



# ΣΤΟΥΣ ρυθμούς της καρδιάς

ΚΩΔΙΚΟΣ: 2510

ΤΟΜΟΣ 15  
ΤΕΥΧΟΣ 165  
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2006

Τιμή πώλησης 0,01 €

## Πολυφαρμακία: προσοχή και σύνεση. Ίδιως από τους ηλικιωμένους.

**Ν.Η. ΧΟΥΛΗΣ**, καθηγητής φαρμακευτικής, Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν.

Ἡ ζωή μας σήμερα είναι συνυφασμένη με τὰ φάρμακα. Ἡ εξέλιξη τῆς ἱατρικῆς καὶ ἡ στροφή ἀπὸ τὴ θεραπευτικὴ ἱατρικὴ στὴν προληπτικὴ, ἔχει καταστήσει ἀναγκαίᾳ τὴ χρησιμοποίηση ἐνδὸς ἀριθμοῦ φαρμάκων πού λαμβάνονται γιὰ πολλοὺς καὶ διάφορους λόγους καὶ ἀποβλέπουν στὴ βελτίωση τῆς υγείας μας.

Τὰ φάρμακα, τὰ ζωοσώτηρα αὐτὰ παρασκευάσματα, ἔχουν καὶ τοὺς κινδύνους τους, ἰδίως ἀπὸ τὴν κακὴ καὶ ἀλόγιστη χρῆση τους.

Ἡ πολυφαρμακία εἶναι ἕνα φαινόμενο πού παρατηρεῖται συχνότατα, ὁ δὲ ὅρος «πολυφαρμακία», ἀναφέρεται εἴτε στὴ συνήθεια τοῦ γιατροῦ νὰ χορηγεῖ φάρμακα ὑπερμέτρως, εἴτε στὴ νοσοτροπία τοῦ ἀσθενοῦς νὰ λαμβάνει πάρα πολλὰ φάρμακα, μόνος του, καὶ χωρὶς ἱατρικὴ συμβουλὴ ἢ παρακολούθησιν.

Εἶναι, ἐπομένως, φανερὸ ὅτι τὰ φάρμακα, πού παρασκευάζονται μετὰ τὴν προσοχὴ καὶ σχολαστικότητα καὶ εἶναι ἀναμφισβήτητα ὄπλα στὰ χέρια τοῦ γιατροῦ γιὰ τὴν καταπολέμησιν τῆς ἀσθένειας, θέλουν προσοχὴ καὶ περισκεψὴ στὴ χορήγησιν γιὰ νὰ μὴν ἀποβοῦν ἐπικίνδυνα.

Δυστυχῶς, ὅμως, λάθη γίνονται καὶ πολλὰ ἀπὸ αὐτὰ ὀφείλονται στὶς ἀλληλεπιδράσεις τῶν φαρμάκων, ἕνα θέμα παλαιὸ ἀλλὰ πάντα ἐπικαίρο. Τὸ θέμα παραμένει ἐπικαίρο κυρίως διότι διαρκῶς εἰσάγονται στὴ θεραπευτικὴ

νέες ἐνώσεις γιὰ τὶς ὁποῖες ἀποκτοῦμε ἐμπειρία μετὰ τὸν καιρὸ καὶ ἐπισημαίνουμε, κατὰ τὴ διάρκειά τῆς ἐφαρμογῆς τους, ἀνεπιθύμητες ἐνέργειες, πολλὲς φορές ἀκόμα καὶ χρόνια μετὰ ἀπὸ μία ἐπιτυχημένη ἐφαρμογὴ τῆς οὐσίας αὐτῆς. Ἔτσι βλέπει κανεὶς φάρμακα καταξιωμένα νὰ ἀποσύρονται πολλὰ χρόνια μετὰ τὴν ἐφαρμογὴ τους στὴ θεραπευτικὴ.

Ὅπωςδήποτε ἡ ἐμφάνισιν τῶν ἀνεπιθύμητων ἐνεργειῶν δὲν θὰ πρέπει νὰ ξενίζει ἂν λάβει κανεὶς ὑπ' ὄψιν ὅτι μέσα στὸν ὄργανισμό εἰσάγονται, κατὰ βίαιον τρόπο, ξένες οὐσίες πού παρεμβαίνουν στὰ κύτταρα, στὰ ὄργανα ἀπεκρίσεως, στὰ ἔνζυμα, στὶς πρωτεΐνες καὶ οἱ ὁποῖες οὐσίες ἀναστατώνουν στὴν κυριολεξία τὸ μεταβολισμό. Τὸ πρόβλημα εἶναι μεγάλο, σύνθετο καὶ ἕνας ἀπὸ τοὺς βασικοὺς στόχους τῆς σύγχρονης θεραπευτικῆς εἶναι ἡ ἀποτελεσματικότητά μὲν, ἀλλὰ μετὰ τὴν χορήγησιν ὅσων τὸ δυνατόν λιγότερων φαρμάκων.

Ἡ συνύπαρξιν δυῶν ἢ περισσοτέρων φαρμάκων στὸν ὄργανισμό μπορεῖ νὰ ἐπηρεάζει καὶ τὴ δράσιν τους.

Ὁ ὅρος, λοιπόν, «ἀλληλεπίδραση φαρμάκων» συμπεριλαμβάνει τὴ μεταβολὴ τῆς ἀπορρόφησιν, τῆς κατανομῆς, τῆς βιομετατροπῆς καθὼς καὶ τῆς ἀπέκκρισιν ἐνδὸς φαρμάκου ἐξ αἰτίας τῆς δράσιν κάποιου ἄλλου.

Ἀρκετὲς μελέτες ἔχουν γίνει, στὶς ὁποῖες οἱ ἐρευ-

ντές προσπαθούν να συσχετίσουν τους παράγοντες εκείνους που είναι γνωστό ότι μπορεί να επηρεάσουν την πορεία μίας ανεπιθύμητης ενέργειας κατά τη θεραπεία με φάρμακα. Μερικοί από τους παράγοντες είναι:

Ήλικία, φύλο, έγκυμσύνη, φως του ήλιου, βαρομετρική πίεση, ασθένεια, μόλυνση, έμβολιασμός, επαγγελματική άπασχόληση, εποχιακές εναλλαγές, διαιτητικοί παράγοντες, λειτουργία καρδιαγγειακού και πεπτικού συστήματος, λειτουργία ήπατος και νεφρών, συγκέντρωση της άλβουμίνης, στρές, πυρετός, πείνα και υποσιτισμός, κατανάλωση αλκοολούχων, κάπνισμα.

Από τα προαναφερθέντα πάντως, η ηλικία έχει χαρακτηριστεί ως ο κύριος παράγοντας στις παρουσιαζόμενες ανωμαλίες. Το γήρας, δηλαδή, συχνά παρουσιάζεται να εξηγεί τις ανεπιθύμητες ενέργειες, με δεδομένο ότι αυτό συνοδεύεται από αδυναμία της μάζας του σώματος, από κακή λειτουργία των νεφρών και από μη κανονική λειτουργία άλλων οργάνων, και ιδίως του ήπατος.

Στους ηλικιωμένους, η αποθηκευτική ικανότητα πολλών οργάνων είναι πολύ ελαττωμένη και εξ αιτίας αυτής της καταστάσεως δημιουργείται ένα πολύ μικρό περιθώριο μετὰ θεραπευτικής και τοξικής δόσης πολλών φαρμάκων. Ως αποτέλεσμα όλων αυτών, οι ηλικιωμένοι παρουσιάζονται να έχουν τις περισσότερες παρενέργειες από τα πολλά φάρμακα ή τις ασθένειες που προέρχονται από αυτά.

Ο αριθμός των φαρμάκων που συνταγογραφούνται στους ηλικιωμένους, είναι πολύ μεγαλύτερος από αυτόν που δίδεται στα νεαρά άτομα. Επομένως το πρόβλημα της μη συμμόρφωσης αυξάνει γεωμετρικά με την ηλικία και με τον αριθμό των φαρμάκων που το άτομο παίρνει συγχρόνως.

Επίσης, συνιστάται να μη δίδονται στους ηλικιωμένους φάρμακα τα οποία είναι μέσα σε περιέκτες που χρησιμοποιούνται για την προστασία των παιδιών, γιατί είναι δύσκολο να τα ανοίξουν, και, χαρακτηριστικά, αναφέ-

ρονται διάφορα όργανα που κατά καιρούς έχουν χρησιμοποιηθεί από υπερήλικες για να ανοιχθούν τέτοιοι περιέκτες όπως π.χ. μαχαίρια, δόντια, κουτάλια, νομίσματα, ανοιχτήρια κονσέρβας, λίμα νυχιών, πένσα, κατσαβίδι, ψαλίδια, κόκαλο, κλειδιά, τανάλια.

Άλλη σύσταση, ιδίως στους φαρμακοποιούς, είναι η ετικέτα να είναι γραμμένη με τέτοια γράμματα ώστε να είναι εύκολο να διαβαστούν οι οδηγίες από άτομα με ελαττωμένη όραση, ένα συχνό πρόβλημα των ηλικιωμένων.



Από όλα τα ανωτέρω βλέπουμε ότι, οι αλλαγές που συνοδεύουν την αύξηση της ηλικίας του ατόμου, μπορούν να τροποποιήσουν και τη δράση των φαρμάκων. Επιπλέον, τα ηλικιωμένα άτομα συχνά υπόκεινται σε ακατάλληλες και μη αναγκαίες θεραπείες, και επίσης δεν ακολουθούν με προσοχή τις οδηγίες χρήσης των φαρμάκων.

Είναι γνωστό πάντως ότι η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με συνέπεια τη μακροβιότητά τους με υγεία. Η αποτελεσματική θεραπεία όμως επηρεάζεται άμεσα τόσο από τον ίδιο τον ασθενή (π.χ. με τη συμμόρφωσή του στις

οδηγίες του γιατρού για σωστή και ανελλιπή λήψη των φαρμάκων, το κατάλληλο διαιτολόγιο, την άσφυνη καπνίσματος κλπ) όσο και από το περιβάλλον του (οικογενειακό, κοινωνικό, επαγγελματικό).

Εκείνο που πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπ' όψιν είναι η περίπτωση που έχει στη θεραπευτική αγωγή του ασθενούς ή ελάττωση των φυσιολογικών του λειτουργιών με την ηλικία, και ιδίως αυτών που σχετίζονται με τα όργανα των αισθήσεων, το καρδιαγγειακό και αναπνευστικό σύστημα.

Στην περίπτωση των ηλικιωμένων τα πράγματα γίνονται δυσκολότερα εξ αιτίας της πολυνοσηρότητας και της εξ αυτής πολυφαρμακίας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες αυξάνουν όσο αυξάνει και ο αριθμός των διαφορετικών

συνέχεια στη σελ. 9

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Έλληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας  
B. Σοφίας 133 - T. K. 115 21 - Τηλ.: (210) 6401477, 6450118, 6460522 - Fax: (210) 6401478  
E-mail=elikar@aia.gr http://www.elikar.gr

ΕΚΔΟΤΗΣ: Π. Τούτουζας  
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Δ. Σταμάτης  
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΥΛΗΣ: Ντίκη Μακαρίου  
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΥΛΗΣ: Βασίλειος Σπανός  
ΥΠΕΥΘ. ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ: Alta Grafico AE - Τηλ.: (210) 2314359, 2318113 - Fax: (210) 2317705  
ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: Γ. Γκουμάς, Σπ. Καρράς, Π. Κόκκινος, Ζ. Κυριακίδης, Ε. Παπαστεριάδης,  
Αθ. Πιπλής, Δ. Ρίχτερ, Β. Σπανός, Δ. Χατορέας,  
ΣΚΙΤΣΑ: Γαβριήλ Ψαρράς, καρδιολόγος  
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Α. Δαρμάρα, Μ. Δημακοπούλου, Γ. Καλλιούπη, Μ. Τούτουζα  
Επιτρέπεται η μερική ή ολική αναδημοσίευση άρθρων του περιοδικού αρκεί να αναφέρεται η πηγή τους.

## στην Ελλάδα... και τον κοσμο



### Παχυσαρκία και σακχαρώδης διαβήτης: τά παγκόσμια και τα ελληνικά στοιχεία

**ΑΙΜΙΛΙΑ Κ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ**, κλινική διαιτολόγος-διατροφολόγος,  
επιστημονική συνεργάτης τμήματος επιστήμης διαιτολογίας-διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Ἀθηνῶν

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

#### Συνέχεια από το τεύχος Νοεμβρίου 2005

Μιά μελέτη με δείγμα 2.805 ατόμων από την περιοχή της Σαλαμίνας έδειξε ότι το 44,2% των έθελοντών ήταν υπέρβαροι και το 18,4% παχύσαρκοι. Πρέπει εν τούτοις να σημειωθεί ότι το βάρος και το ύψος στην παραπάνω μελέτη ήταν αυτοδηλούμενα. Μιά άλλη μελέτη με 989 φοιτητές, στην Ίατρική Σχολή, στην Κρήτη, υπέδειξε ότι το 23,3% των γυναικών και το 39,5% των αντρών ήταν υπέρβαροι. Κεντρική παχυσαρκία βρέθηκε στο 33,4% των αντρών και στο 21,7% των γυναικών που συμμετείχαν στην παραπάνω μελέτη.

Συμπερασματικά, μελέτες έχουν υποδείξει ότι ο επιπολασμός του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας στους ενήλικες Έλληνες είναι σχετικά υψηλός. Ὡστόσο, δεν έχει γίνει ακόμα καμία μελέτη με τυχαίοποιημένο αντιπροσωπευτικό δείγμα του συνολικού πληθυσμού που να βασίζεται σε μετρήσεις βάρους και ύψους και για αυτόν το λόγο δε γνωρίζουμε τα ποσοστά του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας στην Ελλάδα, κάτι που είναι ύψιστης σημασίας να γίνει ώστε να μπορέσουν να ληφθούν από την πολιτεία τα ανάλογα μέτρα.

