



# ΣΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ: 2510

ΤΟΜΟΣ 16  
ΤΕΥΧΟΣ 177  
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2007

Τιμή πώλησης 0,01 €

## Μεταβολικό σύνδρομο και καρδιομεταβολικούς κίνδυνος: έκτος από δίαιτα και άσκηση, τώρα και φαρμακευτική βοήθεια

**ΙΩΑΝΝΗΣ ΓΟΥΔΕΒΕΝΟΣ**, καθηγητής καρδιολογίας ιατρικής σχολής Ίωαννίνων

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα παρά την ουσιαστική πρόοδο που έχει επιτευχθεί στην πρόληψη και την αντιμετώπισή τους συνεχίζουν να αποτελούν την κύρια αίτια θανάτου παγκοσμίως. Στη χώρα μας συμβαίνουν περίπου 30.000 όξεια καρδιακά και 13.000 εγκεφαλικά επεισόδια ετησίως. Οι κύριες αιτίες γι' αυτήν την έκρηξη είναι η γήρανση του πληθυσμού μαζί με την καθιστική ζωή και την κακή διατροφή. Οι κύριες συνέπειες αυτού του τρόπου ζωής είναι κυρίως ο διαβήτης και η παχυσαρκία -δύο καταστάσεις που παίρνουν διαστάσεις επιδημίας. Στη χώρα μας περίπου 800.000 άτομα πάσχουν από διαβήτη και άκρη 400.000 εκτιμάται ότι έχουν τη νόσο αλλά δεν το γνωρίζουν. Καί, δυστυχώς, οι αριθμοί αυξάνουν συνεχώς. Η συσχέτιση του διαβήτη με καρδιαγγειακό κίνδυνο είναι υψηλή. Ο υψηλός επιπολασμός του διαβήτη, η ισχυρή συσχέτισή του με το καρδιαγγειακό σύστημα και η δεδομένη ανεπαρκής αντιμετώπισή του, τον καθιστά σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας και παγκόσμια κλινική πρόκληση. Η παχυσαρκία θεωρείται ένας σημαντικός καρδιακός παράγον κινδύνου που σε σπουδαιότητα συναγωνίζεται το κάπνισμα. Η Παγκόσμια Ύφεση περιγράφει την παχυσαρκία ως ένα από τα πιο καταδικαστέα, ορατά και πολύ παραμελημένα προβλήματα δημόσιας υγείας που

ἀπειλούν να καταστρέψουν τις λιγότερο ή περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες. Γνωστές επιπλοκές της παχυσαρκίας είναι η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η οστεοαρθρίτιδα και η χολολιθίαση. Ίδιαίτερη προσοχή για αυτό το πρόβλημα χρειάζονται τα παιδιά (τα Έλληνόπουλα είναι τα παχύτερα παιδιά στην Ευρώπη) έφ' όσον ένα στα τρία παχύσαρκα παιδιά θα γίνει παχύσαρκος ενήλικας. Είναι αναγκαία η ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου και κυρίως των γονιών με κύριο μήνυμα ότι τα σημερινά υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά αντιπροσωπεύουν τους αύριανούς καρδιαγγειακούς ασθενείς και τα αύριανά θύματα της στεφανιαίας νόσου.

Το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για το 1/5 των καρδιαγγειακών παθήσεων παγκοσμίως, και εάν η κατάσταση συνεχιστεί με αυτό το ρυθμό, γύρω στο 2030, 10 εκατομμύρια άνθρωποι θα πεθάνουν από ασθένειες που οφείλονται στον καπνό. Ένας στους δυο Έλληνες καπνίζει και η χώρα μας διαπρεξέει εδώ και χρόνια τη θλιβερή πρωτιά καθώς βρίσκεται στην πρώτη θέση όσον αφορά στην κατά κεφαλή κατανάλωση καπνού στη Ευρώπη. Περίπου 15.000 Έλληνες χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους εξαιτίας ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα. Γενικά, η άνθυγιεινή διαίτα και η έλλειψη φυσικής άσκησης

σης μαζί με το κάπνισμα "έξηγούν" το 75% των καρδιαγγειακών επεισοδίων που συμβαίνουν στις ανεπτυγμένες χώρες.

Το μεταβολικό σύνδρομο είναι ένας "άστερισμός" που περιλαμβάνει κοιλιακή παχυσαρκία, διαταραχή της γλυκόζης, ήπια δυσλιπιδαιμία και υπέρταση. Ένας στους τέσσερις "Έλληνες πληροί τα "κριτήρια" του μεταβολικού συνδρόμου αλλά η κλινική σημασία διάγνωσης του παραμένει αμφιλεγόμενη με εξαίρεση τη συσχέτιση που έχει με την εμφάνιση διαβήτη τύπου 2.

Η έντοπιση ατόμων υψηλού κινδύνου (αυτών που έχουν μεγάλες πιθανότητες να εκδηλώσουν μελλοντικά καρδιαγγειακά επεισόδια) γίνεται με τον υπολογισμό του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου. Μια κλινική προσέγγιση που υποδηλώνει ότι όταν οι συνυπάρχοντες παράγοντες κινδύνου ληφθούν υπόψη, όλοι μαζί και όχι ο καθένας χωριστά, τότε ο έντοπισμός των ατόμων υψηλού κινδύνου γίνεται καλύτερα.

Για τον έντοπισμό των ατόμων που θα εκδηλώσουν καρδιαγγειακό ή/και μεταβολικό νόσημα προτείνεται η εκτίμηση του καρδιομεταβολικού κινδύνου. Αυτός ο κίνδυνος σχετίζεται με τους κλασικούς παράγοντες και νέους αναδυόμενους δείκτες όπως: αντίσταση στην ινσουλίνη (μια κατάσταση όπου ο οργανισμός δεν είναι ικανός να κάνει κατάλληλη χρήση της ινσουλίνης), αυξημένες τιμές γλυκόζης, καταστάσεις που ευνουούν την πήξη του αίματος και φλεγμονή (βλ. σχήμα). Οί περισσότεροι από αυτούς τους δείκτες οφείλονται στη σπλαχνική παχυ-



σαρκία και προδικάζουν καρδιαγγειακό κίνδυνο και διαβήτη. Είναι γνωστό ότι το λίπος που είναι αποθηκευμένο στην κοιλιά (ένδοσπλαχνικό λίπος) παρ' ότι αποτελεί το 21% του συνολικού λίπους στους άνδρες και το 8% στις γυναίκες, είναι πιο επικίνδυνο από το λίπος που είναι αποθηκευμένο σε άλλα μέρη του σώματος π.χ. γλουτούς. Έτσι δεν φτάνει η ζυγαριά αλλά χρειάζεται και μεζούρα για να μετράμε την περιμετρο της μέσης. Την περιμετρο τη μετράμε πάνω από τον αφαλό. Η ιδανική περιμετρος μέσης για τους άνδρες είναι κάτω από 94 cm και για τις γυναίκες κάτω από 80 cm. (εικόνα).

Το Έλληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας συστήνει θερμά την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου διαβίωσης με σωστή διατροφή, καθημερινή σωματική άσκηση και αποφυγή του καπνίσματος. Υπάρχουν μερικές έρωτήσεις που καλό είναι να τις κάνουμε στον εαυτό μας, όταν δεν μας τις κάνει ο γιατρός.

**Φυσική άσκηση:** Πόσο περπατάτε κάθε ημέρα; Ακολουθείτε τακτικό πρόγραμμα γυμναστικής; Συνηθίζετε να χρησιμοποιείτε ανελκυστήρα ή ανεβαίνετε τα σκαλιά; Παρκάρετε όσο το δυνατόν πιο κοντά στον προορισμό σας; Τί περιορίζει τα επίπεδα της φυσικής σας δραστηριότητας;

**Διατροφή:** Πόσες μερίδες φρούτα και λαχανικά τρώτε την ημέρα; Πόσες μερίδες όλικής αλέσεως δημητριακά καταναλώνετε την ημέρα; Πόσες μερίδες ψάρι τρώτε την εβδομάδα; Τρώτε γλυκά; Αν ναι, πόσο συχνά; Ποιο φαγητό προτιμάτε να τσιμπάτε στο πόδι; Τρώτε συνήθως επειδή πεινάτε; Το τωρινό σας βάρος είναι περισσότερο από ότι ήταν παλιά; Ενδιαφέρεστε πραγματικά να χάσετε βάρος;

συνέχεια στη σελ. 6



Καρδιομεταβολικός κίνδυνος είναι ο συνολικός κίνδυνος για καρδιαγγειακά νοσήματα και διαβήτη τύπου 2 που σχετίζεται με τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου και δείκτες που συνήθως οφείλονται στην κοιλιακή παχυσαρκία.

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Έλληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας  
B. Σοφίας 133 - T. K. 115 21 - Tηλ.: (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 - Tηλ.: (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 κόσμο

### Νεότεροι παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων

**ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Γ. ΤΣΑΓΚΑΔΟΠΟΥΛΟΣ**, αναπληρωτής διευθυντής καρδιολογικής κλινικής νοσοκομείου ΣΩΤΗΡΙΑ



Ἡ στεφανιαία νόσος και οἱ ὑπόλοιπες καρδιαγγειακές νόσοι, ὅπως τὰ ἀγγειακά ἐγκεφαλικά ἐπεισόδια ἢ οἱ περιφερικές ἀγγειοπάθειες, εἶναι πολυπαραγοντικές παθήσεις, μὲ πολὺ μεγάλη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Αἰτία αὐτῶν εἶναι ἡ ἀθηροσκλήρωση, ἡ καλλιτέρα, ἡ ἀθηροθρόμβωση τῶν ἀρτηριῶν τῶν διαφόρων ὀργάνων τοῦ σώματος (π.χ. τῶν στεφανιαίων ἀρτηριῶν τῆς καρδιάς, ἐγκεφαλικῶν ἀγγείων, κλπ). Ἡ ἀθηροθρόμβωση τῶν ἀρτηριῶν μὲ τὴ σειρά της, δημιουργεῖται ἀπὸ πολλοὺς παράγοντες κινδύνου μὲ διαφόρους μηχανισμούς.

Οἱ γνωστοὶ ἢ συμβατικοὶ ἢ κλασικοὶ παράγοντες κινδύνου, πού παρουσιάζονται στὸν Πίνακα 1, δὲν ἐξηγοῦν ὅλες τὶς περιπτώσεις τῆς στεφανιαίας νόσου. Βέβαια, ὅλοι αὐτοὶ πρέπει νὰ ἀντιμετωπίζονται ἐντατικά σύμφωνα μὲ τὶς ἐπίσημες ἰατρικὲς ὁδηγίες. Ἡ χρήση διαφόρων ἰατρικῶν μεθόδων (π.χ. πρόγραμμα Framingham, Heart score) βελτιώνει σημαντικά τὴν ἀνίχνευση τοῦ κινδύνου γιὰ καρδιακὴ νόσο. Ὅμως ἕνα ποσοστὸ μέχρι και 20% ὄλων τῶν καρδιακῶν ἐπεισοδίων, ἐκδηλώνονται ἀπουσία ὁποιοῦδήποτε ἀπὸ τοὺς κύριους καρδιαγγειακοὺς παράγοντες κινδύνου.

#### Πίνακας 1. Κύριοι παράγοντες κινδύνου γιὰ στεφανιαία νόσο

Τροποποιήσιμοι	Μὴ τροποποιήσιμοι
Ἑπίρταση	Ἡλικία
Δυσλιπιδαιμία	Ἀνδρικό φύλο
Κάπνισμα	Οἰκογενειακὸ ἱστορικὸ
Ἐλλιπὴ φυσικὴ ἀσκησης	πρώιμης στεφανιαίας νόσου
Διαβήτης	
Παχυσαρκία	
Ἀνθυγιεινὴ διατροφή	

Ἡ πρόληψη πού ἐφαρμόζεται σὲ ἀσθενεῖς πού ἤδη πάσχουν ἀπὸ καρδιαγγειακὴ νόσο (π.χ. ἀπὸ ἔμφραγμα ἢ ἐγκεφαλικὸ ἐπεισόδιο) λέγεται δευτεροπαθὴς πρόληψη. Αὐτή, συμπεριλαμβάνει τὶς ἰατρικὲς παρεμβάσεις και τὶς θεραπευτικὲς ἀλλαγὲς τοῦ τρόπου ζωῆς, ὥστε νὰ μειωθοῦν οἱ ἐπιπλοκές, οἱ ὑποτροπὲς και ἡ ἐξέλιξη τῆς πάθησός τους. Ἐτσι, ὑπάρχουν ἀσθενεῖς πού ἔχουν προτεραιότητα στὸ γενικὸ πληθυσμὸ γιὰ ἔναρξη θεραπείας και αὐτοὶ παρουσιάζονται στὸν Πίνακα 2.

Ὅλοι οἱ ἀσθενεῖς μὲ ἐγκατεστημένη καρδιαγγειακὴ νόσο ἔχουν προσβεβλημένες ἀρτηρίες πού εἶναι ἐπιρρεπεῖς σὲ ρήξη πλακῶν και ἐπακόλουθη θρόμβωσή τους. Αὐτὸ ἔχει ὡς ἀποτέλεσμα τὸ πλήρες «φράξιμο» τῶν ἀρτη-

#### Πίνακας 2. Ἀσθενεῖς μὲ προτεραιότητα στὴν ἀντιμετώπιση τῶν παραγόντων κινδύνου γιὰ στεφανιαία νόσο

- 1) Ἀσθενεῖς πού ἤδη πάσχουν ἀπὸ στεφανιαία καρδιοπάθεια (π.χ. πού ὑπέστησαν ἔμφραγμα μυοκαρδίου) ἢ ἄλλη ἀθηροσκληρωτικὴ ἀγγειοπάθεια ἢ ἄλλη ἰσοδύναμη πάθηση (π.χ. σακχαρώδη διαβήτη) ἢ μὲ σημαντικὴ ἀδιάγνωστη ἀθηροσκληρωσι, διατρέχουν ὑψηλὸ κίνδυνο μελλοντικῶν ὀξέων στεφανιαίων ἐπεισοδίων.
- 2) Ἀσυμπτωματικὰ ἄτομα ἰδιαίτερα ὑψηλοῦ κινδύνου (ἄτομα μὲ σοβαρὴ ὑπερχοληστερολαιμία ἢ ἄλλες μορφὲς δυσλιπιδαιμίας, διαβήτη ἢ ὑπέρταση, ἄτομα μὲ μεταβολικὸ σύνδρομο).
- 3) Στενοὶ συγγενεῖς ἀσθενῶν μὲ στεφανιαία καρδιοπάθεια πρώιμης ἔναρξης ἢ ἄλλη ἀθηροσκληρωτικὴ καρδιοπάθεια.
- 4) Ἄλλοι ἀσθενεῖς πού ἐξετάζονται στὰ πλαίσια τοῦ συνήθους ἰατρικοῦ ἐλέγχου και διαπιστώνεται ὅτι παρουσιάζουν ἕνα ἢ περισσότερους παράγοντες στεφανιαίου κινδύνου.

