξη κατά κανόνα άθλων φουζμάτων στα περισσότερα παιδιά και νέους καθώς και ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλοιώσεων σε άθλητες, και πάνω απ’ όλα η εύκολη πραγματοποίησης ενός υπερηχοκαρδιογραφήματος σήμερα, εξηγούν αυτή την κατάσταση. Όπως και στους ενήλικες, έτσι και στα παιδιά και τους νέους, το υπερηχοκαρδιογράφημα θα πάρει τη θέση του ηλεκτροκαρδιογραφήματος των τελευταίων δεκαετιών για τη διάγνωση καρδιακών νόσων. Αυτό, όμως, το άναπόφευκτο γεγονός για να είναι προς όφελος και όχι προς ζημία των εξεταζόμενων, που σπάνια είναι και άσθενεις, πρέπει να υπάρχουν δυο προϋποθέσεις:

1η. Οί καρδιολόγοι να είναι εξοικειωμένοι με τη διάγνωση των παθήσεων που προκαλούν αιφνίδιο θάνατο στην άθληση, αλλά και των παθήσεων, συνήθως συγ-



συνέχεια από τη σελ. 10

ιστού, από άρχεγονα κύτταρα τα όποια υπάρχουν στον μυελό των όστων, και το ιστορικό που εντυπωσίασε το άκροατήριο με τις πλούσιες παράλληλες ιστορικές γνώσεις του καθηγητή.

Η έκδήλωση έκλεισε με μία ζεστή δεξίωση, όπου, εκτός των άλλων προσφέρθηκε και ο γνωστός τοπικός χαλβός. Έκκληση ήταν η εύγενική προσφορά της φιλικής προς το ΕΛΙΚΑΡ. οικογένειας Δοντά, η όποια έχει δεσμούς με την περιοχή και η όποια προσέφερε σ’ όλους μας από ένα δωράκι με χαλβό Φαρσάλων.

Το κέφι και ο ένθουσιασμός δεν έλειψαν σε όλη τη διαδρομή της επιστροφής και παρά το πιεστικό σε χρόνο διάμερο όλοι ένιωθαν ψυχικά άνανεωμένοι.

Η περιγραφή της έκδρομής σ αυτές τις λίγες γραμμές είναι πολύ λιτή και δεν μπορεί να άποδώσει το κέφι, τον ένθουσιασμό, τη χαρά, την άγάπη αλλά και την όλοψυχία που επικρατεί σ’ αυτές τις ώραιες έκδρομες που όργανώνει η επιτροπή των φίλων του ΕΛΙΚΑΡ. Μόνο όσοι συμμετέχουν άναπολούν αυτές τις ώραιες ώρες και προσμένουν την επόμενη συνάντηση. ❀

παραπομπή των άρρώστων από τα κατά τόπους νοσοκομεία σε ειδικά κέντρα. Χρειάζεται, βέβαια, ιδιαίτερα καλή όργάνωση του συστήματος παραπομπών, ώστε να μην χάνεται πολύτιμος χρόνος στη μεταφορά άρρώστων.

Στην Ελλάδα η άμεση επέμβαση και διάνοιξη της άρτηρίας στο όδύ έμφραγμα άποτελεί προνόμιο λίγων άρρώστων. Ο λόγος είναι ότι νοσοκομεία με όργανωμένα κέντρα επεμβατικής καρδιολογίας και ικανή εμπειρία στις επεμβάσεις με “μπαλονάκι” και stent ύπάρχουν μόνο στα μεγάλα άστικά κέντρα. Άλλα και αυτά δεν έχουν όλα προκαρήσει στην όργάνωση των ύπηρεσιών τους σε 24ωρη βάση, ώστε να παρέχουν επείγουσα αντιμετώπιση του εμφράγματος με διάνοιξη της άρτηρίας με “μπαλονάκι”. ❀

γενών, που ενώ δεν προκαλούν αιφνίδιο θάνατο, θα πρέπει να διαγνωσθούν στον υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο και να άξιολογηθεί η βαρύτητά τους και ο βαθμός άθλητικής δραστηριότητας που θα επιτραπεί

2η. Να άποφεύγονται οι υπερδιαγνώσεις που έπηρεάζουν τόσο δραματικά τον ψυχισμό και την ποιότητα ζωής του νέου και της οικογένειάς του.

Όπως φαίνεται, και οι δυο προϋποθέσεις είναι εύθυνη δική μας, των καρδιολόγων, που θα πρέπει από τη μία να είμαστε καλά έπισημονικά έννημερωμένοι για να προφυλάξουμε τους νέους και από την άλλη να άποφεύγουμε την “άμυντική ίατρική” που στοχεύει να προφυλάξει τον γιατρό από πιθανές ευθύνες με τη δημιουργία “ιατρογενών” παθήσεων, που έχουν συχνά χειρότερες συνέπειες από άρκετες πραγματικές νόσους. ❀



συνέχεια από τη σελ. 9

δημος έχει φροντίσει να προσλάβει άτομα από το πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι, κι έτσι πολλές φορές οι ίατροι καλούνται να έπισκεφτούν κατ’ οίκον κάποιους άσθενεις με προβλήματα μετακίνησης, άκρόμη και για τη συσταγογράφηση της χρόνιας άγωγής αυτών.

Τέλος, άξίζει να είναι η προσφορά ενός κλιμακίου ίατρών (που περιλαμβάνει σχεδόν όλες τις ειδικότητες και των περισσότερων εκ των όποιων η καταγωγή είναι από τα χωριά της περιοχής) οι όποιοι μία ή δυο φορές έτησίως προσφέρουν έθελοντικά τις γνώσεις και την εμπειρία τους στους κατοίκους της περιοχής. ❀

επικαιρα και αλλα

“Εἰς ὑγειάν” τῆς καρδιάς μας

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Ν. ΣΠΑΝΟΣ, καρδιολόγος τῆς
Εὐρωκλινικῆς Ἀθηνῶν, σύμβουλος τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ

«Οἶνος εὐφραίνει καρδίαν» ἐπ’ ὠφελεία...

Γνωρίζουμε ἐδῶ καὶ ἀρκετὰ χρόνια ὅτι ἡ μέτρια κατανάλωση οἴνουπνευματωδῶν ποτῶν εἶναι εὐεργετικὴ γιὰ τὴν καρδιά, ἐπειδὴ μειώνει τὰ ὀξέα ἐμφράγματα τοῦ μυοκαρδίου. Ὑπάρχουν ὅμως καὶ νεώτερα!

Τὰ νεώτερα μᾶς λένε ὅτι ἡ κατανάλωση μέτριας ποσότητας οἴνουπνεύματος μειώνει τὸν κίνδυνο νὰ ἀναπτυχθεῖ ἀθροματικὴ πλάκα στὶς ἀρτηρίες τῆς καρδιάς, τὶς στεφανιαῖες ἀρτηρίες. Ἡ αὔξηση τῆς ἀθροματικῆς πλάκας καταλήγει σὲ βουλώματα στὶς ἀρτηρίες, μὲ ἀποτέλεσμα νὰ μὴν ἐπαρκεῖ ἡ παροχὴ αἵματος κάθε φορά πού αὐξάνεται τὸ ἔργο τῆς καρδιάς. Σὲ αὐτὴν τὴν περίπτωση ὁ ἄρρωστος μπορεῖ νὰ νοιώθει πόνο στὸ στήθος ἢ λαχάνισμα κατὰ τὴν διάρκειά φυσικῆς δραστηριότητας, τὴν ὁποία παλαιότερα κατάφερνε νὰ ὀλοκληρώσει χωρὶς προβλήματα. Ἐνῶ, ἀπὸ τὴν ἄλλη, αἰφνίδια ρήξη μιᾶς τέτοιας πλάκας μπορεῖ νὰ ὀδηγήσει σὲ ὄξυ ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου.

Ἡ διαπίστωση ὅτι τὸ ἀλκοὸλ μειώνει τὴν ἀνάπτυξη τῆς ἀθροματικῆς πλάκας προκύπτει ἀπὸ μελέτη πού ἐγίνε σὲ 1795 ἄτομα μέσης ἡλικίας 71 ἐτῶν χωρὶς γνωστὴ καρδιακὴ νόσο, τὰ ἀποτελέσματα τῆς ὁποίας δημοσιεύτηκαν σὲ ἓνα ἀπὸ τὰ μεγαλύτερα ἱατρικὰ περιοδικὰ (Arch Intern Med, Νοέμβριος 2004).

Οἱ ἐρευνητὲς μέτρησαν τὴν ποσότητα ἀσβεστίου στὶς στεφανιαῖες ἀρτηρίες γιὰ τὴν ἐκτίμηση τῆς ὑπαρξῆς ἀθροματικῆς πλάκας, ὅπως αὐτὴ ἀξιολογεῖται μὲ τὴν διενέργεια ἀξονικῆς τομογραφίας (CT scan) καρδιάς.

Τὰ ἀποτελέσματα ἦταν εὐνοϊκότερα γιὰ τοὺς μέτριους πότες. Ὅσοι κατανάλωναν ἓνα μὲ δυὸ οἴνουπνευματώδη ποτὰ τὴν ἡμέρα εἶχαν τὴ μοσὶ σχεδὸν πιθανότητα νὰ παρουσιάσουν σημαντικὴ ποσότητα ἀθροματικῆς πλάκας στὶς στεφανιαῖες ἀρτηρίες, σὲ σύγκριση μὲ ὄσους δὲν ἔπιναν καθόλου οἴνουπνευματώδη.

Αὐτὸ, ἔμμεσα, μπορεῖ νὰ ἐξηγήσει, ἐν μέρει τουλάχιστον, γιατί μὲ τὸ οἴνουπνευμα συμβαίνουν λιγότερα ἐμφράγματα. Ἀπὸ τὴν ἄλλη δικαιούται κανεὶς νὰ ἐλπίζει, ὅτι, ἴσως, καὶ ἡ στηθάγχη θὰ ἐμφανίζεται λιγότερο συχνὰ σὲ συνετοὺς πότες.

Ἀπὸ ὅτι φαίνεται, μάλιστα, ἀπὸ τὴ μελέτη δυὸ στοὺς τρεῖς περίπου ἀπὸ τοὺς συμμετέχοντες ἀνῆκαν στὴν κατηγορία τῆς μέτριας κατανάλωσης ἀλκοὸλ καὶ ἀπολάμβαναν τῆς εὐεργετικῆς ἐπίδρασης!

...καὶ κραταίει ἀνοικτὴ τὴν ἀρτηρία μετὰ ἀπὸ «stent»!