#### Τά δεδομένα για τα παιδιά και τους έφηβους

Ἡ παιδική και εφηβική παχυσαρκία αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα και μία κοινωνική πρόκληση για την ιατρική κοινότητα και τον πληθυσμό. Τά υπέρβαρα παιδιά είναι πιο πιθανό να γίνουν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ενήλικες όταν μεγαλώσουν και ή αύξηση του βάρους κατά τη διάρκεια της ενηλικίωσης τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες αποτελεί τό μεγαλύτερο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Μάλιστα, έχει φανεί ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 στους μεσήλικες συσχετίζεται με την παρουσία παχυσαρκίας στην εφηβεία. Τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες, αύξηση βάρους 5 κιλών ή παραπάνω από την ηλικία της πρώιμης ενηλικίωσης (18-20 ετών) συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης

του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται όσο τό βάρος αυξάνει. Οί υπέρβαροι έφηβοι έχουν 70% πιθανότητα να γίνουν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ενήλικες, και τό ποσοστό αυξάνεται στο 80% εάν ο ένας ή και οί δυο γονείς είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι.

Έτσι, τά παχύσαρκα παιδιά κάτω των τριών ετών που δεν έχουν παχύσαρκους γονείς διατρέχουν χαμηλό κίνδυνο να γίνουν παχύσαρκοι όταν ενηλικιωθούν, αλλά

ανάμεσα σε μεγαλύτερα παιδιά, ή παχυσαρκία είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση παχυσαρκίας και στην ενήλικη ζωή, ανεξάρτητα από τό εάν οί γονείς ήταν παχύσαρκοι ή όχι.

Τό 1999, αναφέρθηκε ότι τό 13% των παιδιών, ηλικίας 6 έως 11 ετών, και τό 14% των εφήβων, ηλικίας 12 έως 19 ετών, στην Ἀμερική, ήταν παχύσαρκα. Αυτό τό ποσοστό εμφάνισης έχει σχεδόν τριπλασιαστεί για τους έφηβους τις τελευταίες δυο δεκαετίες στην Ἀμερική, κάτι που έχει αναφερθεί και σε άλλες χώρες.

Ο διεθνής οργανισμός International Obesity Task Force,

ΙΟΤF στην πρόσφατη αναφορά του, τό Μάιο του 2004, υπέδειξε ότι ή εμφάνιση της παχυσαρκίας αυξάνεται με ταχύ ρυθμό στα παιδιά και στην Εύρώπη. Πιο συγκεκριμένα, ο αριθμός των παιδιών που είναι υπέρβαρα και παχύσαρκα ανέρχεται σε περισσότερα από 400.000 τό χρόνο.

Τό έτος 2002 υπολογίστηκε ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας σε παιδιά στην Εύρώπη που ήταν της τάξης του 24%, ήταν πέντε ποσοστιαίες μονάδες υψηλότερος από τον αναμενόμενο. Σήμερα εκτιμάται ότι 14 εκατομμύρια παιδιά είναι υπέρβαρα, εκ των οποίων τά 3 εκατομμύρια είναι παχύσαρκα. Ἐπιπλέον, στην παγκόσμια αναφορά του ΙΟΤF υποδείχτηκε ότι ένα στο 10 παιδιά είναι υπέρβαρο, δηλαδή περίπου 155 εκατομμύρια παιδιά, και από αυτά 30-45 εκατομμύρια είναι παχύσαρκα.

Στή βόρεια Εύρώπη εκτιμήθηκε ότι τό ποσοστό εμφάνισης της παιδικής παχυσαρκίας ήταν 10-20%, ενώ



στη νότια Ευρώπη 20-35%. Σύμφωνα με την αναφορά αυτή το 36% των παιδιών ηλικίας 9 ετών στην Ιταλία και Σικελία ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα, ενώ στην Ελλάδα το ποσοστό εμφάνισης ήταν 26% στα αγόρια και 19% στα κορίτσια, ηλικίας 6-17 ετών. Το έτος 1998 αναφέρθηκε ότι στην Κρήτη το 39% των παιδιών, ηλικίας 12 ετών, ήταν υπέρβαρα, στην Ισπανία το 27% των παιδιών και εφήβων ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα και στην Αγγλία το ποσοστό αυτών των παιδιών έφτανε το 20%. Σε αυτό το σημείο πρέπει να παρατηρηθεί ότι τα στοιχεία του ΙΟΤF προέρχονται κυρίως από μελέτες που έγιναν στην Κρήτη και παρ' όλο που στις αναφορές γίνεται λόγος για τον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό της Ελλάδας, εν τούτοις τα ποσοστά που αναφέρονται ανταποκρίνονται σε συγκεκριμένες περιοχές της Ελλάδας.

Αποτελέσματα από μία μελέτη που εξέτασε γενικές επισκοπήσεις, σε διασταυρούμενες ομάδες εφήβων, τη σχολική χρονιά 1997-1998, από 15 συνολικά χώρες, με ένα δείγμα 29.242 ατόμων από την Ευρώπη, το Ισραήλ και την Αμερική, υπέδειξαν ότι με αυτοδηλούμενο ύψος και βάρος, η Ελλάδα ήταν μία από τις χώρες με τον υψηλότερο επιπολασμό σε υπερέβαλλον βάρος. Πιο συγκεκριμένα, ο υψηλότερος επιπολασμός υπερέβαλλοντος βάρους (με BMI  $\geq 85^{ου}$  εκατοστημορίου) σε αγόρια, ηλικίας 13 ετών, βρέθηκε να είναι 28,7% στην Ελλάδα, 24,7% στην Ιρλανδία, 25,5% στην Αμερική και 19,4% στη Φινλανδία.

Στα κορίτσια, ηλικίας 13 ετών, βρέθηκαν αντίστοιχα αποτελέσματα για τον επιπολασμό υπερέβαλλοντος βάρους (με BMI  $\geq 85^{ου}$  εκατοστημορίου) αλλά προστέθηκε και η Πορτογαλία στις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά. Στα 13χρονα παιδιά με BMI  $\geq 95^{ου}$  εκατοστημορίου, ο επιπολασμός υπερέβαλλοντος βάρους βρέθηκε υψηλός μόνο στα αγόρια (12,6%) και στα κορίτσια (10,8%) της Αμερικής και στα αγόρια της Ελλάδας (8,9%). Ανάμεσα στα 15χρονα αγόρια, η Αμερική, η Ελλάδα και το Ισραήλ είχαν στατιστικά υψηλότερο επιπολασμό υπερέβαλλοντος βάρους με BMI  $\geq 85^{ου}$  εκατοστημορίου, και το 10,8% των αγοριών της Ελλάδας είχαν BMI  $\geq 95^{ου}$  εκατοστημορίου.

Η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας (ΕΙΕΠ) ανακοίνωσε πρόσφατα τα αποτελέσματα μελέτης σε ένα δείγμα 18045 παιδιών και εφήβων (8.552 αγόρια και 9.493 κορίτσια), ηλικίας 2-19 ετών, από όλη την Ελλάδα. Τα αποτελέσματα ανέφεραν ότι στα παιδιά ηλικίας 2-6 ετών, το 7% των αγοριών ήταν υπέρβαρα και το 12% παχύσαρκα, ενώ το 5% των κοριτσιών ήταν υπέρβαρα και το 11% παχύσαρκα. Στα παιδιά ηλικίας 7-12 ετών αναφέρθηκε ότι στα αγόρια το 13% ήταν υπέρβαρα και το 10% παχύσαρκα, ενώ στα κορίτσια το 11% ήταν υπέρβαρα και το 7% παχύσαρκα. Στους εφήβους ηλικίας 13-19 ετών αναφέρθηκε ότι στους νέους άντρες το 21% ήταν υπέρβαρα και το 9% παχύσαρκοι, ενώ στις νεαρές γυναίκες το 13% ήταν υπέρβαρα και το 4% παχύσαρκες. Οι ερευνητές παρατήρησαν ότι το κυριότερο πρόβλημα στην παιδική και εφηβική παχυσαρκία στην Ελλάδα επικεντρώθηκε στις ηλικίες 2 έως 6 ετών. Παρατήρησαν επίσης ότι καθώς η ηλικία αυξανόταν τα ποσοστά παχυσαρκίας και στα δυο φύλα μειώνονταν, ενώ, αντίθετως, τα ποσοστά

υπερέβαλλοντος βάρους αυξανόταν. Τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης βασίστηκαν σε γενική επισκόπηση και μετρήθηκαν το βάρος και το ύψος των παιδιών για την εκτίμηση του BMI. Αυτή η μελέτη είναι η πρώτη με αντιπροσωπευτικό δείγμα, αλλά τα αποτελέσματά της δεν έχουν ακόμα δημοσιευτεί. Ωστόσο, είναι η μοναδική μελέτη μέχρι σήμερα με αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελλήνων παιδιών και εφήβων και υποδεικνύει τη σοβαρότητα του προβλήματος στους νέους της Ελλάδας.

Η συνέχιση μίας προοπτικής μελέτης εξέτασε τον επιπολασμό υπερέβαλλοντος βάρους και παχυσαρκίας στην Κρήτη, σε παιδιά και εφήβους, με επαναληπτικές μετρήσεις, αρχικά το 1992, μετά το 1995 και το 1998, σε ένα δείγμα 1046 παιδιών από 40 τυχαία επιλεγμένα σχολεία, ηλικίας 6 ετών το 1992, 579 παιδιών, ηλικίας 9 ετών το 1995 και 831 παιδιών, ηλικίας 12 ετών το 1998. Τα αποτελέσματα έδειξαν για τα παιδιά ηλικίας 6 ετών, ότι ο επιπολασμός υπερέβαλλοντος βάρους ήταν στα αγόρια 23% και στα κορίτσια 29% και της παχυσαρκίας ήταν στα αγόρια 11% και στα κορίτσια 9%. Για τα παιδιά ηλικίας 9 ετών, ο επιπολασμός υπερέβαλλοντος βάρους ήταν για τα αγόρια 19% και για τα κορίτσια 18% και της παχυσαρκίας ήταν για αγόρια και κορίτσια 5%. Για τα παιδιά ηλικίας 12 ετών, ο επιπολασμός υπερέβαλλοντος βάρους ήταν για τα αγόρια 24% και για τα κορίτσια 19% και ο επιπολασμός της παχυσαρκίας για τα αγόρια ήταν 18% και για τα κορίτσια 5%.

Μία μελέτη παρέμβασης από την ίδια ερευνητική ομάδα εξέτασε τον επιπολασμό υπερέβαλλοντος βάρους και παχυσαρκίας στην Κρήτη με δείγμα 4.171 παιδιά, ηλικίας 6 ετών, το 1992 και, ακολούθως, έγινε επανάληψη των μετρήσεων βάρους και ύψους σε 641 παιδιά, ηλικίας 9 ετών το 1995, ηλικίας 12 ετών το 1998 και ηλικίας 15 ετών το 2002. Όλα τα παιδιά ήταν από τις περιοχές Ηρακλείου και Ρεθύμνου, δυο αντιπροσωπευτικές περιοχές της Κρήτης. Τα αποτελέσματα έδειξαν για τα παιδιά ηλικίας 6 ετών, ότι ο επιπολασμός υπερέβαλλοντος βάρους ήταν στα αγόρια 22% και στα κορίτσια 28%. Της παχυσαρκίας δε ήταν στα αγόρια 10% και στα κορίτσια 7%. Για τα παιδιά ηλικίας 9 ετών, ο επιπολασμός υπερέβαλλοντος βάρους ήταν για τα αγόρια 30% και για τα κορίτσια 36% και της παχυσαρκίας ήταν για τα αγόρια 10% και για τα κορίτσια 9%. Για τα παιδιά ηλικίας 12 ετών, ο επιπολασμός υπερέβαλλοντος βάρους ήταν για τα αγόρια 40% και για τα κορίτσια 37% και της παχυσαρκίας ήταν για τα αγόρια 14% και για τα κορίτσια 9%. Για τους εφήβους ηλικίας 15 ετών, ο επιπολασμός υπερέβαλλοντος βάρους ήταν για τα αγόρια 44% και για τα κορίτσια 27% και της παχυσαρκίας ήταν για τα αγόρια 13% και για τα κορίτσια 9%. Πρέπει να σημειωθεί ότι στον υπολογισμό του επιπολασμού υπερέβαλλοντος βάρους συμπεριλήφθηκε και η παχυσαρκία. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι ο επιπολασμός υπερέβαλλοντος βάρους σε παιδιά και εφήβους στην Κρήτη αυξάνεται με ανησυχητικά ταχείς ρυθμούς, ειδικά στα αγόρια. Ωστόσο, είναι αξιοπρόσεκτο ότι ο επιπολασμός υπερέβαλλοντος βάρους που αναφέρθηκε στην παραπάνω μελέτη είναι σημαντικά υψηλότερος από αυτόν της ΕΙΕΠ, για τις ηλικίες που εξετάστηκαν. 🍏

(Συνέχεια σε επόμενο τεύχος)

## Ίπποκράτης χθες - σήμερα - αύριο

### Ἡ τηλεϊατρική και οἱ ἐφαρμογές της στὴν καρδιολογία

**Π. Γ. ΚΩΣΤΑΚΗ**, *εἰδικευόμενη καρδιολόγος*

**Δ. Γ. ΤΣΑΓΚΑΔΟΠΟΥΛΟΣ**, *ἀν. διευθυντὴς καρδιολογίας, καρδιολογικὴ κλινικὴ νοσοκομείου «ΣΩΤΗΡΙΑ».*

Ἀναλύοντας τὸν ὄρο «**τηλεϊατρική**», κατ' ἀρχὴν ἐτυμολογικά, αὐτὸς σημαίνει, «ιατρικὴ ἐξ ἀποστάσεως». Σύμφωνα μὲ τὸν Παγκόσμιο Ὄργανισμὸ Ὑγείας (ΠΟΥ), ὡς τηλεϊατρικὴ ὀρίζεται «ἡ παροχὴ ὑπηρεσιῶν ἀπὸ ἐπαγγελματίες ὑγείας ἐκεῖ ὅπου ἡ ἀπόσταση εἶναι ἕνας κρίσιμος παράγοντας, χρησιμοποιώντας τεχνολογίες πληροφορικῆς και τηλεπικοινωνιῶν γιὰ ἀνταλλαγὴ πολυτίμων πληροφοριῶν ποὺ ἀφοροῦν στὴ διάγνωση, στὴ θεραπεία και στὴν πρόληψη ἀσθενειῶν, στὴ συνεκὴ ἐκπαίδευση τῶν λειτουργῶν ὑγείας καθὼς ἐπίσης και στὴν ἔρευνα και ἀξιολόγηση ἀλλὰ και σὲ ὅλα αὐτὰ ποὺ βρίσκονται στὸ πεδίο ἐνδιαφέροντος γιὰ τὴν ἀναβάθμιση τῶν ὑπηρεσιῶν ὑγείας τῆς κοινωνίας».