ριῶν, γεγονὸς τὸ ὁποῖο συνεπάγεται καρδιαγγειακὰ ἐπεισόδια. Τὰ ποσοστὰ τῶν καρδιαγγειακῶν ἐπεισοδίων στὸς ἀσθενεῖς αὐτοὺς εἶναι 5-7 φορές ὑψηλότερα ἀπὸ ὅτι σὲ φαινομενικὰ ὑγιῆ ἄτομα. Λόγω αὐτοῦ τοῦ κινδύνου, ἡ δευτεροπαθὴς πρόληψη ἔχει ἐξαιρετικὰ ὑψηλὴ σημασία. Ἐτσι, ἴσως ἀποδειχθεῖ χρήσιμος ὁ περαιτέρω ἔλεγχος ὡς πρὸς τὸν κίνδυνο πού διατρέχουν. Ὁ ἔλεγχος αὐτὸς γίνεται μὲ βάση τὰ ἀποτελέσματα τῶν λειτουργικῶν δοκιμασιῶν (π.χ. δοκιμασία κοπώσεως), ἀλλὰ και μὲ βάση διάφορες ἄλλες πληροφορίες ἀπὸ τὴν ἀντικειμενικὴ εξέταση και τὸν ἐντοπισμὸ ὄλων τῶν παραγόντων κινδύνου.

*Πρέπει νὰ ἀναζητοῦμε και νὰ θεραπεύουμε ἄλλους νεότερους παράγοντες κινδύνου σὲ ἀσθενεῖς οἱ ὁποῖοι δὲν ἔχουν τοὺς κλασικοὺς παράγοντες κινδύνου;*

Ἡ διεθνὴς βιβλιογραφία εἶναι πλούσια και οἱ ἐρευνητὲς συνεχίζουν ἐντατικά τὶς προσπάθειές τους στὴν ἀναζήτηση νεότερων παραγόντων κινδύνου. Ἀπὸ τὸ πλῆθος αὐτῶν νεότερων παραγόντων κινδύνου ἄλλοι ἔδειξαν μεγάλῃ, ἄλλοι μέτρια και ἄλλοι καμία συσχέτιση μὲ τὴ στεφανιαία νόσο. Ἐρευνοῦνται ἐξάλλου ἐντατικά διάφορες γενετικὲς τεχνικές, πού θὰ χρειασθοῦν, ὁμως, πολλὰ χρόνια γιὰ νὰ ἐφαρμοσθοῦν στὴν πράξη.

Ἐπίσης ἀξιολογοῦνται τὰ εὐρήματα τῆς ἀναίμακτης ἀπεικόνισης τῆς ἀθηροσκληρωτικῆς πλάκας ὡς νεότεροι παράγοντες ἐντοπισμοῦ κινδύνου (π.χ. ἀνίχνευση ἀσβε-

### Πίνακας 3. Πιθανές συμπληρωματικές θεραπείες των καρδιαγγειακών νόσων

Φυλλικό οξύ, βιταμίνες Β,  
L-<sup>-</sup>Αργινίνη,  
Συνδυασμοί αντιοξειδωτικών,  
<sup>\*</sup>Επιλεκτικοί αγωνιστές υποδοχέων οιστρογόνων,  
<sup>\*</sup>Αντικαταθλιπτικά,  
<sup>\*</sup>Αντιβιοτικά έναντι λοιμογόνων παραγόντων (μακρολίδια),  
Συνδυαστική θεραπεία ACEI + ARB (+άντι-αλδοστερονικά φάρμακα),  
Νέα υπολιπιδαιμικά φάρμακα (π.χ. αναστολείς πρωτεΐνης μεταφοράς εστέρων χοληστερόλης, αγωνιστές ήπατικού υποδοχέα X)  
Φυτικές θεραπείες,  
<sup>\*</sup>Ιχθυέλαια,  
Νέα αντιθρομβωτικά φάρμακα,  
Συνδυασμοί καρδιολογικών φαρμάκων- «Πολυκάπι»,  
Καρδιακή αποκατάσταση- ηλεκτρονική ύγεια.

στίου με ύπολογιστική τομογραφία και αρκετές άλλες μέθοδοι μη επεμβατικής αξιολόγησης της άθηροσκλήρωσης: δείκτης σφυρών- βραχιονίου, θερμογράφημα, σάρωση μαγνητικού συντονισμού και κυρίως η υπερηχογραφική μέτρηση του πάχους του έσω-μέσου χιτώνα των αρτηριών).

#### συνέχεια από τη σελ. 5


φρών συνοδεύονται από αντίστοιχες δομικές καρδιακές βλάβες. Το 1876, ο Richard Gowers, νευρολόγος και από τους πρωτοπόρους της βυθοσκόπησης, δημοσιεύει άρθρο όπου αναφέρει ότι υπάρχει στενή συσχέτιση ανάμεσα στη σύσπαση των αρτηριολίων του αμφιβληστροειδούς και στην αυξημένη αρτηριακή πίεση. Το 1891, ο Riva Rocci είναι εκείνος που πρώτος καταγράφει την αρτηριακή πίεση σε άνθρωπο και αλλάζει τα δεδομένα στην ιστορία της νόσου...

Το 1905, ο Ρώσος χειρουργός Nikolai Korotkoff τελειοποιεί την τεχνική μέτρησης της πίεσης μέσω στηθοσκοπίου διά της ροής του αρτηριακού αίματος και σηματοδοτεί την έναρξη της ακριβούς καταγραφής της συστολικής και διαστολικής συστολής της αρτηριακής πίεσης με τον ίδιο τρόπο που και σήμερα χρησιμοποιούμε. Το 1920, ο McLeod δημοσίευσε το περίφημο έγχειρίδιο φυσιολογίας, όπου είχε έκτενη αναφορά στους κύριους παράγοντες που συμμετέχουν στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Λίγο αργότερα, το 1934, ο Goldblat μαζί με τους συνεργάτες του απέδειξαν ότι στους σκύλους μπορεί να προκληθεί υπέρταση μετά από πειραματική περίδεση της νεφρικής αρτηρίας, ενώ το 1937, ο Butler ανέφερε ότι η αφαίρεση ενός πάσχοινα νεφρού σε υπέρτατικό ασθενή, μπορεί να οδηγήσει στη μείωση της πίεσης.

Και χρειάστηκε να φθάσουμε στο 1948 όταν επιβεβαιώθηκε η συσχέτιση αρτηριακής υπέρτασης και άθηροσκλήρωσης, παρ' όλο που η φύση της δεν ήταν πλήρως κατανοητή. Στη δεκαετία του 1950, οι ασφαλιστικές εταιρείες άρχισαν να αναγνωρίζουν ότι οι άνθρωποι με


Είναι εμφανές ότι έχει δημιουργηθεί σύγχυση στον ιατρικό κόσμο και στους ασθενείς για το αν πρέπει να αναζητά κανείς όλους τους παράγοντες κινδύνου και να τους θεραπεύει. Οι συνηθισμένες θεραπείες για αυτούς τους νεότερους παράγοντες κινδύνου παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Πρός το παρόν, οι ιατροί πρέπει να αναζητούν και να θεραπεύουν τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου, σύμφωνα με την τεκμηριωμένη ιατρική και προς άποφυγή δυσβάσταχτου κόστους, δηλαδή, σύμφωνα με τις επίσημες κατευθυντήριες οδηγίες. <sup>\*</sup>Ως πρόβλεψη για το άμεσο μέλλον, το σημαντικότερο νέο εργαλείο για τη βελτίωση του ύπολογισμού του κινδύνου μεταξύ αυτών των ατόμων θα είναι ο βιολογικός δείκτης της φλεγμονής hsCRP, ως ένας επιπρόσθετος παράγοντας για την συνολική πρόβλεψη του κινδύνου, και πιθανόν το ίνδογόνου, ή λιποπρωτεΐνη (α) και ή όμοκυστεΐνη.

<sup>\*</sup>Η έρευνα, όμως, πρέπει να συνεχισθεί έντατικά και εκτενώς για την αποκάλυψη και άλλων νεότερων παραγόντων κινδύνου, ή θεραπεία των οποίων θα μπορούσε να συμβάλει ακόμη περισσότερο στην προσπάθεια όλων για πληρέστερη θεραπεία της «επιδημίας» της καρδιαγγειακής νόσου. Πολλές δοκιμές, οι οποίες αναμένεται να ολοκληρωθούν τα επόμενα χρόνια, θα προσφέρουν περισσότερες πληροφορίες για το πιθανό πρόσθετο όφελος από την αντιμετώπιση αρκετών νεότερων παραγόντων κινδύνου. 

ύψηλότερες τιμές πίεσης συνήθως πέθαιναν σε νεότερη ηλικία από εκείνους που είχαν φυσιολογική αρτηριακή πίεση. Οι πρώτες μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες που έδειξαν τη σχέση υψηλής αρτηριακής πίεσης και θνητότητας διενεργήθηκαν από ασφαλιστικές εταιρείες! <sup>\*</sup>Επιπλέον, το 1955 ο Perger περιέγραψε τη φυσική ιστορία της νόσου και τη συχνή εμφάνιση βλαβών στα όργανα στόχους που είναι ο εγκέφαλος, οι όφθαλμοί, ή καρδιά, οι νεφροί και τα αγγεία.

Τελικά, φθάνουμε στη μελέτη-σταθμό για την ιστορία της στεφανιαίας νόσου και της υπέρτασης, την πρώτη μακρόχρονη επιδημιολογική μελέτη, την περίφημη Framingham Study, η οποία είχε έτος έναρξης το 1948. Περισσότεροι από 5000 άνδρες και γυναίκες που ζούσαν στην πόλη Framingham της Μασαχουσέτης των Η.Π.Α. συμπεριελήφθησαν στην εν λόγω μελέτη και παρακολούθησαν για δεκαετίες. <sup>\*</sup>Αποδείχθηκε ότι η υψηλή αρτηριακή πίεση μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή ανεπάρκεια, εγκεφαλική αιμορραγία, νεφρική νόσο και διαχωριστικό ανεύρυσμα της αορτής. <sup>\*</sup>Η υπέρταση βρέθηκε, επίσης, πώς αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη άθηροσκλήρωσης, με τους ασθενείς να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν εγκεφαλικό επεισόδιο, στεφανιαία νόσο και περιφερική αγγειοπάθεια, σε σχέση με τα άτομα που έχουν φυσιολογική αρτηριακή πίεση.

Πέραν της προαναφερθείσας, μια μεγάλη σειρά επιπλέον μελετών έχει ρίξει άπλετο φως στο «μυστήριο» της υπέρτασης, ενώ τα αποτελέσματα άλλων εν εξελίξει μελετών αναμένονται με μεγάλο ενδιαφέρον... 

## Ιπποκράτης χθες - σήμερα - αύριο

### Σταχυολογήματα από την ιστορία της υπέρτασης

**ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΓΡ. ΧΑΤΖΗΣ**, ειδ. καρδιολόγος νοσοκομείου Ν.Ε.Ε.Σ., ύποψήφιος διδάκτωρ Ιατρικής σχολής Παν/μίου Αθηνών

**ΚΩΝ/ΝΟΣ ΤΣΙΟΥΦΗΣ**, επιμελητής καρδ/κού τμήματος, υπεύθυνος αντιυπερτασικού Ιατρείου, Ιπποκράτειο ΓΝΑ

Είναι γνωστό πώς η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί έναν από τους μείζοντες παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ανεπιθύμητων συμβάντων από το καρδιαγγειακό σύστημα, όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, κ.λπ. Δεν είναι υπερβολή να ειπωθεί ότι τα βήματα προόδου που έχουν σημειωθεί στον τομέα της άποσαφήνισης των μηχανισμών και της θεραπείας της νόσου είναι τεράστια, κάτι που αποτυπώνεται και στο πλήθος των σχετικών με την υπέρταση δημοσιεύσεων που κατακλύζουν το διεθνή ιατρικό τύπο. Άξίζει, όμως, να δοūμε όρισμένα σημεία - σταθμούς στην ιστορία αυτής της νόσου.

Η κυκλοφορία του αίματος αποτελούσε άγνωστο μυστήριο για τους Ευρωπαίους Ιατρούς, ενώ οί Κινέζοι τη γνώριζαν ήδη εδώ και 3.000 έτη. Ο αρχαίος «Κινέζικος Κανόνας της Ιατρικής» ανέφερε πώς «το αίμα ρέει διαρκώς και κυκλικά και δεν σταματά ποτέ... Το αίμα δεν μπορεί παρά να ρέει αδιάκοπα, όπως το ρεύμα ενός ποταμού ή όπως κινείται ο ήλιος και το φεγγάρι στην τροχιά τους. Μπορεί να παρομοιαστεί με έναν κύκλο χωρίς αρχή και τέλος...». Σε αντίθεση με τους Κινέζους, οί Ευρωπαίοι Ιατροί ήταν βέβαιοι πώς το αίμα πηγάζει από το ήπαρ και ρέει προς τα άλλα όργανα και αποτελεί ένα από τα τέσσερα υγρά του σώματος (τα άλλα ήταν το φλέγμα, η μαύρη και η κίτρινη χολή). Επίσης, υπέθεταν ότι ο αέρας πηγάζει απευθείας στην καρδιά και από εκεί κατανέμεται στα διάφορα όργανα μέσω των αρτηριών.

Κατά το 16ο αιώνα ο Leonardo da Vinci απέδειξε ότι ο αέρας δεν εισέρχεται στην καρδιά δια των πνευμόνων μέσω των πνευμονικών φλεβών, όπως μέχρι τότε πίστευαν και υπέδειξε την ύπαρξη των καρδιακών βαλβίδων και των στεφανιαίων αρτηριών. Στο τέλος του ίδιου αιώνα, δυο άλλοι Ιταλοί πρότειναν τη θεωρία της συνεχούς κυκλοφορίας του αίματος στο ανθρώπινο σώμα. Ο Realdo Colombo ήταν εκείνος που περιέγραψε τη δίοδο του αίματος από τη δεξιά κοιλία μέσω της πνευμονικής αρτηρίας προς τους πνεύμονες, όπου έρχεται σε έπαφή με τον εισπνεόμενο αέρα. Στη συνέχεια, το όξυγονωμένο πλέον αίμα επιστρέφει στο άριστερο τμήμα της καρδιάς. Έπίσης, ο Andrea Cesalπino παρατήρησε ότι η περίδεση του βραχίονα έχει ως αποτέλεσμα τη διόγκωση των φλεβών

κάτωθεν της περιδέσεως και όχι άνωθεν αυτής. Με βάση αυτήν την παρατήρηση εξήγησε ότι το αίμα από τις φλέβες ρέει προς μία μόνο κατεύθυνση, δηλαδή από τα άκρα προς την καρδιά, ενώ ήταν εκείνος που για πρώτη φορά περιέγραψε ολοκληρωμένα την αιματική κυκλοφορία.