Καὶ καλά, τὰ παραπάνω δὲν ἀποτελοῦν ἐκπληξη, τουλάχιστον γιὰ τοὺς καρδιολόγους. Ξέραμε ὅτι τὸ ἀλκοὸλ λειτουργεῖ σὰν ἀντιθρομβωτικὸ καὶ μειώνει τὰ ἐμφράγματα, τώρα μάθαμε ὅτι μειώνει καὶ τὴν ἀνάπτυξη τῆς πλάκας. Ὅτι κραταίει ὅμως τὴν ἀρτηρία ἀνοικτὴ μετὰ



ἀπὸ «μπαλονάκι» μὲ τοποθέτηση «stent», αὐτὸ πρῶτη φορά τὸ ἀκούσαμε καὶ δυσκολευόμαστε νὰ τὸ κωνέψουμε!

Τὸ εἶδαμε, ὅμως, νὰ δημοσιεύεται στὸ περιοδικὸ τῶν Βρετανῶν καρδιολόγων (Heart, Ὀκτώβριος 2004). Ἀσθενεῖς πού ὑποβλήθηκαν σὲ ἀγγειοπλαστικὴ («μπαλονάκι») μὲ τοποθέτηση «stent» ἔχουν περισσότερες πιθανότητες νὰ διατηρηθεῖ τὸ ἀγγεῖο ἀνοικτὸ ἅμα καταναλώνουν μέτριες ποσότητες ἀλκοὸλ. Ἡ μελέτη ἔγινε σὲ 225 Γερμανοὺς ἀσθενεῖς στοὺς ὁποίους τοποθετήθηκε «stent» στὸ νοσοκομεῖο τοῦ Πανεπιστημίου τῆς Χαϊδεμβέργης.

Εἶναι γνωστὸ ὅτι τέσσερις μὲ ἕξι μῆνες μετὰ τὴν ἀγγειοπλαστικὴ μπορεῖ νὰ ἐμφανιστεῖ ξανά τὸ βούλωμα στὴν ἀρτηρία, παρὰ τὴν ἀρχικὴ ἀντιμετώπισή του μὲ ἐπιτυχία. Τὸ φαινόμενο αὐτὸ ὀνομάζεται ἐπαναστένωση, συμβαίνει σὲ 30-35% τῶν ἀσθενῶν πού ἀντιμετωπίζονται μὲ τὰ «stent» παλαιᾶς τεχνολογίας, ἐνῶ ἔχει μειωθεῖ σὲ 5% περίπου ὅταν χρησιμοποιοῦνται τὰ νεώτερα «stent» πού εἶναι ἐμπλουτισμένα μὲ φάρμακο.

Ὅσοι ἄρρωστοὶ ἔπιναν τουλάχιστον 50 γραμμάρια ἀλκοὸλ (περίπου πέντε ποτήρια κρασί) τὴν ἐβδομάδα κατὰ τοὺς μῆνες πού ἀκολούθησαν τὴν τοποθέτηση τοῦ «stent» εἶχαν μειωμένη πιθανότητα νὰ ἐμφανίσουν ἐπαναστένωση (περίπου ἓνας στοὺς πέντε, ποσοστὸ 23%) σὲ σύγκριση μὲ ὄσους δὲν ἔπιναν καθόλου (περίπου δυὸ στοὺς πέντε, ποσοστὸ 43%).

Πρῶτη φορά ἔχουμε τέτοια δεδομένα, πού κάποιους θὰ τοὺς ξενίσουν κι ὅλας λίγο. Ὁ λόγος εἶναι ὅτι ἡ ἐπαναστένωση (ξαναβούλωμα) τοῦ ἀγγείου μετὰ ἀπὸ τοποθέτηση «stent» εἶναι διαφορετικὸ πρᾶγμα ἀπὸ τὴν δημιουργία ἀθροματικῆς πλάκας, πού λέγαμε παραπάνω. Ἡ ἐπαναστένωση συμβαίνει ἐπειδὴ τὸ τοίχωμα τοῦ ἀγγείου παράγει ἴστους γιὰ νὰ ἐπουλώσει τὸ τραῦμα ἀπὸ τὸ «μπαλονάκι», ὅπως περίπου ἀντιπρὸς τὸ δέρμα μας μετὰ ἀπὸ κόψιμο, σὲ ξύρισμα γιὰ παραδείγμα. Δὲν ξέρουμε νὰ ὑπάρχει τρόπος ὥστε τὸ ἀλκοὸλ νὰ μειώνει αὐτὴν τὴν ἀντιδραση τοῦ ὄργανισμοῦ. Εἴμαστε ὅμως εὐτυχεῖς πού ἐδῶ καὶ τέσσερα χρόνια διαθέτουμε φάρμακα, τὰ ὁποῖα τοποθετημένα πάνω στὰ «stent», ἀναστελλοῦν τὴν πα-

ραγωγή ιστών και αποφεύγεται ή επαναστένωση. Από την άποψη αυτή οι Γερμανοί ασθενείς δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα τυχεροί, αφού τα νέα «stent» με φάρμακο χρησιμοποιούνται σε πολύ λίγους αρρώστους, όποτε η επαναστένωση της αρτηρίας «καλά κρατεί»...

Τελικά, αν θέλει κανείς να μειώσει την επαναστένωση από το 23% (στοιχ. πότες) και το 43% (σε όσους δεν πίνουν) θα πρέπει να χρησιμοποιήσει τα «stent» τελευταίας γενιάς, όποτε η επαναστένωση θα είναι κυμαίνεται στο 5% περίπου. Αυτό δεν είναι και τόσο απλό, αφού αυτά τα «stent» έχουν τιμή διπλάσια των παλαιότερων και η χρησιμοποίησή τους για όλους τους αρρώστους σημαίνει μεγάλη οικονομική επιβάρυνση τόσο για τα νοσοκομεία όσο και για τα ασφαλιστικά ταμεία. Ως αποτέλεσμα χρησιμοποιούνται σε μικρό μόνο ποσοστό των ασθενών, σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες και ειδικά στη Γερμανία. φαίνεται ότι το ποσοστό αυτό είναι από τα μικρότερα.

Μέχρι νέες, καλύτερα οργανωμένες μελέτες να επιβεβαιώσουν την ευεργετική επίδραση του αλκοόλ στην διατήρηση ανοικτής της αρτηρίας μετά από «stent» δεν θα είμαστε σίγουροι για την βοήθειά του, αλλά έχουμε ήδη αρκετούς λόγους για να πίνουμε. Λελογισμένα βέβαια, ώστε να μην οδηγηθούμε σε αύξηση του σωματικού βάρους, όποτε ότι κερδίζουμε από τη μία το χάνουμε από την άλλη... Πράγμα που μας θυμίζει την άξια της εγκράτειας και του μέτρου σε ό,τι φάμε και ό,τι πιούμε!

**Κόκκινο κρασί, λευκό κρασί ή ούζο:
*Αρκεί να πίνουμε!**

Από τα αλκοολούχα ποτά το κόκκινο κρασί καταφέρει πάντα να προβάλλεται περισσότερο, επειδή περιέχει ουσίες εκτός του αλκοόλ, οι οποίες δρουν ευεργετικά στην καρδιά. Μέχρι σήμερα ήταν κυρίως τα φλαβονοειδή, τα οποία περιέχονται στο κόκκινο κρασί. Είναι αντιοξειδωτικές ουσίες και έχουμε λόγους να ελπίζουμε ότι έχουν ευεργετική δράση.

Πρόσφατα ανακοινώθηκε ότι η ρεσβερατρόλη, ουσία που επίσης βρίσκεται στο κόκκινο κρασί, μειώνει την καρδιακή ίνωση σε ποντίκια.

Δεν συμβαίνει πάντα αυτά που βρίσκουμε από έρευνα σε ζώα να ισχύουν και σε ανθρώπους. Αν όμως ισχύουν, η συγκεκριμένη ουσία θα μπορούσε να βοηθήσει τόσο ασθενείς με υπέρταση όσο και με καρδιακή ανεπάρκεια. Φαίνεται πως η ρεσβερατρόλη αναστέλλει την δράση της αγγειοτενσίνης II, μιάς πρωτεΐνης που είναι αυξημένη στις παραπάνω ομάδες ασθενών και είναι υπεύθυνη για την παραγωγή περισσότερων κολλαγόνου στην καρδιά και την δημιουργία καρδιακής ίνωσης.

Κλείνοντας, θα πρέπει να πούμε ότι δεν δικαιούμαστε να «πριμοδοτήσουμε» ειδικά το κόκκινο κρασί. Όλες οι προηγούμενες ευεργετικές επιδράσεις του αλκοόλ που έχουν παρατηρηθεί στον άνθρωπο αφορούν τόσο στο λευκό όσο και στο κόκκινο κρασί, καθώς, επίσης, και στα υπόλοιπα οινοπνευματώδη ποτά. Φτάνει να καταναλώνονται με μέτρο, κάτι που δεν θα κουραζόμαστε να επαναλαμβάνουμε.

Αλκοολούχα ποτά με μέτρο, λοιπόν. Και για τους έραστες του οίνου (έρυθρου ή λευκού, παρομοίως) χαρᾶς ευαγγέλια! 🍷

νουπιδια και τα λαχανικά.

Όσον αφορά στα λίπη, οι ειδικοί συμφωνούν σήμερα ότι σημασία δεν έχει μόνο η ποσότητα του λίπους αλλά και το είδος του. Π.χ. τα κεκορεσμένα λίπη, παρ'όλες τις καταστροφικές τους επιπτώσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα, δεν φαίνεται να επηρεάζουν την επικινδυνότητα για δημιουργία καρκίνου. Μονοακόρεστα λίπη (όπως το λάδι της ελιάς) φαίνονται εξίσου ακίνδυνα. Αντίθετα, οι δυο τύποι των πολυακόρεστων λιπών, ωμέγα-6 και ωμέγα-3 θέλουν ιδιαίτερη προσοχή στην κατανάλωση, καθώς τα μέν ωμέγα-6, που βρίσκονται ευρέως στο καλαμποκέλαιο και στο ήλιοσπορέλαιο, φαίνεται ότι διεκκολύνουν στην αύξηση των όγκων, ενώ τα ωμέγα-3 που υπάρχουν στο έλαιο του λίνου και στα ψάρια παρεμποδίζουν την αύξηση αυτή.