Μὲ ἀπλά λόγια, φανταστεῖτε τὸν ἑαυτὸ σας νὰ κάθεται ἀναπαυτικὰ στὸ σπíti του και ὁ γιατρὸς τοῦ νοσοκομείου νὰ σᾶς βλέπει και νὰ σᾶς ἐξετάζει ἀπὸ τὸ ἱατρεῖο του. Ἡ τηλεϊατρικὴ μπορεῖ νὰ ἔχει ἐφαρμογὴ σὲ πολλὲς εἰδικότητες τῆς ἱατρικῆς, ὅπως παθολογία, χειρουργικὴ, ἀκτινολογία, κ.τ.λ.

Ἕνας τομέας τῆς τηλεϊατρικῆς εἶναι ἡ **τηλε-καρδιολογία**. Ἱστορικά, οἱ «ρίζες» τῆς τηλε-καρδιολογίας βρίσκονται στὸν 18ο αἰῶνα και ἀναπτύσσεται ἕως σήμερα, μὲ σημαντικὴ ὄθηση κατὰ τὴν δεκαετία τοῦ '60 μὲ τὰ ἐρευνητικὰ προγράμματα τῆς NASA, ἡ ὁποία ἐπένδυσε μεγάλα κεφάλαια στὴν τεχνολογία συστημάτων μετάδοσης βιοσημάτων ἀπὸ τὰ διαστημῶπιλά της καθὼς ξεκινούσε τὴν πραγματοποίηση ἐπανδρωμένων ἀποστολῶν στὸ διάστημα. Ἀπὸ τὴς ἀρχὲς τῆς δεκαετίας τοῦ '90 ἡ Εὐρωπαϊκὴ Ἐνωση προκηρύσσει σειρά προγραμμάτων γιὰ τὴν ἀνάπτυξη τῆς τηλεϊατρικῆς στὴς χώρες- μέλη της και λειτουργεῖ σὰν καταλύτης στὴ διάδοσή της.

Ἀναλυτικότερα, οἱ ὑπηρεσίες παροχῆς ὑγείας ποὺ ἐξασφαλίζονται μὲ τὴ χρῆση προγραμμάτων τηλεϊατρικῆς χωρίζονται σὲ τρεῖς κατηγορίες:

**α) καταγραφή και ἀποστολὴ τῶν δεδομένων.** Πληθώρα μετρήσεων μποροῦν νὰ διεξαχθοῦν ἐκμηδενίζοντας τὴν ἀπόσταση, ὅπως ἡ μέτρηση τῆς ἀρτηριακῆς πίεσης (ΑΠ) ἢ τοῦ σακχάρου τοῦ αἵματος, ἐπιτρέποντας τὴν ἄμεση παρέμβαση τοῦ εἰδικοῦ και τὴν ἀνάλογη καθοδήγηση γιὰ τὸν βέλτιστο γλυκαιμικὸ ἔλεγχο και τὴν ἄριστη ρύθμιση τῆς ὑπέρτασης. Μὲ τὴ χρῆση φορητῶν ἠλεκτροκαρδιογράφων ὑπάρχει ἡ δυνατότητα ἀποστολῆς τοῦ ἠλεκτροκαρδιογραφήματος μὲσφ τηλεφωνικῆς γραμμῆς. Ἐπίσης, μὲ τὴ χρῆση ἠλεκτρονικῶν σπηθοσκοπιῶν μπορεῖ νὰ γίνῃ καταγραφή τῶν καρδιακῶν ἤχων καθὼς και ἀκρόαση τῶν πνευμόνων. Αὐτοῦ τοῦ εἴδους ἡ τηλεπικοινωνία εἶναι σχετικὰ χαμηλοῦ κόστους γιατί χρησιμοποιεῖ ἀναλογικῆς (π.χ. τηλεφωνικῆς) γραμμῆς.

**β) συνεχῆς παρακολούθηση.** Ἀσθενεῖς ἡλικιωμένοι, τελικῶν σταδίου και ἄλλοι μὲ περισσότερα ἀπὸ

ἕνα χρόνια νοσήματα, μποροῦν περιοδικὰ νὰ ἐπιβλέπονται ἀπὸ ἐξειδικευμένο νοσηλευτικὸ και ἱατρικὸ προσωπικὸ χωρὶς νὰ ὑπάρχει ἀνάγκη μετακίνησης. Τέτοιου εἴδους ἐπαφὴ ἐπιτρέπει τὴν κατ' οἶκον παρακολούθηση ἀσθενῶν, τὴν ἐκτίμηση τῆς κατάστασής τους, τὴν ἐκπαίδευση τῶν ἰδίων και τῶν οἰκείων τους στὴν καθημερινὴ τους φροντίδα, στὸ σωστὸ διαιτολόγιο και στὴ φαρμακευτικὴ τους ἀγωγή. Ἐπίσης, σὲ ἀσθενεῖς μὲ χρόνια καρδιακὴ ἀνεπάρκεια ἡ μέτρηση τοῦ σωματικοῦ βάρους και τῆς ἀρτηριακῆς πίεσης, ἡ ἐκτίμηση τυχῶν συμπτωμάτων ποὺ ἀναφέρονται, ἡ πρόσβαση σὲ πλήρη ἠλεκτροκαρδιογραφικὴ καταγραφή, ἡ ἐκτίμηση ἐργαστηριακῶν ἐξετάσεων (π.χ. σακχάρου αἵματος, χρόνου προθρομβίνης), δίνουν τὴ δυνατότητα πρώιμης ἀναγνώρισης ἀρρυθμολογικῶν προβλημάτων, ἐνδεχομένης ἰσχυαίμιας, ἀπορρύθμισης χρονίων καταστάσεων καθὼς και ἐφαρμογῆς μέτρων γιὰ τὴν πρόληψή τους προτοῦ καταστῆ ἀναγκαῖα ἡ κλήση ΕΚΑΒ και, ἐνδεχομένως, ἐνδονοσοκομειακὴ νοσηλεία. Ὅλα αὐτὰ εἶναι χρῆσιμα, ἰδιαίτερα στοὺς ἀσθενεῖς μὲ περιορισμένη κινητικότητα, στὴν πρόληψη ἐνδεχομένων ἐπιπλοκῶν καθὼς και στὴ μείωση τῶν μετακινήσεων και ἱατρικῶν ἐπισκέψεων γιὰ καταστάσεις ποὺ δὲν εἶναι και τόσο σοβαρές, ὅσο νομίζουν οἱ ἀσθενεῖς. Μπορεῖ, ἐπίσης, νὰ ἔχει ἐφαρμογὴ και σὲ ἐπείγουσες καταστάσεις, ὅπως σὲ ὄξυ ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου γιὰ διάγνωση ἢ θεραπεία π.χ. μὲ θρομβόλυση ἀπὸ ἀγροτικούς γιατροῦς ἢ πληρώματα τοῦ ΕΚΑΒ. Ἀλλὰ και ἄλλες πολλὲς ἐφαρμογῆς μπορεῖ νὰ ἔχει αὐτὴ ἡ μέθοδος, γιὰ παράδειγμα, παρακολούθηση λειτουργίας βηματοδοτῶν, ἀποστολὴ πιὸ ἐξειδικευμένων ἐξετάσεων, ὅπως ὑπερηχοκαρδιογραφήματων ἢ παρακολούθηση ἀσθενῶν ἢ/και ὑγιῶν ἀτόμων μὲ «φορετὰ», σὰν γιλέκα, συστήματα μὲ αἰσθητῆρες γιὰ καταγραφή πολλῶν παραμέτρων.

**και γ) ὑπηρεσίες τηλεδιάσκεψης.** Ἀποτελοῦν ὀπτικοακουστικὴ ἐπαφὴ ἀσθενούς και εἰδικοῦ σὲ πραγματικὸ χρόνο. Δηλαδή, μία κάμερα βρίσκεται στὸ σημεῖο ποὺ βρίσκεται ὁ ἀσθενὴς (π.χ. σὲ σπíti ἢ πλοῖο) και μὲ μία ἄλλη ἐκεῖ ὅπου βρίσκεται ὁ γιατρός, ὥστε νὰ ὑπάρχει εἰκόνα και ἤχος σὰν νὰ εἶναι ὁ ἕνας ἀπέναντι στὸν ἄλλο. Ὅταν ἀπαιτεῖται μπορεῖ νὰ γίνῃ τηλεδιάσκεψη και μὲ ἄλλους γιατροῦς .


Ἐτσι, λοιπόν, εἶναι προφανεῖς οἱ ἐφαρμογῆς τῆς τηλε-καρδιολογίας και στὴς περιπτώσεις ἀπομακρυσμένων γεωγραφικὰ περιοχῶν, ὅπου ἡ ἔλλειψη μεγάλων νοσοκομειακῶν ἰδρυμάτων καθιστὰ δύσκολο, σήμερα, τὸ ἔργο τῶν ἀγροτικῶν γιατρῶν και τῶν Κέντρων Ὑγείας. Ἡ τηλε-καρδιολογία ἔρχεται νὰ δώσει λύσεις στὴ μείωση τῶν εἰσαγωγῶν ἀσθενῶν σὲ νοσοκομεία, ὅπως π.χ. μὲ τὴν πρόληψη τῆς ἀπορρύθμισης τῶν ἀσθενῶν μὲ καρ-

διακή ανεπάρκεια, και κατά συνέπεια της ανάγκης για ένδοξοσοκομειακή περίθαλψη. Μελέτες έδειξαν ότι περίπου 50% των έπανεισαγωγών των ασθενών με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να προληφθεί μέσω τηλε-παρακολούθησης προς όφελος και των ιδίων, αλλά και της οικονομίας.

Άλλες μελέτες αποδεικνύουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς δέχονται με ένθουσιασμό την καινοτόμο αυτή μέθοδο παρακολούθησης του χρόνιου προβλήματός τους. Άκόμα και οι γηραιότεροι, μετά από κατάλληλη εκπαίδευση, δέν συναντούν ιδιαίτερες δυσκολίες στη χρήση μιας απλής και καλά σχεδιασμένης ηλεκτρονικής συσκευής. Επιπλέον, η τηλεϊατρική συμβάλλει στη συμμόρφωση των ασθενών στη χορηγηθείσα θεραπεία και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή τους σ' αυτή, βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών, το αίσθημα ασφάλειας και άνσης και μειώνει την εξάρτησή τους από τις υπηρεσίες παροχής φροντίδας.

Η τεχνολογική πληροφόρηση έχει πλέον αναγνωριστεί ως βασικό εργαλείο στην κλινική πράξη. Μόνο πού δέν έχει εφαρμοστεί πλήρως. Οι νεότερες γενιές έχουν μεγαλύτερη εξοικείωση με το ηλεκτρολόγιο παρά με το στυλόγραφο. Την τελευταία δεκαετία είμαστε μάρτυρες της καινοτόμου μεταμόρφωσης των μεγαλύτερων βιομηχανιών με την εφαρμογή των νεότερων τεχνολογιών της πληροφορικής και τηλεπικοινωνίας. Το τραπεζικό σύστημα, ή ψυχαγωγία και ό τουρισμός έχουν εκσυγχρονιστεί ανεπιστρεπτή με την διαδικτυακή παροχή υπηρεσιών. Παρ' όλο πού όλοένα νεότερες διαγνωστικές και θεραπευτικές μέθοδοι τυγχάνουν ευρείας κλινικής αποδοχής, οι τεχνολογίες πληροφορικής και τηλεπικοινωνιών διαδραματίζουν ελάχιστο ρόλο στο σύστημα υγείας, σε τέτοιο βαθμό ώστε οι υπηρεσίες παροχής στον τομέα αυτό να μίν διαφοροποιούνται από εκείνες του παρελθόντος. Ο «ηλεκτρονικός φάκελος υγείας», πού είναι σάν τό γνωστό σε όλους μας ιστορικό και θά ενημερώνεται συνέχεια, θά είναι βασικό εργαλείο της τηλεϊατρικής. Η προστασία των προσωπικών δεδομένων και τό ιατρικό απόρρητο λαμβάνεται πάντα υπ' όψιν σε αυτά τα συστήματα. Τη στιγμή πού τό μέλλον του συστήματος υγείας βρίσκεται υπό αμφισβήτηση και ένω μεγάλα επενδυτικά κεφάλαια αναμένεται να διοχετευθούν εκεί, θά πρέπει να αποφύγουμε τους πολιτικούς διαπληκτισμούς και να υιοθετήσουμε μία κοινή βάση, ώστε οι έπόμενες προσπάθειες να αποδώσουν σε ένα σύστημα πού θά ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της έρχόμενης γενεάς. Αυτό αποτελεί τη μεγαλύτερη πρόκληση. Θά είναι τραγικό να διαπιστώσουμε κάποτε ότι όλες οι προσπάθειες καταναλώθηκαν σε ένα άπρακτωμένο μοντέλο άντι ένδς ένιαίου, αποτελεσματικού και εκσυγχρονισμένου συστήματος.

Τά έπόμενα 10-20 χρόνια ή καρδιολογία θά αποτελέσει έναν από τους βασικούς τομείς ανάπτυξης υπηρεσιών τηλεϊατρικής. Είναι όμως αναγκαία ή τεκμηρίωση των παραπάνω μέσα από μεγάλες, τυχαίοποιημένες, έλεγχόμενες μελέτες, διότι χωρίς σαφείς ένδειξεις οι όποιες να προκύπτουν από έρευνητικά δεδομένα, δέν είναι δυνατή ή καθιέρωση της τηλεϊατρικής στην καθ' ήμερα κλινική πράξη.

