



ΣΤΟΥΣ ρυθμούς της καρδιάς

ΚΩΔΙΚΟΣ: 2510

ΤΟΜΟΣ 15
ΤΕΥΧΟΣ 171
ΙΟΥΛΙΟΣ 2006

Τιμή πώλησης 0,01 €

Ἡ κολπικὴ μαρμαρυγή

ΞΕΝΟΦΩΝ ΦΡ. ΚΩΣΤΕΑΣ, καρδιολόγος, ἐργαστήριο ἐπεμβατικῆς ἠλεκτροφυσιολογίας καὶ βηματοδότησης, νοσοκομείο Ἑρρίκος Ντυνάν

Μιά ἀπὸ τὶς διεργασίες τῆς φύσης μὲ τὴν ὁποία ἐξοικειωνόμαστε ἀπὸ νωρὴς εἶναι ἡ γήρανση. Ἀπὸ τὴν ἐμφύβια μας κιάλας γνωρίζουμε τὶς συνέπειες τοῦ χρόνου εἴτε πρόκειται γιὰ μᾶς τοὺς ἴδιους, εἴτε γιὰ τοὺς οἰκείους μας. Ἄν καὶ στὴν ἀρχὴ μπορεῖ ἢ ποὶ μικρὴ ρυτίδα στὸ δέρμα νὰ προκαλεῖ ἀναστάτωση, κατὰ κανόνα ἐπέρχεται σύντομα ἡ συμφιλίωση μὲ αὐτὴν τὴν πραγματικότητα τῆς ζωῆς.

Ἄλλωστε, ἡ διαδικασία γήρανσης δὲν εἶναι οὔτε καλὴ οὔτε κακὴ, εἶναι ἀπλῶς φυσιολογικὴ. Ἀφορὰ δὲ κάθε τμῆμα τοῦ σώματός μας, χωρὶς ἐξαιρέσεις: τὸ δέρμα τοῦ προσώπου, τὰ κόκκαλα τῶν ἀρθρώσεων, τὴν ὀξὺτητα τῆς ἀκοῆς, τὴν ἐσωτερικὴ ἐπένδυση τῶν ἀγγείων κτλ ...

Ἡ γήρανση τῆς καρδιάς εἶναι κι αὐτὴ προοδευτικὴ, ἐπέρχεται δὲ ἀκόμα καὶ στοὺς πρὸ ὑγιεῖς ἠλικιωμένους ἀνθρώπους. Ἄν, μάλιστα, ἐξετάσουμε τοὺς θαλάμους τῆς καρδιάς (Εἰκόνα), θὰ δοῦμε ὅτι οἱ πτυχώσεις ποὺ ἀναπτύσσονται στὴν ἐσωτερικὴ ἐπένδυση τῶν κοιλοτήτων λίγο διαφέρουν ἀπὸ τὶς ρυτίδες στὸ πρόσωπό μας. Αὐτὲς ἀκριβῶς οἱ ρυτίδες εἶναι ὑπεύθυνες γιὰ τὴν κολπικὴ μαρμαρυγή, προκαλώντας βραχυκύκλωμα στὴν ἠλεκτρικὴ δραστηριότητα τῆς καρδιάς.

Θὰ ἦταν, ἴσως, λογικὸ νὰ ἀναζητήσουμε τρόπους ὥστε τὰ πράγματα νὰ μὴν φθάσουν σ' αὐτὸ τὸ σημεῖο. Μιὰ τέτοια σκέψη δὲν εἶναι ἀπόλυτα λανθασμένη, ἀλλὰ

οὔτε καὶ πολὺ ρεαλιστικὴ. Ἄλλωστε ποιὲς συνέπειες τοῦ χρόνου μποροῦμε νὰ ἀναχαιτίσουμε μὲ ἐπιτυχία; Πάντως, μὲ αὐτὸ τὸ πνεῦμα κορηγοῦνται ὀρισμένα φάρμακα, ὅπως οἱ ἀναστολεῖς τοῦ μετατρεπτικοῦ ἐνζύμου καὶ οἱ στατίνες, τὰ ὁποῖα ἔχουν πλατεῖα ἐφαρμογὴ στὴ θεραπεία τῆς ὑπέρτασης καὶ στὶς δυσλιπιδαιμίες, ἀντίστοιχα. Ἡ θεραπεία μὲ αὐτὲς τὶς οὐσίες ἀποτρέπει, σὲ κάποιον βαθμὸ, τὴν προοδευτικὴ ἴνωση, δηλαδὴ τὴ γήρανση τῶν κόλπων, θυμίζει δὲ τὴν ἐφαρμογὴ μιᾶς κρέμας προσώπου ὥστε νὰ ἀπαλυνθοῦν οἱ ρυτίδες.

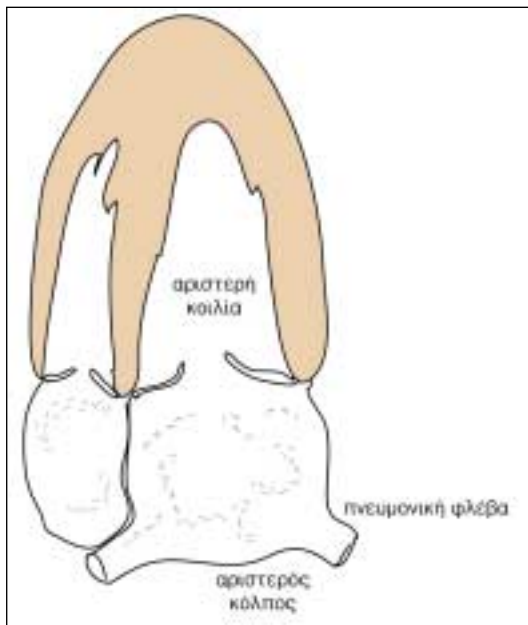
Πρὶν ὅμως ἐνοχοποιήσουμε τὴ φυσιολογικὴ διαδικασία γήρανσης, εἶναι ἀπαραίτητο νὰ βεβαιωθοῦμε ὅτι δὲν εὐθύνονται ἄλλες παθήσεις γιὰ τὴν ἐκδήλωση τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς. Ἡ παραδοσιακὴ διερεύνηση γι' αὐτὲς τὶς αἰτίες περιλαμβάνει ἀπλὲς ἐξετάσεις αἵματος, ὥστε, λόγου χάριν, νὰ ἀποκλεισθεῖ τὸ ἐνδεχόμενο ὑπὲρ-ἢ ὑποθυρεοειδισμού, καθὼς καὶ ἓνα ἠκοκαρδιογράφημα γιὰ νὰ μὴ μᾶς ξεφύγουν σοβαρὲς βαλβιδοπάθειες ἢ σιωπηλὴ ὑπέρταση. Ἐδῶ καὶ λίγα χρόνια, ἔχει ἐπίσης διαπιστωθεῖ ἡ στενὴ σχέση τῆς ἀποφρακτικῆς ἄπνοιας μὲ τὴν ἐμφάνιση κολπικῶν ἀρρυθμιῶν. Πρόκειται γιὰ μιὰ βαρὴ διαταραχὴ τῆς ἀναπνοῆς στὴ διάρκεια τοῦ ὕπνου, ἡ ὁποία ἀφορὰ ἀνθρώπους ποὺ ροχαλίζουν πολὺ καὶ ἐπηρεάζει δραματικὰ τὴν ἐπιβίωσή τους. Ἡ ἐγκαιρὴ θεραπεία μὲ μιὰ εἰδικὴ συσκευὴ ὑποστήριξης τῆς ἀναπνοῆς

χαρίζει περισσότερα και καλύτερα χρόνια σε όσους υποφέρουν από άπνοια, και γι' αυτό αξίζει να παραπεμφθούν για μία τυποποιημένη εξέταση από ειδικούς πνευμονολόγους, ή όποια λέγεται μελέτη ύπνου.

Στην καθημερινή πράξη, πάντως, οι προσπάθειές μας εστιάζονται στην προστασία από τις σοβαρές επιπλοκές της κολπικής μαρμαρυγής, αλλά και την εξάλειψη των συμπτωμάτων που προκαλεί ή χρόνια άρρυθμία. Είναι, πλέον, πολύ καλά τεκμηριωμένο πως ό μεγαλύτερος κίνδυνος από την κολπική μαρμαρυγή οφείλεται στους θρόμβους που σχηματίζονται καθώς το αίμα λιμνάζει στις παρυφές των κόλπων. Γι' αυτό, άλλωστε, είναι απαραίτητη ή χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων όταν ή άρρυθμία είναι μόνιμη ή πολύ συχνή. Ανάλογα απειλητική είναι και ή εκδήλωση συμπτωμάτων καρδιακής ανεπάρκειας, ιδίως όταν συνυπάρχουν και άλλες καρδιακές παθήσεις, μια και σ' αυτήν την περίπτωση ή λειτουργία της καρδιάς ως αντλίας επηρεάζεται δυσμενώς από την αποσύμπλεξη των κόλπων. Σε τέτοιες περιπτώσεις, μάλιστα, δεν διστάζουμε να καταφύγουμε στις λεγόμενες επεμβατικές θεραπείες όπως ή μόνιμη βηματοδότηση.

Πάντως, ή πιο συνηθισμένη θεραπεία για την κολπική μαρμαρυγή είναι ή χορήγηση αντιαρρυθμικών φαρμάκων, σε μια προσπάθεια ώστε να εξαλειφθούν τὰ έννοκλητικά συμπτώματα της άρρυθμίας. Έδώ ό κανόνας που ισχύει είναι ότι δεν υπάρχουν κανόνες. Καλό είναι ό,τιδήποτε επιφέρει κάποιο αποτέλεσμα, άρκει, βέβαια, να είναι αποδεκτά ασφαλές. Σίγουρα, όμως, πρέπει να επιλέξουμε με νηφαλιότητα μια όσο γίνεται πιο άπλη θεραπεία, μια και ό τυπικός άσθενής κάποιας ήλικίας δύσκολα μπορεί να συμμορφωθεί με πολύπλοκες συνταγές φαρμάκων. Ένα όρθολογικά σχεδιασμένο πρόγραμμα φαρμακευτικής θεραπείας, συχνά με συνδυασμούς αντιαρρυθμικών, έχει καλές πιθανότητες να βελτιώσει την κατάσταση, άρκει να θυμόμαστε τους περιορισμούς που ισχύουν. Το πιο σοβαρό μειονέκτημα της φαρμακευτικής άγωγής είναι ή χαμηλή αποτελεσματικότητα της. Άργα ή γρήγορα, ή κολπική μαρμαρυγή θα υποτροπιάσει, ανεξάρτητα από το πόσο καλά επιλεγμένη είναι ή θεραπεία. Άλλωστε ό χρόνος δεν γυρνάει πίσω και ό,τι είναι υπεύθυνο για την άρρυθμία συνήθως επιδεινώνεται προοδευτικά.

Έδώ και λίγα χρόνια εφαρμόζεται και μια ριζική θεραπεία για την κολπική μαρμαρυγή, με στόχο την πλήρη εξάλειψη της άρρυθμίας, δηλαδή την όριστική ίαση. Η θεραπεία αυτή λέγεται κατάλυση με ρεύμα ραδιοσυχνό-



Εικόνα. Σχηματική άναπαράσταση των κοιλοτήτων της καρδιάς - διακρίνεται ή άριστερή κοιλία, ή όποια είναι κατά κύριο λόγο υπεύθυνη για τή λειτουργία της καρδιάς ως αντλίας. Άκριβώς πίσω της βρίσκεται ό άριστερός κόλπος, που αντιπροσωπεύει τόν προθάλαμο της άριστερης κοιλίας. Καθώς περνούν τὰ χρόνια, στο έσωτερικό των κόλπων σχηματίζονται ρυτίδες - που φαίνονται στο σχήμα ως στικτές γραμμές - και κάνουν τήν καρδιά εύάλωτη σε "βραχυκύκλωμα", δηλαδή κολπικές άρρυθμίες, όπως ή κολπική μαρμαρυγή.