Το έτος 1628, ο William Harvey εκδίδει το κλασικό του σύγγραμμα «Περὶ της κίνησης της καρδιάς και του αίματος στους ζωικούς οργανισμούς», όπου εξηγεί αναλυτικά την κυκλοφορία του αίματος. Η δουλειά του βασίστηκε στις παρατηρήσεις των δυο προαναφερθέντων Ιταλών και το συμπέρασμα του συνοψίζεται στην παρατήρηση ότι «το αίμα κινείται διαρκώς σε κυκλική βάση και η λειτουργία της καρδιάς είναι να εὐοδώνει αυτήν την κίνηση μέσω της δράσης της ως αντλίας».

Και φτάνουμε στο έτος 1733, που ο Stephen Hales πρώτος περιέγραψε την αρτηριακή πίεση στους ζωικούς οργανισμούς. Συγκεκριμένα, σε άρθρο που δημοσίευσε, περιέγραψε την άμεση μέτρηση της αρτηριακής πίεσεως σε διάφορα ζώα, ιδίως στο άλογο. Η μέθοδος περιελάμβανε την τοποθέτηση ενός γυάλινου σωλήνα εντός μίας μεγάλης αρτηρίας του ζώου και τη μέτρηση του ύψους της στήλης του αίματος που ξέ-

θείται εντός του σωλήνα.

Το 19ο αιώνα συντελέστηκε πραγματική κοσμογονία σε ό,τι αφορά στην κατανόηση των μηχανισμών της υπέρτασης. Ο Γάλλος φυσιολόγος Claude Bernard ανακάλυψε την παρουσία νευρικών απολήξεων στα τοιχώματα των αρτηριών και εξήγησε το ρόλο τους στη ρύθμιση της διαμέτρου των αγγείων και στην κατανομή του αίματος στα διάφορα σημεία του ανθρώπινου σώματος. Το 1852, ο Charles Brown Sequard εξήγησε τις επιδράσεις του συμπαθητικού νευρικού συστήματος επί των αγγείων. Απέδειξε ότι η διατομή των νεύρων του συμπαθητικού συστήματος προκαλεί διαστολή των αγγείων, ενώ αντίθετα η διέγερση αυτών προκαλεί σύσπασμα των αγγείων. Το 1836 ο Richard Bright έδωσε ώθηση στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ υπέρτασης και νεφρικής νόσου, καταγράφοντας παρατηρήσεις επί ασθενών του. Σε μία δημοσίευσή του εκείνο το έτος αναφέρει πώς όρισμένες παθολογικές μεταβολές των νε-



## Ήξονική στεφανιογραφία: Ή νέα ἀναίμακτη μέθοδος για τὴ διάγνωση τῆς στεφανιαίας νόσου.

**ΓΡΗΓΟΡΗΣ Κ. ΚΩΤΟΥΛΑΣ,** δ/ντῆς τομέα διαγνωστικῆς & ἐπεμβατικῆς ἀκτινολογίας Εὐρωκλινικῆς Ἀθηνῶν


Ἡ ἄξονική τομογραφία εἶναι ἡ πλέον καταξιωμένη μέθοδος, πού χρησιμοποιεῖ ἀκτίνες Χ, για τὴν ἔγκαιρη καὶ ἀκριβῆ διάγνωση τῶν διαφόρων παθήσεων τοῦ ἀνθρώπινου ὀργανισμοῦ. Τὰ τελευταῖου τύπου μηχανήματα ἄξονικῆς τομογραφίας εἶναι πολὺ γρήγορα καὶ μποροῦν νὰ ἀπεικονίσουν τὰ διάφορα ὄργανα τοῦ σώματος σὲ λίγα δευτερόλεπτα. Ἡ ἀπεικόνιση τῆς καρδιάς καὶ τῶν στεφανιαίων ἀρτηριῶν δὲν ἦταν ἱκανοποιητικὴ μὲ τὰ παλαιὰ μηχανήματα, λόγω τοῦ ὅτι ἡ καρδιά μας κινεῖται συνεχῶς. Μὲ τὰ νέα, πολὺ γρήγορα μηχανήματα ἡ ἀπεικόνιση τῆς καρδιάς καὶ τῶν στεφανιαίων ἀγγείων εἶναι ἐφικτὴ μὲ ἰδιαίτερα μεγάλη ἀξιοπιστία, διότι ἡ μεγάλη ταχύτητα τοῦ μηχανήματος, μὲ ταυτόχρονο συγχρονισμό τοῦ ἠλεκτροκαρδιογραφήματος, προσφέρει εἰκόνες πολὺ καθαρές, διότι ἡ καρδιά μοιάζει νὰ φωτογραφίζεται «ἀκίνητη». Ἐπομένως καὶ ἡ διάγνωση εἶναι εὐκόλη καὶ ἀξιόπιστη.

Ἡ ἄξονική στεφανιογραφία εἶναι μία διαγνωστικὴ στεφανιογραφία πού γίνεται μὲ τὸν ἄξονικὸ τομογράφο (νέας γενιᾶς - 64 τομῶν) καὶ ὡς πρὸς τὴν τεχνικὴ τῆς δὲν διαφέρει ἀπὸ μία ὁποιαδήποτε ἄξονικὴ τομογραφία. Διηλαδῆ ὁ ἀσθενὴς τοποθετεῖται στὸν ἄξονικὸ τομογράφο καὶ ἀπὸ μία φλέβα τοῦ χορηγεῖται μία σκιαγραφικὴ οὐσία, ἐνῶ ταυτόχρονα τὸ μηχανήμα «φωτογραφίζει» τὰ στεφανιαία ἀγγεῖα. Ἡ διαδικασία αὐτὴ κρατᾶει λίγα (10-13) δευτερόλεπτα. Κατόπιν, ὁ εἰδικὸς ἰατρὸς ἀναλύει τῆς εἰκόνες στὸν εἰδικὸ ὑπολογιστὴ καὶ μετὰ ἀπὸ μισὴ περίπου ὥρα μπορεῖ νὰ ἀπαντήσει στὸ ἐρώτημα πού βασανίζει πολλοὺς ἀνθρώπους ἐὰν ἔχει στεφανιαία νόσο ἢ ὄχι.

Ἡ διαφορά τῆς ἄξονικῆς στεφανιογραφίας ἀπὸ τὴν κλασικὴ στεφανιογραφία εἶναι ὅτι ὁ ἀσθενὴς δὲν χρειάζεται νὰ ὑποβληθεῖ σὲ καθετηριασμό τῆς ἀρτηρίας τοῦ μηροῦ του ἢ τοῦ βραχίονά του καὶ δὲν χρειάζεται νὰ παραμείνει στὸ νοσοκομεῖο μετὰ τὴν εξέταση. Ἐπίσης, δὲν ὑπάρχουν ἐπιπλοκὲς κατὰ τὴν εξέταση, δεδομένου ὅτι ἡ εξέταση δὲν εἶναι ἐπεμβατικὴ.

Ποιοὶ ἀπὸ ἐμᾶς μποροῦμε καὶ ποιοὶ πρέπει νὰ ὑποβληθοῦν σὲ ἄξονικὴ στεφανιογραφία; Ὅλοι ὅσοι δὲν ἔχουμε γνωστὴ ἀλλεργία στὸ ἰώδιο μποροῦμε νὰ ὑποβληθοῦμε σὲ αὐτὴ τὴν εξέταση. Μέχρι σήμερα δὲν εἶναι ἀπολύτως ξεκαθαρισμένες οἱ ἐνδείξεις για τὸ ποιοὶ πρέπει νὰ ὑποβάλλονται σὲ αὐτὴ τὴν εξέταση. Πάντως οἱ περισσότεροι συμφωνοῦν ὅτι ὅσοι θέλουν νὰ ξέρουν ἐὰν ἔχουν στεφανιαία νόσο καὶ εἶναι ἄτομα μὲ προδιαθεσιακούς παράγοντες, δηλαδὴ ἔχουν ὑπέρταση, διαβήτη, ὑπερλιπιδαιμία, καπνίζουν ἢ εἶναι ὑπέρβαιοι καὶ κάνουν καθιστικὴ ζωὴ καὶ εἶναι μεγαλύτεροι τῶν 50 ἐτῶν, μποροῦν νὰ ὑποβληθοῦν σὲ αὐτὴ τὴν εξέταση, πάντοτε ὅμως μὲ τὴ συμφωνη γνώμη τοῦ καρδιολόγου τους, ὁ ὁποῖος ἔχει καὶ τὴν εὐθύνη για τὴν καλὴ ποιότητα τῆς ζωῆς τους καὶ για τὴ μακροήμερόσ τους.




Στὴ χώρα μας ὑπάρχουν τέτοια σύγχρονα μηχανήματα στὴν Ἀθήνα, στὴ Θεσσαλονίκη καὶ στὴν Κόρινθο (τὸ πρῶτο ἐγκαταστάθηκε στὴν Ἀθήνα πρὶν δύο χρόνια) καὶ ὁλοένα αὐξάνεται ὁ ἀριθμὸς τῶν μηχανημάτων αὐτῶν. Σιγὰ σιγὰ θὰ ἀποκτήσουν τέτοια μηχανήματα καὶ οἱ μεγάλες ἐπαρχιακὲς πόλεις. Ἐπίσης, αὐξάνεται καὶ ὁ ἀριθμὸς τῶν γιατρῶν πού εἶναι ἐκπαιδευμένοι για νὰ ἐκτιμήσουν σωστὰ τῆς εἰκόνες καὶ νὰ ἀπαντήσουν στὸ κρίσιμο ἐρώτημα τοῦ ἀσθενούς «ἔχω ἢ δὲν ἔχω στεφανιαία νόσο;». 

συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 2

Τὸ πόσο καὶ τί τρῶμε ἀπαιτεῖ γνῶση. Πρέπει νὰ ἐκπαιδευτοῦν οἱ μπτέρες τί νὰ μαγειρεύουν καὶ τὰ παιδιὰ τί νὰ τρῶνε. Γι' αὐτὸ καὶ τὸ πρόβλημα τῆς παχυσαρκίας θεωρεῖται ὡς κατεξοχὴν θέμα ἐκπαίδευσης τοῦ κοινοῦ. Για νὰ ἐπιτύχουμε ἀπώλεια βάρους πρέπει οἱ θερμίδες πού προσλαμβάνουμε νὰ εἶναι λιγότερες ἀπὸ αὐτὲς πού καταναλώνουμε. Ἡ σημερινὴ μας διατροφή χαρακτηρίζεται ἀπὸ κατανάλωση λίπους, ζάχαρης, ἀναψυκτικῶν ποτῶν, κυμῶν καὶ εὐκόλων γλυκῶν. Αὐτὰ τὰ τρόφιμα δὲν μᾶς προσφέρουν μόνο πολὺ μεγάλο ἀριθμὸ θερμίδων χωρὶς νὰ μᾶς δίνουν ἀντίστοιχα θρεπτικὰ συστατικὰ ἀλλὰ, παράλληλα, δὲν μᾶς χορταίνουν μὲ ἀποτέλεσμα λίγο μετὰ τὴν κατανάλωση νὰ πεινᾶμε ξανά.

Μελέτες ἔχουν δεῖξει ὅτι μείωση τοῦ σωματικοῦ βάρους τῆς τάξεως τοῦ 5-10% συνοδεύεται ἀπὸ σημαντικὴ βελτίωση τῶν καρδιομεταβολικῶν παραμέτρων καί, συνεπῶς, ἡ διαίτα ἔχει μεγάλη σημασία.

Πρόσφατα ἔλαβε ἐγκριση ἀπὸ τὸν Εὐρωπαϊκὸ Ὀργανισμὸ Φαρμάκων για νὰ κυκλοφορήσει στὶς 25 χώρες τῆς Εὐρώπης, καὶ ἤδη κυκλοφορεῖ στὴν Ἀγγλία, ἓνα καινούργιο φάρμακο πού μειώνει τὸν καρδιομεταβολικὸ κίνδυνο (στὴ χώρα μας ἀναμένεται νὰ κυκλοφορήσει στὶς ἀρχὲς τοῦ 2007). Ἡ ἐνεργὸς οὐσία εἶναι ριμοναμπάτη (ἐμπορικὴ ὄνομασία Acomplia) καὶ ἔχει βρεθεῖ ὅτι

συνέχεια στὴ σελ. 15 

## επικαιρα και αλλα

### Τὰ ... κανονικά και τὰ παράδοξα

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

Πρόληψη πρωτογενής στην καρδιολογία σημαίνει να παρεμβαίνεις αποτελεσματικά ώστε να μη συμβεί ένα αγγειακό καρδιακό ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Στην πρόληψη εντοπίζεις, εκτιμάς και παίρνεις μέτρα έναντίον παραγόντων κινδύνου στο πλαίσιο μάχης να αποφύγεις ή να περιορίσεις ή να αναβάλλεις το κακό μίας τέτοιας προσβολής. Έτσι, λαμβάνονται μέτρα υγιεινής και διατροφής, στην ανάγκη δίδονται και φάρμακα. Η τακτική σωματική άσκηση ελαττώνει πολλούς παράγοντες κινδύνου: την υπέρταση, το διαβήτη, τη χοληστερόλη, τα πάχνη-λίπη στην κοιλιά, το στρες. Ως προς την υπέρταση μπορεί να προληφθεί σε ποσοστό 20-40% σε άνδρες και γυναίκες με άσκηση. Η πρόληψη σε θέλει ενεργό σωματικά, active, πολύ active στη νεοελληνική. Να βαδίζεις ζωηρά μία ώρα την ημέρα τουλάχιστον τρεις ή καλύτερα τέσσερις φορές την εβδομάδα. Εάν δεν μπορείς συνέχεια μία ώρα, έχεις το ίδιο αποτέλεσμα εάν βαδίζεις μισή ώρα το πρωί και άλλη μισή το βράδυ ή "σπάσεις" την ώρα σε τέσσερα τέταρτα βαδίσματος ημερησίως. Το πρόβλημα, λοιπόν, δεν είναι η ένταση της άσκησης, αρκεί το βάδισμα να είναι ζωηρό σε βαθμό που να μπορείς να λες πέντε λέξεις στη σειρά δίχως να φουσκώνεις. Χρειάζεται να είναι μέτριας έντασης και καθημερινή σε όλες τις ηλικίες, από τη σχολική μέχρι αυτήν του τέλους.