Στην Ελλάδα γίνονται προσπάθειες με συμμετοχή σε διάφορα έρευνητικά προγράμματα (παλαιότερα στα νοσοκομεία: «Σισμανόγλειο», «Λαϊκό», «Νάσειο», και πρόσφατα στο «Σωφρία»), με τη συμμετοχή του ύπουργείου υγείας, και άλλων φορέων. Το μέλλον της τηλεϊατρικής αναμένεται έλπιδοφόρο αλλά άκόμα μακρινό. 




συνέχεια από τη σελ. 9

λέγει τό ιδανικότερο σκεύασμα για κάθε οργανισμό.

Άλλά θά πρέπει να δει κανείς και τί μās έπιφυλάσσει ό 21ος αιώνας, για ένα πληθυσμό μάλιστα, πού θά συνεχίσει να αυξάνει με άποτέλεσμα τα ηλικωμένα άτομα να γίνονται όλο και περισσότερα, δημιουργώντας ένα γεριακό κόσμο στον όποιο τό 20% του πληθυσμού θά είναι πάνω από 60 έτων και στον όποιο οι πιο κοινές ασθένειες θά είναι τό Alzheimer, τα καρδιαγγειακά, ό καρκίνος και άλλες εκφυλιστικές ασθένειες.

Δέν υπάρχει αμφιβολία ότι τα σενάρια για τό μέλλον περιλαμβάνουν πληθώρα εκπλήξεων. Σε αυτές περιλαμβάνονται και τα νέα «έξυπνα» φάρμακα, αυτά πού θά κατευθύνονται άπ' ευθείας στο στόχο, τό σημείο δηλαδή όπου υπάρχει ασθένεια, για να θεραπεύσει ή να σταματήσει την εξέλιξή της.

Θά έχουμε δηλαδή, γονιδιακά παραγόμενα φάρμακα για κάθε σοβαρή ασθένεια, είτε αυτή είναι όστεοπόρωση, είτε Alzheimer είτε άλλη. Αυτά τα φάρμακα δέν θά επιτίθενται στα συμπτώματα, όπως κάνει σήμερα ή άσπυρίνη για τον πονοκέφαλο. Στη νέα θεραπευτική έποχή θά έχουμε ως φάρμακα τό ανθρώπινο γονίδιο και την ανθρώπινη πρωτεΐνη.


Τέλος, μπορούμε να πούμε ότι έξ όρισμού τό φάρμακο είναι άδύνατο να μίν έχει παρενέργειες. Ο γιατρός πριν τό συνταγογραφήσει θά πρέπει να ξέρει πόσο όφελει, πόσο βλάπτει και τί αυτός αναμένει ως άριστο άποτέλεσμα. 



συνέχεια από τη σελ. 15

βαλλομένων ούρων στο 24ωρο, καθώς επίσης και τό σωματικό βάρος. Η δόση του διουρητικού ρυθμίζεται έτσι ώστε ή άπώλεια βάρους από τη διούρηση να μίν υπερβαίνει τα 500-700g ήμερησίως. Από την άλλη πλευρά, έν τό βάρος του ασθενούς αυξηθεί 1-2 κιλά έντός όλίγων ήμερών, σημαίνει ότι ή δόση δέν είναι άρκετή και πρέπει να ένισχυθεί.

Επίσης, έλέγχεται τακτικά ή καρδιακή συχνότητα και ή άρτηριακή πίεση σε καθιστή και όρθια θέση. Αύξηση της καρδιακής συχνότητας σημαίνει ότι ή δόση του διουρητικού δέν είναι άρκετή. Αντιθέτως, ή ύπόταση άποτελεί ένδειξη δυσανεξίας στο διουρητικό ή στο άγγειοδιασταλτικό φάρμακο πού χορηγείται συνήθως μαζί.

Γενικότερα, έν με τη θεραπεία ή διούρηση δέν είναι ίκανοποιητική ό γιατρός πρέπει να σκέπτεται ότι (α) ή έκλογη του διουρητικού δέν είναι όρθη, (β) ή δόση δέν είναι έπαρκής, (γ) υπάρχουν ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή (δ) υπάρχει νεφρική ανεπάρκεια πού εξουδετερώνει τό άποτέλεσμα του διουρητικού. 

## επικαιρα και αλλα

### Στατίνες και χοληστερόλη

**ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ ΤΑΞΙΑΡΧΟΥ**, ειδικευόμενος καρδιολογίας αντιπερταστικού ιατρείου, Ίπποκράτειο ΓΝΑ

Ρωτώντας κάποιος τον καρδιολόγο του αν θα του κάνει καλό να πάρει ένα φάρμακο που μειώνει τη χοληστερίνη, η απάντηση που θα πάρει θα είναι μάλλον θετική. Στη φαρέτρα του γιατρού υπάρχει μία κατηγορία φαρμάκων που καλούνται στατίνες, φάρμακα που κατάφεραν να αυξήσουν περισσότερο από 40% την επιβίωση των ασθενών που υπέστησαν έμφραγμα του μυοκαρδίου. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις, ότι τα φάρμακα αυτά ωφελούν ακόμα και αυτούς που δεν έχουν προφίλ υψηλού κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάντα.

Βέβαια, δεν είναι πάντα τα πράγματα τόσο ξεκάθαρα. Σε μερικούς ασθενείς ή LDL, ή αλλιώς «κακή» χοληστερόλη, είναι ελάχιστα πιο υψηλή και ή HDL, ή αλλιώς «καλή» χοληστερόλη, ελάχιστα χαμηλότερη από το «φυσιολογικό» όριο. Κάποιοι άλλοι μπορεί να έχουν διαβήτη, που όπως είναι σε όλους μας γνωστό οδηγεί σε καρδιαγγειακές παθήσεις, αλλά να μην έχουν εκδηλώσει ακόμη τις δυσμενείς συνέπειές του. Κάποιοι από τους ασθενείς αυτούς θα βοηθηθούν από τη λήψη στατινών.

Παρ' ότι οι πρώτες στατίνες εγκρίθηκαν στις ΗΠΑ το 1987, στην ουσία δεν χορηγούνταν έως το 1994, όταν και έρευντες στη Σκανδιναβία απέδειξαν ότι μπορούν να μειώσουν το κίνδυνο θανάτου ασθενών από ένα δεύτερο έμφραγμα μυοκαρδίου. Μεταγενέστερες έρευνες απέδειξαν επίσης μείωση του κινδύνου εμφράγματος σε ασθενείς με υψηλή χοληστερόλη, με αποτέλεσμα οι στατίνες να γίνουν αποδεκτές από τον ιατρικό κόσμο.

Οι στατίνες λειτουργούν μπλοκάροντας ένα ένζυμο που υπάρχει στο συκώτι μας και μετατρέπει κάποιες από τις τροφές που καταναλώνουμε σε χοληστερόλη. Θα αναρωπιόταν δίκαια κάποιος: «Γιατί το συκώτι μας παράγει την επικίνδυνη χοληστερόλη»; Είναι απαραίτητη για να σταθεροποιεί τις κυτταρικές μεμβράνες και για να παράγονται κάποιες ορμόνες. Σίγουρα όμως η ποσότητα που χρειαζόμαστε για αυτές τις λειτουργίες είναι πολύ λιγότερη από αυτή που έχουμε συνήθως στο αίμα μας.

Υιοθετώντας μία χαμηλή σε λιπαρά διαίτα, αυξάνοντας τη φυσική δραστηριότητα και χάνοντας λίγο βάρος, οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να μειώσουν μόνο κατά 10-20% τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης. Αντιθέτως, ακόμη και οι πιο «αδύναμοι» στατίνες επιτυγχάνουν ελάττωση της χοληστερίνης της τάξεως του 20-40% και οι πιο ισχυρές έως και 50%. Σε κάθε περίπτωση πάντως οι στατίνες λειτουργούν καλύτερα όταν ακολουθούμε παράλληλα και μία διαίτα χαμηλή σε λιπαρά.

Ποια είναι όμως το «κόστος»; Εκτός από το ότι τα φάρμακα αυτά είναι ακριβά, περίπου 3 ευρώ το χάπι, και όπως φαίνεται πρέπει να τα παίρνει κάποιος για όλη του τη ζωή, σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσουν κάποια βλάβη στο συκώτι και τους μύες. Έτσι όταν κάποιος παίρνει στατίνες πρέπει να κάνει περιοδικές εξετάσεις αίματος για ενδεχόμενη ήπατική βλάβη. Οι περισ-



σότεροι πάντως που παίρνουν στατίνες δεν έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες, εκτός από ελάχιστους που μιλούν για μία ήπια κόπωση. Από την άλλη πλευρά, όλοι αισθάνονται πιο ασφαλείς, βλέποντας την κακή χοληστερίνη τους να πέφτει από το 180 mg/dl στο 90 mg/dl.

Το επόμενο ερώτημα; Μπορούν οι στατίνες να μειώσουν τον κίνδυνο καρδιακού επεισοδίου σε ασθενείς με «φυσιολογικά» επίπεδα χοληστερόλης και χωρίς ιστορικό στεφανιαίας νόσου;

Πριν λίγο καιρό μία μελέτη που δημοσιεύτηκε στο British Medical Journal κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι στατίνες μπορούν να μειώσουν κατά 30% το κίνδυνο για καρδιακά επεισόδια ακόμα και σε ανθρώπους με φυσιολογικά επίπεδα χοληστερόλης και χωρίς καμία ένδειξη βλάβης στα αγγεία και την καρδιά. Έτσι, φαρμακευτικοί κολοσσοί επιδιώκουν να πάρουν έγκριση από τους αντίστοιχους οργανισμούς ώστε ή αγορά φαρμάκου με μικρή δόση στατινής να γίνεται και χωρίς ιατρική συνταγή.

Για να δοθεί απάντηση στο παραπάνω ερώτημα θα πρέπει σίγουρα να πραγματοποιηθούν αρκετές ακόμη κλινικές μελέτες. Έτσι, με τα σημερινά δεδομένα, οι καρδιολόγοι συνεχίζουν να συστήνουν να πάρει κάποιος στατίνη μόνο όταν: α) έχει «κακή χοληστερόλη» LDL 190 mg/dl ή υψηλότερη, β) 160 mg/dl ή υψηλότερη και δυο τουλάχιστον παράγοντες κινδύνου όπως κάπνισμα, διαβήτη ή υπέρταση, γ) 130 mg/dl ή υψηλότερη και στεφανιαία νόσο.

Και άλλα ερωτήματα όμως παραμένουν αναπάντητα. Ο συνδυασμός ασπιρίνης με στατίνη έχει συνεργικό αποτέλεσμα ή αρκεί το ένα από τα δυο φάρμακα για την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου; Οι φαρμακευτικοί παράγοντες α-MEA και AT-1 που ομαλοποιούν την υψηλή αρτηριακή πίεση και μειώνουν το φορτίο της καρδιάς, βελτιώνουν το ενδοθήλιο σε συνδυασμό με φάρμακα όπως οι στατίνες;

Ο γιατρός του μέλλοντος θα είναι πολύ πιο επιθετικός στη χορήγηση φαρμάκων για την πρόληψη. Πάντως, χρυσός κανόνας στην τέχνη της ιατρικής θα παραμείνει ή χορήγηση φαρμάκων να γίνεται με βάση το ιστορικό και τη φυσική εξέταση του ασθενούς. Στόχος: το μεγαλύτερο θεραπευτικό όφελος. 🍏

## Νέοι ορίζοντες στη θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας

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

Το σύνδρομο της καρδιακής ανεπάρκειας αποτελεί συνηθισμένο πρόβλημα υγείας, ειδικά στην εποχή μας όπου ο μέσος όρος ζωής έχει αυξηθεί και, παράλληλα, έχει αυξηθεί και το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων. Βασικό μέτρο της λειτουργικότητας της καρδιάς αποτελεί το κλάσμα εξώθησης, μια παράμετρος που ουσιαστικά εκφράζει το συνολικό ποσό αίματος που η καρδιά εξωθεί σε κάθε συστολή. Η καρδιακή ανεπάρκεια ανάλογα με τις τιμές αυτής της παραμέτρου διακρίνεται σε εκείνη με χαμηλό, και σε εκείνη με φυσιολογικό κλάσμα εξώθησης, με καθεμιά από τις δυο κατηγορίες να έχει ποικίλη αιτιολογία.

Από κέντρα του εξωτερικού έρχονται καλά νέα που φαίνεται να δημιουργούν νέες προοπτικές αναφορικά με τη θεραπεία του συνδρόμου. Σε μία πρόσφατη σχετική μελέτη από την Ιατρική σχολή του Pittsburgh, εξετάσθηκαν 20 ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που είχαν κλάσμα εξώθησης κάτω από 35% (η φυσιολογική τιμή είναι άνω του 50-55%), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (το γνωστό μας by pass). Κατά τη διάρκεια της επέμβασης σε μερικούς από τους ασθενείς χορηγήθηκαν σε 25-30 σημεία βλάβης του μυο-

καρδίου, άρχεγονα-πολυδύναμα κύτταρα τα οποία ελήφθησαν από το μυελό των λαγόνιων οστών των πασχόντων, ενώ στους υπόλοιπους δεν έγινε τέτοια χορήγηση. Λέγοντας άρχεγονα - πολυδύναμα κύτταρα (stem cells αγγλιστί) έννοούμε πρώιμα κύτταρα του οργανισμού τα οποία έχουν την ικανότητα να διαφοροποιούνται προς

διάφορους τύπους ιστών, όπως π.χ. μυοκαρδιακό ιστό, και τα οποία μελετώνται ιδιαίτερα σε διάφορους τομείς της Ιατρικής, πέραν της καρδιολογίας. Έπανερχόμενοι στην προηγούμενη μελέτη, αυτή έδειξε ότι 6 μήνες μετά από την επέμβαση, οι ασθενείς που έλαβαν τα πολυδύναμα κύτταρα αύξησαν το κλάσμα εξώθησής τους κατά 10% τουλάχιστο σε σχέση με τους υπόλοιπους. Σημαντικό, επίσης, είναι το γεγονός ότι η «θεραπεία» με τα πολυδύναμα κύτταρα δεν συνοδεύτηκε από ανεπιθύμητες ενέργειες. Βρισκόμαστε, λοιπόν, ενώπιον σημαντικών εξελίξεων που είναι πιθανό να φέρουν

επανάσταση στο χώρο της θεραπευτικής αντιμετώπισης της καρδιακής ανεπάρκειας. Χρειάζεται ωστόσο συγκρατημένη αισιοδοξία μέχρις ότου η έρευνα στον τομέα ολοκληρωθεί, έτσι ώστε η συγκεκριμένη θεραπεία να μπορεί να εφαρμοστεί και στην κλινική πράξη... 🍏



συνέχεια από τη σελ. 10

Λίγο αργότερα επιβιβαστήκαμε στο πουλμαν για να πάμε στους Λουσούς ή Σουδενά, 12 χλμ. από τα Καλάβρυτα προς το Χελμό, όπου δειπνήσαμε σ' ένα πολύ ωραίο εστιατόριο με καλομαγειρεμένα και υγιεινά εδέσματα. Όπως πάντα, οι καλοί φίλοι του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. που υπάρχουν παντού, μας δίνουν τις σωστές πληροφορίες για τις περιοχές που επισκεπτόμαστε. Την ωραία και ζεστή ατμόσφαιρα του κέντρου συμπλήρωσε η κιθάρα της κ. Κικής Σακελλαρίου και το κέφι της συντροφιάς μας.