τητας, και μέχρι πρόσφατα άφορούσε κατά κύριο λόγο νεότερους άσθενείς με άπλες ταχυκαρδίες όπου το βραχυκύκλωμα είναι πολύ μικρό και καυτηριάζεται χρησιμοποιώντας ειδικούς καθετήρες. Στις μέρες μας έχει αναπτυχθεί μια άρκετά πιο περίτεχνη διαδικασία καυτηριασμού στο έσωτερικό των κόλπων της καρδιάς, που έχει αξιόλογη (άλλα όχι καθολική) επιτυχία. Στην ουσία, πρόκειται για μια παρέμβαση που απομονώνει όρισμένες περιοχές του άριστερού κόλπου, οι όποιες είναι υπεύθυνες για τή γένεση και τή συντήρηση της κολπικής μαρμα-

συνέχεια στη σελ. 102 ▶

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Έλληνικό Έδρυμα Καρδιολογίας
Β. Σοφίας 133 - Τ. Κ. 115 21 - Τηλ.: (210) 6401477, 6450118, 6460522 - Fax: (210) 6401478
E-mail=elikar@aiaa.gr http://www.elikar.gr

ΕΚΔΟΤΗΣ: Π. Τούτουζας
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Δ. Σταμάτης
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΥΛΗΣ: Ντίκη Μακαρίου
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΥΛΗΣ: Βασίλειος Σπανός
ΥΠΕΥΘ. ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ: Alta Grafico AE - Τηλ.: (210) 2314359, 2318113 - Fax: (210) 2317705
ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: Γ. Γκουμάς, Σπ. Καρράς, Π. Κόκκινος, Ζ. Κυριακίδης, Ε. Παπαστεριάδης,
Άθ. Πιπλής, Δ. Ρίχτερ, Β. Σπανός, Δ. Χασιόρας.
ΣΚΙΤΣΑ: Γαβριήλ Ψαρράς, καρδιολόγος
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Ά. Δαρμάρα, Μ. Δημακοπούλου, Γ. Καλλιούπη, Μ. Τούτουζα
Έπιτρέπεται ή μερική ή όλική άναδημοσίευση άρθρων του περιοδικού άρκει να άναφέρεται ή πηγή τους.

στην Ελλάδα... και τον κοσμο

Μαγνητική τομογραφία καρδιάς: Μιά νέα μέθοδος για τη διερεύνηση των καρδιαγγειακών παθήσεων

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Α. ΠΑΜΠΟΥΚΑΣ, καρδιολόγος, έπιμελητής Β', Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»



Τα τελευταία χρόνια, μιὰ νέα αναίμακτη εξέταση για τη διάγνωση των καρδιαγγειακών παθήσεων έχει αρχίσει να συγκεντρώνει ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον: η μαγνητική τομογραφία καρδιάς.

Η μαγνητική τομογραφία ή MRI, όπως αλλιώς λέγεται (από τα αρχικά των λέξεων magnetic resonance imaging), είναι μιὰ αναίμακτη μέθοδος με την οποία λαμβάνονται εικόνες της καρδιάς, υψηλής ευκρίνειας, σε πολλαπλές «φέτες» και σε διάφορα επίπεδα στο χώρο. Έχει το βασικό πλεονέκτημα ότι δεν έκθέτει τον ασθενή σε ιονίζουσα ακτινοβολία, όπως αντίθετα συμβαίνει με τις κλασικές ακτινολογικές εξετάσεις (ακτινογραφίες, άξονική τομογραφία) και τις μεθόδους της πυρηνικής ιατρικής (σπινθηρογράφημα).

Η μαγνητική τομογραφία βασίζεται στην μαγνήτιση ή οποία προκαλείται στο ανθρώπινο σώμα όταν αυτό τοποθετείται στον μαγνητικό τομογράφο.

Το κύριο τμήμα του τομογράφου είναι ένας μαγνήτης που παράγει ένα ισχυρό μαγνητικό πεδίο 30000 φορές ισχυρότερο από το μαγνητικό πεδίο της γης.

Οι εικόνες της μαγνητικής τομογραφίας παράγονται από τους πυρήνες υδρογόνου του ανθρώπινου σώματος οι οποίοι βρίσκονται σε άφθονία (επειδή το ανθρώπινο σώμα αποτελείται κυρίως από νερό), και οι οποίοι συμπεριφέρονται εντός του μαγνητικού τομογράφου όπως ακριβώς και η βελόνα της πυξίδας μέσα στο μαγνητικό πεδίο της γης.

Ένα άλλο πλεονέκτημα που έχει η μαγνητική τομογραφία είναι ότι τα σκιαγραφικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται για αυτήν (δηλαδή οι ουσίες που χορηγούνται σε όρισμένες περιπτώσεις κατά τη διάρκεια της εξέτασης με σκοπό να απεικονισθούν καλύτερα συγκεκριμένα όργανα και ιστοί) είναι ασφαλέστερα από αυτά που χρησιμοποιούνται στην ακτινολογία: προκαλούν, δηλαδή, πολύ πιο σπάνια αλλεργικές αντιδράσεις και δεν

προκαλούν βλάβη στη λειτουργία των νεφρών.

Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς, λοιπόν, είναι μιὰ εξέταση ασφαλής και ακίνδυνη.

Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν όρισμένες ομάδες ασθενών που δεν μπορούν να υποβληθούν σε μαγνητική τομογραφία, λόγω της αλληλεπίδρασης του μαγνητικού πεδίου του τομογράφου με τα μεταλλικά προσθετικά υλικά και τα ηλεκτρονικά κυκλώματα συσκευών που τυχόν φέρουν πάνω τους και τα οποία ενδέχεται να μετατοπιστούν ή να υποστούν βλάβη.

Έτσι οι ασθενείς με μόνιμο βηματοδότη, έμφυτο-μένο άπινιδωτή και μεταλλικά clips τοποθετημένα για έγκεφαλικά αγγειακά άνευρύσματα έχουν απόλυτη αντένδειξη σ' αυτή την εξέταση.

Ασθενείς με προσθετικές βαλβίδες και ένδοστεφανιαία stents μπορούν να υποβληθούν με ασφάλεια σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς.

Όσον αφορά στα μικρά παιδιά και στους ασθενείς με κλειστοφοβία και άγχος, η μαγνητική τομογραφία μπορεί να πραγματοποιηθεί με χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων ή υπό νάρκωση.

Η μαγνητική τομογραφία έχει αρχίσει να αποκτά

ξεχωριστή θέση για τη αξιολόγηση της καρδιακής λειτουργίας και τη μέτρηση των διαστάσεων των κοιλοτήτων και των μεγάλων αγγείων της καρδιάς και συμπληρώνει τις πληροφορίες που δίνει το υπερηχοκαρδιογράφημα, ιδίως όταν με αυτό ή απεικόνιση είναι μερικές φορές δυσχερής και η ποιότητα των εικόνων μη ικανοποιητική.

Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στη διάγνωση και παρακολούθηση ασθενών με ευρύ φάσμα καρδιοπαθειών.

Ειδικότερα, όσον αφορά τις συγγενείς παθήσεις της καρδιάς, είναι σημαντικός ο ρόλος της μαγνητικής τομογραφίας όχι μόνο στη διάγνωση αλλά και στην αναίμακτη παρακολούθηση της πορείας ασθενών που έχουν



υποβληθεί σε καρδιοχειρουργική επέμβαση για διόρθωση συγγενούς ανωμαλίας.

Ἐξίσου σπουδαία εἶναι ἡ σημασία τῆς μαγνητικῆς τομογραφίας σέ μία μεγάλη κατηγορία παθήσεων τῆς καρδιάς πού λέγονται μυοκαρδιοπάθειες. Ἐκτός ἀπό τήν ἀκρίβεια τῶν μετρήσεων τοῦ μεγέθους καί τοῦ πάχους τῶν τοιχωμάτων τῆς καρδιάς, ἡ μαγνητική τομογραφία παρέχει, μέ τή βοήθεια κατάλληλων τεχνικῶν, τή δυνατότητα γιά ἐντόπιση, χαρακτηρισμό καί ποσοτικοποίηση τῆς βλάβης τοῦ καρδιακοῦ μυός.

Λόγω αὐτῆς ἀκριβῶς τῆς δυνατότητας, ἡ εὐρεία ἐφαρμογή τῆς μαγνητικῆς τομογραφίας στίς ὁμάδες αὐτές τῶν ἀσθενῶν μπορεῖ νά μειώσει τήν πιθανότητα νά υποβληθοῦν ὀρισμένοι ἀπό αὐτούς τοὺς ἀσθενεῖς σέ μία αἱματηρή διαγνωστική ἐξέταση πού λέγεται ἐνδομυοκαρδιακή βιοψία.

Ἐπίσης, στή νόσο τῶν στεφανιαίων ἀγγείων, μιᾶ ἀπό τίς πιο συχνές αἰτίες θανάτου, ἡ μαγνητική τομογραφία καρδιάς μπορεῖ νά ἀποβεῖ ἰδιαίτερα χρήσιμη. Πρῶτα ἀπ' ὅλα, παρέχει πολύτιμες πληροφορίες γιά τή λειτουργία τοῦ καρδιακοῦ μυός. Εἰδικότερα, στοὺς ἀσθενεῖς πού ἔχουν ὑποστεί ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου, ἡ μαγνητική τομογραφία καρδιάς μπορεῖ νά ἐντοπίσει καί νά ποσοτικοποιήσει τή βλάβη τοῦ μυοκαρδίου (δηλαδή τή νεκρωμένη περιοχὴ), ἀλλὰ καί νά δώσει ἀπάντηση στοῦ κρίσιμο ἐρώτημα "σέ ποιές περιοχές τῆς καρδιάς καί πόση μάζα τοῦ καρδιακοῦ μυός παραμένει ζωντανή;"

Ἡ σημασία τοῦ ἐρωτήματος αὐτοῦ εἶναι τεράστια γιὰτί ἀπό τήν ἀπάντηση θά κριθεῖ ἂν ὁ ἀσθενής θά υποβληθεῖ ἢ ὄχι σέ κάποια επέμβαση ἐπαναγγείωσης τῶν στεφανιαίων ἀρτηριῶν, δηλαδή ἐγχείρηση by-pass ἢ ἀγγειοπλαστική.

Ἡ μαγνητική τομογραφία καρδιάς χρησιμεύει καί στήν ἀνίχνευση τῆς στεφανιαίας νόσου καί τῆς ἰσχαιμίας τοῦ μυοκαρδίου. Γιά τὸ σκοπὸ αὐτὸ ταυτόχρονα μέ τήν ἀπεικόνιση τῆς καρδιάς στοῦ μαγνητικὸ τομογράφο, γίνεται ἐνδοφλέβια ἔγχυση μιᾶς οὐσίας πού λέγεται δοβουταμίνη καί ἡ ὁποία κάνει τήν καρδιά νά συσπᾶται γρηγορότερα καί μέ μεγαλύτερη δύναμη. Πρόκειται δηλαδή γιά ἓνα φαρμακευτικὸ στρές πού «μμεῖται» τίς συνθῆκες κάτω ἀπὸ τίς ὁποῖες βρίσκεται ἡ καρδιά κατὰ τή διάρκεια τῆς σωματικῆς ἄσκησης (ὅπως συμβαίνει καί μέ τὸ τέστ κοπώσεως).