Η σωματική άσκηση έχει άμεση επίδραση και στη χοληστερίνη. Αύξάνεται η τιμή της «καλής» HDL χοληστερόλης κατά 10-20%, εάν βαδίζεις τακτικά κάθε εβδομάδα. Αντίστοιχα ελαττώνεται η «κακή» LDL χοληστερόλη, όπως επίσης μειώνονται σημαντικά και τα τριγλυκερίδια. Με την άσκηση έχεις μεγάλη ωφέλεια και στο θέμα του διαβήτη. Εδώ η τακτική άσκηση ή και η ένταξη άσκηση, π.χ. σε γήπεδο με τρέξιμο, ελαττώνει την εμφάνιση για πρώτη φορά του διαβήτη σε ποσοστό 50%, σύμφωνα με Φινλανδική μελέτη. Μάλιστα, εάν ανήκεις σε οικογένεια διαβητικών που τα μέλη έχουν και υπέρταση και παχυσαρκία, η τακτική σωματική άσκηση μπορεί να ελαττώσει την εμφάνιση νέου διαβήτη σε ποσοστό 60-65%. Τέλος, με τη σωματική άσκηση υποχωρεί και το σωματικό βάρος, κάτι το οποίο ανακουφίζει πολύ τον πάσχοντα από παχυσαρκία. Ιδιαίτερο όφελος για την υγεία παρουσιάζει η ελάττωση του λίπους στην κοιλιά, το οποίο θεωρείται παράγον κινδύνου για την εμφάνιση καρδιακού ή εγκεφαλικού επεισοδίου. Είναι ενδιαφέρον ότι βαδίζοντας γοργά επί μία ώρα χάνεις 250-300 θερμίδες, το οποίο ισοδυναμεί με 40 γραμμάρια λίπους. Αυτό μπορεί να φαίνεται λίγο, αλλά εάν άσκεισαι τακτικά τέσσερις φορές την εβδομάδα χωρίς να τρώς μία μπουκιά ή πειρουσιά περισσότερο απ' ό,τι συνήθως, τότε σε ένα χρόνο άβιαστα χάνεις 8 κιλά! Περιττό να αναφερθούμε στην επίδραση που έχει η άσκηση στο στρες και το κάπνισμα. Όλοι οι ασκούμενοι βεβαιώνουν πόση καλά-



ρωση και ευεξία αισθάνονται την ημέρα της ασκήσεως και πόσο σ' αυτό τους εμποδίζει ή νικητίν.

Έχει και παράδοξα ή ιατρική. Είναι γνωστόν ότι το εμφραγμα συμβαίνει πιο συχνά στους άνδρες, ενώ οι γυναίκες μακρομερεύουν. Όμως, αν πάθει εμφραγμα το θήλυ, τότε κινδυνεύει περισσότερο από τον άνδρα. Άλλο παράδοξο! Όλοι γνωρίζουμε ότι οι καπνιστές παθαίνουν συχνότερα εμφραγμα από τους ελεύθερους άνθρωπος που αναπνέουν τον άερα δίχως νικητίν. Όμως, αν πάθει εμφραγμα ο καπνιστής μειώνονται οι πιθανότητες να πάθει επιπλοκές. Ίσως επειδή οι εύλωτοι έχουν «φύγει» νωρίτερα και φτάνουν μόνο οι σκληροί στο εμφραγμα. Άλλο παράδοξο! Είναι γνωστό ότι οι παχείς παθαίνουν πιο συχνά εμφραγμα. Και όταν το πάθουν, τότε χρειάζεται διαμετρικά για να τους εξηγήσεις τι σημαίνει εάν χάσουν λίγα κιλά κατά τους πρώτους μήνες μετά την προσβολή. Ο διαμετρικός χρειάζεται επειδή μπορεί το εμφραγμα αυτό να προκαλέσει καρδιακή ανεπάρκεια και τότε απώλεια πάνω από 3,5% του σωματικού βάρους κατά τους πρώτους τρεις μήνες σημαίνει αυξημένο κίνδυνο σε σύγκριση με τους άλλους που παρέμειναν παχείς. Αυτός ο κίνδυνος οφείλεται σε μηχανισμούς ασθένειας νευροορμονικούς και άλλους που επηρεάζουν το μεταβολισμό. Αυτά είναι εύρηματα από πρόσφατη μεγάλη μελέτη σε 4.360 άρρώστους που έπαθαν όξυ εμφραγμα του μυοκαρδίου και τους παρακολούθησαν κοντά τρία χρόνια. Στο χρονικό αυτό διάστημα σημειώθηκαν επτά αναχωρήσεις σε πάσχοντες από όξυ εμφραγμα του μυοκαρδίου που στη συνέχεια ανέπτυξαν βαθμό καρδιακής ανεπάρκειας. Τόσο οι παχείς όσο και οι έχοντες φυσιολογικό ή μειωμένο βάρος κατά την όξεϊα φάση του εμφράγματος διέτρεξαν μεγαλύτερο κίνδυνο για αναχώρηση, έφ' όσον έπαθαν και κάμψη της καρδιάς. Αυτά βέβαια δεν έχουν καμία σχέση με τους παχείς που παθαίνουν εμφραγμα χωρίς επιπλοκή και στη συνέχεια αδυνατίζουν με δίαιτα και σωματική άσκηση (Kennedy L.M.A. και συν.: Eur Heart J 2006,27:2755-62).

## Ἄς μακροημερεύσουμε σὰν τοὺς προγόνους μας

Πόσα χρόνια νὰ ζοῦσαν οἱ ἀρχαῖοι; Θὰ σᾶς φανεῖ περίεργο, ἀλλὰ ἀρκετοὶ περνοῦσαν τὰ 90 καὶ κάποιοι ἔφθαναν τὰ 100. Ὁ Ξενοφῶν γεννήθηκε τὸ 445 καὶ τὴν τελευταία του πνοὴ ἄφησε τὸ 354 π.Χ., δηλαδὴ ἔφθασε τὰ 91. Ὁ Δημοκρίτος στὴ Θράκη ἔζησε ἀπὸ τὸ 460 ἕως τὸ 370 π.Χ., ἔπιασε τὰ 90. Ὁ Θαλῆς στὴ Μίλητο ἦταν 95 ἐτῶν τὸ 548 π.Χ., ἔτος τῆς ἀναχωρήσεώς του, καὶ εἶχε γεννηθεῖ τὸ 643 π.Χ. Ὁ Ζήνων Κυπριεύς, ἰδρυτὴς τῆς Φιλοσοφικῆς Σχολῆς τῶν Στωϊκῶν εἰς τὰς Ἀθήνας ἔφθασε τὰ 98 (336-238 π.Χ.). Ἐτρώγε ψωμί μὲ μέλι καὶ σῦκα καὶ ὁ διάδοχός του στὴ Σχολή, ὁ Κλεάνθης (331-232 π.Χ.), ἔπιασε τὰ 99. Καὶ ὁ Σοφοκλῆς, ἂν δὲν στραβοκατάπινε ρόγα σταφυλίου, θὰ προχωροῦσε μετὰ τὰ 90 (496-406 π.Χ.) καὶ ἴσως ἔφθανε τὸν Ἀθηναῖο ρήτορα Ἰσοκράτη, πού εἶχε ἀντίθετη γνώμη ἀπὸ τὸ Δημοσθένη ὡς πρὸς τοὺς Μακεδόνες καὶ τὸ Φίλιππο καὶ ἔζησε ἀπὸ τὸ 436 ἕως τὸ 338 π.Χ., ἦγον 98 ἔτη. Δὲν ὑπέρβησε καὶ ὁ Πλάτων πού πῆγε 91 (428-337 π.Χ.), ἐνῶ ὁ ἄγιος Ἀντώνιος, γεννημένος πλούσιος στὴν Ἀλεξάνδρεια, προτίμησε νὰ ἀπαλλαγεῖ ἀπὸ τὰ βάρη τοῦ κόσμου, ἔγινε ἐρημίτης καὶ ἔφθασε τὰ 105 (251-356 μ.Χ.). Μὲ αὐτὰ τὰ δεδομένα τῶν ἀρχαίων ἀντιλαμβάνεστε τὴ σημασία τῆς πρόληψης παθήσεων πού ἐμποδίζουν τὸ δρόμο μας στὰ 100. Μποροῦμε νὰ τὰ φθάσουμε ἐὰν προλαμβάνουμε τὶς αἰτίες, εἴτε μία ἀπὸ αὐτὲς εἶναι τὸ ὑπερβάλλον βάρος - παχυσαρκία, εἴτε τὸ κάπνισμα, εἴτε ἡ μοτοσυκλέτα καὶ τὸ αὐτοκίνητο, πού ἀχρηστεύουν τὰ πόδια μας. Ἦδη ὑπάρχει σχετικὴ βελτίωση καὶ ὁ μέσος ὅρος ζωῆς τῶν Ἑλληνίδων ξεπερνάει τὰ 81 καὶ τῶν Ἑλλήνων τὰ 76. Λίγο γυμναστικὴ χρειάζεται στὸ σῶμα, στὸ πνεῦμα, στὴν ψυχὴ. Καὶ γιὰ τοῦ λόγου τὸ ἀληθές, σήμερα τὸ πρῶι πῆρα σημεῖωμα ἀπὸ τὸν Ι.Π., 53 ἐτῶν, ὁ ὁποῖος μοῦ γράφει τὰ ἑξῆς: «Ἐἶχα πῆσει 14,5/9 καὶ σὲ ἄκουσα μία ἡμέρα πού ἔλεγες γιὰ ἄσκηση μὲ καθημερινὸ βᾶδισμα. Ἐφάρμοσα, λοιπόν, τέσσερις φορές τὴν ἑβδομάδα γρήγορο βᾶδισμα, κάθε φορά ὀκτὼ χιλιομέτρων, καὶ ἡ πῆσῃ μου ἔπεσε στὸ 11,5/7». Αὐτὰ συμβαίνουν ὅταν μὲ τὴν ἄσκηση φεύγει τὸ στρές, γυμνάζονται οἱ μῦες, φεύγει ὁ σπασμὸς καὶ χαλαρώνουν οἱ ἄρτηριες.

## Σοκολάτα ... μὲ περίσκεψη

Τὸν 5<sup>ο</sup> αἰῶνα μ.Χ. οἱ Μάγιας στὴν Κεντρικὴ Ἀμερικὴ ὀνόμασαν γιὰ πρώτη φορά τὸν καρπὸ ἐνὸς δέντρου, γνωστοῦ σήμερα ὡς κακαόδεντρου, κακάο. Ὁ καρπὸς αὐτὸς ἦταν συνδεδεμένος μὲ τὴν καθημερινή τους ζωὴ: τὸν προσέφεραν στοὺς θεοὺς τους ὡς δῶρο μὲ ἀφορμὴ μία γέννηση ἢ προέβλεπαν μ' αὐτὸν κάποιον ἐπικείμενο θάνατο. Ἀργότερα οἱ Ἀζτέκοι χρησιμοποιοῦσαν τὸ κακάο ὡς τοπικὸ ρόφημα γιὰ τοὺς πολεμιστὲς τους. Ἐπίσης, οἱ σπόροι τοῦ κακάο ἦταν μέσο συναλλαγῆς, π.χ. 100 σπόροι γιὰ ἓνα σκλάβο. Τὸ ὄνομασαν xocolatl, πού στὰ ἰσπανικὰ "μεταφέρθηκε" ὡς σοκολάτα-chocolate.

Στὴν Εὐρώπῃ ἡ σοκολάτα ἦρθε τὸ 1580, γιὰ πρώτη φορά στὴν Ἰσπανία, ὡς προϊόν πολυτελείας. Περὶ τὸ 1830 στὴν Ἑλβετία δημιουργήθηκε ἡ σοκολάτα γαλακτοῦ πού γνωρίζουμε σήμερα.

Ἡ σοκολάτα ἀποτελεῖ καύσιμ ὕλη γιὰ τὸν ὄργανισμὸ καὶ παρέχει ἐνέργεια πολὺ σημαντικὴ. Τὰ 100 γραμμάρια σοκολάτας ὑγείας παρέχουν 516 θερμίδες, ἐνῶ τὰ ἀντίστοιχα γραμμάρια σοκολάτας γαλακτοῦ 550 θερμίδες. Ἡ σοκολάτα ὑγείας περιέχει 57 γρ. ζάχαρης, 30 γρ. λιπιδίων, 18 γρ. κεκορεσμένων καὶ 12 γρ. μονοακόρεστων λιπαρῶν, μόνο 1mg χοληστερόλης, 112 mg μαγνησίου, 50 mg ἄσβεστιοῦ καὶ 3 mg σιδήρου. Ἡ σοκολάτα γαλακτοῦ περιέχει 56 γρ. ζάχαρης, 32 γρ. λιπιδίων, 18,4 γρ. κορεσμένων καὶ 10,1 μονοακόρεστων λιπαρῶν, 18 mg χοληστερόλης, 60 mg μαγνησίου, 220 mg ἄσβεστιοῦ καὶ 1,5 mg σιδήρου.

Σήμερα ὁ ἄσθενής, ἀλλὰ καὶ ὁ ὑγιής, ἐμπραξόμενοι ἀπὸ ἀντικρουόμενες ἀπόψεις, δὲν γνωρίζουν τί στάση νὰ κρατήσουν ἀπέναντι στὴ σοκολάτα. Αὐτὸ πού εἶναι σίγουρο εἶναι ὅτι ἡ σοκολάτα εἶναι ἀπόλαυση. Παρ' ὅλα αὐτὰ εἶναι ἓνα προϊόν ὑψηλῆς θερμιδικῆς ἀξίας, πλούσιο σὲ ζάχαρη καὶ λιπαρά, πού περιέχει ὅμως καὶ ὑψηλὲς τιμὲς ἀντιοξειδωτικῶν οὐσιῶν καὶ μετάλλων. Ἐνα θὰ πρέπει ὅλοι νὰ ξέρομε: ὅσα πρόσωπα εἶναι ὑπέρβαρα ἢ πάσχουν ἀπὸ διαβήτη ἢ ἔχουν ὑψηλὲς τιμὲς χοληστερόλης καὶ τριγλυκεριδίων θὰ πρέπει νὰ μετριάσουν τὴν κατανάλωσή της. Ἀπὸ τὴν ἄλλη πλευρά, οἱ ὀφέλιμες οὐσίες πού περιέχονται στὴ σοκολάτα μποροῦν νὰ προσληφθοῦν ἀπὸ ἄλλες διατροφικὲς πηγές, ὅπως εἶναι τὰ φρούτα, τὰ λαχανικά, τὰ γαλακτοκομικά, τὰ κρέατα κ.ἄ.