Αυτό απέδειχθη και από επιδημιολογικές μελέτες που έδειχναν μικρή συχνότητα εκδήλωσης καρκίνων σε άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες ψαριών, έστω και αν η διαίτά τους ήταν χαμηλής περιεκτικότητας σε φρούτα και λαχανικά. Με άλλα λόγια, μερικές ποσότητες σολομού, σκουμπριού ή τόνου την εβδομάδα θεωρούνται ευεργετικές.

Η ευεργετική δράση της κατανάλωσης ψαριών, για την υγεία έχει από καιρό αποδειχθεί.

Σύμφωνα με τις ενδείξεις τα λίπη των ψαριών, και ιδίως τα ω-3 λιπαρά οξέα που περιέχουν, αποτελούν σπουδαίο παράγοντα στη διατροφή μας και συνεισφέρουν στην καλύτερευση της υγείας μας.

Οι διατροφικές μας συνήθειες, όμως, έχουν κατασπίσει ελλιπή την κατανάλωση πολυακόρεστων λιπαρών οξέων. Τα ω-3 έχουν ελαττωθεί ενώ παρατηρείται αύξηση στα όχι και τόσο υγιεινά ω-6 λιπαρά οξέα..

Η τροφική αυτή ανισότητα μπορεί να αποκατασταθεί αν λαμβάνουμε αυξημένη ποσότητα λιπαρών, πλούσιων σε ω-3

Οι λόγοι της τροφικής ανισότητας είναι πολλοί

Π.χ. στη Μ. Βρετανία, όπου το 40% του πληθυσμού ζει στις μεγάλες αστικές περιφέρειες, το 41% της διατροφής είναι προμαγειρεμένη, κατεψυγμένη, αφυδατωμένη, συμπυκνωμένη ή, κατά κάποιο τρόπο, τροποποιημένη με κίνδυνο για τους καταναλωτές την ανεπαρκή λήψη θρεπτικών συστατικών.

Παλιά η αναλογία πρόσληψης ω-3 λιπαρών προς τα ω-6, ήταν 1:1. Σήμερα, με την κακή διατροφή ή αναλογία έχει αλλάξει. Η ΠΟΥ παραδέχεται ότι η αναλογία αυτή θα πρέπει να είναι λιγότερο από 6:1 (ω-6 προς ω-3). Αυτό, όπως λέχθηκε, μπορεί να επιτευχθεί με την κατανάλωση ψαριών, κατά κύριο λόγο.

Η ποσότητα των συστατικών των ω-3 (EPA και DHA) κυμαίνεται στα διάφορα είδη ψαριών αλλά και στο ίδιο είδος ψαριού, ανάλογα με το περιβάλλον που ζει, και τη δική του διατροφή..

Εύρεθη, λοιπόν, ότι τα ψάρια της “φάρμας”, και ιδίως ο σολομός και η πέστροφα, έχουν τις ίδιες ποσότητες με τα ανοικτής θαλάσσης ψάρια, ιδίως όταν τρέφονται με ιχθυέλαια. 🍷

Συνέχεια στο επόμενο τεύχος

Κέντρο Ύγείας Δημητσάνας

**ΒΑΖΙΝΤΑΡΗ ΒΑΣΩ, ΔΑΛΑΜΑΓΚΑΣ
ΙΩΑΝΝΗΣ, ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ,
ΡΟΥΣΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, αγροτικοί ιατροί**

**ΤΣΑΚΑΝΙΚΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, επιμελητής Α΄ γενικής
οικογενειακής ιατρικής**

**ΚΟΛΟΒΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ, οδοντίατρος - διευθυ-
ντής Κέντρου Ύγείας**



Η Δημητσάνα είναι το κεντρικό χωριό του δήμου Δημητσάνας, οικονομικό και διοικητικό κέντρο της περιοχής και πρωτεύουσα της έπαρχίας Γορτυνίας. Είναι χτισμένο σε υψόμετρο 950 μέτρων με παραδοσιακό ύψος και έχει χαρακτηριστεί προστατευόμενος διατηρητέος οικισμός. Τα παλιά πετρόχιστα σπίτια και τα λιθόστρωτα δρομάκια, η άμφιθεατρική της δόμηση και οι δεκάδες εκκλησίες - κάποιες από τις οποίες χρονολογούνται από την εποχή του Βυζαντίου - προσφέρουν στον επισκέπτη πολλά αξιοθέατα να επισκεφθεί.

Σε απόσταση μόλις 63 χιλιόμετρα από την Τρίπολη - από τα οποία τα περισσότερα είναι σε εξαιρετικό δίκτυο - διαθέτει νηπιαγωγείο, δημοτικό σχολείο, γυμνάσιο και λύκειο, mini market, φαρμακείο, βενζινάδικο, δυο τράπεζες, καθώς και τις διοικητικές υπηρεσίες της περιφέρειας (ΔΟΥ, ταχυδρομείο, αστυνομία και ειρηνοδικείο). Ο επισκέπτης έχει άκρως τη δυνατότητα να επισκεφτεί τα τρία μοναστήρια της περιοχής, τα σπίτια του πατριάρχη Γρηγορίου του Ε΄ και του Παλαιών Πατρών Γερμανού, το Ύψιθριο Μουσείο Ύδροκίνησης, τη βιβλιοθήκη (με σπάνιες εκδόσεις, κώδικες και πλούσιο ιστορικό αρχείο) και τους μπαρουτόμυλους. Για τους λάτρεις της φύσης, το φαράγγι του Λούσιου ποταμού προσφέρεται για περιπατητικές εκδρομές καθώς και για εναλλακτικό τουρισμό (rafting, kayak, canyoning κ.ά.)

Πλούσια είναι και η ιστορία της κομόπολης. Χτισμένη πάνω στα ερείπια της αρχαίας Τεύθιδος, το 18ο αιώνα γνώρισε μεγάλη ακμή και αναδείχθηκε σε εμπορικό κέντρο της περιοχής. Τα νερά της περιοχής έδωσαν κινητήρια δύναμη σε νεροτριβές, βυρσοδεφεία, αλευρόμυλους και μπαρουτόμυλους. Κατά τη διάρκεια της επανάστασης του 1821 οι μπαρουτόμυλοι τροφοδότησαν τους έλληνα πολέμαρτους αλλά και της υπόλοιπης Ελλάδος με τα απαραίτητα γι' αυτούς πολεμοφόδια. Κατά τις αρχές του 20ου αιώνα άρχισε η σταδιακή έναρξη του χωριού από τους κατοίκους, έμεινε όμως το διοικητικό κέντρο της Γορτυνίας. Ονομαστή είναι και η μάχη της Δημητσάνας, κατά τη διάρκεια του έμφυλου, μεταξύ ανταρτών και χωροφυλάκων.

Σήμερα το χωριό αριθμεί μόλις 600 κατοίκους. Κατά τους θερινούς μήνες, όμως, το χωριό γεμίζει ζωή από τους ξενιτεμένους Δημητσανίτες της Τρίπολης, της Αθήνας και άλλων πόλεων, που έχουν άκρως τα πατρικά τους σπίτια και επιστρέφουν στη γενέτειρά τους. Το χειμώνα, το χωριό αποτελεί δημοφιλή τουριστικό προορισμό για

πολλούς επισκέπτες.

Το Κέντρο Ύγείας είναι χτισμένο στην έξοδο του χωριού προς την Τρίπολη, σε ένα όμορφο κτίριο πλήρως έναρμονισμένο αρχιτεκτονικά με τα σπίτια του υπόλοιπου χωριού. Ένα μεγάλο μέρος του χωριού είναι όρατο από τον κήπο.

Το 1975 ήταν η πρώτη χρονιά που λειτουργήσε το Κέντρο Ύγείας στο χωριό, εξυπηρετώντας τόσο τους κατοίκους της Δημητσάνας, όσο και αυτούς της γύρω περιοχής. Σήμερα, εξυπηρετεί το μεγαλύτερο τμήμα της όρεινης Αρκαδίας, και οι τομέας ευθύνης του περιλαμβάνει 12 Περιφερειακά Ίατρεία (Στεμνίσας, Λαγκαδίων, Ράφτη, Σέρβου, Βαλτετσίνικου, Βυτίνας, Λεβιδίου, Κανδύλας, Δάρα, Νεοτάνης, Πιάνας και Κάψια). Συνολικά, τουλάχιστον 50 χωριά δέχονται επισκέψεις από τους ιατρούς, τόσο για την παρακολούθηση της πορείας των χρόνιων πασχόντων, όσο και για την αντιμετώπιση των έκτακτων περιστατικών. Το Κέντρο Ύγείας δέχεται περί τους 1100 επισκέπτες το μήνα, ενώ όλη η περιοχή ευθύνης του, στο σύνολο, περί τους 3000.

Διοικητικά, όπως και όλα τα υπόλοιπα Κέντρα Ύγείας της Αρκαδίας, αυτό της Δημητσάνας ανήκει στο ΠΝ Τριπόλεως και λειτουργεί σε 24ωρη βάση. Το ιατρικό προσωπικό περιλαμβάνει έναν οδοντίατρο και έναν επιμελητή γενικής ιατρικής, καθώς και πέντε ιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου. Το υπόλοιπο προσωπικό αριθμεί τέσσερις νοσηλεύτριες, δυο διοικητικούς, πέντε οδηγούς, δυο γενικών καθηκόντων, δυο επιμελητές καθαριότητας, μία παρασκευάστρια εργαστηρίου και έναν υπάλληλο τεχνικής υπηρεσίας.

Από τις τέσσερις νοσηλεύτριες, οι τρεις βρίσκονται σε πολύμηνες άδειες (κυψέας, μητρότητας), και η τέταρτη είναι άποσπασμένη από το νοσοκομείο Τριπόλεως και προσφέρει τις απαραίτητες για το Κέντρο Ύγείας υπηρεσίες της μονάχα μία ή δυο φορές εβδομαδιαίως. Παρομοίως, η παρασκευάστρια και ο τεχνικός εργάζονται μόνο μια φορά την εβδομάδα στη Δημητσάνα. Επιπρόσθετα, το ακτινολογικό εργαστήριο του Κέντρου Ύγείας έχει τεθεί σε άχρηστία λόγω έλλειψης χειριστή και ακτινολόγου. Η έλλειψη κοινωνικής υπηρεσίας σιγματίζει την ήδη προβληματική περιοχή (πληθώρα ηλικιωμένων και άλλων ατόμων που χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας και προσοχής). Να σημειωθεί πως ούτε ο



ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ

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



Έπιτροπή Φίλων του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

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

Όταν η νύχτα έπεσε και η ύγρασία του βουνού απλώθηκε παντού οι φίλοι του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. απήλασαν ένα ωραίο-τατο δείπνο στο άρχοντικό Χατζηγιάννη και, στη συνέχεια, η κιθάρα της Κικής Σακελλαρίου ήχησε στον ωραιότερο χώρο και η φωνή της, όπως και των άλλων καλλιφώνων της παρέας, έδωσαν κέφι στην ομάδα που διασκεδάσε μέχρι τα μεσάνυχτα.