Κατὰ τή διάρκεια λοιπὸν αὐτῆς τῆς φαρμακευτικῆς κόπωσης, παρατηρεῖται ἡ κίνηση τῶν διαφόρων τμημάτων τῆς καρδιάς καί ἡ ἀναπόκριση αὐτῶν στοῦ φαρμακευτικὸ στρές. Πρόκειται γιά μία μοντέρνα ἐξέταση πού πραγματοποιεῖται σέ ἐξειδικευμένα κέντρα καί ἡ ὁποία μπορεῖ νά ἀνιχνεύσει τήν ἰσχαιμία τοῦ μυοκαρδίου μέ μεγαλύτερη ἀκρίβεια ἀπὸ ὅτι τὸ κλασικὸ τέστ κοπώσεως.

Ἐνας ἄλλος τρόπος ἀνίχνευσης τῆς στεφανιαίας νόσου μέ τή μαγνητική τομογραφία καρδιάς εἶναι ἡ μελέτη αἱμάτωσης. Ἡ μελέτη αὐτὴ πραγματοποιεῖται μέ τήν ἐνδοφλέβια χορήγηση μιᾶς σκιαγραφικῆς οὐσίας πού λέγεται γαδολίνιο καί δίνει πληροφορίες παρόμοιες μέ αὐτές πού δίνει τὸ σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου, χωρίς ὅμως νά ἐκθέτει τὸν ἀσθενῆ σέ ἰονίζουσα ἀκτινοβολία.

Μέχρι σήμερα, ἡ πιο ἀξιόπιστη μέθοδος γιά τήν ἐκτίμηση τῶν στενώσεων τῶν στεφανιαίων ἀγγείων εἶναι ἡ στεφανιογραφία, δηλαδή ἡ ἀγγειογραφία τῶν στεφανιαίων ἀρτηριῶν πού γίνεται μέ τρόπο ἐπεμβατικὸ (καθετηριασμὸ τῆς καρδιάς).

Τὰ τελευταῖα χρόνια, οἱ τεχνολογικὲς ἐξελίξεις στοῦ κῶρο τῆς μαγνητικῆς τομογραφίας ἔχουν ἐπιτρέψει τήν ἀναίμακτη ἀπεικόνιση τῶν στεφανιαίων ἀγγείων (μαγνητικὴ στεφανιογραφία). Ἡ μαγνητικὴ στεφανιογραφία, ἂν καί εἶναι μία ἰδιαίτερα ἐλκυστικὴ μέθοδος πού βελτιώνεται συνεχῶς καί ὑπόσχεται πολλὰ στή διάγνωση τῆς στεφανιαίας νόσου, ἔχει ἀκόμη τεχνικὲς δυσκολίες πού πρέπει νά ἐπιλυθοῦν καί ἐνδείξεις σέ ἐπιλεγμένες μόνο περιπτώσεις καί δὲν ἔχει ἀκόμη εὐρεία καθημερινὴ χρήση.

Σημαντικὴ ἔρευνα γίνεται γιά τήν περαιτέρω βελτίωση τῆς μαγνητικῆς τομογραφίας καρδιάς καί τήν εὐρεία εἰσαγωγή τῆς στίς καρδιολογικὲς ἐξετάσεις ρουτίνας. Οἱ ἐξελίξεις εἶναι ταχύτατες καί τὸ μέλλον προβλέπεται συναρπαστικὸ. Μιᾶ ἀπό τίς πιο ἐντυπωσιακὲς ἐξελίξεις στοῦ κῶρο τῆς μαγνητικῆς τομογραφίας εἶναι ἡ λέγόμενη μοριακὴ ἀπεικόνιση, δηλαδή ἡ ἀπεικόνιση τῶν μορίων καί τῶν διαφόρων συστατικῶν τῶν κυττάρων. Τὸ ἐπίτευγμα αὐτὸ ἔχει δώσει νέα ὄθηση στίς δυνατότητες τῆς μαγνητικῆς τομογραφίας καρδιάς, ὅπως αὐτὴν γιά ἀπεικόνιση τῶν ἀθηρωματικῶν πλάκων στίς στεφανιαίες ἀρτηρίες.

Οἱ ἀθηρωματικὲς πλάκες εἶναι βλάβες τοῦ τοιχώματος τῶν ἀρτηριῶν, καί ὀρισμένες ἀπὸ αὐτές, οἱ «μαλακές» καί πλούσιες σέ λίπος πλάκες, εἶναι «ὑψηλοῦ κινδύνου», δηλαδή εἶναι εὐάλωτες καί εἶναι δυνατό νά «σπάσουν» καί νά προκαλέσουν ἀπόφραξη τῆς στεφανιαίας ἀρτηρίας, γεγονός πού ὀδηγεῖ σέ ὄξυ ἰσχαιμικὸ καρδιακὸ ἐπείσοδιο (π.χ. ἔμφραγμα). Μέ τίς ραγδαίες τεχνολογικὲς βελτιώσεις καί μέ τή βοήθεια τῆς μοριακῆς ἀπεικόνισης, ἡ μαγνητικὴ τομογραφία καρδιάς θά μπορεῖ νά "διακρίνει" ποιές ἀπὸ τίς βλάβες τῶν στεφανιαίων ἀρτηριῶν εἶναι «ὑψηλοῦ κινδύνου» γιά ὄξυ καρδιακὸ ἐπείσοδιο.

Μιᾶ ἄλλη πρωτοποριακὴ ἐξέλιξη τῆς μαγνητικῆς τομογραφίας καρδιάς εἶναι τὸ «ἐπεμβατικὸ MRI». Πρόκειται γιά τή δυνατότητα καθετηριασμοῦ τῆς καρδιάς καί τῶν στεφανιαίων ἀρτηριῶν γιά διαγνωστικούς καί θεραπευτικούς λόγους (π.χ. ἀγγειοπλαστικὴ τῶν στεφανιαίων ἀρτηριῶν), μέ τή μόνη διαφορά ὅτι ὅλη ἡ διαδικασία γίνεται χωρὶς τή βοήθεια ἀκτίνων Χ. Οἱ καθετῆρες προωθοῦνται καί παρακολουθοῦνται σέ πραγματικὸ χρόνο μέσα στοῦ μαγνητικὸ πεδίο. Ἄν καί ἡ μέθοδος αὐτὴ βρίσκεται ἀκόμη σέ πειραματικὸ στάδιο καί ἐφαρμόζεται σέ πολὺ λίγα κέντρα, ἀναμένεται ὅτι μέ τήν πρόοδο τῆς τεχνολογίας θά ἀποκτήσει ὁλοένα καί ἐρύτερη ἐφαρμογὴ καί θά σημάνει τήν ἀρχὴ μιᾶς νέας ἐποχῆς στήν ἐπεμβατικὴ καρδιολογία.

Φαίνεται, λοιπὸν, ὅτι ἡ μαγνητικὴ τομογραφία καρδιάς εἶναι μία ἀσφαλῆς καί ἀκίνδυνη ἐξέταση πού μπορεῖ νά δώσει πολὺτιμες πληροφορίες, νά λύσει διαγνωστικὰ προβλήματα καί νά ἀνοίξει νέους δρόμους στήν ἀντιμετώπιση τῶν καρδιακῶν παθήσεων. 🍎

Ιπποκράτης χθες - σήμερα - αύριο

Ύπερηχοκαρδιογραφία: ένα χρήσιμο εργαλείο της καρδιολογίας

Δρ ΗΛΙΑΣ Κ. ΚΑΡΑΜΠΙΝΟΣ, FESC, Accreditation in Echocardiography by ESC,
καρδιολόγος, Εύρωκλινική Ἀθηνῶν

Ἡ διάδοση τῆς μηχανικῆς ἐνέργειας στὴν φύση γίνεται ὑπὸ μορφή κυμάτων καὶ ἀπαιτεῖται πάντα ἕνα μέσο διάδοσης (ὕγρo, στερεὸ ἢ ἀέριο), καθὼς τὰ κύματα δὲν διαδίδονται στὸ κενὸ ὅπως συμβαίνει μὲ τὸ φῶς. Οἱ ἦχοι εἶναι μηχανικὰ κύματα, ἐνῶ οἱ ὑπέρηχοι εἶναι ἦχοι μὲ ὑψηλὴ συχνότητα μεγαλύτερη ἀπὸ 20000 κύκλους/δευτερόλεπτο (Hertz).

Οἱ ὑπέρηχοι, ὅπως ὅλα τὰ μηχανικὰ κύματα, ὅταν διαδίδονται ἀπὸ ἕνα μέσο σὲ ἕνα ἄλλο, κάποιo ποσοστὸ αὐτῶν ἀνακλᾶται πρὸς τὰ πίσω παράγοντας τὴν «ἠχώ». Στὴν ιδιότητά τους αὐτὴ βασίζονται οἱ περισσότερες ἐφαρμογές τῶν ὑπερήχων στὴν ἱατρικὴ καὶ δὴ στὴν καρδιολογία, οὕτως ὥστε ὁ ὅρος «ἠχοκαρδιογραφία» νὰ εἶναι πλέον δόκιμος.

Οἱ ὑπερηχοκαρδιογράφοι εἶναι εἰδικές μηχανές παραγωγῆς ὑπερήχων ἀλλὰ καὶ λήψης τῆς παραγόμενης ὑπὸ αὐτῶν «ἠχούς», μέσφ εἰδικῆς κεφαλῆς ἢ ὁποῖα τοποθετεῖται στὸ θωρακικὸ τοίχωμα τῶν ἀσθενῶν προκαρδῶς (διαθωρακικὴ ὑπερηχοκαρδιογραφία). Ἡ λαμβανομένη αὐτὴ «ἠχώ» ὑφίσταται εἰδικὴ ἠλεκτρονικὴ ἐπεξεργασία καὶ ἀποδίδει δυὸ εἰδῶν πληροφορίες: ἢ μία ἀφορὰ τὴν ἀπεικόνιση τῆς κινούμενης καρδιάς καὶ τῶν μεγάλων ἀγγείων καὶ ἢ ἄλλη τὴν μέτρηση τῆς ταχύτητας τῆς ροῆς τοῦ αἵματος διαμέσου τῶν διαφόρων «καρδιακῶν χώρων».

Ὅταν πρωτοκατασκευάστηκαν τὸ 1953 καὶ ἐφαρμόστηκαν στὴν κλινικὴ πράξη πρὶν τὸ 1960 ἀπὸ τοὺς Σουηδοὺς Herte καὶ Elder, οἱ μηχανές αὐτές ἦταν πολὺ ἀπλοϊκές. Σήμερα, βέβαια, οἱ ὑπερηχοκαρδιογράφοι ἔχουν ἐξελιχθεῖ πολὺ καὶ νεώτερες ἐφαρμογές καὶ τεχνικές ἔχουν προστεθεῖ.

Ἡ διαθωρακικὴ ὑπερηχοκαρδιογραφία (triplex καρδιάς) ἀποτελεῖ σήμερα βασικότατο εργαλεῖο τῆς καρδιολογίας, σὲ σημεῖο πού νὰ θεωρεῖται τὸ «στηθοσκοπιο τοῦ 21ου αἰῶνα». Ἀποτελεῖ μία φθηνή, γρήγορη καὶ ἐξαιρετικὰ ἀξιόπιστη ἐξέταση τῆς δομῆς καὶ τῆς λειτουργίας τῆς καρδιάς, ἀκόμη καὶ διπλά στὴν κλίνη τοῦ ἀσθενούς. Δὲν εἶναι ὑπερβολὴ ἢ θεώρηση ὅτι μὲ τὸ ὑπερηχοκαρδιογράφημα κατανοήθηκαν σὲ βάθος πολλὲς νοσολογικὲς ὀντότητες τῆς καρδιολογίας.