Καλὸ εἶναι νὰ θυμόμαστε ὅτι κάθε φορά πού τρῶμε ἓνα μικρὸ κομματάκι σοκολάτας 5 γρ. λαμβάνουμε 25 θερμίδες. Ἐὰν φᾶμε ἓνα κομμάτι τῶν 20 γρ. πᾶμε στὶς 100 θερμίδες. 🍓



### συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 14

Φροντίζουμε νὰ ἐνυδατωνόμαστε κατὰ τακτὰ χρονικὰ διαστήματα, ἀκόμη καὶ τὸ χειμῶνα πού δὲν διψᾷ στὴ διάρκεια τῆς πορείας. Εἶναι προτιμότερο νὰ πίνουμε δύο γουλιές νερὸ κάθε 20 λεπτὰ παρὰ πολὺ ὅταν ἔχουμε διψάσει ἀρκετὰ. Ἐπιβάλλεται δὲ νὰ κάνουμε κάτι τέτοιο γιὰ νὰ μὴν ἀφυδατωθοῦμε.

Καλὸ εἶναι κάθε μιὰ ὥρα νὰ κάνουμε μικρὴ στάση 4-5 λεπτῶν ἔτσι ὥστε νὰ ξεμουδιάζουμε ἐὰν τὸ σακιδίό μας εἶναι βαρὺ, ἀλλὰ καὶ νὰ μὴν κρυώνουμε, ἐφ' ὅσον σταματήσουμε περισσότερο.

Οἱ στάσεις αὐτὲς νὰ εἶναι σὲ ὅσο τὸ δυνατόν ὑπνεμα μέρη καὶ νὰ φορᾶμε κάποιο ἀντιανεμικὸ σὲ αὐτές.

Κατὰ τὴ διάρκεια τῆς πορείας ἐνδείκνυνται τὰ βήματά μας νὰ εἶναι μικρὰ σὲ μῆκος καὶ μὲ μεγαλύτερη συχνότητα παρὰ μεγάλα καὶ πιὸ ἀργά, ἰδίως στὴν ἀνηφόρα καὶ τὴν κατηφόρα. Χρήσιμο δὲ εἶναι νὰ ἔχουμε μπατὸν (ὀρειβατικὰ μπαστούνια) στὰ χέρια ἔτσι ὥστε νὰ μοιράζονται οἱ δυνάμεις μας καὶ νὰ μὴν καταπονούνται μονάχα τὰ πόδια μας.

Τέλος, καλὸ εἶναι νὰ κρατᾶμε δυνάμεις καὶ νὰ μὴν ἐξαντλούμαστε ὑπολογίζοντας πάντα κάτι ἀπρόοπτο στὴν ἐκδρομὴ πού ἔχει νὰ κάνει μὲ τὸν καιρὸ ἢ τοὺς ἄλλους τῆς παρέας μας.

Τηλ. ΕΟΟΑ 210 3645904

Τηλ. Ε.Ο.Σ. Ἀχαρνῶν 210 2461528. 🍓

## ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ

### Κέντρο Ύγείας Καλαμπάκας

ΙΩΑΝΝΗΣ Κ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΣ,

παθολόγος-διευθυντής Κέντρου Ύγείας Καλαμπάκας

Ἡ πόλη τῆς Καλαμπάκας, χτισμένη στὶς παρυφῆς τῶν βράχων τῶν Μετεώρων, ἐξελίχθηκε σὲ πόλο ἔλξης ἐπισκεπτῶν, ὄχι μόνο ἀπὸ τὴν Ἑλλάδα, ἀλλὰ καὶ ἀπὸ ὁλόκληρο τὸν κόσμο. Αὐτὸ βοήθησε σημαντικά στὴν τουριστικὴ ἀνάπτυξη τῆς περιοχῆς μὲ καταλύματα, κώρους ἐστίασης, καταστήματα εἰδῶν λαϊκῆς τέχνης καὶ ἐργαστηρίων ἀγιογραφίας, μὲ ἀποτέλεσμα ἡ πλειοψηφία τοῦ τοπικοῦ πληθυσμοῦ νὰ ἐμπλέκεται ἄμεσα ἢ ἔμμεσα σὲ δραστηριότητες ποὺ ἔχουν σχέση μὲ τὸν τουρισμό.

Ἡ ἐπίσκεψη στὰ Μετέωρα εἶναι μίᾳ μοναδικῆ ἐμπειρία ποὺ γεμίζει μὲ δέος τὸν περιηγητή. Τὰ θεόρατα καὶ ἀπόκοσμα βράχια πάνω ἀπὸ τὴν πόλη τῆς Καλαμπάκας εἶναι ἀσύγκριτης ὀμορφιάς καὶ ἀποτελοῦν ἓνα μοναδικὸ γεωλογικὸ φαινόμενο. Οἱ σχηματισμοὶ αὐτοὶ ἀπέτελεσαν κῶρο θρησκευτικῆς λατρείας ἀπὸ τὸ 14ο αἰώνα ποὺ χτίστηκαν τὰ πρώτα μοναστήρια. Σήμερα τὰ Μετέωρα ἔχουν ἀνακηρυχθεῖ Μνημεῖο Παγκόσμιας Πολιτιστικῆς Κληρονομιάς ἀπὸ τὴν UNESCO. Ἀπὸ τὰ μοναστήρια τῶν Μετεώρων εἶναι ἐπισκέψιμο τοῦ ἁγίου Νικολάου Ἀναπαυσᾶ, Ρουσάνου ἢ ἁγίας Βαρβάρας, Βαρλαάμ ἢ ἁγίων Πάντων, τῆς Μεταμορφώσεως τοῦ Σωτῆρος ἢ Μεγάλου Μετέωρου, τῆς ἁγίας Τριάδας καὶ τοῦ ἁγίου Στεφάνου. Ἐκτὸς ἀπὸ τὶς μονὲς τῶν Μετεώρων, ἄλλες σημαντικὲς στὴν περιοχὴ εἶναι τῶν ἁγίων Θεοδώρων στὴ Θεόπετρα, τῆς Κοιμήσεως τῆς Θεοτόκου στὶς Σταγιάδες καὶ τῆς Κοιμήσεως τῆς Θεοτόκου στὸ Βυτουμᾶ.

Στὸν εὐρύτερο ἐπισκέψιμο κῶρο ὑπάρχουν τρεῖς γεωγραφικὲς περιοχὲς ποὺ ἔχουν ἐνταχθεῖ στὸ Δίκτυο Natura 2000, ὅπως ἡ περιοχὴ Ἀσπροποτάμου, ἡ περιοχὴ Κόζιακα καὶ ἡ περιοχὴ Ἀντιχασίων καὶ Μετεώρων, οἱ ὁποῖες, ἐκτὸς ἀπὸ τὴν ὑψηλὴ αἰσθητικὴ ἀξία ποὺ παρουσιάζουν, εἶναι σημαντικὲς καὶ γιὰ τὴν πλούσια χλωρίδα καὶ πανίδα ποὺ φιλοξενοῦν. Εἶναι, ἐπίσης, σπάνιοι βιότοποι γιὰ τὴν ἀρκούδα, τὴ βίδρα, τὸ ἀγριόγιδο, τὸ λύκο, τὸ ζαρκάδι, τὸ ἀγριογούρουνο καὶ τὴν ἀλεπού.

Στὴν εὐρύτερη ὄρεινὴν περιοχὴ ὑπάρχουν πολλὰ ἀξιόλογα μέρη μὲ ὑψηλῆς ποιότητας καταλύματα καὶ ὑποδομὲς ποὺ ἀξίζει νὰ ἐπισκεφθεῖ κανεὶς, συνδυάζοντας ἓνα πλῆθος ὑπαίθριων δραστηριοτήτων, ὅπως πεζοπορία, ποδήλατο βουνοῦ, ψάρεμα πέστροφας, ὄρειβασία, ἀναρρίχηση, χειμερινὰ σπόρ, ἵππασία, ράφτινγκ, κανὸ καὶ καγιὰκ στὸν Ἀσπροπόταμο καὶ ἀπολαμβάνοντας μίᾳ ἀλυσμὸν ἐμπειρία ἀπὸ τὸ ἀπαράμιλλης ὀμορφιάς φυσικὸ περιβάλλον. Ἐνδεικτικὰ ἀναφέρουμε τὴν περιοχὴ τοῦ Ἀσπροποτάμου, τῆς Χρυσομηλιάς, τὸ Περτούλι, τὸν Κλεινοβό, τὸ Παλαιοχώρι, τὴν Καστανιά καὶ πολλὰ ἄλλα χωριά μὲ πλούσια τοπικὴ παράδοση καὶ παραδοσιακὰ προϊόντα.

Ἡ πόλη τῆς Καλαμπάκας, ἐκτὸς ἀπὸ ὄρμητήριο γιὰ νὰ ἀπολαύσει κανεὶς τὶς φυσικὲς ὀμορφιὲς καὶ τὰ μνημεῖα τοῦ πολιτισμοῦ τῆς περιοχῆς, προσφέρει στὸν κά-



θε ἐπισκέπτη τὸ αἶσθημα ἀσφάλειας καὶ κάλυψης ἀπὸ πλευρᾶς προσφερόμενων ὑπηρεσιῶν ὑγείας, μὲ τὸ Κέντρο Ύγείας Καλαμπάκας καὶ τὰ δεκαεπτὰ Περιφερειακὰ Ἱατρεῖα, ποὺ καλύπτουν ὅλη τὴν περιοχὴ, μὲ μόνιμο πληθυσμὸ εὐθύνῃς περίπου 32.000 κατοίκους. Τὸ Κέντρο Ύγείας θεμελιώθηκε τὸ 1983 καὶ λειτουργεῖ ἀπὸ τὸ 1987. Τὸ ἱατρικὸ προσωπικὸ τοῦ ἀποτελεῖται ἀπὸ τρεῖς παθολόγους, τρεῖς γενικοὺς ἱατροὺς, ἓναν παιδίατρο, ἓναν ἀκτινολόγο, δύο ὀδοντίατρος καὶ 19 ἱατροὺς ὑπόχρεους ὑπηρεσίας ὑπαίθρου. Λειτουργεῖ ὅλο τὸ χρόνο μὲ τακτικὰ πρωινὰ ἱατρεῖα καὶ ὅλο τὸ 24ωρο γιὰ ἐπείγοντα περιστατικά. Σὲ τακτὰ χρονικὰ διαστήματα ἐπισκέπτονται τὸ Κέντρο Ύγείας γιατροὶ εἰδικότητων ἀπὸ τὸ Γενικὸ Νοσοκομεῖο Τρικάλων, ὅπως καρδιολόγος, πνευμονολόγος, ὀρθοπαιδικός, χειρουργός, δερματολόγος, ὠτορινολαρυγγολόγος, οὐρολόγος καὶ διαβητολόγος.

Ἡ ἐτήσια κίνηση ἱατρικῶν ἐπισκέψεων ἀνέρχεται γιὰ τὸ ἔτος 2005 περίπου στὶς 45.000, χωρὶς νὰ περιλαμβάνονται τὰ Περιφερειακὰ Ἱατρεῖα. Ἐγίναν 9.064 ἀκτινογραφίες, 81.500 μικροβιολογικὲς-βιοχημικὲς ἐξετάσεις, 40 τέστ Παπανικολάου, 350 εἰσαγωγὲς στὸ τμήμα βραχείας νοσηλείας, 466 διακομιδὲς μὲ τὸ ἀσθενοφόρο πρὸς τὸ Κέντρο Ύγείας καὶ τὸ νοσοκομεῖο Τρικάλων, 2.000 ἐμβολιασμοὶ, 1.350 ἐνεσιοθεραπείες καὶ ἐξετάστηκαν στὸ τμήμα ἐπείγοντων περιστατικῶν 10.800 ἀσθενεῖς.

Στὰ πλαίσια τῆς πρωτοβάθμιας φροντίδας ὑγείας καὶ εἰδικὰ στὸν τομέα τῆς πρόληψης, ἐκτὸς ἀπὸ ὀμίλιες καὶ ὀδηγίες ἀγωγῆς ὑγείας στὰ σχολεῖα, διενεργοῦνται ὀλοκληρωμένα προγράμματα μὲ ἐμβολιασμούς, σύμφωνα μὲ τὶς ὀδηγίες τοῦ ὑπουργείου, καθὼς καὶ τὸ συνεχιζόμενο πρόγραμμα προληπτικῆς ὀδοντιατρικῆς μὲ κινητὴ ὀδοντιατρικὴ μονάδα (ὀδοντοστοματολογικὴ ἐξέταση μαθητῶν - ὀμίλιες - ὀδηγίες στοματικῆς ὑγιεινῆς-φθορίωση, ἀποστολὴ ἐνημερωτικῶν ἐπιστολῶν στοὺς γονεῖς τῶν μαθητῶν).

Εὐελπιστοῦμε ὅτι σύντομα θὰ ἀποκτήσουμε μεταφορικὸ μέσο γιὰ τὴ μετακίνηση τῶν στελεχῶν ὑγείας, προκειμένου νὰ διευρύνουμε τὰ προγράμματα προληπτικῆς ἱατρικῆς. 🍎

## ΕΜΕΙΣ ... ΚΑΙ ΕΣΕΙΣ

“Δεν καπνίζω, επενδύω στο μέλλον της καρδιάς μου”



### ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Μητροπολίτης Ίερώνυμος  
ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ:

Λουκάς Χατζηγιάννου, Ιάκωβος Τσοούνης

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Παύλος Τούτουζας

ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Σταύρος Ψυχάρης

ΤΑΜΙΑΣ: Μπέττυ Γιατράκου

ΜΕΛΗ: Εύτ. Βορίδης, Β. Βοττέας

Άλκ. Δήμα, Γ. Κασιμάτης, Β. Κόκκινος,

Γ. Παπαζαχαρίου, Χρ. Στεφανάδης

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

Άναστάσιος Βούτσας

Νικόλαος Κατσιλάμπρος

Γεώργιος Κοντογεώργης

Ευάγγελος Παπαστεριάδης

Νικόλαος Χούλης

### Σάκχαρο, υπέρταση και χοληστερίνη

Είμαι 67 ετών και πάσχω από σακχαρώδη διαβήτη τύπου II για τόν οποίο λαμβάνω άγωγή. Δεν καπνίζω, είμαι δραστήριος και δεν έχω συμπτώματα όταν κουράζομαι. Η χοληστερίνη μου είναι 220 mg/dl και η αρτηριακή πίεση συνήθως 140/85 mmHg. Οί φίλοι μου έχουν πολύ χειρότερες τιμές και μου λένε ότι είμαι πολύ καλά. Θα ήθελα να μου πείτε εάν οι τιμές αυτές είναι ικανοποιητικές και εάν υπάρχει κάτι που πρέπει να προσέξω.