Το πρωινό στο Πετρούλι ήταν σαν να έμπαινε σε ένα ωραίο όνειρο. Απόλυτη γαλήνη. Όλα τα σκέπαζε ή χαμηλή νέφωση που στο βάθος του ορίζοντα άρχισε να ξεκαθαρίζει από τις άκτινες του ήλιου αφήνοντας να διαγράφονται σιγά σιγά τα βουνά, τα έλατα και οι στέγες των σπιτιών. Η καμπάνα της εκκλησίας που ήχησε παρέσυρε τους πρωινούς να την επισκεφθούν για να τη βρουν άδεια, χωρίς ψάλτες, μ' έναν μόνο παπά που ζήτησε από φίλες του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. να κάνουν χρέη ψάλτη. Πάλι η Κική Σακελλαρίου και κάποιες φίλες έσωσαν την κατάσταση και έβγαλαν εις πέρας τη λειτουργία αποκτώντας μία καινούργια έμπειρία.

Το μεσημέρι της Κυριακής πήγαμε στην τουριστική Έλατη με τη μεγαλύτερη ανάπτυξη στην περιοχή, περισσότερους κατοίκους, κέντρα και ξενώνες καθώς και μαγαζιά με είδη οικιακής και τοπικά αγροτικά προϊόντα. Αφού κάναμε τους περιπάτους μας και τα σχετικά ψώνια, απολάυσασε σε έστιατόριο καλομαγειρεμένα τοπικά εδέσματα.

Επόμενος σταθμός μας ήταν τα Φάρσαλα όπου ο πολιτιστικός σύλλογος είχε προσκαλέσει τον καθηγητή κ. Παύλο Τούτουζα να μιλήσει με θέμα «Πίστη, Ίατρική και Βυζάντιο».

Η όμιλία του καθηγητή είχε δυο μέρη το καρδιολογικό, που άφορούσε στις τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις οι οποίες υπόσχονται αντί για μεταμόσχευση ανάπλαση του μυοκαρδιακού

Φθινοπωρινή εξόρμηση

ΚΙΚΗ ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, πρόεδρος Έπιτροπής Φίλων ΕΛ.Ι.ΚΑΡ

Νοέμβριος, μήνας απρόβλεπτος μέσα στην καρδιά του φθινοπώρου και η Έπιτροπή των Φίλων του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. αποφάσισε να εκδράμει στη Θεσσαλία, στα βουνά της Νότιας Πίνδου, στην Έλατη και το Πετρούλι.

Ό καιρός για άλλη μια φορά ήταν σύμμακός μας, ήλιόλουστες ζεστές ήμερες σε σημείο που το μεσημέρι τρώγαμε ξύλο στο φρούριο των Τρικάλων, απολαμβάνοντας από ψηλά το όμορφο σκηνικό της πόλης που τη διασχίζει ο ποταμός Πηχάϊος με τα πρασινοκαφετιά πλατάνια στις όχθες του.

Η διαδρομή για να φθάσουμε στο Πετρούλι, μετά τα Τρίκαλα, ήταν όνειρεμένη. Πλούσια βλάστηση με πλατάνια, καστανιές, καρυδιές και κυρίως, εύθυνη και καλόσχημα έλατα.

Νωρίς το απόγευμα φθάσαμε στο όμορφο όρεινο χωριό Πετρούλι, στα 1.200μ ύψος, που τα τελευταία χρόνια έχει πολύ αναπτυχθεί με ωραίους ξενώνες και μαγαζιά κατασκευασμένα με σεβασμό στο τοπίο, χρησιμοποιώντας το ξύλο και την πέτρα.

Μεγάλη ομάδα των εκδρομέων κατέλυσε στο άρχοντικό Χατζηγιάννη, που κτίστηκε άρχικά το 1880 ως θερινή κατοικία της οικογένειας, κάπκε στα χρόνια του έμφυλλου και αναπαλαιώθηκε τα τελευταία χρόνια με επιδότηση από το κοινοτικό πλαίσιο στήριξης. Η οικογένεια Χατζηγιάννη που το διαχειρίζεται έχει απόλυτα σεβαστεί το άρχικό κτίσμα και με ευαισθησία και λεπτό γούστο έχει κάνει προσθήκες και επεκτάσεις που ανταποκρίνονται σε ένα σύγχρονο πολυτελές ξενοδοχείο.

Η μικρότερη ομάδα κατέλυσε στο ξενοδοχείο Παπαγιάννη ένα ωραίο-τατο ολοκαίνουριο παραδοσιακό ξενοδοχείο με ζεστή ατμόσφαιρα.

Ο περιπάτος που ακολούθησε, από όσους το επιθυμούσαν, στους δρόμους του χωριού την ώρα που έγερνε ο ήλιος ήταν αναζωογονητικός. Οι μυρωδιές του χόρτου, του έλατου και των τζακιών που άρχιζαν να καίνε καθώς και οι ήχοι των ζώων που ήρεμούσαν έφερναν άπιστευτη ήρεμια.



συνέχεια στη σελ. 6

ΚΑΙ ΕΣΕΙΣ



Όριακές τιμές χοληστερόλης: Ποιά "βήματα" ακολουθούμε;

Είμαι 40 ετών. Σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις η όλικη χοληστερόλη μου είναι 300mg/dl και η κακή χοληστερίνη 200 mg/dl. Δεν είμαι καπνιστής και έχω 130/80 mmHg αρτηριακή πίεση. Οί απόψεις διαφέρουν σχετικά με το εάν πρέπει να πάρω φάρμακα για τη χοληστερίνη ή να αφοσιωθώ στη δίαιτα. Τί να κάνω;

Θαν. Παπ. – Λαμία

Η χοληστερίνη κατά το ένα τρίτο εξαρτάται από αυτήν που προσλαμβάνουμε με τη διατροφή και κατά τα δυο τρίτα παράγεται από το συκώτι. Σε διάφορες μελέτες φάνηκε ότι ο μέσος όρος πτώσης της χοληστερίνης μετά από δίαιτα είναι 10%. Όσον αφορά αυτό το ποσοστό, όμως, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι υπάρχουν άτομα που δεν ανταποκρίνονται καθόλου στη δίαιτα και άλλα που εμφανίζουν πτώση των τιμών μέχρι και 25%.

Άρα, σίγουρα, θα πρέπει να ξεκινήσετε με σωστή διατροφή για δύο περίπου μήνες ώστε να δούμε κατά πόσον ανταποκρίνεται ο οργανισμός σας σε αυτή. Εάν δεν υπάρχει ανταπόκριση και η χοληστερόλη σας συνεχίζει να παραμένει τόσο υψηλή, τότε πρέπει ο γιατρός να λάβει υπ' όψη του κατά πόσον υπάρχει στην οικογένεια ιστορικό πρώιμης εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Δηλαδή αν στην οικογένειά σας υπάρχει άντρας κάτω των 55 ετών ή γυναίκα κάτω των 65 ετών, με τους οποίους έχετε συγγένεια πρώτου βαθμού και οι οποίοι έχουν εκδηλώσει στεφανιαία νόσο. Ακόμη θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψη εάν υπάρχουν ένδειξεις υποκλινικής αθηρωμάτωσης (δηλαδή πάχυνση του ένδοθηλίου στο Triplex καρωτίδων). Λαμβάνοντας ο γιατρός σας όλα τα δεδομένα υπ' όψη του θα αποφασίσει τότε πρέπει να αρχίσετε θεραπεία.

Η θεραπεία με υπόλιπιδαιμικά φάρμακα είναι συνήθως μία θεραπεία ή οποία λαμβάνεται σχεδόν έφ' όρου ζωής. Γι' αυτό εξετάζοντας το συνολικό κίνδυνο του ασθενούς, και την ανταποκρισιή του στη δίαιτα λαμβάνεται η απόφαση σχετικά με το πότε πρέπει να αρχίσει η θεραπεία αυτή.

Ξέρουμε ακόμη ότι η άσκηση μολονότι δεν θα έχει ιδιαίτερη επίδραση στην όλικη χοληστερίνη σας εάν δεν είστε υπέρβαρος, θα σας βοηθήσει πολύ στο να μην αναπτύξετε στεφανιαία νόσο.

Η άσκηση έχει σημαντική επίδραση στη χαμηλή HDL (καλή χοληστερίνη) την οποία αυξάνει και στα τριγλυκερίδια τα οποία μπορεί να μειώσει σε σημαντικό βαθμό. Έχει μάλιστα φανεϊ σε έρευνες ότι όσοι έχουν υψηλές τιμές τριγλυκεριδίων και γνωρίζουν ότι πρόκειται να έχουν ένα πλούσιο γεύμα, εάν ασκηθούν για μία ώρα λίγες ώρες πριν το γεύμα αυτό, θα έχουν ελάχιστη άνοδο των τριγλυκεριδίων τους μετά το γεύμα. Αυτό, βεβαίως, σε σύγκριση με όσους δεν ασκούνται, οι οποίοι εμφανίζουν ιδιαίτερα υψηλές τιμές. 🍏

ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν σήμερα την πρώτη αιτία θανάτου στο Δυτικό κόσμο και την Ελλάδα. Κι όμως! Υπάρχουν λύσεις.

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

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

ΟΝΟΜΑ.....ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....ΗΛΙΚΙΑ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΟΔΟΣ.....ΑΡΙΘ.....Τ.Κ.....

ΣΥΝΟΙΚΙΑ.....ΠΟΛΗ.....ΤΗΛ:.....

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

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

€ 15

€ 30

Υπογραφή.....

οικονομικοί παλμοί

Ἡ μεσογειακὴ διατροφή σὲ ... ἀριθμούς

ΓΑΛΗΝΗ ΦΟΥΡΑ, δημοσιογράφος

Τὰ μυρωδικὰ τῆς ἐλληνικῆς φύσης πού δίνουν γεύση στὴν ἐλληνικὴ παραδοσιακὴ κουζίνα ἀποδεικνύονται πολὺτιμα γιὰ τὴν ὑγεία καὶ τὴν πρόληψη τῶν χρονίων νοσημάτων. Τὸ κρεμμύδι, τὸ σκόρδο, ὁ μαϊντανός, ὁ ἄνιθος, ὁ δούσμος, ἡ ρίγανη, ἀποτελοῦν ἀναπόσπαστο κομμάτι τῆς Μεσογειακῆς διατροφῆς, παρότι δὲν γνωρίζουμε τὴ μεγάλη διατροφικὴ τους ἀξία.