Μὲ τὸ διαθωρακικὸ ὑπερηχοκαρδιογράφημα βλέ-

πουμε τὴν καρδιά «ζωντανή» μπροστὰ μας νὰ συσπᾶται καὶ τὶς βαλβίδες νὰ ἀνοίγοκλείνουν. Ἔτσι μπορούμε νὰ μετρήσουμε τὶς διαστάσεις καὶ τὸ πάχος τῶν τοιχωμάτων τῶν κοιλοτήτων καὶ νὰ ἐκτιμήσουμε τὴ λειτουργικὴ ἀπόδοση τῆς καρδιάς μὲ τὸ κλάσμα ἐξώθησης (δηλαδὴ πόσο ἐπὶ τοῖς ἑκατὸ ἀδειάζει ἡ καρδιά σὲ κάθε συστολή) σὲ διάφορες παθήσεις.

Σὲ ἀσθενεῖς μὲ ὑπέρταση ἢ σακχαρώδη διαβήτη μπορεῖ νὰ ἀξιολογηθεῖ ἂν ὑπάρχει ὑπερτροφία τῆς ἀριστερῆς κοιλίας καὶ νὰ ἐκτιμηθεῖ τὸ κλάσμα ἐξώθησης αὐτῆς, καθοδηγώντας καὶ παρακολουθώντας τὴν θεραπευτικὴ ἀγωγή.

Μετὰ ἀπὸ ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου, μὲ τὸ ὑπερηχοκαρδιογράφημα μπορούμε νὰ ἐκτιμήσουμε τὸ μέγεθος τῆς «ζημίας» ἀλλὰ καὶ νὰ παρακολουθήσουμε τὰ ὀφέλη μετὰ ἀπὸ ἀγγειοπλαστικὴ ἢ by-pass, καὶ νὰ ἐλέγχουμε γιὰ πιθανὴ ὑπάρξη θρόμβου (συχνὸ φαινόμε-

νο μετὰ ἀπὸ ἐκτεταμένο ἔμφραγμα) ἐντὸς τῆς ἀριστερῆς κοιλίας, οὕτως ὥστε, ἂν χρειάζεται, νὰ χορηγηθεῖ ἀντιπηκτικὴ ἀγωγή.

Σὲ ἀσθενεῖς μὲ πόνου στὸ στήθος πού προσέρχονται στὰ Τμήματα Ἐπείγοντων Περιστατικῶν μὲ ὑποψία στηθάγχης καὶ φυσιολογικὸ ἠλεκτροκαρδιογράφημα, μπορούμε νὰ δοῦμε ἂν κάποιo τμήμα τῆς καρδιάς ὑστερεῖ καὶ δὲν συσπᾶται καλῶς καὶ νὰ θέσουμε ἔτσι ἔγκαιρα τὴν διάγνωση τοῦ ὀξέος στεφανιαίου συνδρόμου, ἀρχίζοντας -ἐπίσης ἔγκαιρα- τὴ θεραπευτικὴ ἀγωγή.

Σὲ ἀσθενεῖς μὲ δυσλειτουργία καρδιακῆς βαλβίδας (στένωση ἢ ἀνεπάρκεια), τὸ ὑπερηχοκαρδιογράφημα συμβάλλει καθοριστικὰ στὴ διάγνωση τῆς νόσου καὶ στὴν ἐκτίμηση τῆς βαρύτητας αὐτῆς. Μὲ τὸ triplex καρδιάς παρακολουθοῦνται ὅλοι οἱ ἀσθενεῖς μὲ βαλβιδοπάθεια, καθορίζεται ἡ θεραπευτικὴ τους ἀγωγή καὶ ἀποφασίζεται ὁ κατάλληλος χρόνος γιὰ χειρουργικὴ παρέμβαση.

Σὲ ἀσθενεῖς μὲ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια, τὸ ὑπερηχοκαρδιογράφημα ἀποτελεῖ ἀριστὸ εργαλεῖο τόσο γιὰ τὴν διάγνωση, ὅσο καὶ τὴν παρακολούθηση τῆς νόσου. Μπορούμε, ἐπίσης, νὰ δοῦμε ἂν στὴν ἀνεπαρκῶσα καρδιά ὑπάρχουν τμήματα τὰ ὁποῖα συσπῶνται ἀσυντόνιστα, οὕτως ὥστε οἱ ἀσθενεῖς αὐτοὶ νὰ ὠφεληθοῦν ἐνδεχομέ-



νωσ με την εμφύτευση αμφικολιακού βηματοδότη. Πολ- λές φορές, επίσης, το triplex καρδιάς μας βοηθά στα Τμήματα Έπειγόντων Περιστατικών να διαγνώσουμε σε ένα ασθενή με δύσπνοια, αν ή αιτία του "κακού" είναι καρδιακό ή άλλο πρόβλημα.

Τέλος, με το υπερηχοκαρδιογράφημα μπορούμε να διαγνώσουμε διάφορες μυοκαρδιοπάθειες, ὄγκους της καρδιάς και νοσήματα του περικαρδίου. Ειδικότερα, σε σχέση με το περικάρδιο, με το υπερηχογράφημα μπο- ρούμε να καθορίσουμε αν υπάρχει σημαντική περικαρ- διακή συλλογή ή όποια να πιέζει απ' έξω την καρδιά, ούτως ώστε να απαιτείται παρακέντηση για απομάκρυνση του υγρού αυτού.

Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα απέτελεσε ποιοτικό ἄλλα προς τα μπρός στον τομέα των συγγενῶν καρδιοπαθειῶν. Σήμερα, ἀπὸ τὴ γέννηση ἀκόμα, ἐπὶ πα- ραμικρῆς ὑπόψιας (π.χ. φύσημα) συγγενοῦς καρδιοπά- θειας σὲ ἕνα βρέφος, εἶναι ἐφικτὴ ἡ διάγνωση ἢ ὁ ἀπο- κλεισμός αὐτῆς. Σήμερα, μπορούμε ἐπίσης, ἀκόμη καὶ πρὶν γεννηθεῖ ἕνα βρέφος, κατὰ τοὺς τελευταίους μῆνες τῆς κύησης, νὰ ἐλέγξουμε ἀν ἡ καρδιά του εἶναι φυσιο- λογική.

Στὶς ἴδιες ἀρχὲς με τὴν διαθωρακικὴ υπερηχοκαρδιο- γραφία βασίζεται καὶ ἡ διοισοφάγειος υπερηχοκαρδιο- γραφία. Κατὰ αὐτὴν, ἡ ἐξέταση τῆς καρδιάς δὲν γίνεται διαθωρακικά, ἀλλὰ διαμέσου τοῦ οἰσοφάγου, ἐνὸς ὄργανου τὸ ὁποῖο βρίσκεται πίσω ἀκριβῶς ἀπὸ τὴν καρ- διά. Ὁ ἄσθενὴς λαμβάνει τοπικὰ στὸν φάρυγγα ἀναι- σθητικὸ -ξυλοκαΐνη σὲ σπρέι- καὶ παροτρύνεται νὰ κα- ταπιεῖ ἕνα λεπτὸ λάστιχο λίγων χιλιοστῶν, τὸ ὁποῖο στὴν ἀκρὴ του ἔχει τὴν υπερηχογραφικὴ κεφαλή.

Μὲ τὸ διοισοφάγειο υπερηχογράφημα ἐλέγχουμε ἀξιοπίστα ἀν ὑπάρχει θρόμβος ἢ ἄλλος ὄγκος ἐντὸς τῶν κόλπων (ποῦ με τὸ triplex πολλὲς φορές δὲν φαίνονται), γίνεται πολὺ καλύτερη μελέτη τῆς ἀνατομίας τῶν βαλβί- δων καὶ ἐλέγχεται ἡ παρουσία ἐκθλαστίσεων ἐπὶ αὐτῶν (παρουσία ἐνδοκαρδίτιδας). Ἀναπτύσσονται, ἐπίσης, ἄλλα αἷτια θρομβωτικῶν ἐγκεφαλικῶν ἐπεισοδίων, καθορίζε- ται με ἀξιοπιστία ἀν ὑπάρχει μεσοκολπικὴ ἐπικοινωνία καὶ ἐλέγχεται ἡ ἀορτὴ (ιδανικὸ στὴν παρακολούθηση ἀσθενῶν με ἀνεύρυσμα ἀορτῆς καὶ στὴν ἐγκαιρὴ διά- γνωση τῶν διαχωριστικῶν ἀνευρυσμάτων). Τέλος, ἡ δι- οισοφάγειος μελέτη πραγματοποιεῖται πολλὲς φορές διεγχειρητικὰ, κυρίως στὴ χειρουργικὴ τῶν βαλβιδοπα- θειῶν, γιὰ τὸν ἔλεγχο τοῦ ἀποτελέσματος προτοῦ ὁ χει- ρουργὸς κλείσει τὸν θώρακα.

Μιὰ εἰδικὴ ἐφαρμογὴ τῆς διαθωρακικῆς υπερηχο- καρδιογραφίας εἶναι ἡ δυναμικὴ υπερηχοκαρδιογραφία (stress echo). Κατὰ αὐτὴν ἐλέγχεται ἡ σύσπαση ὅλων τῶν τμημάτων τῆς ἀριστερῆς κοιλίας σὲ ἡρεμία καὶ μετὰ, εἴτε ἀπὸ φυσικὴ κόπωση (κοιλιομενος τάπτας, ποδήλατο), εἴτε ἀπὸ φαρμακευτικὴ κόπωση (χορήγηση δοβουταμί- νης). Μὲ τὴν ἐξέταση αὐτὴ ἐλέγχουμε γρήγορα καὶ με ἀρκετὴ ἀξιοπιστία ἀν κάποιο τμῆμα τῆς καρδιάς δὲν συ- σπάται καλῶς κατὰ τὴν κόπωση, γεγονός τὸ ὁποῖο κα- ταδεικνύει ὅτι ὑπάρχει ἰσχαιμία, δηλαδὴ στένωση στε- φανιαίου ἀγγείου, καὶ ἐγείρει τὴν ἀνάγκη γιὰ στεφανιο- γραφία. Μὲ τὴν ἐξέταση αὐτὴ ἐλέγχουμε, ἐπίσης, μετὰ

ἀπὸ ἔμφραγμα μυοκαρδίου ἀν ὑπάρχουν τμήματα τῆς καρδιάς τὰ ὁποῖα εἶναι «ζωντανά» καὶ θὰ ὠφεληθοῦν ἀπὸ ἀγγειοπλαστικὴ ἢ by-pass.

Σήμερα ἡ υπερηχοκαρδιογραφία ἔχει ἐμπλουτισθεῖ καὶ με νεώτερες τεχνικὲς, ὅπως εἶναι ἡ ἀπεικόνιση τῆς καρδιάς σὲ τρεῖς διαστάσεις (3D), ἡ μελέτη τῆς παρα- μόρφωσης τῶν μυοκαρδιακῶν τμημάτων (συμβάλλει στὴν ἀναγνώριση ἰσχαιμίας, ἐμφράγματος, κλπ), ἡ μελέ- τη τῶν ροῶν τῶν στεφανιαίων ἀγγείων μετὰ ἀπὸ χορή- γηση ἀδενοσίνης (διάγνωση στένωσης ἀγγείου) καὶ ἡ διενέργεια stress echo μετὰ ἀπὸ χορήγηση σκιαγραφι- κοῦ παράγοντα (contrast stress echo) προκειμένου νὰ αὐξηθεῖ ἡ διαγνωστικὴ ἀκρίβεια τῆς μεθόδου. Ἡ υπερη- χοκαρδιογραφία δείχνει τὸ μέλλον: ἀποτελεῖ παράδειγμα πὼς ἡ ἐφαρμογὴ διαφόρων τεχνολογιῶν καὶ ἐρευνῶν ἄλλαξε τὴν ἱστορία μιᾶς ἱατρικῆς ἐιδικότητας, τῆς καρ- διολογίας ... 🍎



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 98

ρυγῆς. Ἡ πολυπλοκότητά της, ὁμως, τὸ κόστος, ἀλλὰ καὶ ἕνας καθόλου ἀμελητέος κίνδυνος ἐπιπλοκῶν, πε- ριορίζει τὴν ἐφαρμογὴ της σὲ ἐπιλεγμένες περιπτώσεις ἀσθενῶν στοὺς ὁποίους ἡ κολπικὴ μαρμαρυγὴ προκαλεῖ σοβαρὴ ἀναπηρία.