**Ανδ. Μάντ. - Καλλιθέα**

“Ο προβληματισμός σας είναι πολύ σωστός. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι νόσημα που μπορεί να προσβάλει τα περισσότερα συστήματα του οργανισμού, με αποτέλεσμα να πάσχουν τα νεφρά, τα μάτια, η καρδιά και, φυσικά, ολόκληρο το αγγειακό δίκτυο. Πρώτα απ’ όλα, θα πρέπει να είστε σίγουρος ότι ο σακχαρώδης διαβήτης ρυθμίζεται καλά και το σάκχαρο παραμένει σε χαμηλά επίπεδα με την άγωγή που λαμβάνετε. Θα πρέπει να γίνεται τακτικός έλεγχος του σακχάρου, να ελέγχεται η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και να απευθύνεστε σε διαβητολόγο που θα κρίνει εάν η θεραπεία σας είναι επαρκής. Γνωρίζοντας τις επιπλοκές του νοσήματος θα πρέπει να ασχοληθείτε με την πρόληψή τους. Το ότι είστε δραστήριος είναι ήδη πολύ καλό. Η άσκηση, όπως το βάδισμα και το κολύμπι για 30-45 λεπτά, θα πρέπει να είναι αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινής σας δραστηριότητας. Ο δε ρυθμός της άσκησης πρέπει να είναι τέτοιος που να μην πού να μην σας εξασθενίζει. Θετικό είναι επίσης ότι δεν επιβαρύνετε τον οργανισμό σας με το κάπνισμα. Θυμηθείτε όμως να αποφεύγετε και το παθητικό κάπνισμα, δηλαδή τους χώρους καπνιστών. Όσον αφορά στις τιμές της χοληστερόλης και την αρτηριακή σας πίεση, θα πρέπει να γίνουν κάποιες παρεμβάσεις. Σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν στην πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων, οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη θα πρέπει να έχουν ολική χοληστερόλη <175 mg/dl και LDL («κακή») χοληστερόλη <100 mg/dl, ιδανικά <70 mg/dl. Ξεκινήστε με σωστή διατροφή. Επιλέξτε ελαιόλαδο, χρησιμοποιήστε μαργαρίνες με φυτικές στερόλες. Καταναλώστε γαλακτοκομικά προϊόντα με χαμηλά λιπαρά. Προτιμήστε το ψάρι. Αποφύγετε τις σάλτσες. Προσθέστε στη διατροφή σας πολλά φρούτα, λαχανικά και όσπρια. Σε περίπου δυο μήνες θα πρέπει να εκτιμηθεί με έλεγχο λιπιδίων πλάσματος εάν έχουν επιτευχθεί οι επιθυμητές τιμές της χοληστερόλης ή θα πρέπει να γίνει φαρμακευτική παρέμβαση. Τέλος, οι τιμές της αρτηριακής πίεσης που αναφέρετε ότι έχετε, δεν είναι καθόλου ικανοποιητικές. Κάθε ασθενής που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη/θα πρέπει να προσέχει η συστολική αρτηριακή πίεσή του να μην ξεπερνά τα 130 mm/Hg και η διαστολική 80 mm/Hg. Όσο χαμηλότερη είναι η αρτηριακή πίεση, τόσο λιγότερο κινδυνεύετε να πάθετε αγγειακό έγκεφαλικό έπεισόδιο, έμφραγμα του μυοκαρδίου, αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων. Η τροποποίηση των διατροφικών σας συνθηκών, ο περιορισμός της πρόσληψης του αλατιού με το φαγητό και της κατανάλωσης του αλκοόλ, η καθημερινή άσκηση και η μείωση του σωματικού βάρους, εάν είστε υπέρβαρος, θα σας βοηθήσουν να μειώσουν οι τιμές της αρτηριακής πίεσης. Εάν αυτές οι παρεμβάσεις δεν θα είναι ικανές να διατηρήσουν την πίεσή σας χαμηλή, τότε θα πρέπει να συζητηθεί με το θεράποντα ιατρό σας η έναρξη φαρμακευτικής άγωγής. 🍀



### Πυγμαχία, πάλη, judo και καρδιά

Είμαι 32 ετών, πρώην αθλητής και νύν διαιτητής ελληνορωμαϊκής και ελευθέρως πάλης. Την αγωνιστική πάλη την εγκατέλειψα στην εφηβεία και από τότε έχω ασχοληθεί με το βόλλευ σε επίπεδο Γ΄ εθνικής κατηγορίας και λίγη πυγμαχία (δύο έτη) μέχρι το έτος 2000. Τους τελευταίους τρεις μήνες κάνω προπόνηση τέσσερις φορές την εβδομάδα στα αθλήματα της πάλης και του judo, στα οποία βέβαια αύξανω την έντασή μου προοδευτικά, διότι τα τελευταία χρόνια ήμουν γυμνασμένος σε μικρό βαθμό. Αυτό στο οποίο θέλω να καταλήξω είναι ότι πριν από λίγες ημέρες είχα μία σύνομη συζήτηση με έναν ιατρό καρδιολόγο, ο οποίος μου ανέφερε ότι τα αθλήματα αυτού του είδους επιβαρύνουν τη λειτουργία μιας φυσιολογικής καρδιάς, προκαλώντας πιθανά βαλβιδοπάθειες και μπορούν άκόμα-άκόμα να οδηγήσουν και σε κοιλιακή μαρμαρυγή (προφανώς εάν υπάρχουν παθολογικά αίτια από ότι κατάλαβα). Η αλήθεια είναι ότι οι προπονητές με τους οποίους συζήτησα, δεν είχαν πληροφόρηση επί του θέματος. Τα ερωτήματά μου είναι τα εξής:

1. Υπάρχει λόγος να σταματήσω την προπόνηση στα αθλήματα που αγαπάω και εμπλέκομαι ενεργά και να κά-



θέλω να υποκαταστήσω την ιατρική ιδιότητα.

νω κάτι άλλο; 2. Τί θα πρέπει να προσέχει κάποιος κατά την άσκηση αυτή, έτσι ώστε να μην κινδυνεύει, διότι σταδιακά εμπλέκομαι και στην προπονητική με αναγνώριση από την ΓΓΑ. Σημειώνω ότι έχω εξεταστεί πρόσφατα από καρδιολόγο (καρδιογράφημα, υπερηχογράφημα κτλ) και ήταν όλα φυσιολογικά. Η προσωπική μου εμπειρία πάντως από αυτά τα αθλήματα δείχνει ότι δεν υπάρχει κάποιος σημαντικός κίνδυνος, χωρίς βέβαια να

### Χρ. Μαρ. - Λάρισα

Είναι γνωστό ότι η *ίσομετρική άσκηση είναι έντονη και επηρεάζει την πίεση και άλλες παραμέτρους της κυκλοφορίας περισσότερο από την κινητική άσκηση. Π.χ. σε άρση βάρους, μέσα σε ελάχιστο χρόνο, η πίεση ανεβαίνει υψηλότερα από όσο σε μία αντίστοιχη επίδοση που έχει ο αθλητής αγώνων δρόμου. Βεβαίως και τα δυο επιτρέπονται. Και εφ' όσον ελέγχεται πλήρως η κατάσταση, χωρίς αξιόλογες παρεκκλίσεις της πίεσεως και άλλων παραμέτρων, μετέχει κανείς στο άθλημά του. Η ηλικία παίζει το ρόλο της και ένα μεγάλο βάρος στον άρσιβαρίστα προκαλεί Ψ αύξηση της πίεσης σε ηλικία 20 ετών ενώ σε ηλικία 40 ετών η αύξηση είναι σαφώς μεγαλύτερη του Ψ. Έννοείται πάντα ότι η πίεση είναι μό- νο μια παράμετρος επειδή υπάρχουν και άλλες όπως η ταχυκαρδία, οι κατεχολαμίνες, ο σπασμός των αρτηριών, η υπερτροφία της άριστερης κοιλίας και, ενδεχομένως, οι αρρυθμίες. Συνεπώς, οι ασκήσεις που μοιάζουν με άρση μεγάλου βάρους και «κτίζουν» μυς, επιτρέπονται αλλά πάντοτε υπό ιατρικό έλεγχο. Και για να μην υπάρξει παρεξήγηση, η *ίσομετρική άσκηση βρίσκεται πάντοτε στο πρόγραμμα όλων. Κάθε άνθρωπος εκτός από την κινητική άσκηση να βε- δίζει μία ώρα την ημέρα, μπορεί να κάνει και *ίσομετρικές ασκήσεις όπως να σφίγγει τη γροθιά, να προσπαθεί να σπ- ριχθεί στα δάχτυλα των ποδιών του, όπως οι χορευτές, με ισχυρή σύσπαση των μυών στις γάμπες κ.λπ. Αυτές οι ασκή- σεις συνιστώνται.***

#### ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

> Των γονέων του Δημητρίου και Χριστίνας, ό. κ. Ήλίας Μπαστούνης, το ποσό των € 150

#### ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ

- > Το Ίδρυμα Εϋβοίας «ό καλός Σαμαρείτης», το ποσό των € 5000
- > Η κ. Χριστίνα Άλευρά του Ιωάννου, το ποσό των € 500
- > Ο κ. Νικόλαος Κτιστάκης, το ποσό των € 130
- > Ο κ. Χρήστος Καραγιάννης, το ποσό των € 150
- > Ο κ. Έλευθέριος Μανωλόπουλος, το ποσό των € 100
- > Η κ. Καλλιρρόη Θεοδωρακοπούλου, το ποσό των € 100
- > Ο κ. Νικόλαος Λαϊνιώτης, το ποσό των € 100
- > Η κ. Άγγελική Μαρματσούρη, το ποσό των € 100
- > Ο κ. Ιωάννης Μουντάκης, το ποσό των € 100
- > Η κ. Ελένη Γκάτσου, το ποσό των € 100
- > Ο κ. Άθανάσιος Νουνόπουλος, το ποσό των € 100
- > Ο κ. Ευστάθιος Κουνινής, το ποσό των € 100
- > Η κ. Μαρία Χατζημάχη, το ποσό των € 100

## ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

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

### ΣΤΗΡΙΞΤΕ ΚΑΙ ΞΕΣΙΣ 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 κάνοντάς τους δώρο την εγγραφή.

**ΚΑΙ ΜΗΝ ΞΕΧΝΑΤΕ ΝΑ ΑΝΑΝΕΩΣΕΤΕ 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

## Τò σύστημα υγείας και ή άξία τής πρόληψης

ΓΑΛΗΝΗ ΦΟΥΡΑ, δημοσιογράφος

Τò σύστημα υγείας στην Έλλάδα παρά τις γενικές διακρúξεις γεννάει ανισότητες σε βάρος τών χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων και τών ήλικιωμένων. Λίστες άναμονής στα νοσοκομεία και παράτυπες πληρωμές δημιουργούν προβλήματα στην πρόσβαση, ώστε ένας στους τέσσερις ήλικιωμένους πού άναφέρουν ότι έχουν προβλήματα υγείας, να μην χρησιμοποιεί τις νοσοκομειακές υπηρεσίες όταν τις χρειάζεται. Άντίστοιχα και παρά τά μεγάλα ποσά πού διατίθενται για ιδιωτικές πληρωμές, (τò 47% τών συνολικών δαπανών υγείας), τά φτωχότερα στρώματα δυσκολεύονται να έπισκεφθούν γιατρούς εκτός νοσοκομείων. Οί ανισότητες είναι μεγάλες στις Ήνωμένες Πολιτείες, όπου οί ιδιωτικές πληρωμές είναι ύψηλες, και άκολουθούν χώρες, όπως ή Πορτογαλία και ή Έλλάδα, πού διατήρησαν τούς κλάδους υγείας τών ασφαλιστικών ταμείων με διαφορετικά «πακέτα» παροχών, ανά κλάδο ασφαλισμένων. Άπό τις πò ισότιμες χώρες είναι ή Μεγάλη Βρετανία, ή όποία έχει καθιερώσει τόν οικογενειακό γιατρό και τήν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, χωρίς συμμετοχή τών πολιτών στο κόστος. Στόν τομέα τής πρωτοβάθμιας φροντίδας και τής πρόληψης έντοπίζονται και οί μεγαλύτερες ανισότητες, ένω ή άνυπαρξία συστήματος άρχίζει να γίνεται φανερή στην υγεία τού πληθυσμού, τουλάχιστον σε όρισμένες παθήσεις.

Τις τελευταίες δεκαετίες αύξάνονται οί θάνατοι άπό καρκίνο τού πνεύμονα, τής τραχείας και τών βρόγχων. Άπό 26,78 θανάτους ανά έκατό χιλιάδες κατοίκους τò 1980, ή θνησιμότητα πού μπορεί να άποτραπεί άπό τις συγκεκριμένες νεοπλασίες ανήλθε τò 2003 σε 34,4 θανάτους, στην ίδια αναλογία πληθυσμού. Οί αίτιες θά πρέπει να άναζητηθούν στόν τρόπο ζωής και στην άπουσία μηχανισμών πρόληψης και άγωγής υγείας, πού σχετίζονται και με άλλες αίτιες θνησιμότητας, όπως ó μεγάλος αριθμός τών θανάτων άπό τροχαία άτυχήματα.

Άντίθετα, ή θνησιμότητα πού μπορεί να άποτραπεί άπό ίσχαιμική καρδιοπάθεια παρουσιάζει καθοδική τάση άπό τò 1995 έως τò 2003. Μετά άπό μία άνοδική πορεία άπό τò 1980 έως τò 1995, με 62,1 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους τò 2003, μειώθηκε σε 59,1 θανάτους στόν ίδιο πληθυσμό. Ή μείωση αύτη άποδίδεται κυρίως στα μεγάλα βήματα πού έγιναν στόν τομέα τής θεραπευτικής αντιμετώπισης τής νόσου, αλλά και στην καλύτερη έννημέρωση για τήν άξία τής πρόληψης. Ίσως δέν έχουμε δει άκόμη τις συνέπειες τής παχυσαρκίας και τής επιδημίας τού καπνίσματος στις γυναίκες, έξαιτίας τής όποίας προβλέπεται νέα αύξηση τών καρδιοπαθειών και τών περιπτώσεων σακχαρώδους διαβήτη, μετά άπό 10-15 χρόνια.