Πρόσφατη μελέτη τοῦ Ἐργαστηρίου Ὑγιεινῆς καὶ Ἐπιδημιολογίας τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν, ἔδειξε ὅτι κάθε ἓνα ἀπὸ τὰ μυρωδικὰ περιέχει ὑψηλὲς συγκεντρώσεις διαφορετικῶν βιταμινῶν καὶ μετάλλων καθὼς καὶ φυτοχημικὲς οὐσίες, ἡ ἀντικαρκινικὴ καὶ ἀντιλοιμώδης δράση τῶν ὁποίων συγκεντρῶναι σήμερα τὸ ἐνδιαφέρον τῆς ἐπιστημονικῆς κοινότητας.

Ἀπὸ τοὺς πίνακες σύνθεσης τροφίμων πού περιέχονται στὴ σχετικὴ ἔκδοση, διακρίνονται οἱ ξεχωριστὲς ιδιότητες κάθε μυρωδικοῦ. Εἶναι ἐντυπωσιακὸ ὅτι τὰ 100 γραμμάρια ξερῆς ρίγανης περιέχουν 1793 mgf κάλιο, 379 mgf ἀσβέστιο, 586 mgf μαγνήσιο, 26,44 mgf σίδηρο καὶ 9,4 mgf ψευδάργυρο, ὅταν ἡ ἴδια ποσότητα μιᾶς ἄλλης πολὺ θρεπτικῆς τροφῆς (δυὸ αὐγά) περιέχουν 135 mgf κάλιο, 74 mgf ἀσβέστιο, 9 mgf μαγνήσιο, 1,56 mgf σίδηρο καὶ 1,6 mgf ψευδάργυρο.

Ἐκατὸ γραμμάρια ξερὰ φασόλια περιέχουν 21,4 γραμμάρια πρωτεΐνης, περίπου ὅσο καὶ τὸ μοσχάρι φιλέτο. Ὡστόσο τὰ φασόλια δὲν ἔχουν μόνο ὑπέροχες πρωτεΐνες, ἀλλὰ μαγειρεύονται μαζί με σέλινο, με ντομάτα, με κρεμμυδάκι. Τὸ διατροφικὸ ἀποτέλεσμα εἶναι πραγματικὰ κάτι τὸ θαυμάσιο.

Ἡ μεσογειακὴ διαίτα ἔχει ποικιλία. Μᾶς ἐξασφαλίζει σὲ ἑβδομαδιαία βάση πολλὰς καὶ διαφορετικὲς θρεπτικὲς οὐσίες, βιταμίνες, μέταλλα καὶ φυτοχημικὲς ἀντιοξειδωτικὲς οὐσίες. Π.χ. τὰ χόρτα ἔχουν πολλὰ φλαβονοειδῆ, τὰ ὄσπρια πολλὰ φυτοστρογόνα. Πρόκειται γιὰ στανόλες καὶ στερόλες μετὰ τὶς ὁποῖες σήμερα ἐμπλουτίζονται διάφορες μαργαρίνες πού διαφημίζονται γιὰ τὴ μείωση

τῆς χοληστερόλης. Ὅμως δὲν γίνεται γνωστὸ ὅτι αὐτὲς οἱ οὐσίες εἶναι ἄφθονες στὰ ρεβύθια, τὰ φασόλια καὶ τὶς φακὲς γιὰτὶ αὐτὰ τὰ προϊόντα τῆς ἐλληνικῆς φύσης δὲν ἔχουν ἐμπορικὴ ὀνομασία ὥστε νὰ διαφημιστοῦν.

Ἡ μελέτη αὐτὴ δείχνει τὴν ἀξία τῆς ποικιλίας στὴ διατροφή μας. Τὰ ἀρωματικὰ χόρτα (φασκόμηλο, κοριάνδρος, βασιλικός, σέλινο, ματζουράνα, μάραθο, θρούμπι, μαϊντανός) καὶ τὸ σουσάμι εἶναι πλούσια σὲ μαγνήσιο.

Τὰ φρούτα, τὰ λαχανικά, τὰ φασόλια, ὁ ἀρακάς, τὰ ἀμύγδαλα, οἱ ξηροὶ καρποὶ καὶ πολλὰ ἀρωματικὰ (μαϊντανός, ἄνιθος, μυρώνι, κάρυ, γλυκάνισο, κάρδαμο, πάπρικα, κίμινο, κόκκινο πιπέρι, ρίγανη, σαφράν κλπ) εἶναι πλούσια σὲ κάλιο.

Τρόφιμα πλούσια σὲ ἀσβέστιο εἶναι τὰ γαλακτοκομικὰ προϊόντα, τὰ ψάρια με μαλακὰ κόκκαλα, τὰ ἀμύγδαλα, μερικὰ μεταλλικὰ νερὰ καὶ ἀρκετὰ πράσινα λαχανικά καὶ ἀρωματικὰ φυτὰ.

Μέχρι πρὸ εἴκοσι ἐτῶν ἡ φασολάδα ἔθεωρεῖτο τὸ ἐθνικὸ μας φαγητό. Σήμερα ὅμως τὰ ὄσπρια ἔχουν ἀρχίσει νὰ γίνονται μιὰ ξεχασμένη ὑπόθεση, ἰδιαιτέρα γιὰ τὰ παιδιά. Εὐτυχῶς, παραμένουμε ὑψηλοὶ καταναλωτὲς λαχανικῶν, καὶ αὐτὸ τὸ ὀφείλομε στὸ ἐλαιόλαδο. Δὲν τὸ πίνουμε, τὸ τρώμε, κυρίως με τοὺς διάφορους τρόπους πού μαγειρεύουμε τὰ λαχανικά.

Ἀντίθετα, σὲ χώρες τῆς Βόρειας Εὐρώπης καὶ τῆς Ἀμερικῆς πού τὰ λαχανικά τρώγονται ὠμά, τὰ διατροφικὰ προγράμματα δὲν εἶναι καὶ τόσο ἐπιτυχημένα. Ἐμεῖς τὰ τρώμε ὡς κύριο γεῦμα, τὰ μαγειρεύουμε με ἐλαιόλαδο καὶ γιὰ νὰ γίνουν εὐγευστα βάζουμε σκόρδο, κρεμμύδι, μαϊντανό, βασιλικό, σέλινο. Με αὐτὸ τὸν τρόπο ἐμπλουτίζουμε τὴ διατροφή μας με φυτοχημικὲς οὐσίες. Αὐτὲς οἱ οὐσίες φαίνεται ὅτι ἔχουν τὴν εὐεργετικὴ δράση στὴν ὑγεία, ἐνῶ τὰ συμπληρώματα διατροφῆς δὲν ἀποτελοῦν παρὰ ἐμβλασματικὲς λύσεις. 🍅



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Κοινωφελές Ίδρυμα

Βασ. Σοφίας 133 - 115 21 Ἀθήνα

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

Ἡ διατροφικὴ ἀξία τῶν ψαριῶν

ΝΙΚΟΛΑΟΣ Η. ΧΟΥΛΗΣ, καθηγητὴς φαρμακευτικῆς

Ἡ διατροφή και τὸ περιβάλλον εἶναι οἱ παράγοντες πού πρέπει νὰ ἐνοχοποιηθοῦν ἀλλὰ και νὰ συνεκτιμηθοῦν ὅταν τὸ βασικότερο μέλημά μας εἶναι ἡ ὑγεία.

Ἡ ὑγεία εἶναι τὸ ὑπ' ἀριθμὸν ἓνα ἀγαθὸ τοῦ ἀνθρώπου, ἀκολουθούμενο ἀπὸ τὴς χαρῆς τῆς ζωῆς, τὴν οικονομικὴ ἐξασφάλιση, τὴν ἐργασιακὴ σταθερότητα, τὴν ἐπαγγελματικὴ και κάθε ἄλλη ἐπιτυχία.

Γιὰ νὰ ἐξασφαλισθεῖ ὅμως ἡ καλὴ ὑγεία, ἐκτὸς ἀπὸ τὴ γονιδιακὴ μας κληρονομιά, χρειάζεται νὰ προσέχουμε τὴ διατροφή μας και τὸ περιβάλλον στοῦ ὁποῖο ζοῦμε. Ὅσον ἀφορᾷ στὴ διατροφή, ἡ θερμιδικὴ λήψη, ἡ ποιότητα και τὸ περιεχόμενο, ἡ ὥρα λήψης τῶν γευμάτων κ.τ.λ. ἀποτελοῦν σημαντικοὺς παράγοντες.

Ἡ διατροφή μας παίζει μεγάλο ρόλο ὄχι μόνον γιὰ τὴν ἐξωτερικὴ μας ἐμφάνιση, ἀλλὰ και γιὰ τὴν ὑγεία μας και γι' αὐτὸ χρειάζεται νὰ εἴμαστε προσεκτικοὶ μὲ τοὺς παθολογικοὺς παράγοντες πού εὐθέως ἢ πλάγιως εἰσάγουμε στοὺν ὄργανισμό μας, ὅπως τὰ λίπη, οἱ ὑψηλῆς περιεκτικότητας σὲ χοληστερίνη τροφές, τὰ γλυκὰ κ.λπ.

Ἐπίσης, γνωστὲς και πολυδημοσιευμένες εἶναι και πολλές θεωρίες περὶ ὑγιεινῆς διατροφῆς. Μεσογειακῆς διαίτας (τὸ κατ' ἐξοχὴν ἐλληνικὸ παραδοσιακὸ φαγητὸ), χρήσης συμπληρωμάτων διατροφῆς, ὅπως π.χ. ἰκνοστοιχείων και βιταμινῶν. Ἡ σπουδαιότητα και ἡ ἀναγκαιότητα ὅλων τῶν προαναφερθέντων εἶναι δεδομένη, ὅπως και τὸ γεγονός ὅτι πολλοὶ ὀδηγοῦνται στὴν κατάχρηση πού βλάπτει παρὰ ὠφελεῖ.