Τελικά, ἄραγε, τί εἶναι καλύτερο γιὰ τὸ συγκεκριμένο ἀσθενῆ; Ὑπάρχει μίπως κάποια λύση ποῦ νὰ εἶναι εὐερ- γητικὴ σὲ ὅλες τὶς περιπτώσεις; Σημειώστε ὅτι δὲν πρό- κεται γιὰ ρητορικὴ ἐρώτηση, μιὰ καὶ αὐτὴ ἀκριβῶς μᾶς βασανίζει σὲ καθημερινὴ βάση, πολλὲς φορές τὴν ἡμέ- ρα. Ἄν γνωρίζαμε τὴν ἀπάντηση θὰ ἄλλαζε, οὔτε λίγο οὔτε πολὺ, ἡ ὄψη τοῦ κόσμου (καί, ἀντίθετα με τὴ νόσο τῶν στεφανιαίων ἀρτηριῶν, ὄχι ἀποκλειστικὰ τοῦ κόσμου ποῦ περιγράφεται ὡς ἀναπτυγμένους).

Πρακτικὰ μιλώντας, ἡ θεραπεία τῆς κολπικῆς μαρμα- ρυγῆς πρέπει νὰ συμβαδίζει με τὴ βαρύτητα τοῦ προβλή- ματος, ἔτσι ὅπως ἐκδηλώνεται στὶς συγκεκριμένες κλι- νικὲς περιστάσεις. Μὲ διαφορετικὰ λόγια, μιὰ καλὰ ἀνε- κτὴ ἀρρυθμία ποῦ ἐμφανίζεται σποραδικὰ σὲ ἕναν κατὰ τὰ ἄλλα ὑγιῆ ἐνήλικα μᾶλλον πρέπει νὰ ἀντιμετωπίζεται με ἥπια μέτρα ἢ ἀκόμα καὶ με ἀπλὴ καθυσάχαση σὲ συν- δασμὸ με παρατήρηση. Ἀντίθετα, ὅταν ἡ κολπικὴ μαρ- μαρυγὴ συνοδεύει τὸ σύνδρομο καρδιακῆς ἀνεπάρκειας σὲ ἀσθενεῖς με βαριὲς μυοκαρδιοπάθειες, απαιτεῖ πολὺ πιὸ ἐπιθετικὸς χειρισμός. Σ' αὐτὸ τὸ σημεῖο ἀξίζει νὰ τονιστεῖ καὶ ἡ πτυχὴ τοῦ προβλήματος ποῦ ἄπεται τῆς δημόσιας υγείας, ὅπου οἱ δημοσιονομικὲς ἐπιπτώσεις εἶναι ἰδιαίτερα σοβαρὲς ἀρκεῖ νὰ ἀναλογισθοῦμε πόσα ἀγγειακὰ ἐγκεφαλικά ἐπεισόδια μποροῦν νὰ ἀποτραποῦν ἀπὸ τὴν ἐγκαιρὴ χορήγηση ἀντιπηκτικῆς θεραπείας στὰ περιφερικὰ κέντρα υγείας.

Ἡ προσεκτικὴ ἐφαρμογὴ καλὰ ἐπιλεγμένων παρεμ- βάσεων γιὰ τὴν κολπικὴ μαρμαρυγὴ, με ἔμφαση στὴ συ- νολικὴ καρδιαγγειακὴ υγεία, ἀντιπροσωπεύει τὸ θερα- πευτικὸ δόγμα τῆς δεκαετίας ποῦ διανύουμε. Τὸ δὲ ὄφε- λος ἀπὸ αὐτὴν τὴ στρατηγικὴ ἔχει ἤδη ἀρχίσει νὰ γίνει ἀντιληπτό, τόσο στὴν ποιότητα ζωῆς ὅσο καὶ τὴν ἐπι- βίωση. 🍎

επικαιρα και αλλα

ΠΑΥΛΟΣ Κ. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ, καθηγητής,
διευθυντής ΕΛΙ.ΚΑΡ.

► Υπέρβαρος ή παχύσαρκος: ... μέτρα και σταθμά

Για αισθητικούς λόγους δεν πρέπει να είσαι υπέρβαρος και να ζυγίζεις πάνω από 25 κιλά ανά τετραγωνικό μέτρο επιφάνειας σώματος. Άπλούστερα, δεν πρέπει να έχεις περιφέρεια στη μέση πάνω από 94 cm αν είσαι άνδρας και 80 cm αν είσαι γυναίκα. Πολύ περισσότερο δεν πρέπει να είσαι παχύς επειδή εδώ έχουμε και λόγους υγείας. Στην παχυσαρκία είναι αντιαισθητικό αλλά και ανθυγιεινό να αθροίζεται το λίπος στην κοιλιά και το μέν βάρος να υπερβαίνει τα 30 kg/m² επιφάνειας σώματος ενώ η μεζούρα στο ύψος του όμφαλου, στη μέση, να είναι πάνω από 102 στους άνδρες, πάνω από 88 στις γυναίκες. Και μην ισχυρίζεσαι ότι σ' αυτό φταίνει τα γονίδια. Στην κατοχή, τη δεκαετία του '40, δεν εύρισκες στο δρόμο παχυσάρκους. Οί όρμόνες και τα γονίδια ευθύνονται για το 1% των παχυσάρκων σήμερα. Έλεγξε καλά το βάρος σου και τη σιλουέτα σου για να έχεις εμφάνιση καλή αλλά και να φροντίζεις την καρδιά σου, ως λέγει ο Guy Malherbe. Το πρόβλημα είναι σημαντικό επειδή στην παχυσαρκία παρουσιάζεται αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης σε βαθμό που να εμφανίζεται συχνότερα διαβήτης και παράλληλα αυξάνει η πίεση, γίνεσαι υπέρταστικός και σιγά - σιγά εμφανίζονται καρδιαγγειακά προβλήματα, άκομη και έγκεφαλικά.

► Άς σώσουμε τα παιδιά μας από τα δεινά της παχυσαρκίας

Είναι μεγάλη η ανάγκη να αντιληφθεί κανείς ότι ο τρόπος της ζωής μας, πολύ περισσότερο των παιδιών μας, οδηγεί κατευθείαν σε κινδύνους με καρδιαγγειακά, εάν δεν υπάρχει πειθαρχία. Η παχυσαρκία ήταν πάντα μία κατάσταση σπάνια στα παιδιά. Τώρα, στο δεύτερο ήμισυ του 20^{ου} αιώνας η παχυσαρκία κάνει την εμφάνισή της στην παιδική ηλικία με αυξανόμενους ρυθμούς. Τον τελευταίο χρόνο αναφέρεται ότι στη χώρα μας τα υπέρβαρα παιδιά υπερβαίνουν σε ποσοστό το 30% και εξ αυτών το 1/3 είναι παχύσαρκα. Το γεγονός σημαίνει ότι το πρόβλημα εμφανίζεται τρεις-τέσσερις φορές συχνότερα από ότι στη δεκαετία του '70. Ωστε θα πρέπει να επιμένουμε τα παιδιά μας να καταναλώνουν περισσότερο γάλα, φρούτα και λαχανικά, δηλαδή ασβέστιο και υδατάνθρακες, ελατώνοντας πολύ τη ζάχαρη, τα λίπη και το αλκοόλ και παράλληλα να επιδίδονται σε σωματική άσκηση. Και ενοχλεί πολύ να γνωρίζουμε καλά, όπως λέει ο Γάλλος καθηγητής Alec Vahanian, ότι μετά από 30 χρόνια τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά οδηγούνται κατευθείαν προς τον κίνδυνο του εμφράγματος και του έγκεφαλικού.

► Κάπνισμα, τελομέρη και γήρανση

Telomere, ελληνική λέξη που έμεις θα την αποδώσουμε τελομέρη. Προφανώς πρόκειται για το τελικό μέρος



του DNA. Όταν τα τελομέρη είναι μακρά έχεις καλή ποιότητα ζωής και πιθανόν μακροζωία. Όμως όταν τα DNA τελομέρη μικραίνουν, συρρικνούνται, τότε ο άνθρωπος γεννάει πρόωρα και παίρνει όψη κουρασμένου, γερασμένου. Η προσβολή των τελομερών προέρχεται από τις ελεύθερες ρίζες. Όμως μπορεί να βρείς αίτια γήρανσης τη νικοτίνη, αφού επισημάνθηκε ότι οι καπνιστές - από παρατηρήσεις επί 1.122 γυναικών έθελοντριών, σε καλή κατάσταση υγείας, 18-72 ετών, όπως αναφέρεται στο επιστημονικό περιοδικό Lancet 2005-, είχαν βραχύτερα DNA τελομέρη και η όψη τους ήταν προώρως γερασμένη. Έδω συμβαίνει και αρχικά οξειδωτικό στρες ή και φλεγμονή του κυττάρου με παραμόρφωση και βράχυνση των τελομερών, παράγοντες οι οποίοι μπορεί να οδηγήσουν σε γήρανση ή και σε καρκίνο. Στην ίδια μελέτη παρατηρήθηκε πρόωρη γήρανση και λόγω παχυσαρκίας, με βράχυνση πάλι των τελομερών.

► Προσοχή και στα φυτοοιστρογόνα

Οί πρωτεΐνες της σόγιας περιλαμβάνουν τροφικές πεπτικές ουσίες οι οποίες επιστημονικά ονομάζονται φυτοοιστρογόνα. Αυτές θεωρούνται φυτικές αλλά έχουν κατασκευή παρόμοια με εκείνη της οιστραδιόλης, η οποία είναι γυναικεία όρμονη. Αυτές οι φυτοοιστρογόνες ουσίες βρίσκονται στο όριο μεταξύ της τροφής και του ιατρικού φαρμάκου. Επομένως, η κατανάλωσή τους δεν θα μπορούσε να είναι ανώδυνη γιατί παρεμβάλλεται στη λειτουργία των όρμονων. Συνεπώς, η κατανάλωσή τους θα πρέπει να είναι περιορισμένη. Οί μελέτες οι οποίες έχουν γίνει δεν επιτρέπουν σήμερα να θεωρείται ότι τα φυτοοιστρογόνα έχουν θετικό αποτέλεσμα και να καταναλώνονται εύρως, αφού δεν έχει επιβεβαιωθεί ότι είναι πράγματι υγιεινή διατροφή. Αυτή είναι η σύσταση-ανακοίνωση του Γαλλικού Πρακτορείου Ασφάλειας της Υγείας (AFSSAPS).

► Ο διαβήτης και οι στόχοι του

Τα τρία όργανα που "έχει στόχο" ο διαβήτης είναι

πρώτων οί ὀφθαλμοί, δεύτερον οί νεφροί καί τρίτον τὰ νεύρα. Ἡ ἐπίθεση τοῦ διαβήτου ἐναντίον αὐτῶν τῶν ὀργάνων εἶναι συνεχῆς, γι' αὐτό καί οἱ βλάβες πού προκαλεῖ σ' αὐτά ἔχουν σχέση μέ τή σοβαρότητα του ἀλλά καί μέ τή διάρκειά του. Ὁ κίνδυνος τύφλωσης στους διαβητικούς φτάνει τὸ 2%. Ἀντίστοιχα, ἡ νεφρική ἀνεπάρκεια ἀπὸ διαβήτη πού καταλήγει σὲ τεχνητὸ νεφρὸ πλησιάζει τὸ 40%. Τέλος, ἡ προσβολὴ τῶν νεύρων συχνότερα ἐκδηλώνεται στὰ πόδια μέ αἴσθηση πόνου ἢ καύσου καί κράμπες. Μπορεῖ, ὅμως, ἀργότερα νὰ σημειωθεῖ παντελής ἀναίσθησια στὸ πόδι καί ὁ ἀσθενὴς νὰ ἔχει τραῦμα ἢ μεγάλη πληγή, χωρὶς νὰ αἰσθάνεται τὸν πόνο.