Το επόμενο πρωί μας ξύπνησε η μελωδική καμπάνα της Μητρόπολης και η ήλιόλουστη και πεντακάθαρη ατμόσφαιρα του βουνού προμήνυε μία ευχάριστη ημέρα.

Ξεκινήσαμε για την επίσκεψη στα Σπήλαια των Λιμνών που βρίσκονται 17 χλμ. μακριά από τα Καλάβρυτα και είναι ένα σπάνιο δημιούργημα της φύσης που αξιοποιήθηκε από τον ΕΟΤ το 1981. Ξεναγηθήκαμε στα 500 μ. που είναι το αξιοποιημένο μήκος του σπηλαίου και θαυμάσαμε τις μυστηριώδεις στοές με τους σταλακτίτες, τις κλιμακωτές λίμνες και τις δαντελωτές λίθινες λεκάνες που κάνουν μοναδικό το σπήλαιο.

Στη συνέχεια επισκεφθήκαμε και περπατήσαμε το χωριό Πλανιπέτρο, εξαιρετικής όμορφιάς με πανύψηλα πλατάνια και τρεχούμενα νερά με λίμνες που εκτρέφονται πέστρφες.

Συνεχίσαμε τη διαδρομή, άνετη και ευχάριστη, μέχρι την πανέμορφη Βυτίνα που βρίσκεται σε ύψος 1000 μ. κτισμένη σε λάκωμα του όρους Μαίναλο που με το καταπράσινο βελούδινο όγκο του, προστατεύει την πόλη. Οι σωστές πληροφορίες και πάλι βοήθησαν τον προγραμματισμό μας και, έτσι, είχαμε ένα υπέροχο γεύμα στην Κληματαριά με τοπικά εδέσματα από άγνα υλικά. Ο άπογευματινός καφές στην πλατεία, ο περίπατος στα δρομάκια και ο «άπαράιπτος» ανεφοδιασμός με τοπικά προϊόντα ολοκλήρωσαν την έκδρομή μας.

Ο καιρός, ανέλπιστα καλός, η ελληνική φθινοπωρινή φύση ασύγκριτης όμορφιάς, ο προγραμματισμός του διοικητικού συμβουλίου της επιτροπής των φίλων του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. που συμμετέχουν με αγάπη, ομοψυχία και ομογνωμία, ήταν οι παράγοντες που έκαναν ανεπανάληπτη την έκδρομή μας και όλοι είπαν «αυτή η έκδρομή ήταν η ωραιότερη απ' όσες έχουμε κάνει». Αυτό όμως είναι το μόνιμο ρεφρέν των έκδρομών μας. 🍏

## ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ

### Κέντρο 'Υγείας 'Αργαλαστής

**ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ,**

όδοντίατρος, δ/ντής Κ.Υ. 'Αργαλαστής

Το Νότιο Πήλιο είναι μία από τις πιό τουριστικές περιοχές της πατρίδας μας, με πρωτεύουσα την 'Αργαλαστή.

Είναι γνωστή η περιοχή, τόσο στην 'Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, για τα όμορφα δάση της και τις πανέμορφες παραλίες της. Καταλαμβάνει το χώρο ανάμεσα στα νησιά των Βόρειων Σποράδων -τη Σκιάθο, τη Σκόπελο, την 'Αλόνησο- και τον πανέμορφο Παγασητικό κόλπο.

Διαθέτει πολλές τουριστικές μονάδες και πανέμορφους οικισμούς όπου μπορεί κάποιος να παραθερίσει και να χαρεί όλες τις όμορφιές που χάρισε η φύση σε αυτό το πραγματικά πανέμορφο μέρος.

Βρέχεται από το Αίγαίο Πέλαγος και τον Παγασητικό Κόλπο και είναι συνέχεια του κυρίως όρεινου όγκου του Πηλίου. 'Ο βραχιονιάς του καταλήγει στο γραφικό και ιστορικό Τρίκερι.

Με έδρα την 'Αργαλαστή λειτουργεί το όμνυμο Κέντρο 'Υγείας. Είναι από τα καλύτερα, πιστεύουμε, Κέντρο 'Υγείας της 'Ελλάδας, με καλές κτιριακές εγκαταστάσεις, άρτιο εξοπλισμό και πολύ καλή στελέχωση.

Καλύπτει όλη την περιοχή από το δήμο 'Αγριάς μέχρι και το Τρίκερι. Συγκεκριμένα, εξυπηρετεί τους δήμους 'Αγριάς, 'Αρτεμίδος, Μηλεών, 'Αφειτών, 'Αργαλαστής, Σπιάδος και την κοινότητα Τρικεριού.

'Η κάλυψη γίνεται, εκτός από το Κέντρο 'Υγείας με έντεκα περιφερειακά ιατρεία και 17 εξυπηρετούμενα ιατρεία.

Το ιατρικό προσωπικό αποτελείται από πέντε γεν. γιατρούς, δυο παιδίατρος, δυο όδοντίατρος, ένα βιοπαθολόγο και 16 αγροτικούς ιατρούς. 'Επίσης, σε τακτά χρονικά διαστήματα έρχεται όρθοπεδικός από το Γ.Ν.Ν Βόλου.



Το παρ'αίτητο προσωπικό περιλαμβάνει δυο παρασκευάστριες μικροβιολογικού έργαστηρίου, δυο χειριστές-έμφανιστές ακτινολογικού, πέντε νοσηλεύτριες, τρεις μαίες, μία επισκέπτρια υγείας, μία φυσιοθεραπεύτρια στο έργαστήριο φυσιοθεραπείας και μία διαιτολόγο στο γραφείο διαίτης. Το διοικητικό προσωπικό περιλαμβάνει δυο διοικητικούς υπαλλήλους, δυο φύλακες, τέσσερις καθαρίστριες, έναν κηπουρό και τέσσερις οδηγούς που καλύπτουν την περιοχή μας με ένα άσθενοφόρο και με τη συνεργασία του ΕΚΑΒ Βόλου.

'Εκτός από τα έκτακτα περιστατικά (υπάρχει τμήμα Τ.Ε.Π. άρτια εξοπλισμένο), καθώς και τα χειρουργεία, γίνονται προγράμματα πρόληψης κυρίως στα σχολεία αλλά και στο λοιπό πληθυσμό. 'Υπάρχει επίσης συνεργασία με τους δήμους και γίνεται κατ' οίκον νοσηλεία.

Πιστεύουμε ότι οί μόνιμοι κάτοικοι της ζώνης ευθύνης του Κέντρου 'Υγείας και οί παραθεριστές, κυρίως το καλοκαίρι, έχουν αίσθημα ασφάλειας και έμπιστοσύνης στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, έτσι ώστε να έχουν καλή και άνετη διαμονή. ♥



συνέχεια από τη σελ. 2

φαρμάκων που παίρνει κάποιος.

'Επομένως, ένας σημαντικός παράγοντας για την επιτυχή ίαση των άσθενών είναι η συμπεριφορά αυτών των ιδίων και η συμμόρφωσή τους ως προς τις οδηγίες. 'Αποτυχία της άγωγής μπορεί να προέλθει από τη μη συμμόρφωση των άσθενών, δηλαδή τη μη λήψη των φαρμάκων σε τακτά χρονικά διαστήματα, την πρόωρη διακοπή λόγω φαινομενικής ίασης, τη δυσάρεστη έμπειρία, την άνεπάρκεια της μνήμης, τη διανοητική σύγχυση, την περίπλοκη συνταγογράφηση και τη φυσική άνικανότητα λόγω άρθρίτιδας, μυϊκού τρόμου, κακής όρασης, δυσκαταποσίας κ.λπ.

'Ενας καλός τρόπος για καλύτερη συμμόρφωση των άσθενών στη λήψη των φαρμάκων είναι η ένημέρωσή τους για το άναμενόμενο όφελος, τις τυχόν παρενέργειες και τη δυνατότητα έπικοινωνίας με το θεράποντα για-

τρο ώστε να νοιώθουν ότι αποτελούν μέρος (που όντως είναι!) της όλης διαδικασίας. Χρειάζεται όμως να διαθέτει και ό ιατρός περισσότερο χρόνο στον άσθενη.

'Οποιαδήποτε και αν είναι η νόσος και η ηλικία του άσθενούς, υπάρχουν πάντα κάποιοι άνθρωποι που δε συμμορφώνονται με τη θεραπεία. Αυτό σημαίνει ότι είτε δεν λαμβάνουν τα φάρμακά τους ή παίρνουν λίγα, ή περισσότερο από αυτά. 'Η δε πλήρης συμμόρφωση μπορεί να είναι σημαντικότερη για κάποια φάρμακα συγκριτικά με άλλα.

Το φάρμακο είναι ένα όπλο στα χέρια του γιατρού και ίσως να μην απέχουμε πολύ από την εποχή, που ό γιατρος με προγραμματισμούς μέσω ενός κομπιούτερ, με παραμέτρους τα άτομικά χαρακτηριστικά των υπάρχόντων ίδιοσκευασμάτων (χρόνος ήμιζωής φαρμάκου, φάσμα δράσης για την περίπτωση αντιβιοτικών, κ.τ.λ.) θα δια-

συνέχεια στη σελ. 6 ♥

## ΕΜΕΙΣ ...

“Δεν καπνίζω, επενδύω στο μέλλον της καρδιάς μου”



### ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ

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

## Φθινόπωρο στα Καλάβρυτα

**ΚΙΚΗ ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ,**

πρόεδρος Έπιτροπής Φίλων του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

“Η επιτροπή των Φίλων του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. διανύει το δέκατο χρόνο της ζωής της. Όλα αυτά τα χρόνια, εκτός από τη συμμετοχή που είχε σε αρκετά προγράμματα πρόληψης του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ., έχει πραγματοποιήσει πάρα πολλές εκδηλώσεις κοινωνικού και πολιτιστικού περιεχομένου καθώς και είκοσι μία εκδρομές, μονοήμερες και πολυήμερες.

Το Μάιο, πριν όκτω χρόνια, πραγματοποιήσαμε μονοήμερη εκδρομή στα Καλάβρυτα. Η μαγεία της άνοιξιάνικης φύσης με τις ανθισμένες κερασιές και τα κατακίτρινα σπάρτα μέσα στα κατάφυτα βουνά, μας είχαν εντυπωσιάσει. Αποφασίσαμε, λοιπόν, να επαναλάβουμε αυτή την ώραία εκδρομή για να απολαύσουμε την άλλη όψη, αυτή της φθινοπωρινής φύσης.

Προγραμματίσαμε ένα διήμερο, πριν δύο μήνες με ανάβαση με τον όδοντωτό, διανυκτέρευση στα Καλάβρυτα, επίσκεψη στα σπήλαια των λιμνών και επιστροφή από τη Βυτίνα.

Παρ’ ότι πολύ έγκαιρα είχαμε προμηθευτεί τα εισιτήρια από τον ΟΣΕ για τον οδοντωτό, φθάνοντας στο Διακοφτό πληροφορηθήκαμε ότι το τρενάκι χάλασε και το δρομολόγιο ματαιώθηκε. Την απογοήτευση όλων μας, που θα χάναμε την όνειρεμένη διαδρομή στο φαράγγι του Βοραϊκού ποταμού, διαδέχτηκε η αισιόδοξη άποψη “κάθε εμπόδιο για καλό”.

Ανεβήκαμε με τα πούλμαν και απολαύσαμε την πλούσια βλάστηση με τα ζεστά φθινοπωρινά χρώματα, παράλληλα με την ενδιαφέρουσα ξενάγηση της εκλεκτής φίλης αρχαιολόγου, κ. Νάγιας Γάτου. Στο Μέγα Σπήλαιο σταματήσαμε για μία σύντομη επίσκεψη και συνεχίσαμε για τον τελικό μας προορισμό.

Τα σημερινά Καλάβρυτα είναι διαφορετικά από αυτά που είδαμε όκτω χρόνια νωρίτερα. Έχουν γίνει μία ώραία όρεινη πόλη, με πλακόστρωτους

δρόμους, πολλά ξενοδοχεία, έσπιατόρια, καφετέριες, μπαράκια, και πολλά καταστήματα ειδών σπόρ. Το χιονοδρομικό κέντρο του Χελμού, έχει δώσει πολύ ζωή στα Καλάβρυτα που μαζί με την ιστορία τους και την φυσική τους όμορφιά, τα έχουν κάνει ξεχωριστά.

Τακτοποιήκαμε στα ξενοδοχεία, ξεκουραστήκαμε και το απόγευμα ένας ήλικιωμένος συμπαθέστατος ιερέας της πόλης, μας κάλεσε στη Μητρόπολη μετά τον έσπερινό και μας μίλησε για την τρομερή ιστορία του ολοκαυτώματος. Πολύ παραστατικά, με τη συγκλονιστική του διήγηση, απέδωσε τα γεγονότα και τις εικόνες της 13ης Δεκεμβρίου του 1943, όπου εκτελέστηκαν 1.500 άρρενες άνω των 13 ετών από τα γερμανικά στρατεύματα κατοχής.