Συμπληρώματα διατροφῆς χρειάζονται μόνο τὰ ἄτομα ἐκεῖνα πού ἔχουν τάση νὰ τρῶνε θρεπτικὰ ἀνεπαρκεῖς τροφές, «μεζεδάκια» ἢ φαγητὸ πού ἔχει παραποιηθεῖ ἢ διατηρήθηκε γιὰ πολὺ καιρὸ και ἔχει χάσει ἀρκετὰ ἀπὸ τὰ θρεπτικὰ συστατικά του. Ἐπίσης, μικρὰ παιδιὰ και ἔφηβοι, τὸν χειμῶνα ἰδίως, καθὼς και ἄτομα μεγάλα σὲ ἡλικία πού μένουν πολὺ καιρὸ στοῦ σπιτί και δὲν παίρνουν ἀρκετὴ βιταμίνη D ἀπὸ τὸν ἥλιο. Τὸ ἴδιο και τὰ νεαρὰ ἄτομα τὰ ὁποῖα δὲν ἀκολουθοῦν μία ἰσορροπημένη διαίτα, λόγω μόδας, ἀλλὰ και ἀναρρωδιότητες ἀσθενεῖς, ἰδίως ἐκεῖνοι στοὺς ὁποῖους ἡ λήψη φαρμάκων προξενεῖ καταστροφὴ βιταμινικῶν ἀποθεμάτων. Κατ' ἐξοχὴν, ὅμως, ἡ λήψη συμπληρωμάτων εἶναι ἀπαραίτητη στοὺς ἡλικιωμένους πού εἶπε δὲν μποροῦν νὰ παρασκευάσουν τὰ κατάλληλα φαγητὰ, εἶτε ὁ ὄργανισμός τους δὲν ἔχει τὴν ἰκανότητα πιά νὰ ἀπορροφᾷ ἢ νὰ ἀφομοιώνει τὴς βιταμίνες. Πολλὲς κλινικὲς μελέτες ἔχουν δεῖξει ὅτι ὑπάρχει πληθώρα κοινωνικῶν, ψυχολογικῶν και οικονομικῶν καταστάσεων, πού ἐπηρεάζουν τὴ λήψη τῶν θρεπτικῶν οὐσιῶν ἀπὸ ἄτομα μεγάλης ἡλικίας. Μερικὰ ἀπὸ τὰ εἰδικὰ προβλήματα εἶναι ἡ τεχνητὴ ὀδοντοστοιχία ἢ ὁποῖα μπορεῖ νὰ τοὺς ἀναγκάζει νὰ ἀποφεύγουν κάποιες τροφές, ὅπως ὠμές σαλάτες ἢ κρέας, ἢ τὸ γεγονός ὅτι λόγω κό-



πωσης δὲν ψωνίζουν τόσο συχνὰ ὅσο εἶναι ἀπαραίτητο γιὰ νὰ ὑπάρχει ποικιλία στὴ διατροφή.

Εἶναι γνωστὸ ἀπὸ παλιὰ ὅτι διατροφή χαμηλῆς περιεκτικότητας σὲ λίπη, σὲ συνδυασμὸ μὲ φρέσκα φρούτα και λαχανικά, μπορεῖ νὰ βοηθήσει στὴν ἀποφυγὴ καρδιακῶν ἐπεισοδίων. Σήμερα οἱ ἐπιστήμονες ἀποδεικνύουν ὅτι αὐτοῦ τοῦ τύπου ἡ διατροφή μπορεῖ νὰ προστατεύσει και ἀπὸ τὸν καρκίνο. Ἐνδεικτικὰ, τροφές πού ἀσκοῦν «προστατευτικὴ» δράση θεωροῦνται ἀπὸ μὲν τὰ λίπη, τὰ ω-3 (πού βρίσκονται στοὺν τόνο, στοῦ σολομό, τὸ σκουμπρὶ και τὴς σαρδέλλες) ἀπὸ τὰ ὄσπρια, τὰ φασόλια και ἀπὸ τὰ λαχανικά, τὰ μπρόκολα. Ἐπίσης, τὰ κάκκινα κρασιὰ και οἱ χυμοὶ τῶν σταφυλιῶν ἔχουν ἰκανοποιητικὲς ἀντιοξειδωτικὲς ἰδιότητες.

Ἀπὸ τὴν ἄλλη μεριά, οὐσίες ὑψηλῆς ἐπικινδυνότητας θεωροῦνται τὸ καμένο κρέας, (γιατὶ δημιουργοῦνται ἐτεροκυκλικὲς ἀμίνες), ἡ κατάχρηση σὲ τηγανιτὲς πατάτες και διάφορες οὐσὲς πλούσιες σὲ λίπη. Ἀντιθέτως, εὐεργετικὸ εἶναι τὸ πράσινο τσάι.

Ἡ σάλτσα ντομάτας μὲ λίγο ἐλαιόλαδο πρέπει νὰ καταναλώνεται γιατί ἡ ντομάτα βοηθᾷ στὴ μεταφορά τοῦ ἐλαίου στὴν κυκλοφορία και αὐτὸ ἔχει πολὺ εὐεργετικὴ ἐπίδραση.

Τὸ σκόρδο, ἐξ αἰτίας τῶν ἀλλυλοσουλφιδίων πού περιέχει, ὅπως και τὰ κρεμμύδια, ὑποβοηθοῦν τὸν ὄργανισμό νὰ διακινεῖ οὐσὲς πού ἀναστελλοῦν τὴ δημιουργία ὄγκων. Κατὰ τοὺς εἰδικούς, ἀκόμη και μικρὲς ποσότητες σκόρδου ἔχουν εὐεργετικὴ ἐπίπτωση στοῦ μεταβολισμοῦ. Τὸ σκόρδο δὲν χρειάζεται νὰ μαγειρευτεῖ, ἀπλὰ νὰ κοπῆ και νὰ παραμείνει γιὰ 10' πρὶν ληφθεῖ, γιὰ νὰ σχηματισθοῦν πλήρως τὰ ἀλλυλοσουλφίδια. Ἀκόμη και παλιὸ ἐκχύλισμα σκόρδου κάνει τὴν ἴδια δουλειά.

Ἄλλα προϊόντα πού πιθανῶς ἀναστελλοῦν τοὺς ὄγκους, ὅπως προελέχθη, εἶναι τὰ μπρόκολα, τὰ κου-

Ἡ ἀξία τῆς ἀσκησης στὴν παιδικὴ ἡλικία

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

Ἡ συστηματικὴ καὶ μεθοδευμένη ἀσκηση δὲν ἀποτελεῖ προνόμιο μόνο γιὰ τοὺς πρωταθλητὲς καὶ τοὺς Ὀλυμπιονίκους. Ἡ ἀσκηση εἶναι βιολογικὴ ἀνάγκη καὶ ἀποτελεῖ τὸ ἀπαραίτητο ἐκεῖνο στοιχεῖο ποὺ προσφέρει καλὴ φυσικὴ κατάσταση καὶ ὑγεία σὲ κάθε πολίτη καὶ σὲ κάθε ἄτομο ἀπὸ τὴν παιδικὴ ἡλικία μέχρι τὰ βαθιὰ γηρατειά. Ἰδιαίτερα γιὰ τὰ μικρὰ παιδιὰ ἡ σωματικὴ ἀσκηση ἀποτελεῖ μία φυσιολογικὴ, καθημερινὴ ἀνάγκη. Τὴν ἔμφυτη αὐτὴ ἀνάγκη ὀφείλουμε νὰ τὴν ικανοποιήσουμε παρέχοντας χώρους καὶ δημιουργώντας δραστηριότητες, ἐντὸς καὶ ἐκτὸς τοῦ σχολικοῦ περιβάλλοντος, ἔτσι ὥστε νὰ πετύχουμε τὴν ὀλοκληρωμένη ψυχοσωματικὴ τους ἀνάπτυξη. Ἡ ἀσκηση προσφέρεται ὡς ἡ καλύτερη "βιταμίνη" στὰ παιδιὰ καὶ παρέχει καλὴ κυκλοφορία, δύναμη, ἀντοχὴ, ὑγεία, γερὰ κόκαλα, εὐρωστία καὶ ἀνάπτυξη χωρὶς προβλήματα. Τὰ 45 λεπτά γυμναστικῆς τοῦ σχολικοῦ προγράμματος, δύο φορές τὴν ἑβδομάδα, δὲν ἀρκοῦν. Τριάντα λεπτά συνεχοῦς ἀσκησης, μέρα-παραμέρα γιὰ τὴν ἀντοχὴ μαζί με τὴν προθέρμανση, τὶς ἀσκήσεις δυνάμης καὶ τὶς διατακτικὲς ἀσκήσεις ξεπερνοῦν τὰ 45 λεπτά. Καὶ δὲν χρειάζεται πολὺ σκοτοῦρα γιὰ ὥραῖα προγράμματα. Τὸ παιχνίδι, ἡ χαρὰ καὶ ἡ κίνηση συνοψίζουν μία ἐπιτυχημένη συνταγή. Λαμβάνοντας ὑπ' ὄψη τὶς ἰδιαιτερότητες τῆς ἀναπτυξιακῆς ἡλικίας, οἱ ὁποῖες ἀναφέρονται συνοπτικὰ παρακάτω, καθὼς ἐπίσης καὶ τὴν ἀλληλεπίδραση ἀσκησης καὶ ὑγιοῦς ἀνάπτυξης, μπορούμε ἀναλογισθοῦμε τὸ μέγεθος τῆς εὐθύνης ποὺ ἔχουμε ἀπέναντι στὰ παιδιὰ τὰ ὁποῖα καθιλώνουμε στὸ δωμάτιο, στὰ θρανία, στὰ κομπιούτερ, καὶ ἀντὶ γιὰ τὴ ζωὴ, τὴν κίνηση, τὸ παιχνίδι, ἀνεχόμεστε τὴ νωθρότητα, τὴν τηλεόραση, τὰ βιντεοπαιχνίδια.

Ἰδιαιτερότητες τῆς ἀναπτυξιακῆς ἡλικίας
Ὡς γνωστόν, ἡ ἀναπτυξιακὴ ἡλικία χαρακτηρίζεται ἀπὸ φυσιολογικὲς καὶ μορφολογικὲς ἀλλαγές ποὺ παρατηροῦνται στὸ σῶμα καὶ στὰ διάφορα λειτουργικὰ συστήματα τοῦ ὄργανισμοῦ. Πολλὲς φυσιολογικὲς διεργασίες ὅπως ἡ ἔκκριση ὁρμονῶν, τὰ χαρακτηριστικὰ στοιχεῖα τοῦ φύλου, οἱ μεταβολές τοῦ σωματικοῦ βάρους καὶ ὕψους, ἡ μυϊκὴ μάζα καὶ ὁ νευρομυϊκὸς ἔλεγχος δὲν

ἀναπτύσσονται κατὰ τὴν ἴδια χρονικὴ περίοδο καὶ οὔτε με τὸν ἴδιο ρυθμὸ.