➤ **Γλυκιά αἰμοσφαιρίνη κάτω τοῦ 7%**

Οἱ παραπάνω βλάβες πού προκαλεῖ ὁ διαβήτης μπορεῖ νὰ ἀποφευχθοῦν ἐὰν ρυθμίζεται καλὰ τὸ σάκχαρο στὸ αἷμα. Καί τόσο οἱ τιμὲς νηστείας τὸ πρωὶ πρὶν ἀπὸ τὸ πρόγευμα ὅσο καί οἱ τιμὲς γλυκόζης αἵματος μετὰ τὸ φαγητὸ πρέπει νὰ εἶναι ἐντὸς τῶν φυσιολογικῶν ὁρίων μέ τὴν κατάλληλη δίαιτα καί τὰ φάρμακα. Χρήσιμη εἶναι ἡ ἐξέταση τῆς γλυκιάς αἰμοσφαιρίνης, ἐπὶ τὸ ἐπιστημονικότερον γλυκοζυλιωμένης αἰμοσφαιρίνης (HbA1C), ἡ ὁποία ἐκφράζει τὴς διακυμάνσεις τοῦ σακχάρου στὴ διάρκειά τριῶν μηνῶν. Ἔτσι, θεωρεῖται ὅτι ρυθμίζεται ἰκανοποιητικὰ ὁ διαβήτης ἐὰν ἡ τιμὴ τῆς γλυκιάς αἰμοσφαιρίνης εἶναι κάτω ἀπὸ 7%, ὅποτε ἀποφεύγονται οἱ παραπάνω βλάβες στὰ μάτια, τοὺς νεφροὺς καί στὰ πόδια.

Μὲ τὸν ἴδιο τρόπο θὰ προλαμβάνεται ἡ γάγγραινα στὰ πόδια πού εἶναι 7-15 φορές συχνότερη στους διαβητικούς συγκριτικὰ μέ ἐκείνους πού δὲν πάσχουν ἀπὸ διαβήτη. Ἡ γλυκιά αἰμοσφαιρίνη μπορεῖ νὰ ἐλέγχεται

κάθε τρεῖς μῆνες, ἐφ' ὅσον εἶναι μικρότερη τοῦ 7% στους διαβητικούς καί καλύτερα, βέβαια, εἶναι, ὡς συμβαίνει εἰς τοὺς ὑγιεῖς, ἡ τιμὴ τῆς νὰ εἶναι μικρότερη τοῦ 6%.

➤ **Ἵσως ἀδερφέ», εἶναι ὁ σχολιασμός πολλῶν ὅσον ἀφορᾷ στὸν τρόπο ζωῆς τῶν ἀνθρώπων σήμερα. Καί μέ αὐτὴ τὴ ρήση ἐννοοῦν ὅτι δὲν μπορεῖ νὰ γίνεῖ τίποτα ὡς πρὸς τὴν ἀλλαγὴ τοῦ τρόπου ζωῆς οὔτε νὰ καταβληθοῦν προσπάθειες γιὰ νὰ ἀπομακρυνθοῦν παράγοντες κινδύνου ὅπως ἡ παχυσαρκία, ἡ καθιστικὴ ζωὴ, ἡ χοληστερίνη, τὸ κάπνισμα, τὸ σάκχαρο κ.ά.**

Καί ὅμως τὰ πράγματα δὲν εἶναι ἔτσι. Τὶς τελευταῖες δεκαετίες σὲ βόρειες χώρες τῆς Εὐρώπης ἀλλὰ καί σὲ συγκεκριμένες πόλεις τῆς Ἀμερικῆς παρατηρεῖται σαφῆς ἐλάττωσι τῶν παραγόντων κινδύνου γιὰ καρδιαγγειακὰ νοσήματα. Τὸ ἴδιο παρατηρεῖται καί σὲ ὁμάδες πληθυσμοῦ μέσα στὴν ἴδια χώρα π.χ. στὴν Ἑλλάδα. Συναντᾶ κανεὶς εὐκόλα παχυσαρκία καί κάπνισμα καί καθιστικὴ ζωὴ σὲ τάξεις λιγότερο ἐκπαιδευμένες, μέ λιγότερη παιδεία καί, ἴσως, μικρότερου εἰσοδήματος, ἐνῶ ὑπάρχουν πλουσιότεροι καί μέ εὐρεία μόρφωση πού ζοῦν διαφορετικὰ καί ὑγιεινὰ. Ἐπιπλέον, εἶναι τὰ παιδιά τὰ ὁποῖα δὲν μποροῦν νὰ διαλέξουν τὸ περιβάλλον στὸ ὁποῖο ζοῦν, οὔτε κὰν τὸ φαγητὸ τους. Οὔτε καί τὴν ἀτμόσφαιρα στὴν ὁποῖα ἐκθέτουν τοὺς πνευμονέ τους καί πού θὰ τὴν προτιμοῦσαν καθαρὴ, χωρὶς καπνὸ. Εἶναι εὐθύνη τῶν δασκάλων καί γονέων, μέ τὴ μόρφωση καί τὸ παράδειγμά τους, νὰ ὀδηγήσουν τὴ νεολαία στὸ εὖ ζῆν μέ μεσογειακὴ διατροφή καί καθημερινὴ ἀσκηση. 🍏

Καί ὅμως τὰ πράγματα δὲν εἶναι ἔτσι. Τὶς τελευταῖες δεκαετίες σὲ βόρειες χώρες τῆς Εὐρώπης ἀλλὰ καί σὲ συγκεκριμένες πόλεις τῆς Ἀμερικῆς παρατηρεῖται σαφῆς ἐλάττωσι τῶν παραγόντων κινδύνου γιὰ καρδιαγγειακὰ νοσήματα. Τὸ ἴδιο παρατηρεῖται καί σὲ ὁμάδες πληθυσμοῦ μέσα στὴν ἴδια χώρα π.χ. στὴν Ἑλλάδα. Συναντᾶ κανεὶς εὐκόλα παχυσαρκία καί κάπνισμα καί καθιστικὴ ζωὴ σὲ τάξεις λιγότερο ἐκπαιδευμένες, μέ λιγότερη παιδεία καί, ἴσως, μικρότερου εἰσοδήματος, ἐνῶ ὑπάρχουν πλουσιότεροι καί μέ εὐρεία μόρφωση πού ζοῦν διαφορετικὰ καί ὑγιεινὰ. Ἐπιπλέον, εἶναι τὰ παιδιά τὰ ὁποῖα δὲν μποροῦν νὰ διαλέξουν τὸ περιβάλλον στὸ ὁποῖο ζοῦν, οὔτε κὰν τὸ φαγητὸ τους. Οὔτε καί τὴν ἀτμόσφαιρα στὴν ὁποῖα ἐκθέτουν τοὺς πνευμονέ τους καί πού θὰ τὴν προτιμοῦσαν καθαρὴ, χωρὶς καπνὸ. Εἶναι εὐθύνη τῶν δασκάλων καί γονέων, μέ τὴ μόρφωση καί τὸ παράδειγμά τους, νὰ ὀδηγήσουν τὴ νεολαία στὸ εὖ ζῆν μέ μεσογειακὴ διατροφή καί καθημερινὴ ἀσκηση. 🍏



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 106

γα ἀποδόθηκε σὲ κοινὴ χρῆση τὸ 1949 μετὰ ἀπὸ ἀμερικανικὴ βοήθεια.

Σὲ ἀντίθεση μέ τὸ δέος πού προκαλεῖ ἡ θέα τῆς διώρυγας ἀπὸ τὴ γέφυρα ψηλὰ, ὁ διάπλους εἶναι πολὺ εὐχάριστος καί δημιουργεῖ αἴσθημα ἀσφάλειας. Ἡ ἀνοιξιὰτικὴ φύση εἶχε δώσει τὴς χρωματιστὲς πινελιές τῆς στὰ πρανή καί ὁ ἀπίστευτα ὥραϊος καιρὸς μᾶς ἔδινε τὴν αἴσθησι ὅτι βρισκόμασταν σὲ ἕνα μαγευτικὰ μακρινὸ ταξίδι.

Βγήκαμε στὸν Κορινθιακὸ κόλπο καί ἐπιστρέψαμε στὸ Σαρωνικὸ σὲ μία ὥρα καί 15'.

Ἐπιβραστήκαμε πάλι στὰ ποῦλμαν γιὰ νὰ ἐπισκεφθοῦμε τὸν ἀρχαιολογικὸ κῶρο καί τὸ μουσεῖο τῆς Κορίνθου. Ἡ ξενάγησι ὀλοκληρώθηκε μέ τὴν ἐπίσκεψι στὸν Ἀκροκόρινθο καί ὅσοι ἀνέβηκαν στὸ Κάστρο μπόρεσαν νὰ θαυμάσουν ἀπὸ ψηλὰ τὴν ὑπέροχη θέα τῆς περιοχῆς μέ τὴν ἀνοιξιὰτικὴ φύση, ἀναγεννημένη καί πανέμορφη.

Τὸ μεσημεριανὸ μας φαγητὸ στὸ πεντακάθαρο ἐστιατόριο, στὸ παραλιακὸ Βρακάτι, μέ καλομαγειρεμένα ἐδέσματα νησιτίσιμα καί ἀρτίσιμα, ὀλοκληρώσε τὸν ὥραϊο καί διαφορετικὸ μας περίπατο.

Νωρὶς ἐπιστρέψαμε στὴν Ἀθήνα καί νιώσαμε ξεκούραστοι καί πλημμυρισμένοι μέ εὐχάριστες ἐντυπώσεις. 🍏



ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

- τῶν γονέων του Νικολάου καί Μαρίας Γεωργούλη θανάτων ἀδίκως, ὁ κ. Ἀντώνιος Γεωργούλης, τὸ ποσὸ τῶν € 400
- Φρόσως Μερικά, οἱ κ.κ. Βιργίλιος καί Ρένα Μπενάκη, τὸ ποσὸ τῶν € 50
- συζύγου τῆς Γεωργίου, ἡ κ. Εἰρήνη Σκούμα-Γκιόκα, τὸ ποσὸ τῶν € 200
- μητέρας Βασιλείου Τζωρτζῆ, οἱ κ.κ. Βιργίλιος καί Ρένα Μπενάκη, τὸ ποσὸ τῶν € 50
- μητέρας Βασιλείου Τζωρτζῆ, οἱ κ.κ. Παῦλος καί Ἐλένη Τούτουσα, τὸ ποσὸ τῶν € 50

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ

- Ὁ κ. Ἰωάννης Λάμπρου, τὸ ποσὸ τῶν € 100
- Ὁ κ. Ἀντώνιος Κοιδάκης, τὸ ποσὸ τῶν € 100
- Ἡ κ. Θάλεια Κατσιώτη, τὸ ποσὸ τῶν € 240
- Ὁ κ. Θάνος Κωνταντινίδης, τὸ ποσὸ τῶν € 300

ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ

Κέντρο Ύγείας Πολιχνίτου Λέσβου

**ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ-
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ,**

έπιμελήτρια Α', γενικής ιατρικής

Στα νότια παράλια της Λέσβου, ακριβώς στο τρίγωνο που σχηματίζεται στ' ανατολικά του κόλπου Καλλονής, εκτείνεται ο διευρυμένος Δήμος Πολιχνίτου. Ήπείκει από την πρωτεύουσα του νησιού, τη Μυτιλήνη, 45 χιλιόμετρα και υποδέχεται τους επισκέπτες του με τό καλωσόρισμα πού κάνουν οί πελαργοί πού φωλιάζουν σε καμινάδα του έλαιοτριβείου, στην είσοδο του χωριού.