Τη βαριά ατμόσφαιρα ελάφρυνε ένας σύντομος περίπατος στην ώραία πλατεία με τα πλατάνια, όταν ο ήλιος έγερνε στο βάθος και χρωμάτιζε τον ορίζοντα με γκριζα και ροζ χρώματα και η πόλη άρχισε να φωτίζεται και να ετοιμάζεται για το βράδυ του Σαββάτου.

συνέχεια στη σελ. 8 ▶



## και εσεις



### Ύπέρταση, χοληστερίνη και κληρονομικότητα


Ο σύζυγός μου είναι 49 ετών, έχει αρτηριακή υπέρταση και αυξημένη χοληστερίνη. Λαμβάνει άγωγή με αντιυπερτασικά φάρμακα και στατίν. Τα παιδιά μας, 8 και 11 ετών, αντίστοιχα δεν έχουν κάνει εξετάσεις αίματος. Τί πρέπει να προσέξω;

**Σοφ. Αρβ. - Π. Φάλλρο**

Η υπέρταση και η δυσλιπιδαιμία είναι δυο από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων. Πολύ σωστά ο σύζυγός σας λαμβάνει άγωγή και ελπίζουμε η πίεσή του να ρυθμίζεται καλά και η χοληστερόλη να διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα. Η πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων θα πρέπει να ξεκινάει από την παιδική ηλικία. Σε πρόσφατο ευρωπαϊκό συνέδριο που άφορούσε στην παχυσαρκία αναφέρθηκε πως περισσότερο από μισό εκατομμύριο παιδιά πάσχουν από μεταβολικό σύνδρομο στην Ευρώπη, έχουν δηλαδή αυξημένο βάρος, υψηλή αρτηριακή πίεση, αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης και παθολογικές τιμές λιπιδίων πλάσματος. Αυτά τα παιδιά έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν στο μέλλον έμφραγμα, αγγειακό έγκεφαλικό επεισόδιο ή σακχαρώδη διαβήτη. Θα πρέπει να προσέξετε το σωματικό βάρος των παιδιών σας να μην ξεπερνάει τα φυσιολογικά επίπεδα για την ηλικία τους. Να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα στην πρόσληψη και την κατανάλωση ενέργειας.

Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξή τους, αλλά και στην άποψη εμφάνισης δυσλιπιδαιμίας ή αρτηριακής υπέρτασης παίζει η διατροφή. Τα φρέσκα φρούτα και λαχανικά είναι απαραίτητα στοιχεία των γευμάτων. Τα προσλαμβανόμενα λιπαρά θα πρέπει να μειωθούν. Το κεκορεσμένο λίπος των τροφών δεν θα πρέπει να ξεπερνάει το 7-10% των συνολικών θερμίδων, το όλικό λίπος να μην ξεπερνά το 30% των συνολικών θερμίδων και η χοληστερόλη της διατροφής μας να είναι λιγότερη από 300 mg την ημέρα. Τις περισσότερες θερμίδες θα πρέπει να τις προσλαμβάνουν από σύνθετους υδατάνθρακες, όπως είναι το ψωμί, οι πατάτες, τα μακαρόνια.

Η μεσογειακή διαίτα, είναι ιδανική για να αναπτυχθούν τα παιδιά σας σωστά.


Επίσης δεν θα πρέπει να ξεχνάτε πως η άθληση, η καθημερινή άσκηση, πρέπει να γίνει τρόπος ζωής. Συμβάλλει στη μείωση της LDL χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων, του σακχάρου ενώ αυξάνει την HDL χοληστερόλη. 

### Πίεση και πορτοκάλια

Είμαι άνδρας 52 ετών, υπέρτασικός και παίρνω φάρμακα το τελευταίο τρίμηνο διατηρώντας καλή την πίεσή μου. Έχω ακούσει ότι τα πορτοκάλια βλάπτουν τους υπέρτασικούς και θα ήθελα τη γνώμη σας.

**Παν. Σεφ. - Αμφιθέα**

Ένας σχετικά διαδεδομένος μύθος γύρω από την υπέρταση, αναφέρει ότι η κατανάλωση πορτοκαλιών μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Αυτό σε καμιά περίπτωση δεν ισχύει. Μάλιστα, έχει φανερό ότι τροφές πλούσιες σε κάλιο (σε αυτές ανήκουν τα έσπεριδοειδή, οι μπανάνες, τα φρέσκα λαχανικά, τα δημητριακά κ.ά.) όχι μόνο βοηθούν στην καλύτερη ρύθμιση της πίεσης σε άτομα με πρόβλημα υπέρτασης, αλλά μπορεί και να συμβάλουν στην πρόληψη της εμφάνισης υπέρτασης σε άτομα με φυσιολογική αρτηριακή πίεση. Επίσης, τα πορτοκάλια περιέχουν και βιταμίνη C η οποία, εκτός των άλλων, φαίνεται να δρα ευνοϊκά και στην πρόληψη των θρομβώσεων, παρέχοντας επιπλέον καρδιαγγειακή προστασία. Μπορείτε λοιπόν άφοβα να καταναλώνετε πορτοκάλια και γενικά τροφές πλούσιες σε

συνέχεια στη σελ. 13 

## ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν σήμερα την πρώτη αίτια 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 αποδέκτες του περιοδικού «**Στους ρυθμούς της καρδιάς**» ή ανοίξτε το δρόμο κáνοντάς τους δάωρο την έγγραφη.

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

ΟΝΟΜΑ.....ΕΠΩΝΥΜΟ .....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ .....ΗΛΙΚΙΑ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΟΔΟΣ .....ΑΡΙΘ.....Τ.Κ.....

ΣΥΝΟΙΚΙΑ.....ΠΟΛΗ.....ΤΗΛ:.....

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

Αποστέilate την ταχυδρομική επιταγή στη διεύθυνση του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ συμπληρώνοντας το ποσό.

€ 15

€ 30

Υπογραφή.....

# οικονομικοί παλμοί

## ‘Η ρύπανση ως άπειλή

ΓΑΛΗΝΗ ΦΟΥΡΑ, δημοσιογράφος

‘Η ατμοσφαιρική ρύπανση, ή υποβάθμιση του περιβάλλοντος και ή καταστροφή των δασών εξελίσσεται σε δολοφονική άπειλή για την υγεία και τη ζωή μας. Σύμφωνα με έκθεση της κομισιόν, μέχρι το 2020 το προσδόκιμο ζωής των Ευρωπαίων θα μειωθεί κατά πέντε μήνες εξ αιτίας του όζοντος και των αιωρούμενων σωματιδίων.

Στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, εκεί όπου εστιάζεται το πρόβλημα στην Ελλάδα, εκτιμάται ότι θα καθούν έξι μήνες ζωής κατά μέσο όρο για κάθε κάτοικο, ενώ στην υπόλοιπη χώρα τέσσερις μήνες.

Σε άλλες χώρες, όπως ή Νορβηγία και ή Σουηδία που σέβονται το περιβάλλον, δεν αναμένεται καμία επίπτωση, ενώ σε πολύ επιβαρυνμένες περιοχές της Βόρειας Ιταλίας, του Βελγίου και της Ολλανδίας, ή μείωση του προσδόκιμου ζωής θα φθάσει έως και τρία έτη. Μέσα στα προσεχή δεκαπέντε χρόνια, μισό εκατομμύριο Ευρωπαίοι δεν θα μπορούν να έργαστούν εξ αιτίας άσθeneιών που θα προκληθούν από τη ρύπανση και 270.000 θα πεθάνουν πρόωρα

Εάν το 2005 υπήρξε έτος σημαντικών διαπιστώσεων, οφείλουμε όλοι το 2006 να άποτελέσει το έναυσμα μίας σοβαρής προσπάθειας λήψης, αλλά κυρίως εφαρμογής μέτρων για την προστασία του περιβάλλοντος. Διότι άκόμα και τώρα υπάρχουν φωνές που επιμένουν ότι οι άποφάσεις που λαμβάνονται επιβαρύνουν σημαντικά τις βιομηχανίες και δεν συμβάλλουν στην αύξηση της ανταγωνιστικότητας των επιχειρήσεων! Όμως, όπως αναφέρουν οι έμπειρογνώμονες, εάν ή ρύπανση συνεχιστεί στα ίδια επίπεδα, ή συσσώρευση διοξειδίου του άζωτου στο έδαφος θα δημιουργήσει άκόμη μεγαλύτερα και δυσεπίλυτα προβλήματα.

Στην Ελλάδα, και κυρίως στο λεκανοπέδιο, έμφανίζεται ιδιαίτερη επιβάρυνση, λόγω της καταστροφής και των λιγοστών πνευμόνων πρασίνου από πυρκαγιές.

Σύμφωνα με έκθεση της 8ης Νοεμβρίου, της Εύρω-

παϊκής Υπηρεσίας Περιβάλλοντος, ο κόλπος της Έλευσίνας παρουσιάζει ύψηλές συγκεντρώσεις βαρέων μετάλλων. Άλλοι πέντε κόλποι, ο Σαρωνικός (παρά τη λειτουργία της Ψυττάλειας), ο κόλπος της Θεσσαλονίκης, ο Άμβρακικός, ο Άργολικός, ο Παγασπτικός, ο Πατραϊκός και οι άκτες του Άρακλείου περιλαμβάνονται στην κόκκινη ζώνη και άπειλούνται από τη ρύπανση, παρ’ ότι οι περισσότερες παραλιακές πόλεις διαθέτουν βιολογικό καθαρισμό. Τα προβλήματα δημιουργούνται κυρίως από τις καλλιέργειες (φυτοφάρμακα και λιπάσματα που καταλήγουν στη θάλασσα), όπως στην περίπτωση του Άργολικού κόλπου που δέχεται μεγάλες ποσότητες νιτρικών από τις υπερεντατικές καλλιέργειες, αλλά και από τα έπεξεργασμένα άστικά και βιομηχανικά άπόβλητα.

Τα βιομηχανικά άπόβλητα άπειλούν, ώστόσο, και τα έλληνικά ποτάμια. Πρώτο και μεγάλο θύμα της έξάπλωσης των χημικών βιομηχανιών και των φυτοφαρμάκων-λιπασμάτων είναι ο Πηνειός, που θεωρείται ο πιο μολυσμένος ποταμός στην Ελλάδα και δεύτερος στην Εύρωπη μετά τον Πάδο. Άστερα από μία περίοδο κατά την όποια ή βιοποικιλότητα των ελληνικών ποταμών είχε σταθεροποιηθεί σε ίκανοποιητικά επίπεδα, οι οικολογικές οργανώσεις κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου και προειδοποιούν ότι και άλλα ποτάμια δεν άποκλείεται να νεκρώσουν και πάλι από ζωή. Ο Άξιός, ο δεύτερος σε μέγεθος ποταμός της Βαλκανικής, ρυπαίνεται από βιομηχανικά άπόβλητα, άστικά λύματα και γεωργικά φάρμακα. Οι τελευταίες μετρήσεις έδειξαν ότι σε όρισμένα σημεία ο ποταμός ήταν έως και 15% επιβαρυνμένος σε σχέση με το 2002. Η επιβάρυνση άποδίδεται στα άστικά λύματα της πόλης των Σκοπίων και στη ραγδαία βιομηχανική άνάπτυξη της γειτονικής χώρας....

Τα περιβαλλοντικά προβλήματα δεν γνωρίζουν σύνορα, γι αυτό και για την αντιμετώπισή τους χρειάζεται συνεργασία και παγκόσμια προσπάθεια. 🍏



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Κοινωφελές Ίδρυμα

Βασ. Σοφίας 133 - 115 21 Αθήνα

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

## κουζίνα

### Ούφ!!!!!!! Πάλι φάγαμε πολύ τὰ Χριστούγεννα.

ΝΤΙΝΑ ΠΑΛΛΙΟΥ, *διατροφολόγος-διαιτολόγος*

Είναι γεγονός ότι κανένας σχεδόν δέν μπορεί να συγκρατήσει τον εαυτό του στα «λουκούλλεια» γεύματα των Χριστουγέννων. Παραδόσεις χρόνων θέλουν τα γεύματα των Χριστουγέννων να αποτελούνται από πολύ μεγάλη ποικιλία φαγητών αλλά και γλυκών, στα οποία δύσκολα θα μπορούσε κάποιος να αντισταθεί!

Το σίγουρο είναι ότι μετά την γιορτή των Φώτων όλοι συνειδητοποιούμε την ποσότητα της τροφής που έχουμε καταναλώσει τις τελευταίες μέρες αλλά και την «κακή» ποιότητά της, έφ' όσον απαρτίζεται από κρεατικά, τηγανιτά, γλυκά και γενικά τρόφιμα πλούσια σε ζωικά λίπη. Παράλληλα, συνειδητοποιούμε ότι τις γιορτινές μέρες "έξορίζουμε" από το τραπέζι τα φρούτα και τα λαχανικά με όλα τα όφελή τους.

Είναι δυνατόν λόγω της αλλαγής αυτής στη διατροφή μας να αισθανόμαστε βάρος στο στομάχι, «καούρες» και μία γενικότερη δυσφορία. Συμπτώματα που θα είναι έντονα σε άτομα που ακολούθησαν τη νηστεία πριν τα Χριστούγεννα, διάρκειας 40 ημερών, και αυτό γιατί ο οργανισμός σε αυτό το χρονικό διάστημα είχε προσαρμοστεί σε άλλου τύπου διατροφή, χωρίς ζωικά προϊόντα αλλά πλούσια σε φρούτα, όσπρια και λαχανικά. Έπομένως, το σώμα, χωρίς να το έχουμε αφήσει το χρονικό περιθώριο της προσαρμογής, καλείται να αντεπεξέλθει σε ένα γεύμα πλούσιο σε ζωικά τρόφιμα, γεγονός που θα δυσχεράνει ακόμα περισσότερο το φορτωμένο, εξαιτίας της μεγάλης κατανάλωσης τροφής, έργο του.