Σωματικὸ βᾶρος καὶ ὕψος: Τὸ ὕψος καὶ τὸ βᾶρος ἀναπτύσσονται σὲ φάσεις, με ἐπιταχυνόμενες περιόδους ποὺ ἐναλλάσσονται με πιὸ ἄργους ρυθμοὺς ἀνάπτυξης. Λίγο πρὶν ἀπὸ τὴν ἐφηβεία παρατηρεῖται μία θεαματικὴ αὔξηση τοῦ ὕψους ἡ ὁποία κορυφώνεται στὴν ἡλικία τῶν 14-15 ἐτῶν (ἡ κορύφωση τοῦ ὕψους καθὼς καὶ ἄλλες φυσιολογικὲς λειτουργίες ἐμφανίζονται κατὰ δύο χρόνια νωρίτερα στὰ κορίτσια). Κατόπιν ἀκολουθεῖ μία πτωτικὴ πορεία καὶ ἡ αὔξηση τοῦ ὕψους συνεχίζει κανονικὰ τὸ ρυθμὸ τῆς ὀλοκληρώσεώς του μέχρι τὴν ἡλικία τῶν 18 ἐτῶν περίπου. Τὴν ἴδια περίπου δυναμικὴ ἀνάπτυξη, με καθυστερημένη ὁμως περίπου ἑξὶ μηνῶν ἀκολουθεῖ καὶ τὸ σωματικὸ βᾶρος. Ἡ πιὸ σημαντικὴ αὔξηση στὸ ὕψος σημειώνεται στὴν ἐφηβεία καὶ κυμαίνεται ἀπὸ 4 μέχρι 8 ὡς καὶ 10 cm ἀνὰ ἔτος σὲ ὀρισμένες περιπτώσεις. Τὸ σωματικὸ βᾶρος στὰ κορίτσια σημειώνει τὴ μεγαλύτερη αὔξηση στὴν ἡλικία μεταξύ 11 καὶ 13 χρόνων, κατὰ μέσο ὄρο 4.85 kg

ἀνὰ ἔτος. Ὅταν κατὰ τὴν περίοδο τῆς ἐντονης ἀνάπτυξης τὰ παιδιὰ χάνουν πρόσκαιρα τὸ συντονισμό τους δὲν πρέπει νὰ εἴμαστε ἐπικριτικοί, ἀντίθετα ὀφείλουμε νὰ τὰ ἐνθαρρύνουμε νὰ συμμετέχουν σὲ διάφορες ἀσκήσεις, παιχνίδια καὶ φυσικὲς δραστηριότητες.

Ἀνάπτυξη τῶν ὀστέων: Τὰ ὀστά συμμετέχουν με δυναμικὸ τρόπο στὴν ἀνάπτυξη, παράγουν ἐρυθροκύτταρα καὶ χρησιμοποιοῦνται ὡς ἀποθήκες ἀσβεστίου καὶ φωσφόρου. Στὶς ἄκρες τῶν ὀστέων ὑπάρχουν οἱ ἐπιφυσιακὲς πλάκες οἱ ὁποῖες συμβάλλουν στὴν ἐπιμήκυνση καὶ ἀνάπτυξη τῶν ἐπιμέρους ὀστέων καὶ κατ' ἐπέκταση ὀλοκλήρου τοῦ σώματος. Ὅταν οἱ χόνδροι καὶ οἱ ἐπιφύσεις ὀστεοποιηθοῦν τότε σταματὰ καὶ ἡ αὔξηση τῶν ὀστέων. Ἡ ἀσκηση, μαζί με τὴν κατάλληλη δίαιτα, βοηθοῦν στὴν ἀνάπτυξη τῶν ὀστέων. Ἐχει βρεθεῖ ὅτι ἡ ἀσκηση ἐπιδρᾷ θετικὰ στὴν ἀντοχὴ, τὴν πυκνότητα καὶ τὸ πάχος τοῦ ὀστέου χωρὶς νὰ ἐπηρεάζει τὸ μήκος του. Ὡστόσο, σὲ περίπτωση τραυματισμοῦ νεαρῶν μαθητῶν, πρέπει νὰ λαμβάνονται ἄμεσα μέτρα ἀποκατάστασης.

συνέχεια στὴ σελ. 4 ▶



Πολυφαρμακία στα διαβητικά άτομα. Ἐναγκαῖο κακό;

ΙΩΑΝΝΗΣ ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, παθολόγος-διαβητολόγος, υπεύθυνος διαβητολογικού ιατρείου Π.Γ.Ν. Ν. Ἰωνίας «Ἁγία Ὀλγα»



Τὰ ἄτομα ποὺ πάσχουν ἀπὸ σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 συχνὰ λαμβάνουν πολλὰ φάρμακα, καθημερινά. Ἐνα ἀπὸ τὰ ποιά συχνὰ αἰτίματα ποὺ ἀπευθύνουν στὸ γιατρό τους εἶναι ὁ περιορισμὸς ἢ ἡ διακοπὴ κάποιων ἀπὸ αὐτὰ «γιατί τὰ πολλὰ φάρμακα θὰ τοὺς πειράζουν».

Οἱ γιατροὶ συχνὰ ὑποχωροῦν στὴ «πίεση» τῶν ἀσθενῶν καὶ περιορίζουν τὰ συνταγογραφούμενα σκευάσματα. Ποιά εἶναι ὁμως ἡ ἀλήθεια;

Ἀλήθεια 1n: Τὰ ἄτομα μὲ σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 θεωροῦνται ἄτομα ὑψηλοῦ καρδιαγγειακοῦ κινδύνου ποὺ χαρακτηρίζονται ἀπὸ ὑψηλές τιμές σακχάρου στὸ αἷμα. Ὁ σύγχρονος αὐτὸς ὀρισμὸς τοῦ σακχαρώδη διαβήτη ὑποδεικνύει ὅτι ἡ περιορισμένη στόχευσή μας μόνον στὸν ἔλεγχο τοῦ σακχάρου στὸ αἷμα δὲν εἶναι ἀρκετή. Ἀντίθετα, ἀπαιτεῖται συνολικὴ προσπάθεια ἀντιμετώπισης ὅλων τῶν συνυπαρχόντων παραγόντων κινδύνου γιὰ καρδιαγγειακὰ νοσήματα.

Ἀλήθεια 2n: Τὰ ἄτομα μὲ σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στὴ συντριπτικὴ τους πλειοψηφία (>90%) πάσχουν ἀπὸ μεταβολικὸ σύνδρομο. Αὐτὸ σημαίνει ὅτι λόγω, συνήθως, τῆς παχυσαρκίας (ἰδιαίτερα μὲ κεντρικὴ κατανομὴ τοῦ λίπους ὅπως φαίνεται ἀπὸ τὴν αὐξημένη περίμετρο μέσης, >88 ἐκ. στὶς γυναῖκες, >102 ἐκ. στοὺς ἄνδρες) παρουσιάζουν πέραν τῶν αὐξημένων τιμῶν σακχάρου στὸ αἷμα, αὐξημένες τιμές ἀρτηριακῆς πίεσης, αὐξημένες τιμές τριγλυκεριδίων καὶ χαμηλές τιμές HDL κοληστερόλης (τῆς «καλῆς» κοληστερόλης).

Ἡ συνύπαρξη αὐτῶν τῶν διαταραχῶν ἐπιβάλλει, συνήθως, τὴ χορήγηση πολλῶν φαρμακευτικῶν παραγόντων γιὰ τὴν ἀντιμετώπισή τους. Ἐτσι, ἡ καθημερινὴ χρῆση ἕως καὶ 10 ἢ περισσότερων φαρμάκων ἀποτελεῖ συχνὰ τὸν κανόνα γιὰ αὐτὰ τὰ ἄτομα.

Ἀλήθεια 3n: Οἱ θεραπευτικοὶ μας στόχοι εἶναι ἰδιαίτερα αὐστηροί. Μόνον ἡ ἐπίτευξή τους μειώνει πραγματικὰ τὸν καρδιαγγειακὸ κίνδυνο γιὰ αὐτὰ τὰ ἄτομα. Ἐτσι, σύμφωνα μὲ τὶς κατευθυντήριες ὁδηγίες πολλῶν ἐπιστημονικῶν ἑταιρειῶν οἱ στόχοι αὐτοὶ εἶναι :

- Σάκχαρο
 - Νηστείας 80-110 mg%
 - Μετὰ φαγητό, 2 ὥρες <140 mg%
 - HbA1c < 6.5% (Ἡ γλυκοζυλιωμένη αἰμοσφαιρίνη εἶναι μία ἐξέταση ποὺ ἀντιπροσωπεύει τὴ μέση τιμὴ σακχάρου τὸ τελευταῖο δίμηνο)

Ἡ μέση τιμὴ σακχάρου τὸ τελευταῖο δίμηνο

- Ἀρτηριακὴ πίεση
 - Συστολικὴ <130 mmHg
 - Διαστολικὴ <80 mmHg
- Λιπίδια
 - Ὀλικὴ κοληστερόλη < 170 mg%

- LDL κοληστερόλη < 100 mg%
- HDL κοληστερόλη > 40 mg%
- Τριγλυκερίδια <150 mg%

Παράλληλα πρέπει νὰ λαμβάνουν καθημερινὰ ἀντιαιμοπεταλιακὴ ἀγωγή (μικρὴ δόση ἀσπιρίνης ἢ κλοπιδογρέλη). (1ο φάρμακο).

Ἐὰν κανεῖς ὑπολογισμοὺς :

- τὴ σχεδὸν **ὑποχρεωτικὴ** χορήγηση στατίνης (φάρμακο κατὰ τῆς κοληστερόλης) γιὰ ὅλα τὰ διαβητικὰ ἄτομα (2ο φάρμακο).

- τὴν ἀνάγκη χορήγησης 2 ἢ 3 φαρμάκων γιὰ τὴν ἐπίτευξη τῶν αὐστηρῶν στόχων τῆς ἀρτηριακῆς πίεσης (3ο καὶ 4ο φάρμακο)

- τὴν ἀνάγκη χορήγησης 2 ἢ 3 φαρμάκων γιὰ τὴν ἐπίτευξη τῶν στόχων γλυκαιμικῆς ρύθμισης (5ο καὶ 6ο φάρμακο)

- τὴ συνύπαρξη κάποιων ἐπιπλοκῶν ποὺ ἐπίσης ἀπαιτοῦν ἀγωγή (πχ στεφανιαία νόσος, περιφερικὴ ἀγγειοπάθεια κλπ)

ἀντιλαμβάνεται πὺς ὁ ἀριθμὸς τῶν ἀπαιτούμενων δισκίων καθημερινὰ εἶναι ὑψηλός.