Ο Μέγας Δημιουργός και Ύψιστος Θεός μας, έδωσε αφειδώλευτα στον ευλογημένο τούτο τόπο άμέτρητες χάρες και όμορφίες. Δάση καταπράσινα κοινής πύκνης, άπέραντοι έλαιώνες και εύφοροι κάμποι, στολίζουν μαζί με τις άτελείωτες παραλίες τόν καμβά πάνω στον όποιο ζωγραφίστηκε, με χέρι και γνώση πρωτομάστορα ζωγράφου, τό κομμάτι τούτου του νησιού Λέσβου.

Οί άνθρωποι πού κατοικούν τόν τόπο τούτο είναι στην πλειοψηφία μερακλήδες, έξυπνοι, έργατικοί και νοικοκύρδες. Άσχολούνται σαν ξωμάχοι με την καλλιέργεια της γης. Είναι στη θάλασσα ριψοκίνδυνοι και έπιτυχημένοι ψαράδες πού ψαρεύουν τη φημισμένη σαρδέλα και τὰ νοστιμότατα ψάρια και όστρακα του κόλπου Καλλονής. Δούλεψαν και δουλεύουν την πέτρα με μοναδική τέχνη. Καταπιάστηκαν με τόν τουρισμό και δημιούργησαν οικογενειακές ως επί τό πλείστον έπιχειρήσεις.

Όμως δέν έμειναν πίσω στα γράμματα. Ίδίως από τη δεκαετία του '50 και μετά, ό Πολιχνίτος έβγαλε γραμματιζόμενους ανθρώπους. Δέν υπάρχει σπίτι στο Πολιχνίτο, πού νά μην έχει ένα και δυό τουλάχιστον παιδιά με πανεπιστημιακή μόρφωση.

Έδω, εκτός από τις παραπάνω άσχολίες των κατοίκων, πού συνοπτικά αναφέραμε, γίνονταν και γίνεται έπιμελημένη ή έπεξεργασία της έλιās, από την όποία βγαίνει τό ξακουστό λάδι της περιοχής, με χρυσάφι χρώμα και μοναδικό άρωμα. Έδω, και συγκεκριμένα στο Λισβόρι, καλλιεργείται και συγκομίζεται ή γλυκάνισος, πού με τούς σπόρους της δίνει μοναδικό άρωμα και γεύση στο μυτηλιινό ούζο.

Έδω υπάρχουν επί αιώνες τώρα οί Άλυκές Πολιχνίτου, πού παράγουν τό λευκότερο άλάτι της Μεσογείου και άποτελούν ένα φυσικό βίοτοπο, μέσα στο όποιο συναντά κανείς έρωδιούς, πελαργούς, φλαμίγκο, πελεκάνους, νερόκοτες κτλ.

Μιά άλλη μοναδικότητα της περιοχής, είναι ή ύπαρξη των χλωρονατριούχων θερμοπηγών. Στην περιοχή «Κουφό βουνό» αναβλύζουν τὰ «Κακάβια» πού είναι υπέρθερμα ίαματικά νερά, θερμοκρασίας 80-92 βαθμών Κελσίου και με ραδιενέργεια 1,6-6 μονάδες, έφάμιλλα του Βισμπάντεν της Γερμανίας. Συσιστώνται για ρευματι-



σμούς, άρθροπάθειες, γυναικολογικές και δερματικές παθήσεις. Άλλά και στην περιοχή Άγ. Ιωάννης Λισβορίου υπάρχουν όμώνυμες θεϊούχες θερμοπηγές, θερμοκρασίας μέχρι 69 βαθμούς ραδιενέργειας 2,6 μονάδων, κατάλληλες για δερματικές κυρίως παθήσεις.

Μιά άλλη μοναδικότητα, όχι μόνο στην Έλλάδα αλλά και στην Εύρώπη ολόκληρη, είναι τὰ παλαιοντολογικά άπολιθώματα της περιοχής Βρίσσας-Βατερών. Μέσα σε λιμναία, παραλίμνια και ποτάμια ίζηματα, βρέθηκαν άπολιθωμένα ψάρια, ύδροκαρη σαρκοφάγα φυτά καθώς και ζώα προβοσκιδωτά, μαστόδοντα πού εξαφανίστηκαν πριν από 1.6 έκατομμύρια χρόνια.

Κλίνοντας την περιγραφή του Δήμου Πολιχνίτου και σεβόμενοι τόν πολύτιμο χώρο του περιοδικού πού μάς φιλοξενεί, περιοριζόμαστε σε τούτα τὰ λίγα για έναν ευλογημένο τόπο και αφήνουμε τόν αναγνώστη νά έλθει επισκέπτης μία φορά στη γωνιά τούτη της γης, και, ίσως, τότε "πάθει" αυτό πού έπαθε ή γράφουσα τούτο τό άρθρο, πού ήλθε έδω μία φορά και έμεινε για πάντα.

Τό Κέντρο Ύγείας Πολιχνίτου εξυπηρετεί την περιοχή του Δήμου Πολιχνίτου και τὰ δημοτικά διαμερίσματα Σταυρού, Βρίσας, Λισβορίου και Βασιλικών. Τό Κέντρο Ύγείας ιδρύθηκε τό 1986. Τό ιατρικό προσωπικό του άποτελείται από δυό παθολόγους, έναν γενικό γιατρό, έναν παιδίατρο, έναν όδοντίατρο και πέντε θέσεις ίατρών ύπόχρεων ύπηρεσίας ύπαίθρου, εκ των όποίων οί τρεις στο Κέντρο Ύγείας και οί δυό στα Περιφερικά Ίατρεία Βρίσσας και Βασιλικών.

Διαθέτει ένα άσθενοφόρο και ύπηρετούν σ' αυτό πέντε όδηγοί, δυό νοσηλεύτριες, μία παρασκευάστρια μικροβιολογικού έργαστηρίου, μία παρασκευάστρια άκτινολογικού, δυό φύλακες, ένας τραυματιοφορέας, ένας συντηρητής, δυό διοικητικοί υπάλληλοι και δυό καθαρίστριες.

Σε τακτά χρονικά διαστήματα επισκέπτονται τό Κέντρο Ύγείας όρθοπεδικός και γυναικολόγος από τό νοσοκομείο Μυτιλήνης. Καλύπτει όλη την περιοχή ευθύνης με έμβολιασμούς, αναπτυξιολογικό έλεγχο μαθητών και όδοντιατρικά προληπτικά προγράμματα στα δημοτικά

συνέχεια στη σελ. 109

ΕΜΕΙΣ ...

“Δεν καπνίζω, επενδύω στο μέλλον της καρδιάς μου”



ΚΟΙΝΟΦΕΛΕΣ ΊΔΡΥΜΑ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Μητροπολίτης Ίερώνυμος
ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ:
 Λουκάς Χατζηγιάννου, Ιάκωβος Τσούνης
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



Έπιτροπή Φίλων του ΕΛΙΚΑΡ.

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

‘Ο διάπλους της διώρυγας της Κορίνθου

ΚΙΚΗ ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ,
 πρόεδρος Έπιτροπής Φίλων του ΕΛΙΚΑΡ.

Δέν ήταν ψέμα ότι ή πρώτη Άπριλίου 2006 ήταν μία ύπέροχη άνοιξιάντικη ήλιόλουστη ήμέρα και δέν ήταν ψέμα ότι οί φίλοι της Έπιτροπής του ΕΛΙΚΑΡ. πραγματοποιήσαν μία ύπέροχη έκδρομή-περίπατο στην περιοχή της Κορίνθου.

Τά δυο πούλμαν, όπως πάντα, ξεκίνησαν από τό Έπποκράτειο και καθ’ όδον ή έκλεκτή μας φίλη, άρχαιολόγος κ. Νάγια Γάτου μάς ενημέρωσε για άλλη μία φορά για τήν ιστορία της περιοχής που θα επισκεπτόμασταν.

Στά Ίσθμια μάς περίμενε τό πλοιάριο Canal Vista για τόν διάπλου της διώρυγας της Κορίνθου. Μπαίνοντας στο καθαρό και περιποιημένο σκάφος μάς πλημμύρισε ή μυρωδιά του φρεσκοψημένου καφέ και μάς έντυπωσίασε ό πλούσιος μπουφές με άλμυρά και γλυκά έδέσματα. Αυτή ήταν ή πρώτη έντύπωση για νά ακολουθήσει ή έκπληξή μας από ώραίες εικόνες καθώς άρχισαμε με χαμηλή ταχύτητα νά διαπλεύουμε και νά άκούμε τό ιστορικό της κατασκευής της στενής λωρίδας που χωρίζει τήν Πελοπόννησο από τήν Άττική και κατασκευάστηκε στο τέλος του 19ου αιώνα. Οί άρχαιοί μας πρόγονοι, με πρώτο τό σοφό Περίανδρο, επιθυμούσαν τήν κατασκευή της διώρυγας για νά άποφύγουν τά πλοία τόν περίπλου της Πελοποννήσου τών 185 μιλίων αλλά και τά επικίνδυνα άκρωτήρια. Μετέπειτα ό Νέρων προχώρησε περισσότερο άπ’ όλους και τό 67 μ.Χ. ανήγγειλε στους Έλληνες τήν έναρξη της διάνοιξης. Τό έργο, στο όποιο έργάζονταν 6.000 Ίουδαίοι δούλοι, διεκόπη με τό θάνατο του Νέρωνα.

Στους νεότερους χρόνους, ό Καποδίστριας άρχισε νά σκέπτεται τή διόρυξη αλλά τό έργο δέν προχώρησε για οικονομικούς λόγους.

Οί πρώτες ουσιαστικές προσπάθειες για τήν κατασκευή της διώρυγας άρχίζουν τό 1881 από τόν Ούγγρο στρατηγό Τύρ και τό προνόμιο έκμετάλλευσης της διώρυγας όρίζεται σε 99 χρόνια. Τελικά, ή εταιρεία που ίδρυσε ό Τύρ δέν προχώρησε έξ αίτίας κακού προϋπολογισμού. Μία νέα ελληνική

εταιρεία δημιουργείται από τόν Άνδρέα Συγγρό που κατορθωσε νά τελειώσει τό έργο και τά έγκαίνιά της γίνονται στις 25 Ίουλίου του 1893 με μήκος 6,5 κλμ. και πλάτος 24,6 μ.

Η διώρυγα άνατινάχθηκε τόν Άπρίλιο του 1941 από τους Άγγλους που άποχωρούσαν και με τις έντατικές προσπάθειες τών ιταλικών στρατιωτικών μονάδων κατοχής άρχισε νά λειτουργεί πάλι τόν Αύγουστο του ίδιου έτους. Οί Γερμανοί μετέπειτα άνατίναξαν και πάλι τή διώρυγα τόν Οκτώβριο του 1944 και τήν απέφραξαν με τόνους κόματα και πολλά σιδηροδρομικά βαγόνια.

Τελικά, ή δεινοπαθημένη κατά τή διάρκεια του Β΄ παγκοσμίου πολέμου διώρυ-

συνέχεια στη σελ. 104 ▶



και εσείς



Καρδιαγγειακά και ορμονική υποκατάσταση

Είμαι 50 ετών και πριν από δυο μήνες υποβλήθηκα σε επέμβαση ύστερεκτομής. Έχω ακούσει ότι μετά την έμμηνόπαυση αυξάνει ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου.

Πιστεύετε ότι θα με προστατεύσει μία άγωγή ορμονικής υποκατάστασης;

Δημ. Ελ. - Άργίριο

Μετά τον αρχικό ενθουσιασμό –όσον αφορά στην ενδεχόμενη ευνόικη επίδραση των χορηγούμενων οιστρογόνων στο καρδιαγγειακό σύστημα γυναικών μετά την έμμηνόπαυση– η θεραπεία υποκατάστασης αποτέλεσε αντικείμενο έρευνας και αντιπαράθεσης.