Σήμερα, παρά τις έγγενεις άδυναμίες τού συστήματος υγείας, τά πράγματα δέν είναι και τόσο άσχημα. Ή συνολική θνησιμότητα πού μπορεί να άποτραπεί βραίνει συνεχώς μειούμενη. Τò 1980 καταγράφηκαν 232 θάνατοι ανά έκατό χιλιάδες κατοίκους, οί όποιοι τò 2003 μειώθηκαν σε 184. Στήν εξέλιξη αύτη έχουν συντελέσει ή πρόοδος τής ιατρικής και ή εξέλιξη τής βιοϊατρικής τεχνολογίας, με τή χρήση νέων διαγνωστικών μεθόδων και θεραπειών. Σύμφωνα με στοιχεία έρευνών, ή θνησιμότητα πού μπορεί να άποτραπεί (σχετίζεται με τις ιατρικές τεχνικές διάγνωσης και θεραπείας) παρουσιάζει καθοδική τάση σε όλη τή διάρκεια τής τελευταίας εικοσιπενταετίας (άπό 127 θανάτους ανά έκατό χιλιάδες κατοίκους τò 1980 μειώθηκε σε έβδομήντα τò 2003). Τò γεγονός αύτό άποτελεί σαφή ένδειξη τής θετικής συνεισφοράς τού συνόλου τών ιατρικών παρεμβάσεων, παρά τή δυσπιστία πού παρατηρείται. Στή δημιουργία κλίματος δυσπιστίας και άνασφάλειας συμβάλλει πιθανόν και ή έλλειψη στοιχείων και πληροφόρησης για τò τί πραγματικά συμβαίνει στό σύστημα υγείας, πού όφείλεται στην άπουσία μηχανισμών έλέγχου τής ποιότητας τών υπηρεσιών, επεμβάσεων και νέων θεραπειών. 🍏



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Κοινοφελές Ίδρυμα

Βασ. Σοφίας 133 - 115 21 Αθήνα

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

## κουζίνα

### Διατροφικές συστάσεις για πρόληψη υπερχοληστερολαιμίας σε παιδιά και εφήβους.

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΠΑΛΛΙΟΥ,**

κλινικός διατροφολόγος - διαιτολόγος MSc

Τα αυξημένα επίπεδα λιπιδίων έχουν αναγνωρισθεί ως κύριος παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο σε ενήλικες. Όμως, όπως έχουν αποδείξει οι έρευνες, η αθηρωματική διαδικασία ξεκινά από την παιδική ηλικία. Οι συστάσεις στο γενικό πληθυσμό έχουν στόχο τη χαμηλή πρόσληψη κεκορεσμένων και trans λιπαρών οξέων, χοληστερόλης, αλλά και ζάχαρης και αλατιού. Άκόμα, στόχο έχουν τη σωστή ενεργειακή πρόσληψη και τη φυσική δραστηριότητα ώστε να διατηρείται το βάρος ιδανικό και η πρόσληψη σε βιταμίνες και ίχνοστοιχεία να είναι επαρκής.

Μετά την ηλικία των δύο χρονών, τα παιδιά και οι έφηβοι θα πρέπει να ακολουθούν διαιτολόγιο στο οποίο το 30%, και όχι λιγότερο του 20%, θα πρέπει να προέρχεται από λίπος. Βέβαια, θα πρέπει να γίνει αντικατάσταση των τροφών πλούσιων σε λίπος με δημητριακά, φρούτα, λαχανικά, όσπρια, άπαχα κρέατα, πουλερικά, ψάρια και άλλα πλούσια σε πρωτεΐνες τρόφιμα.

Προσοχή απαιτείται γιατί δεν πρέπει να γίνεται περιορισμός του λίπους ή της χοληστερόλης σε βρέφη μέχρι δύο ετών, λόγω του γρήγορου ρυθμού ανάπτυξης που απαιτεί υψηλή θερμιδική πρόσληψη. Το ακριβές ποσοστό της πρόσληψης διαιτητικού λίπους, που καλύπτει τις απαιτήσεις για φυσιολογική ανάπτυξη και μειώνει τον κίνδυνο για αθηρωμάτωση, δεν είναι γνωστό.

Μην πανικοβαλόμαστε, όμως, εάν το παιδί καταναλώσει ένα τρόφιμο υψηλό σε λίπος και χοληστερόλη μία ημέρα. Άπλως θα προσπαθήσει να αποφύγει τέτοια τρόφιμα τις υπόλοιπες ημέρες, άρα τίποτα δεν απαγορεύεται στα παιδιά, απλώς τρόφιμα πλούσια σε λίπος και χοληστερόλη ή ακόμα και σε κεκορεσμένα λίπη θα πρέπει να μην είναι στην καθημερινή διατροφή τους. Και επειδή δεν υπάρχει κανένα τρόφιμο που από μόνο του να παρέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά στους ανθρώπους, το διαιτολόγιο χρειάζεται να έχει τροφές από όλες τις ομάδες των τροφίμων ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των παιδιών, των εφήβων, αλλά και των ενηλίκων.

Για να μην μπλεκόμαστε, συνοψίζοντας θα πρέπει να έχουμε υπ' όψιν:

1. Να υπάρχει επαρκής πρόσληψη όλων των θρεπτικών συστατικών (θερμίδες, λίπος, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, βιταμίνες, ίχνοστοιχεία) και αυτό πραγματοποιείται με κατανάλωση μεγάλης ποικιλίας τροφίμων.

2. Να γίνεται επαρκής θερμιδική πρόσληψη για τις αυξημένες ανάγκες της ανάπτυξης των παιδιών, αλλά και της διατήρησης φυσιολογικού σωματικού βάρους. Άρα, όχι χαμηλά σε θερμίδες διαιτολόγια για τα παιδιά.

Για παιδιά και έφηβους (από δύο έως 18 χρονών)



συνοστάται:

1. Τα κεκορεσμένα λίπη να καλύπτουν περισσότερο από το <10% της ενέργειας

2. Περίπου το <30%, και όχι κάτω από 20%, να καλύπτεται από λίπος

3. Η πρόσληψη χοληστερόλης από τροφές (διαιτητική χοληστερόλη) να φτάνει τα 300 mg ανά ημέρα

Όμως και πάλι δεν πρέπει να κατηγορούμε το λίπος για όλα και να το μειώνουμε πολύ, δηλαδή κάτω από τα όρια, γιατί είναι δύσκολο μετά να καλύψουμε τις θερμιδικές ανάγκες για τα παιδιά ώστε να εξασφαλίσουμε τη φυσιολογική ανάπτυξή τους.

Μερικές συμβουλές για τους γονείς για να ακολουθήσουν τις συστάσεις:

- Μείωση της πρόσθετης ζάχαρης, συμπεριλαμβανομένων των αναψυκτικών και των κυμών με ζάχαρη
- Να χρησιμοποιούν ελαιόλαδο αντί άλλων λιπών
- Να χρησιμοποιούν φρέσκα και κατεψυγμένα λαχανικά σε κάθε γεύμα
- Να σερβίρουν συχνά ψάρι ως κύριο πιάτο
- Να περιορίσουν τρόφιμα υψηλά σε θερμίδες, όπως κρέμες γάλακτος, μαγιονέζες και άλλες έτοιμες σάλτσες
- Να αντικαταστήσουν τα δημητριακά με όλικής αλέσης δημητριακά
- Να σερβίρουν συχνότερα όσπρια αντί για κρέας
- Να διαβάζουν τις διατροφικές ετικέτες στα τρόφιμα και να προτιμούν τρόφιμα χαμηλής περιεκτικότητας σε αλάτι, ζάχαρη και υψηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες.

Για οποιαδήποτε απόκλιση από τις φυσιολογικές τιμές των λιπιδίων θα πρέπει να έρθει ο γονέας σε επαφή με το γιατρό και με διαιτολόγο για τη σύνταξη ενός ειδικού διαιτολογίου.

Τα παιδιά, όμως, είναι πάντα παιδιά και δεν θα πρέπει να τα επιβαρύνουμε με συνεχείς απαγορεύσεις και επιπλήξεις, ιδιαίτερα όταν όλοι έχουμε στις αναμνήσεις μας τη καρδιά μετά την απόλαυση μιας λιχουδιάς. Θα πρέπει πρώτοι οι γονείς να δώσουν το παράδειγμα μιας σωστής διατροφής και το «κάντο όπως στο λέω» να γίνει «κάντο όπως το κάνω»... 🍏

## ασκηση - γυμναστική - σπορ

### Όρειβασία – όρεινη πεζοπορία

**ΓΙΑΝΝΗΣ ΘΕΟΧΑΡΟΠΟΥΛΟΣ**, καθηγητής φυσικής αγωγής, προπονητής όρειβασίας - αναρρίχησης

Το σύνολο της δράσης του ανθρώπου για την κατάκτηση των κορυφών και κατά συνέπεια για την εξερεύνηση του χώρου του βουνού ονομάζεται όρειβασία.

Στά πλαίσια αυτής της δράσης δεν χρησιμοποιούνται μηχανοκίνητα μέσα και η κίνηση παράγεται άποκλειστικά από τις φυσικές δυνάμεις και ικανότητες του ανθρώπου.

Όταν η κίνηση γίνεται μονάχα με τα πόδια στο όρεινο περιβάλλον λέγεται όρεινη πεζοπορία. Όταν αυτή δεν επαρκεί και χρησιμοποιούμε και τα χέρια λόγω της απότομης κλίσης λέγεται αναρρίχηση.

Οι δυο αυτές δραστηριότητες περιλαμβάνουν πολλά αθλητικά στοιχεία και είναι διαδεδομένες σε μεγάλο βαθμό στις παράλλειες περιοχές και τα τελευταία χρόνια και στην Ελλάδα.

Η όρεινη πεζοπορία είναι η απλούστερη και πρώτη μορφή της όρειβασίας. Είναι πιο κοινωνική και ομαδική. Είναι πιο διαδεδομένη από την αναρρίχηση ή όποια απαιτεί περισσότερο εξοπλισμό και γνώσεις.

Στην Ελλάδα υπάρχουν πολλοί σύλλογοι που καλλιεργούν τα παραπάνω με ήγηση την Ε.Ο.Ο.Α. (Ελληνική Όμοσπονδία Όρειβασίας Αναρρίχησης). Στην Αθήνα μεγάλοι σύλλογοι είναι ο Ε.Ο.Σ. Αχαρνών, ο Ε.Ο.Σ. Αθηνών, ο Σ.Ε.Ο. Αθήνας κτλ. Αντίστοιχοι σύλλογοι υπάρχουν και σε άλλες πόλεις. Κάθε Σαββατοκύριακο σχεδιάζουν εκδρομές όρεινης πεζοπορίας για τα μέλη τους και μη σε ένα χώρο σαν τον έλληνικό που είναι αρκετά πλούσιος σε φυσικές ομορφιές, με μεγάλη ποικιλία διαδρομών στα βουνά μας. Στην Ελλάδα όλες οι εποχές είναι καλές για αυτή τη δραστηριότητα του ανθρώπου με προτιμότερες την άνοιξη και το φθινόπωρο. Το καλοκαίρι και το χειμώνα οι συμμετοχές μειώνονται.

Στην όρεινη πεζοπορία υπάρχει μία κλίμακα δυσκολίας που εξαρτάται κυρίως από τη χρονική διάρκεια της διαδρομής για το μέσο πεζοπόρο. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η εποχή που επηρεάζει, λόγω θερμοκρασίας, λίγο ή πολύ αυτή τη δραστηριότητα.

Θεωρούμε ιδανική τη θερμοκρασία των 18-20 °C και όσο αποκλίνουμε από αυτή αυξάνουν οι ανάγκες του όρειβάτη που είναι αυτόνομος στο χώρο του βουνού.

Το βουνό το διακρίνουμε ανάλογα με το ύψόμετρο σε χαμηλό έως 1.500 μ. σε μέσο 1.500 έως 3.000 μ. και σε ψηλό 3.000 μ. έως 8.800 μ. Οι πιο πολλές διαδρομές γίνονται σε χαμηλά βουνά και συνήθως είναι μονοήμερες. Λιγότερες γίνονται σε μεσαία βουνά και είναι δυο ή τριών ημερών. Πολύ λιγότερες γίνονται σε ψηλά βουνά του έξωτερου και είναι πολυήμερες. Στην Ελλάδα το ψηλότερο βουνό είναι ο Όλυμπος με ψηλότερη κορυφή το Μύτικα, με ύψόμετρο 2.018 μέτρα.

Ο καιρός είναι από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την όρειβασία στο βουνό. Γι' αυτό το λόγο πριν ξεκινήσουμε κάποια εκδρομή θα πρέπει να έχουμε πρό-



βλεψη καιρού, ειδικά όταν πρόκειται για μακρινή διαδρομή. Παράλληλα όμως πρέπει να είμαστε προετοιμασμένοι, γιατί ο καιρός στο βουνό πολλές φορές είναι άστατος.

Ο εξοπλισμός για το βουνό πρέπει να πληρεί κάποιες προδιαγραφές για αυτό και αγοράζουμε υλικά από όρειβατικά καταστήματα και γνωστές εταιρείες όρειβατικών ειδών. Ο ρόλος του εξοπλισμού είναι πολύ σημαντικός. Πρέπει να μας παρέχει (α) στοιχειώδη άνεση, (β) ασφάλεια, (γ) βοήθεια στην κίνηση.

Για παράδειγμα δεν μπορεί κάποιος να περπατήσει στο βουνό με παπούτσι που έχει δερμάτινη σόλα ή τακούνι, γιατί: (1) θα γλιστρά στα μονοπάτια, (2) θα κινδυνεύει να τραυματίσει τους αστράγαλους του, (3) θα πληγώσει το πέλμα ή τη φτέρνα του με επώδυνες φουσκάλες κτλ. Αποτέλεσμα θα είναι όχι μόνο να μην ευχαριστηθεί την εκδρομή, αλλά να έχει και κίνδυνο τραυματισμού.

Έφ' όσον έχουμε εξοπλιστεί σωστά και ο καιρός είναι καλός για μία όρειβατική εκδρομή καλό είναι να έχουμε και ανάλογη παρέα. Διαλέγουμε τις πρώτες φορές εκδρομές συλλόγων που έχουν μικρή διάρκεια, κατά προτίμηση μονοήμερες.

Βασικό είναι να έχουμε καλή υγεία πριν ξεκινήσουμε, γιατί είναι προϋπόθεση για κάθε αθλητική δραστηριότητα.

Στην αρχή της πεζοπορίας περπατάμε αργά έτσι ώστε να ζεστάνουμε το σώμα μας. Περπατάμε έχοντας στο μυαλό μας να μην ιδρώνουμε υπερβολικά και να μην λαχανιάζουμε έντονα.

Πριν ξεκινήσουμε, κατά προτίμηση πρωί, πρέπει να έχουμε φάει καλό πρωινό, 1-2 ώρες πριν, ώστε να έχουμε ενέργεια για την εκδρομή μας.

συνέχεια στη σελ. 8

## φαρμακολογία

### Φάρμακα για την αύξηση της χαμηλής καλής χοληστερόλης (HDL).

**ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΡΙΧΤΕΡ, MD, FESC,** Διευθυντής Β' καρδιολογικής κλινικής Εύρωκλινικής Αθηνών.

Η χαμηλή HDL (δηλαδή < 40 mg/dl στους άντρες και < 50 mg στις γυναίκες) αποτελεί σημαντικό και ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου στεφανιαίας νόσου.