Ήν, όμως, όλα αυτά έγιναν, τί μπορούμε κάνουμε;

Φαντάζομαι ότι αυτό που θα σκεφτούν οι περισσότεροι είναι: «για μερικές μέρες ας τραφούν μόνο με φρούτα, λαχανικά και γιαούρτια!».

Άλλο ένα σόκ για τον οργανισμό, που ώθειται στα άκρα, έφ' όσον θα του ξανά-αλλάξουμε τον τύπο της διατροφής, χωρίς το περιθώριο προσαρμογής, αλλά και εκτός αυτού χωρίς να του παρέχουμε τα απαιτούμενα θρεπτικά συστατικά για την ομαλή του λειτουργία.

Άλλα και πριν προλάβει να συμβεί αυτό, ας το πάρουμε λογικά, ποιος μπορεί να αντέξει σε κάτι τέτοιο για αρκετές ημέρες; Ήλächιστο! Και αν τα καταφέρουν, το αίσθημα της πείνας τους φτάνει σε όρια «κόκκινου» και θα καταφύγουν στα γνωστά λουκούλλεια γεύματα για να χορτάσουν. Άρα, ξαναγυρίσαμε στο άρχιό μας στάδιο.

Η λύση έρχεται από το παρελθόν, «πᾶν μέτρον ἄριστον» ἢ, όπως λέμε στην εποχή μας, «ισορροπία και ποικιλία». Δηλαδή, δέν χρειάζεται να ακολουθήσουμε κάποιο άκραιο μοτίβο διατροφής για να επέλθει ἡ πολυπόθητη «ἀποτοξίνωση» του οργανισμού μας, ἀπλά να ἐπανέλθουμε στην ἄρχική ἰσορροπημένη διατροφή μας, στηριζόμενη σε ὅλες τις ὁμάδες τροφίμων. Καὶ τὸ ὄνομα



αὐτῆς; **μεσογειακὴ διατροφή.**

Ἡ γνωστὴ «λύση» γιὰ τὴν ἀντιμετώπιση ἀρκετῶν ἀσθενειῶν ἀλλὰ ἰδιαίτερως γιὰ τὴν πρόληψή τους. Ἐνα τέτοιο διαιτολόγιο στηρίζεται στὴν καθημερινὴ κατανάλωση μὴ - ἐπεξεργασμένων δημητριακῶν, (ψωμὶ ὀλικῆς ἀλέσεως, ρύζι, ζυμαρικά), φρούτων καὶ λαχανικῶν, γαλακτοκομικῶν (γάλα, γιαούρτι) καὶ ἐλαιολάδου, ὡς μοναδικὴ πηγὴ πρόσθετου λίπους. Ἐβδομαδιαίᾳ πρέπει νὰ εἶναι ἡ κατανάλωση πατάτας, ψαριῶν, ἐλαίων, ὀσπρίων καὶ ξηρῶν καρπῶν καὶ πιδὸ σπάνια ἐκείνη τῶν πουλερικῶν, αὐγῶν καὶ γλυκῶν. Μηνιαία πρέπει νὰ εἶναι ἡ κατανάλωση κόκκινου κρέατος καὶ προϊόντων κρέατος.

Ἡ μεσογειακὴ διατροφή χαρακτηρίζεται ἐπίσης ἀπὸ μέτρια κατανάλωση κρασιοῦ (1-2 ποτήρια κρασιοῦ τὴν ἡμέρα), τὸ ὁποῖο συνοδεύει συνήθως τὸ γεῦμα. Διαπρώνας τελικά, ἕνα τέτοιο ποιοτικὸ διαιτολόγιο -τὸ ὁποῖο κατανέμεται σὲ πέντε γεύματα (τρὶα μεγάλα καὶ δύο μικρά), μὲ τὸ δείπνο νὰ ἀπέχει 3-4 ὄρες ἀπὸ τὴν κατάκλιση γιὰ ὕπνο- καὶ μὲ τὴν κατανάλωση ἀρκετοῦ νεροῦ (8 ποτήρια τὴν ἡμέρα) καὶ ἔχοντας πάντα ὑπ' ὄψιν μας τὴ διατήρηση τοῦ ἰδανικοῦ μας βάρους, ὁ οργανισμὸς θὰ καλύψει τὶς ἀνάγκες του σὲ ὅλα τὰ θρεπτικὰ συστατικά (βιταμίνες καὶ ἰχνοστοιχεῖα), θὰ ἔχει χαμηλὴ πρόσληψη κολληστερόλης καὶ κορεσμένων λιπῶν καὶ μέσω τῆς πρόσληψης ἀντιοξειδωτικῶν οὐσιῶν θὰ ἐξισορροπήσει τὶς ἀρνητικὲς ἐπιπτώσεις τῶν γευμάτων τῶν Χριστουγέννων, μὲ ἀποτέλεσμα τὴ διατήρηση τῆς καλῆς μας ὑγείας, σωματικῆς καὶ ψυχικῆς. ♡



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 11

κάλιο (ἂν εἴσαστε νεφροπαθῆς ἢ συντρέχουν ἄλλοι λόγοι ὑγείας ἀπευθυνθεῖτε στὸ γιατρὸ σας), χωρίς τὸ φόβο δυσμενῶν ἐπιδράσεων στὴν πῆσή σας. Ἐπίσης, καλὸ θὰ ἦταν ἡ κατανάλωση τῶν πορτοκαλιῶν νὰ γίνεται στὰ πλαίσια ἐνὸς εὐρύτερου ὑγιεινοῦ διαιτολογίου, γιὰτὶ τότε θὰ ἀποκομίσετε τὰ μέγιστα ὀφέλη. ♡

## ασκηση - γυμναστική - σπορ

### Ἡ θεραπευτικὴ δράση τῆς ἄσκησης

**ΚΩΝ/ΝΟΣ ΒΟΛΑΚΛΗΣ, Ph.D., Μέλος ΕΕΔΙΠ**

Τμήμα Ἐπιστήμης Φυσικῆς Ἀγωγῆς καὶ Ἀθλητισμοῦ,  
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Τις τελευταῖες δεκαετίες πληθώρα ἐρευνητικῶν ἐργασιῶν ἔχει ἀναδείξει καὶ ἐπιβεβαιώσει τὴν καθοριστικὴ συμβολὴ τῆς συστηματικῆς ἄσκησης στὴν προάσπιση τῆς ὑγείας ἐνὸς ἀτόμου. Ἡ ἄσκηση ἐφαρμόζεται πλέον ὡς μέσο πρόληψης ἀλλὰ καὶ θεραπείας πολλῶν χρόνιων ἀσθενειῶν, ἰδιαίτερα τῶν καρδιαγγειακῶν καὶ τῶν μεταβολικῶν.

Οἱ μηχανισμοὶ μέσω τῶν ὁποίων ἡ ἄσκηση ἀσκεῖ τὴ θετικὴ τῆς δράση ἔχουν κατὰ τὸ μεγαλύτερο τους μέρος ἐξακριβωθεῖ. Σήμερα γνωρίζουμε ὅτι ἡ ἄσκηση ἐπιφέρει σημαντικὲς προσαρμογὲς στὸ καρδιαγγειακὸ, νευροορμονικὸ καὶ μυϊκὸ σύστημα, στὸ μηχανισμὸ πήξης καὶ ἰνωδόλυσης, μειώνει τὴ νοσηρότητα καὶ θνητότητα, βοηθᾷ στὴν ὑποστρόφῃ τῆς ἀθηρωμάτωσης καὶ προάγει τὴν ἐνδοθηλιακὴ λειτουργία.

Ἐπιπλέον, ἀσκεῖ σημαντικὴ ἐπίδραση, ἔμμεσα, στοὺς περισσότερους παράγοντες κινδύνου, καὶ βελτιώνει σημαντικὰ τὴν ψυχικὴ διάθεση. Οἱ παραπάνω χρόνιες προσαρμογὲς προκύπτουν ἀπὸ τὴ μεθοδευμένη καὶ τακτικὴ ἄσκηση καὶ ἀπαιτοῦν πολλοὺς μῆνες ἢ καὶ χρόνια προκειμένου νὰ ἐμφανιστοῦν.

Οἱ χρόνιες προσαρμογὲς ἀπὸ τὴν ἄσκηση προκύπτουν ἀθροιστικὰ ὡς συνέπεια τῶν ἄμεσων ἀντιδράσεων πού προκαλεῖ ἡ τακτικὰ ἐπαναλαμβανόμενη ἄσκηση καὶ οἱ ὁποῖες παραμένουν γιὰ ἀρκετὲς ὥρες ἢ/καὶ ἡμέρες μετὰ τὴ λήξη τῆς.

Ἐχει βρεθεῖ ὅτι τὰ ἐπίπεδα τριγλυκεριδίων παραμένουν μειωμένα ὡς καὶ 72 ὥρες μετὰ τὴ λήξη τῆς ἄσκησης, ἡ ἀρτηριακὴ πίεση ὡς καὶ 12 ὥρες μετὰ, ἐνῶ τὰ ἐπίπεδα τῆς HDL-χοληστερόλης βρίσκονται αὐξημένα ὡς καὶ 24 ὥρες μετὰ τὴ λήξη μιᾶς συνεδρίας ἄσκησης. Βλέπουμε δηλαδὴ ὅτι ἓνα μεγάλο μέρος τῶν ὠφελειῶν τῆς ἄσκησης λαμβάνει χώρα μετὰ τὸ πέρασ αὐτῆς, τὶς ὥρες πού ἔμεῖς ξεκουραζόμαστε.

Ἰδιαίτερα σημαντικὴ εἶναι καὶ ἡ ἐπίδραση τῆς ἄσκησης στὸ μεταβολισμὸ τῆς γλυκόζης. Ἡ βελτίωση στὴ δράση τῆς ἰνσουλίνης πού προκαλεῖται μετὰ ἀπὸ μία συνεδρία ἄσκησης παραμένει ὡς καὶ 48 ὥρες μετὰ τὴ λήξη τῆς συντελώντας καθοριστικὰ στὴ βελτίωση τῆς ἀνοχῆς τοῦ ὄργανισμοῦ στὴ γλυκόζη.

Πρακτικὰ αὐτὸ σημαίνει ὅτι τὸ σάκχαρο στὸ αἷμα ἀνεβαίνει λιγότερο καὶ ἐπανερχεῖται γρηγορότερα στὶς φυσιολογικὲς τιμὲς μεταξὺ τῶν γευμάτων καί, μάλιστα, κάτι τέτοιο μπορεῖ νὰ ἐπιτευχθεῖ καὶ μὲ λιγότερη ἰνσουλίνη.

Ἡ συστηματικὴ ἄσκηση μειώνει, ἐπίσης σὲ σημαντικό βαθμὸ, τὰ ἐπίπεδα τῶν φλεγμονωδῶν δεικτῶν. Ἄτομα μὲ ὑψηλὰ ἐπίπεδα φυσικῶν δραστηριοτήτων ἔχει



βρεθεῖ ὅτι ἔχουν μειωμένα ἐπίπεδα C-ἀντιδρώσας πρωτεΐνης, λευκῶν αἰμοσφαιρίων καὶ ἄμυλοειδοῦς-Α, παραγόντων οἱ ὁποῖοι ἔχει βρεθεῖ ὅτι προάγουν τὴν ἀθηρωμάτωση.

Βλέπουμε δηλαδὴ τὸ πόσο σημαντικὴ εἶναι καὶ ἡ ἀντιαθηρωματικὴ δράση τῆς ἄσκησης, γεγονός πού ἀποκτᾷ ἰδιαίτερη σημασία ἀν ἀναλογιστεῖ κανεὶς τὴν πληθώρα τῶν φαρμάκων πού λαμβάνονται καθὼς καὶ τὶς ἐξαιτητικὲς δίαιτες πού υἰοθετοῦνται προκειμένου νὰ μειωθεῖ ἡ ἐξέλιξη τῆς ἀθηρωματικῆς διαδικασίας.

Δὲν ὑπάρχει πλέον καμία ἀμφιβολία ὅτι ἡ ἄσκηση μπορεῖ νὰ δράσει ὡς ἓνα θεραπευτικὸ ἢ «φαρμακευτικὸ» μέσο. Ἐχει, ὅπως καὶ τὰ φάρμακα, τὶς ἐνδείξεις καὶ τὶς ἀντενδείξεις τῆς, τὴ δοσολογία, τοὺς μηχανισμοὺς δράσης τῆς καὶ τὴ διάρκεια τῆς θεραπείας, τυχὸν ἀνεπιθύμητες παρενέργειες, ἐνῶ ἀπαιτεῖ ἰκανοποιητικὴ συμμόρφωση προκειμένου νὰ ἐπιτευχθοῦν τὰ ἀναμενόμενα ὠφέλη.

Τὰ παραπάνω ἀποτελοῦν τὶς βασικότερες παραμέτρους πού λαμβάνονται ὑπ' ὄψιν κάθε φορὰ πού «συntagραφεῖται» ἀπὸ τοὺς εἰδικοὺς ἓνα πρόγραμμα ἄσκησης.

Συμπερασματικά, θὰ πρέπει νὰ τονισθεῖ ὅτι ἡ συνέπεια ὡς πρὸς τὴν ἄσκηση (ὅπως καὶ ὡς πρὸς τὰ φάρμακα) ἀποτελεῖ, ἴσως, τὸ σημαντικότερο παράγοντα ἐπιτυχίας. Ἐφ' ὅσον ξεκινήσουμε λοιπὸν νὰ ἀσκούμαστε θὰ πρέπει νὰ τὸ κάνουμε συστηματικὰ καὶ διὰ βίου κάνοντας τὴν ἄσκηση ἀναπόσπαστο κομμάτι τῆς καθημερινότητάς μας.

Θὰ πρέπει νὰ θυμόμαστε ὅτι ἐπιτρέπονται τὸ πολὺ δυὸ ἢ τρεῖς ἡμέρες ἀνάπαυσης μεταξὺ δυὸ διαδοχικῶν συνεδριῶν ἄσκησης γιατί ἄλλωθις χάνεται σημαντικὸ ποσοστὸ ἀπὸ τὶς θετικὲς προσαρμογὲς πού ἀναφέρθησαν προηγουμένως.