Ποιὲς εἶναι ὁμως οἱ λύσεις;

Σίγουρα, ἡ λήψη πολλῶν δισκίων καθημερινὰ δὲν εἶναι εὐχάριστη γιὰ κανένα. Εἶναι ὁμως **ἀπαραίτητη**.

Ἡ μὴ ἀντιμετώπιση τῶν παραγόντων κινδύνου γιὰ καρδιαγγειακὰ νοσήματα εἶναι ἐπικίνδυνη γιὰ τὸν ἀσθενῆ. Ἡ πειθαρχία στὴν ἀγωγή καὶ ἡ σωστὴ λήψη ὅλων τῶν ἀπαραίτητων φαρμάκων εἶναι **προσφορὰ ζωῆς**. Οἱ ἀσθενεῖς πρέπει, ὡς κύριο μέλημά τους, νὰ ἔχουν τὴν ἐπίτευξη τῶν στόχων καὶ ὄχι τὴ διακοπὴ ἢ μείωση τῶν φαρμάκων.

Πὺς μποροῦμε νὰ μειώσουμε τὰ φάρμακα ποὺ χρειαζόμαστε;

Ἐὰν μποροῦμε νὰ μειώσουμε τὰ φάρμακα ποὺ χρειαζόμαστε;

Ὅπου μποροῦμε χρησιμοποιοῦμε συνδυασμοὺς φαρμάκων. Ἐτσι, γιὰ παράδειγμα, ἡ χρῆση ἑνὸς ἑτοιμοῦ συνδυασμοῦ γιὰ τὴν ὑπέρταση (πχ ἑνὸς ἀναστολέα τοῦ μετατρεπτικοῦ ἐνζύμου τῆς ἀγγειοτασίνης μὲ μὴ μικρὴ δόση διουρητικοῦ) μπορεῖ νὰ μειώσει κατὰ ἕνα τὰ ἀνα-

Θεραπεύει τὸ γέλιο;

Ἐπάρκει, ἄραγε, ἱστορία τοῦ γέλιου; Τὸ ἐρώτημα φαίνεται αὐτοαναπάντητο. Τί θὰ πεῖ ἱστορία τοῦ γέλιου, ὅταν δὲ χωράει ἀμφιβολία ὅτι ἀκούοντας μία ἀστεία ἱστορία ὁ σημερινὸς ἄνθρωπος θὰ γελάσει ὅπως θὰ γελοῦσε καὶ πρὶν ἀπὸ 3.000 χρόνια.

Καὶ ἐξ ἴσου βέβαιον εἶναι ὅτι, μὲ τὸν ἴδιο τρόπο, τὸ γέλιο θὰ χῶριζε ἢ θὰ ἔνωε, ἀναλόγως τοῦ ἂν ἐστρέφετο κατὰ τοῦ συνομιλητοῦ ἢ ἐναντίον τρίτου.

Κανεὶς δὲν θὰ ἠνείκετο νὰ γελοῦν γιατί λεκιάστηκε, ἐνῶ θὰ ἀπολάμβανε τὸ γέλιο ποῦ θὰ ἐξέλυε τὸ στραβοπάτημα μιᾶς παχιάς κυρίας.

Ἐκεῖνο ποῦ, ἴσως, ἄλλαξε εἶναι ὅτι, τὸ γέλιο σήμερα ἔχει πῶς σημαντικὴ ἐξάρτηση ἀπὸ τὴ λειτουργία τῆς νοσήσεως καὶ λιγότερο τὸν ἀντανακλαστικὸ χαρακτήρα ποῦ ἐδέσποζε πιθανότατα εἰς τὸ παρελθόν.

Ἄλλωστε οἱ τελευταῖες δεκαετίες μετέφεραν πολλὰ πράγματα ἀπὸ τὴν περιοχὴ τῆς ψυχῆς στὴν περιοχὴ τοῦ νοῦς, ὅπως δόγματα, ἀρχές, θρησκευτικὰ αἰσθήματα, αἰσθήματα τιμῆς καὶ ἄλλα.

Ἐτσι, τὸ γέλιο τοῦ σύγχρονου ἀνθρώπου εἶναι γενικὰ πῶς συγκρατημένο. Κι ἂν δὲν ὑπάρκει ἱστορία τοῦ γέλιου ὑπάρκει ἱστορικὴ ἐξέλιξη τῶν ἰδεῶν γύρω ἀπὸ τὸ γέλιο. Τὴν ἐκτύλιξη αὐτῆ τῶν ἰδεῶν τὴν παρακολουθοῦμε σὲ σωρεία κειμένων ποῦ τεκμηριῶνουν τὴν τοποθέτηση τῶν ἀνθρώπων κάθε ἐποχῆς, ἐναντι τῆς παρορμητικῆς αὐτῆς ἐκδηλώσεως τοῦ ἀνθρώπινου γένους (δὲν ἀποκλείεται καὶ τῶν πιθήκων).

Σίγουρα καὶ οἱ ἀρχαῖοι θὰ γελοῦσαν μὲ τὸν Σαρλό ἢ τὸν Γούνι Ἄλεν. Τὸ γέλιο ἀναζητεῖ τὴν κλεψὴ ἢ τὸ ἀναπάντεχο, ἀλλὰ συμβάλλει καὶ στὴν κατὰσφαση τοῦ ἄγχους, στὴν ἔκφραση χαρᾶς καὶ συμπάθειας, ἀλλὰ καὶ στὴν ἀπόρριψη ἀτόμου ἢ συνθηκῶν ζωῆς.

Αὐτὸ ὅμως ποῦ φαίνεται νὰ ἀλλάζει στὴν πορεία τοῦ χρόνου εἶναι ἡ ἐρμηνεία τοῦ φαινομένου, ποῦ ὅπως ἦδη ἐλέχθη, κινεῖται μεταξὺ ἀπολαύσεως ἢ ἐνοχῆς.

Ποιὸς τὸ προσέφερερ σὰν δῶρο ἢ καὶ σὰν πληγὴ στὸν ἄνθρωπο; Εἶναι, ἄραγε, δικαίωμά του νὰ προσφεύγει σ' αὐτὸ ὁ ἄνθρωπος, ἀβασάνιστα;

Στὸ ἐρώτημα αὐτὸ ἡ ἱστορία ἔδωσε ἀπάντηση σὲ τρεῖς φάσεις. Τὸ γέλιο εἶναι πλεονέκτημα καὶ δῶρο τῶν θεῶν, ἀπάντησε ὁ ἀρχαῖος κόσμος. Εἶναι διαβολικὴ πράξις πίστεψε ὁ Χριστιανισμὸς καί, τέλος, ὁ σύγχρονος κόσμος τὸ κατέστησε ἀπλὸ κτήμα ἀνθρώπου.



Ἡ ἀρχαία μυθολογία προβάλλει ἐν ἐκτάσει τὸν χαρακτήρα τοῦ γέλιου, ὡς προϊόντος τῶν θεῶν. Οἱ θεοὶ γελοῦν ἀτελείωτα, τεκμήριο τῆς ὑπεροχῆς τῶν, ἀλλὰ καὶ ἐπινοοῦν πράξεις ποῦ ὀδηγοῦν σὲ γενικὸ καχασμὸ. Ὅπως ὁ Ἡρακλῆς ὅταν παγίδευσεν Ἡρα καὶ Ἄφροδίτη τὴ στιγμή τῆς σεξουαλικῆς τῶν ὀμιλίας καὶ τοὺς ἐξέθεσε ἔτσι στὰ ὄμματα καὶ τοὺς γέλωτας τῶν θεῶν.

Ὁ Ζεὺς γιὰ νὰ ἐπαναφέρει τὴν Ἡρα, ποῦ κολωθεῖσα κρύφτηκε στὰ βουνὰ τοῦ Ὀλύμπου, ἔντυσε μὲ κλαμύδα ἓνα ξόανο καὶ διέδωσε ὅτι ξαναπαντρεύεται. Ἡ Ἡρα ὄρμησε καὶ ὅταν ἀπεκάλυψε τὴ φάρσα, ξέσπασε σὲ γέλια καὶ ζήτησε νὰ ὀδηγήσει ἡ ἴδια τὴν πομπή. Ὁ μῦθος ἀνεπαρίστατο κάθε χρόνο στὴ Βοιωτία.

Πολλὲς γιορτὲς ἦσαν γιορτὲς ἀτελείωτου γέλιου, ὅπως οἱ διονυσιακὲς γιορτὲς. Ἡ μεταμφίεση καὶ ἡ ἀνάμιξη τῶν πάντων, συμβόλιζαν τὴν ἀνατροπὴ τοῦ κόσμου καὶ ἡ κωμικὴ αὐτῆ εἰκόνα, ἐπεσφραγίζετο ἀπὸ ἀτελείωτη εὐθυμία, ποῦ ἀσφαλῶς συνηπηρεῖτο καὶ ἀπὸ τὸ οἶνόπνευμα, μέχρι ἀποκαταστάσεως τῆς τάξεως, δηλαδὴ τῆς κοινωνικῆς καὶ θρησκευτικῆς ἱεραρχίας, ποῦ ἐσφράγιζε καὶ τὸ τέλος τῶν ἐορτῶν καὶ τὴν ἐπάνοδο στὴν πλήξη.

Στὸν Ὀμηρὸ τὸ γέλιο εἶναι μέσο ἐδραιώσεως συνοχῆς ἐνώπιον τοῦ ἐχθροῦ καὶ μὲ τὸν Ἀριστοφάνη γίνεται μέθοδος πολιτικῆς καὶ κοινωνικῆς κριτικῆς, πράγμα ποῦ ἠνώκλη ὄχι μόνο τοὺς θιγόμενους, ἀλλὰ καὶ τοὺς καλούμενους ἀγέλαστους ὅπως ὁ Πλάτων. Παρὰ ταῦτα ὁ διδάσκαλός του Σωκράτης, στήριξε τὴν διδασκαλία του στὴν γελοιοποίηση τῶν ἀρχῶν τῶν συνομιλητῶν του. 🍎

Συνέχεια στὸ ἐπόμενο τεῦχος