Ενώ σήμερα διαθέτουμε ένα πολύ σημαντικό όπλο για την καταπολέμηση της κακής χοληστερόλης (LDL), τις στατίνες, καθώς και φάρμακα όπως η εζετιμίδη που συνεργάζονται άψογα με τις στατίνες, και μπορούν να μειώσουν τα επίπεδα της LDL μέχρι και 70%, στην αύξηση της καλής χοληστερόλης το όπλοστάσιό μας δεν διαθέτει ανάλογα εφόδια. Οί στατίνες κατ' αρχήν, που αποτελούν το σημαντικότερο όπλο που διαθέτουμε στην αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας, έχουν μία ικανότητα αύξησης της HDL ή όποια, στην καλύτερη περίπτωση, άγγιζει το 15%. Οί φιβράτες, άλλο παλαιό αλλά ικανό φάρμακο στην αντιμετώπιση των υψηλών τριγλυκεριδίων και της χαμηλής HDL, μπορούν να την αυξήσουν μέχρι και 20%, αλλά συνδυάζονται σχετικά δύσκολα με τις στατίνες. Το νικοτινικό οξύ είναι το αποτελεσματικότερο φάρμακο που υπάρχει με δυνατότητα αύξησης της HDL κατά 30% περίπου, αλλά έχει μεγάλο αριθμό παρενεργειών (απότομο και έντονο κνησμό προσώπου σε ποσοστό πάνω 30%) και δυστυχώς στη χώρα μας δεν κυκλοφορεί στη μορφή της παρατεταμένης απόδοσης που έχει λιγότερες παρενέργειες.

Η κλασικότερη, ασφαλέστερη και ιδιαίτερα αποτελεσματική μέθοδος αύξησης της HDL είναι η απώλεια βάρους και το συστηματικό και έντονο περπάτημα, τα οποία σε συνδυασμό μπορούν να την αυξήσουν κατά 15-20%, αλλά για να διατηρηθεί το αποτέλεσμα αυτό πρέπει ο ασθενής να μεταβάλει σε μόνιμη βάση τον τρόπο ζωής του, γεγονός που διαχρονικά δεν φαίνεται να το πετυχαίνει πάνω από ένας στους δέκα από όσους το επιχειρούν, διότι η αλλαγή του τρόπου ζωής είναι το δυσκολότερο έγχείρημα σε ανθρώπους που ζουν με το δυτικό τρόπο ζωής, δηλαδή τρώνε πολύ περισσότερο απ' όσο χρειάζεται και περπατάνε πολύ λιγότερο απ' όσο το ανθρώπινο σώμα χρειάζεται για να διατηρηθεί σε καλή κατάσταση. Δεν φαίνεται να υπάρχει όριο στην ένταση και διάρκεια της άσκησης και το όφελος από την αύξηση της καλής χοληστερόλης. Όσο περισσότερο περπατάμε, δηλαδή, τόσο καλύτερα. Το αλκοόλ αποτελεί μία ουσία που έχει θετική επίδραση στην HDL και είναι ένας από τους κύριους λόγους που συσπίνεται από τους καρδιολόγους ή κατανάλωση δύο ποτηριών κρασιού ημερησίως.

Το 2007 ξεκινάει με μία μεγάλη απογοήτευση και μία μεγάλη ελπίδα για την αντιμετώπιση της χαμηλής HDL. Η απογοήτευση προέρχεται από την αποτυχία ενός φαρμάκου που υπήρξε ιδιαίτερα ελπιδοφόρο, του torcetrapib, το οποίο μπορούσε να αυξήσει την HDL κατά 60%, αλλά στην πρώτη μεγάλη κλινική μελέτη είδα-



με ότι παραδόξως αύξανε τους θανάτους σε όσους το λάμβαναν για άγνωστους μέχρι στιγμής λόγους.

Η ελπίδα πηγάζει από την κυκλοφορία μέσα στον Ιανουάριο του 2010 ενός νέας φαρμακευτικής κατηγορίας που αναστέλλει τα ένδογενή οπιοειδή και αυξάνει την HDL μέχρι και 15%, μειώνοντας ταυτόχρονα τόσο τα τριγλυκερίδια όσο και την περιφέρεια μέσης, δύο ιδιαίτερα επιβλαβείς παράγοντες σε ασθενείς με χαμηλή HDL.

Η έρευνα στη φαρμακολογία εστιάζεται ολοένα και περισσότερο στο να βρεθούν νέες ουσίες, οι οποίες να εμπλουτίσουν τη φαρμακευτική μας φαρέτρα στην αύξηση της χαμηλής HDL, μιας κατάστασης που σε ορισμένες περιπτώσεις έχει γονιδιακή αιτιολογία, αλλά στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων οφείλεται στο σύγχρονο τρόπο ζωής. Καλό θα ήταν όλοι όσοι πάσχουν από χαμηλή καλή χοληστερόλη να ξεκινούν από τον καλύτερο διαχρονικά τρόπο αύξησης αυτής, δηλαδή συστηματική, καθημερινή άσκηση και απώλεια βάρους. 🍏



συνέχεια από τη σελ. 6

μειώνει την κοιλιακή παχυσαρκία και ταυτόχρονα έχει ευεργετικές δράσεις στους καρδιομεταβολικούς δείκτες, στη βελτίωση ελέγχου της γλυκόζης στους διαβητικούς και στη βελτίωση των λιπιδίων (αύξηση HDL, μείωση τριγλυκεριδίων). Ένδεικνται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των παχυσάρκων ασθενών ( $\Delta\text{ΜΣ} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) ή των υπέρβαρων ( $\Delta\text{ΜΣ} > 27 \text{ kg/m}^2$ ) με άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως διαβήτης τύπου 2 ή δυσλιπιδαιμία.

Ευελπιστούμε ότι η έκτίμηση του καρδιομεταβολικού κινδύνου σε κάθε άτομο αποτελεί μία πρώτης τάξεως προσέγγιση για τη πρόληψη των καρδιαγγειακών νόσων και του σακχαρώδη διαβήτη. Η αλλαγή του τρόπου ζωής (διαίτα-άσκηση) θεωρείται ο άκρογωνιαίος λίθος και η χρήση φαρμάκων όπως το Acompla θα συμβάλουν στη μείωση του καρδιομεταβολικού κινδύνου. 🍏

## φιλοξενουμένη ... η

### Ἀλήθειες και μύθοι γιὰ τὰ μάτια μας

Συνέχεια ἀπὸ τὸ τεύχος Νοεμβρίου 2006

6. *Εἶμαι διαβητικός. Πρέπει νὰ ἐλέγγω τακτικά τὰ μάτια μου, ἀκόμη κι ἂν ἔχω καλὴ ὄραση;*

Τὰ ἄτομα ποὺ πάσχουν ἀπὸ σακχαρώδη διαβήτη πρέπει νὰ ἐπισκέπτονται ἀνὰ τακτὰ χρονικὰ διαστήματα τὸν ὀφθαλμίατρο και νὰ ἐλέγχονται, ἀκόμη κι ἂν ἔχουν τέλεια ὄραση. Ὁ σακχαρώδης διαβήτης εἶναι μία ὑπουλη, χρόνια νόσος, ποὺ πλήττει τὰ μικρὰ ἀγγεῖα τοῦ ὄργανισμοῦ. Τὰ μάτια, ὅπως και ἡ καρδιά και τὰ νεφρὰ, εἶναι ἀπὸ τὰ ὄργανα ποὺ θίγονται πρῶτα ἀπὸ τὸ διαβήτη. Συνιστᾶται ἔλεγχος μὲ βυθοσκόπηση μία φορὰ τὸ ἐξάμηνο στοὺς ἰνσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς και μία φορὰ τὸ χρόνο στοὺς λοιποὺς διαβητικούς ποὺ ἐλέγχονται μὲ δισκία ἢ δίαιτα. Μὲ αὐτὸν τὸν τακτικὸ ἔλεγχο μποροῦν νὰ ἀνιχνευθοῦν ἀλλοιώσεις, ποὺ ἂν διαφύγουν ἢ παραμεληθοῦν, εἶναι ἰδιαίτερα ἐπιζήμιες γιὰ τὴν ὄραση. Ἡ πρόληψη στὸ διαβητικὸ ἄσθενῆ ἔχει ἰδιαίτερη σημασία.

7. *Δὲν ἀνυσυκῶ γιὰ τὸ γλαύκωμα, ἀφοῦ κανεὶς στὴν οἰκογένειά μου δὲν ἔχει.*

Ἄλλο ἓνα λάθος. Τὸ γλαύκωμα δὲν εἶναι μόνο κληρονομικὸ. Ἀπλῶς, ὅσοι ἔχουν συγγενῆ α΄ βαθμοῦ μὲ γλαύκωμα ἔχουν πολὺ περισσότερες πιθανότητες νὰ ἀναπτύξουν γλαύκωμα σὲ σχέση μὲ τὸ μέσο ὄρο τοῦ πληθυσμοῦ. Γλαύκωμα, λοιπόν, μπορεῖ νὰ ἀναπτύξει ὁ καθένας ἀπὸ ἐμᾶς, γι' αὐτὸ και οἱ ὀφθαλμίατροι συνιστοῦν ἐπίσης ἔλεγχο τῆς ἐνδοφθάλμιας πίεσης σὲ ὅλους τοὺς ἀνθρώπους ἀπὸ τὴν ἡλικία τῶν 40 ἐτῶν και ἄνω. Ἄς μὴν ξεχνᾶμε ὅτι τὸ γλαύκωμα εἶναι μία νόσος ποὺ σπανιότατα δίνει συμπτώματα, γι' αὐτὸ και ὁ προληπτικὸς ἔλεγχος τῶν ματιῶν εἶναι μείζονος σημασίας.

8. *Μοῦ εἶπαν ὅτι ἔχω καταρράκτη. Πόσο σύντομα πρέπει νὰ χειρουργηθῶ;*

Κατ' ἀρχὴν μὲ τὴ διάγνωση τοῦ καταρράκτη δὲν πρέπει νὰ μᾶς καταλάβει πανικός. Ἐπειγὼν ἡλικιακὸς καταρράκτης δὲν ὑπάρχει. Ἀνάλογα μὲ τὸ βαθμὸ ποὺ ἐπιρραζέται ἡ ὄραση και ἡ ποιότητα ζωῆς τοῦ κάθε ἀσθενοῦς μπορεῖ νὰ προγραμματιστεῖ και τὸ χειρουργεῖο. Κάποιοι ἐπιθυμοῦν νὰ χειρουργηθοῦν ἐντὸς μίας ἐβδομάδας και ἄλλοι θέλουν νὰ περιμένουν 1-2 μῆνες ἕως ὅτου τὸ ἀποφασίσουν. Ὁ ρόλος τοῦ ὀφθαλμιάτροῦ εἶναι νὰ συμβουλευεῖ μὲ γνώμονα τὴν ὑγεία τοῦ ἀσθενοῦς και ὄχι νὰ πανικοβάλλει και νὰ πιέζει τὸν ἀσθενῆ γιὰ τὸ χειρουργεῖο τοῦ καταρράκτη.

Εἶναι ἀλήθεια ὅτι στὶς ἡμέρες μας δὲν ἀφήνουμε τὸν

**ΕΛΕΝΑ ΚΕΦΑΛΑ MICOphth**

Χειρουργὸς ὀφθαλμίατρος



καταρράκτη νὰ ὀριμάσει τελείως ὅπως γινόταν παλιά, διότι ἡ σύγχρονη χειρουργικὴ μέθοδος εἶναι πολὺ διαφορετικὴ ἀπὸ τὶς παλαιότερες και μὲ λιγότερους κινδύνους. Ἀνάλογα, λοιπόν, μὲ τὸν κάθε ἀσθενῆ, τὶς δραστηριότητές του και τὸ ἐπίπεδο τῆς ὄρασής του, προτείνουμε και τὸ διάστημα στὸ ὁποῖο μπορεῖ νὰ χειρουργηθεῖ.

9. *Ἐχω ὑψηλὴ μυωπία. Μπορῶ νὰ κάνω ἐπέμβαση μὲ laser;*

Τὰ σύγχρονα μηχανήματα ποὺ ἔχουμε στὴ διάθεσή μας στὴ διαθλαστικὴ χειρουργικὴ διορθώνουν ἕως και 12 βαθμοὺς μυωπίας. Ὑπάρχουν και περιπτώσεις ἀσθενῶν μὲ ἀκόμα μεγαλύτερους βαθμοὺς μυωπίας ποὺ ἔχουν χειρουργηθεῖ, εἴτε ἔχοντας στὸ τέλος ἓνα μικρὸ ὑπόλοιπο μυωπίας ποὺ δὲν τοὺς ἐνοχλεῖ εἴτε κάνοντας τὴ διόρθωση σὲ δύο φάσεις, ἐφ' ὅσον κάποιοι παράμετροι τῶν ματιῶν τους τὸ ἐπιτρέπουν. Νὰ μὴν ξεχνᾶμε ὅτι μόνο ὁ λεπτομερῆς προεγχειρητικὸς ἔλεγχος τῶν

ματιῶν θὰ μᾶς δώσει τὸ «πράσινο φῶς» γιὰ νὰ προχωρήσουμε σὲ μία διαθλαστικὴ ἐπέμβαση μὲ laser, μιᾶς και περίπου ἓνας στοὺς ἔξι ἀσθενεῖς κρίνονται ἀκατάλληλοι γιὰ διαθλαστικὴ χειρουργικὴ.

10. *Μπορεῖ νὰ ξαναμεγαλώσει ἡ μυωπία μου μετὰ ἀπὸ τὴ διόρθωση μὲ laser;*

Ἐφ' ὅσον ἡ ἐπέμβαση γιὰ τὴ διόρθωση τῆς μυωπίας γίνεи στὴν κατάλληλη ἡλικία και λαμβάνοντας ὑπ' ὄψη ὅλους τοὺς παράγοντες ποὺ χρειάζονται γιὰ νὰ ἐξασφαλιστεῖ ἓνα ἐπιτυχημένο ἀποτέλεσμα, τὸ νὰ συμβεῖ κάτι τέτοιο εἶναι πολὺ σπάνιο. Αὐτὸ ποὺ μπορεῖ κάποιες φορὲς νὰ συμβεῖ, και ὀρισμένοι χειρουργοὶ τὸ ἐπιλέγουν -σὲ συμφωνία πάντα μὲ τὸν ἀσθενῆ- εἶναι νὰ ἀφήσουν ἐπίπδες ἓνα μικρὸ ὑπόλοιπο στὸ ἓνα ἢ και τὰ δυὸ μάτια, τέτοιο ὥστε ἡ μακρινὴ ὄραση νὰ εἶναι ἐξαιρετικὴ, ἀλλὰ νὰ διασφαλίζεται και ἡ κοντινὴ ὄραση ὥστε νὰ μὴ χρειαστεῖ νὰ φορέσει νωρὴς ὁ ἀσθενὴς (ἰδιαίτερα ὅσοι εἶναι γύρω στὰ 35-40 ἔτη) πρесеβωπικὰ γυαλιὰ. 🍎