Ὅλοι μας λοιπὸν μπορούμε καὶ ὀφείλουμε νὰ κάνουμε ἓνα δῶρο ἀνεκτίμητης ἀξίας στὸν ἑαυτὸ μας, χωρὶς ἰδιαίτερο κόπο (μὲ ἐξαιρέση ἴσως τὸ σωματικὸ), χαρίζοντάς του εὐεξία, ὑγεία καὶ ποιότητα ζωῆς. 🍏

# φαρμακολογία

## Ἡ καρδιακή ἀνεπάρκεια καὶ ἡ φαρμακευτικὴ τῆς ἀγωγῆς

ΠΑΥΛΟΣ Κ. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ,

καθηγητής, διευθυντής ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

Τὰ σπουδαιότερα φάρμακα τῆς συστολικῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας εἶναι (α) οἱ ἀναστολεῖς ΜΕΑ, (β) οἱ β-ἀναστολεῖς, (γ) τὰ διουρητικά, (δ) τὰ θετικά ἰνότροπα ὡς ἡ δακτυλίτις, ἡ δοβουταμίνη καὶ ἡ λεβοσιμεντάνη, (ε) τὰ νιτρώδη καὶ ἄλλα ἀγγειοδιασταλτικά.

### Ἄναστολεῖς τοῦ μετατρεπτικοῦ ἐνζύμου τῆς ἀγγειοτασίνης (α-ΜΕΑ) – Σαρτάνες

Ἀποτελοῦν τὸ πρῶτο φάρμακο τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας. Οἱ α-ΜΕΑ κορηγοῦντὰ ἀνεξαρτήτως ἐμφανίσεως συμπτωμάτων καρδιακῆς ἀνεπάρκειας. Ἡ δόση ρυθμίζεται ὥστε νὰ εἶναι ἀποτελεσματικὴ χωρὶς νὰ ἐμφανίζονται παρενέργειες ὡς ὑπόταση, συγκοπτικὴ κρίση, νεφρική ἀνεπάρκεια, ὑπερκαλιαιμία ἢ ἀγγειοοίδημα. Στὸν πίνακα ἀναφέρονται ἡ ἀρχικὴ δόση καὶ ἡ δόση συντηρήσεως διαφόρων φαρμάκων α-ΜΕΑ ὡς ὀρίζουν οἱ Ὁδηγίες τῆς Εὐρωπαϊκῆς Καρδιολογικῆς Ἑταιρείας γιὰ τὴ θεραπεία τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας.

Κατὰ τὴ κορήγηση α-ΜΕΑ θὰ πρέπει νὰ τηροῦνται οἱ ἑξῆς κανόνες:

1. Νὰ ἐξετάζεται ἡ δόση τοῦ διουρητικοῦ καὶ νὰ ἀποφεύγεται ἡ ὑπερβολικὴ κορήγηση αὐτοῦ ὅταν πρόκειται νὰ ἀρχίσει ἡ θεραπεία μὲ α-ΜΕΑ. Μάλιστα μπορεῖ νὰ ἐλαττωθεῖ ἡ δόση ἢ καὶ νὰ διακοπῆ τὸ διουρητικὸ γιὰ 24 ὥρες προκειμένου νὰ ἀρχίσει ἡ θεραπεία μὲ α-ΜΕΑ.

2. Πρὸς ἀποφυγὴ τῆς ὑπότασης ἡ πρώτη δόση α-ΜΕΑ μπορεῖ νὰ γίνεταί ἀργὰ τὸ βράδυ σὲ κατακεκλιμένη θέση. Ἐὰν ὁ πάσχων ἀρχίσει α-ΜΕΑ τὸ πρωί, τότε θὰ πρέπει νὰ ἐλέγχεται ἡ κατάστασή του ἐπὶ ἀρκετὲς ὥρες μὲ μέτρηση τῆς πίεσης.

3. Ἡ ἔναρξη τῆς θεραπείας γίνεται μὲ μικρὴ δόση καὶ αὐτὴ προοδευτικὰ ἐντὸς 3-4 ἑβδομάδων αὐξάνεταί σὲ κείνη ποῦ συνιστᾶται γιὰ νὰ εἶναι ἀποτελεσματικὴ ἡ θεραπεία.

4. Τὸ φάρμακο διακόπτεται σὲ ἐπιδεινούμενη νεφρική λειτουργία.

5. Ἀποφεύγεται ἡ συγχορήγηση καλιοσυντηρητικῶν



διουρητικῶν καθὼς ἐπίσης καὶ μὴ στεροειδῶν φλεγμονῶδων φαρμάκων (γιὰ πόνο ἀπὸ ἀρθριτικά κ.ἄ.).

6. Ἐλέγχονται ἡ ἀρτηριακὴ πίεση, ἡ νεφρική λειτουργία καὶ οἱ ἠλεκτρολύτες κάθε 1-2 ἑβδομάδες μέχρις ὅτου ἐπιτευχθεῖ ἡ δόση συντηρήσεως α-ΜΕΑ καὶ ἀκολούθως κάθε 3-6 μῆνες.

Οἱ σαρτάνες κορηγοῦνται στὴ θεραπεία τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας ἀντὶ τῶν α-ΜΕΑ καὶ συνήθως ὅταν ὑπάρχει παρενέργεια ἀπὸ α-ΜΕΑ, π.χ. ἐπίμονος βήχας.

Σὲ πρὸ προχωρημένη καρδιακὴ ἀνεπάρκεια μὲ δύσπνοια, οἰδήματα κ.λπ., ἀρχίζουμε μὲ ἰσχυρὸ διουρητικὸ, συνήθως τὴ φουροσεμίδη (lasix) μόνη ἢ σὲ συνδυασμὸ μὲ ἀμιλορίδη (frumil) γιὰ τὴν ἀποφυγὴ ὑποκαλιαιμίας καὶ σὲ ἐπείγουσες περιπτώσεις, π.χ. πνευμονικὸ οἶδημα, κορηγοῦμε τὴ φουροσεμίδη ἐνδοφλεβίως 40-80mg (2-4 φύσιγγες). Ἐὰν ἡ φουροσεμίδη σὲ ικανοποιητικὴ δόση, π.χ. 2 δισκία τῶν 40mg κάθε μέρα, δὲν εἶναι ἀποτελεσματικὴ, διακόπτεται καὶ ἀντὶ αὐτῆς δίδεται ἄλλο ἰσχυρὸ διουρητικὸ, ὅπως ἡ βουμετανίδη (burinex) ἢ τὸ ἔθακρυνικὸ ὀξύ (edecrin), πάλι 1 ἢ 2 δισκία ἡμερησίως.

### Παρακολούθηση τῆς διουρητικῆς ἀγωγῆς.

Σὲ ἀσθενεῖς μὲ οἰδήματα πρέπει νὰ ἐλέγχεται καθημερινῶς τὸ ποσὸ τῶν λαμβανομένων ὑγρῶν καὶ τῶν ἀπο-

συνέχεια στὴ σελ. 6

Πίνακας		
Φαρμακευτικὴ οὐσία	Ἀρχικὴ δόση	Δόση συντηρήσεως
Μπενεζεπρίλη (benazepril)	2,5mg	5-10mg δις ἡμερησίως
Καπτοπρίλη (captopril)	6,25mg τρις ἡμερησίως	25-50mg τρις ἡμερησίως
Σιλαζαπρίλη (cilazapril)	0,5mg ἡμερησίως	1-2,5mg ἡμερησίως
Εναλαπρίλη (enalapril)	2,5mg ἡμερησίως	10mg δις ἡμερησίως
Φοσινοπρίλη (fosinopril)	10mg ἡμερησίως	20mg ἡμερησίως
Λισινοπρίλη (lisinopril)	2,5mg ἡμερησίως	5-20mg ἡμερησίως
Περιντοπρίλη (perindopril)	2mg ἡμερησίως	4mg ἡμερησίως
Κιναπρίλη (quinapril)	2,5-5mg ἡμερησίως	5-10mg δις ἡμερησίως
Ραμιπρίλη (ramipril)	1,25-2,5mg ἡμερησίως	2,5-5mg δις ἡμερησίως
Τραντολαπρίλη (trandolapril)	1mg ἡμερησίως	4mg ἡμερησίως

## φιλοξενομενος ... ο

### Καρδιά μου μην άνησυχείς...

Συνέχεια από το τεύχος Νοεμβρίου 2005

Ήταν νωρίς το πρωί όταν η κυρία Άννα με το γιο και την κόρη έφτασαν στην κλινική. Ήταν αρκετά φοβισμένη αλλά στηριζόταν στα καμάρια της, έπαιρνε από αυτούς κουράγιο και με τρεμάμενη φωνή έδωσε τα στοιχεία της στο γραφείο κίνησης. Τους συνάντησα λίγα λεπτά μετά. Θα πήγαιναν στο δωμάτιο για να τακτοποιηθεί και να έτοιμαστεί για το χειρουργείο. Κάποια στιγμή ο γιός της με παίρνει παράμερα να με ρωτήσει τις τελευταίες λεπτομέρειες.

- Γιατρέ πές μου, σίγουρα δεν είναι επικίνδυνη αυτή η επέμβαση;

- Άκουσε να δεις. Δεν υπάρχει επέμβαση που να μην είναι επικίνδυνη, αλλά αυτή τη στιγμή δεν έχουμε άλλη επιλογή! Αν δεν αφαιρέσουμε τις πέτρες, θα πάθουμε ζημιά. Και μην ξεχνάς ότι με την καινούρια τεχνική είναι πολύ πιο άπλά τα πράγματα.

- Δηλαδή γιατρέ είναι λιγότερο επικίνδυνο από παλιά;

- Ακριβώς, του άπαντσα. Η λαπαροσκοπική χειρουργική είναι η επανάσταση των τελών του 20ού αιώνα και τώρα στις αρχές του 21ου έχει γίνει πια ρουτίνα. Έχει φανεί όλο το φάσμα των άρετών της. Δηλαδή, έχει επιταχυνθεί η νοσηλεία, οι επεμβάσεις είναι σχεδόν ανώδυνες, το χειρουργικό τραύμα είναι ελάχιστο και η επάνοδος του άσθενους στην καθημερινότητά του είναι πάρα πολύ γρήγορη. Το ότι επιβαρύνεται ο άσθενής λιγότερο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για ανθρώπους με κλονισμένη υγεία, όπως οι καρδιοπαθείς και άλλες κατηγορίες πασχόντων. Σήμερα κάνουμε λαπαροσκοπικά σχεδόν όλων των ειδών τις επεμβάσεις. Από απλές κήλες μέχρι μεγάλες επεμβάσεις, όπως αφαίρεση παχέος έντέρου (δηλαδή κολεκτομή), αφαίρεση στομάχου (δηλαδή γαστρεκτομή), αφαίρεση σπληνός (δηλαδή σπληνεκτομή) και άλλες πολλές!

Καταλαβαίνεις, λοιπόν -τόνισα στο γιο της κας Άννας- ότι η τεχνική έχει εξελιχθεί πάρα πολύ και μας δίνει τη δυνατότητα να αντιμετωπιστούν και άνθρωποι που έχουν σοβαρά καρδιολογικά προβλήματα, όπως καρδιακή ανεπάρκεια, βαλβιδοπάθειες και άλλες καταστάσεις. Θα σου δώσω ένα απλό παράδειγμα:

Παλαιότερα όταν υπήρχε ένα σοβαρό πρόβλημα στην κοιλιά και δε μπορούσε να θεθεί διάγνωση έπρεπε να γίνει αυτό που λέγαμε έρευνητική λαπαροτομία. Δηλαδή έπρεπε να γίνει μία τομή που να ξεκινάει κάτω από

Χ.Κ. ΠΑΠΠΗΣ, MD, PhD

διευθυντής χειρουργικής κλινικής, Εύρωκλινική Ἀθηνῶν



το στέρνο και να καταλήγει χαμηλά πάνω από την ήβικη σύμφυση. Μία τομή που κυριολεκτικά τραυμάτιζε όλο το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Σήμερα δε χρειάζονται παρά δυο μικρές τομούλες που από τη μία θα μπει η κάμερα και από την άλλη ένα εργαλείο για να ψάξουμε όλη την κοιλιά και να δούμε τι πραγματικά φταίει, ώστε να καθορίσουμε την περαιτέρω πορεία μας στον άσθενή που το χρειάζεται.

- Δηλαδή, αναφώνησε ο γιός της κυρίας Άννας, οι δυο τρύπες αντικατέστησαν αυτή την τεράστια τομή;

- Καλά το κατάλαβες, του άπαντσα. Αυτή η τεράστια τομή με ένοχλούσε κι έμένα από τότε που ήμουν φοιτητής, γι' αυτό και λάτρεπα τη λαπαροσκοπική χειρουργική.

- Δηλαδή, γιατρέ, έχουν γίνει άλματα σήμερα στην ιατρική, μου λέει με θαυμασμό.

- Έτσι ακριβώς είναι, του άπαντῶ. Η επιστήμη προχωράει, η χειρουργική τρέχει. Ακόμα

και πολλοί γιατροί δε γνωρίζουν τα σημερινά δεδομένα και γι' αυτό θα πρέπει όλοι μας να ενημερωθούμε καθημερινά. Και έσύ σαν άσθενής αλλά και έγώ ως γιατρός, για να ξέρω τις σύγχρονες εξελίξεις.

Άλλά μην καθυστερείς, συνόδεψε τη μητέρα σου στο δωμάτιο, γιατί σε λίγο θα πάμε στο χειρουργείο, σε μία ώρα περίπου θα έχουμε τελειώσει και αύριο θα την πάρεις και να πάτε σπίτι.

- Γιατρέ μου σε ευχαριστώ πολύ, μου είπε, και να προσέξεις την καρδιά της...

Ο γιός της κυρίας Άννας άνησυχούσε... Άλλά δε γνωρίζει ότι την καρδιά την προσέχουμε σε όλες τις καταστάσεις της. Η διαδικασία ενός χειρουργείου την απειλεί... Έμεις όμως θα την προστατεύουμε ως όργανο αλλά και ως κέντρο του συναισθηματικού κόσμου... 🍏