Μελέτες που έρευνούσαν το ενδεχόμενο όφελος συνδυασμένης άγωγής με οιστρογόνα και προγεστερόνη είχαν μάλλον απογοητευτικά αποτελέσματα, αφού έδειξαν ότι η συγκεκριμένη θεραπεία όχι μόνο δεν βοηθά, αλλά αντιθέτως αυξάνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου καθώς και εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Αντίστοιχα είναι τα αποτελέσματα μίας πρόσφατα δημοσιευμένης μελέτης στο Archives of Internal Medicine που δείχνουν ότι η συνδυασμένη ορμονική θεραπεία αυξάνει σημαντικά την εμφάνιση καρκίνου του μαστού, αλλά και ότι η θεραπεία υποκατάστασης αποκλειστικά με οιστρογόνα αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου της μήτρας, θρόμβωσης, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και άνοιας σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας.

Τα μοναδικά ευνόικα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, αφορούσαν στην προστασία απέναντι σε καρδιαγγειακά συμβάντα που παρείχε η θεραπεία αποκλειστικά με οιστρογόνα σε νεότερες γυναίκες, ηλικίας από 50 έως 59 ετών, που είχαν υποβληθεί σε επέμβαση ύστερεκτομής.

Οι γυναίκες αυτού του ηλικιακού συνόλου που έλαβαν θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα ήταν λιγότερο πιθανό να εκδηλώσουν στεφανιαία νόσο ή να χρειαστούν by-pass ή άλλη επεμβατική πράξη για να αποκαταστήσουν τη στεφανιαία κυκλοφορία.

Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την μη επιβεβαιωμένη άποψη κάποιων έρευντών ότι η ορμονική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου αν χορηγηθεί σε γυναίκες νωρίς στην έμμηνόπαυση, αλλά αντιθέτως δεν έχει όφελος και έχει μάλλον δυσμενή αποτελέσματα σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας.

Τα αποτελέσματα, πάντως, της παραπάνω μελέτης δεν αλλάζουν κάτι στις διεθνείς οδηγίες, που επισημαίνουν ότι ορμονική θεραπεία υποκατάστασης πρέπει να χορηγείται στις μικρότερες δυνατές δόσεις και για το συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα με μοναδικό σκοπό την ανακούφιση των συμπτωμάτων της έμμηνόπαυσης, όπως εξάψεις και νυκτερινή εφίδρωση και όχι την προστασία από καρδιαγγειακά νοσήματα.

Η απάντηση, επομένως, στο ερώτημά σας είναι μάλλον αρνητική. Πρέπει να γίνουν περισσότερες μελέτες για να δείξουν αν πράγματι η θεραπεία υποκατάστασης είναι ευνόικη ή αν αντίθετα αυξάνει τον κίνδυνο, με γνώμονα πάντοτε τους λοιπούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, την ηλικία της ασθενούς και στόχο το μεγαλύτερο θεραπευτικό όφελος. 🍎

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 κάνοντάς τους δώρο την έγγραφη.

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

ΟΝΟΜΑ.....ΕΠΩΝΥΜΟ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΗΛΙΚΙΑ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΟΔΟΣΑΡΙΘ.....Τ.Κ.....

ΣΥΝΟΙΚΙΑ.....ΠΟΛΗ.....ΤΗΛ:.....

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

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

€ 15

€ 30

Υπογραφή.....

οικονομικοί παλμοί

Ύσθένεια και γήρας: ποιός πληρώνει και πόσα;

ΓΑΛΗΝΗ ΦΟΥΡΑ, δημοσιογράφος

Ἡ Ἑλλάδα και ἡ Ἰταλία θά ἀντιμετωπίσουν περὶ τὸ 2030 τὸ μεγαλύτερο πρόβλημα γήρανσης τοῦ πληθυσμοῦ στὴν Εὐρώπη, λόγῳ τῆς ὑπογεννητικότητας. Ἔως τότε εἶναι δεδομένη ἡ αὐξηση τῶν δαπανῶν γιὰ περίθαλψη και ὑπηρεσίες ὑγείας και λόγῳ τῆς γήρανσης και λόγῳ τῶν νέων τεχνολογιῶν.

Παλαιότερα θεωρούσαμε ὅτι αὐτὸς ποὺ εἰσέρχεται ὑγιῆς στὴν τρίτη ἡλικία, θά ξοδεύει λιγότερα γιὰ τὴν ὑγεία του. Ὡστόσο, σύμφωνα με συγκριτικὴ μελέτη ποὺ δημοσιεύθηκε στὸ ἱατρικὸ περιοδικὸ Health Affairs, ἡ διαφορὰ δὲν εἶναι σημαντικὴ. Στὸ πλαίσιο τῆς μελέτης ἔγινε σύγκριση ὑγιῶν και μὴ ἡλικιωμένων και διαπιστώθηκε ὅτι ἡ διαφορὰ τῆς δαπάνης στὴ μία και τὴν ἄλλη περίπτωση, δὲν ξεπερνάει τὸ 10% κατ' ἄτομο.

Οἱ ἀσθενεῖς ἔχουν αὐξημένες δαπάνες περίθαλψης κυρίως τὸν πρῶτο χρόνο μετὰ τὴ διάγνωση, ἀλλὰ μικρότερο προσδόκιμο ἐπιβίωσης. Οἱ ὑγιεῖς ζοῦν περισσότερο και προϊόντος τοῦ χρόνου ἐκδηλώνουν χρόνιες παθήσεις ποὺ ἀπαιτοῦν και ἄλλες ὑπηρεσίες, φυσικοθεραπεία κατ' οἶκον νοσηλεία και ἄλλες κοινωνικὲς παροχές. Ὅσα περισσότερα χρόνια νοσήματα ἐμφανίζει ἕνας ἡλικιωμένος, τόσο αὐξάνει τὸ κόστος και χειροτερεύει ἡ ποιότητα τῆς ζωῆς του.

Ἐπομένως, ὅλη αὐτὴ ἡ προσπάθεια ποὺ καταβάλλεται γιὰ τὴ μείωση τῶν παραγόντων κινδύνου ποὺ εἶναι ἡ παχυσαρκία, ἡ ὑπέρταση, ὁ σακχαρώδης διαβήτης, δὲν ἔχει ἰδιαίτερο ἐνδιαφέρον, ὅσον ἀφορᾷ στὰ οικονομικὰ τῆς ὑγείας. Εἶναι ἀναγκαῖα γιὰτὶ συμβάλλει στὴν καλύτερη ὑγεία και τὴ βελτίωση τῆς ποιότητας τῆς ζωῆς μας, κυρίως σὲ μεγάλη ἡλικία.

Τὸ ἐρώτημα δὲν εἶναι ἂν θά ξοδέψουμε χρήματα, αὐτὸ εἶναι δεδομένο, ἀλλὰ ποὺ θά τὰ ξοδέψουμε. Σὲ ἄρρώστους ποὺ πεθαίνουν γρήγορα ἢ σὲ ὑγιεῖς ποὺ ζοῦν καλύτερα και περισσότερο;

Στὸ πλαίσιο τῆς μελέτης Ἀμερικανοὶ ἐπιστήμονες ἀπὸ τὸ Ἰνστιτοῦτο Rand ἐξέτασαν τοὺς παράγοντες κιν-

δύνου (παχυσαρκία, ἀπουσία φυσικῆς ἀσκησης, ὑπέρταση), στὸ πλαίσιο τοῦ σύγχρονου ἀστικοῦ τρόπου ζωῆς τῶν σημερινῶν εικοσάρηδων και σαραντάρηδων. Τὸ συμπέρασμά τους ἦταν, ὅτι οἱ νεότερες γενιὲς θά φθάσουν στὴν ἡλικία τῶν 60-65 ἐτῶν με περισσότερα προβλήματα ὑγείας ἀπὸ τοὺς σημερινοὺς ἡλικιωμένους. Ἡ ἐπιβαρυνμένη ὑγεία τους, σὲ συνδυασμὸ με τὴ γήρανση τοῦ πληθυσμοῦ και τὸ ὑψηλότερο κόστος ἀπὸ τὴν ἐφαρμογὴ τῶν νέων ἱατρικῶν τεχνολογιῶν, ἀναμένεται σύμφωνα με τὸν ΟΟΣΑ νὰ προκαλέσουν ἐκρηξη τῶν δημοσίων δαπανῶν ὑγείας.

Πρὶν λίγες μέρες ὁ γενικὸς γραμματέας τοῦ ΟΟΣΑ κ. Α. Γκούρια ἐπισήμανε κατὰ τὴν ἐπίσκεψή του στὴν Ἑλλάδα, ὅτι ὁ τομέας τῶν δαπανῶν ὑγείας εἶναι ἀπὸ τὰ βασικὰ προβλήματα τῆς χώρας. Τὰ στοιχεῖα τοῦ ὄργανοῦ δείχνουν ὅτι ὄχι μόνο οἱ σχετικὲς δαπάνες εἶναι ὑψηλές, ἀλλὰ και ὅτι τὸ μεγαλύτερο βᾶρος τὸ ὑφίσταται ὁ Ἑλληνας ἀσθενὴς και ὄχι τὸ δημόσιο. Οἱ Ἑλλήνες πληρώνουν ἀπὸ τὴν τσέπη τους τὸ 45% τῶν δαπανῶν ὑγείας τους, χωρὶς στὴ δαπάνη αὐτὴ νὰ ὑπολογίζονται τὰ «φακελάκια» ποὺ πληρώνουν πολλοὶ ἀπὸ αὐτοὺς. Μεταξὺ τῶν 24 χωρῶν τοῦ ΟΟΣΑ μόνο οἱ Μεξικανοὶ πληρώνουν περισσότερο (51%), ἐνῶ στὶς ἄλλες χώρες τὸ βᾶρος τὸ ἀναλαμβάνουν κυρίως τὸ κράτος και οἱ ἰδιωτικὲς ἀσφαλιστικὲς εἰταιρεῖες.

Οἱ δαπάνες ὑγείας στὶς χώρες τοῦ ΟΟΣΑ αὐξήθηκαν κατὰ μέσο ὄρο ἀπὸ τὸ 7% τοῦ ΑΕΠ τὸ 1990, στὸ 8,9% τὸ 2004 και φτάνουν τὰ 2.550 δολάρια κατὰ κεφαλὴν (σὲ μονάδες ἀγοραστικῆς δύναμης).

Στὴν Ἑλλάδα αὐξήθηκαν στὸ 10% τοῦ ΑΕΠ, ἐνῶ τὸ κατὰ κεφαλὴν κόστος φθάνει τὰ 2.162 δολάρια. Στὶς περισσότερες χώρες, τὸ 73% τῶν δαπανῶν χρηματοδοτεῖται ἀπὸ τὸ δημόσιο, ἐνῶ στὴν Ἑλλάδα οἱ δημόσιες δαπάνες μόλις ὑπερβαίνουν τὸ 50%. Ἐνα πολὺ μεγάλο μέρος καλύπτουν οἱ ἴδιοι οἱ ἀσθενεῖς και μόλις τὸ 5% οἱ

συνέχεια στὴ σελ. 110 ▶



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Κοινοφελὲς Ἴδρυμα

Βασ. Σοφίας 133 - 115 21 Ἀθήνα

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

ΚΟΥζίνα

Συμβουλές διατροφής γιὰ τὸς καλοκαιρινούς μῆνες

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΠΑΛΛΙΟΥ

Διατροφολόγος - Διαιτολόγος

Τὸ καλοκαίρι ἔφτασε, καὶ ὅπως καὶ ἡ φύση ἔτσι καὶ τὸ σῶμα μας προσαρμόζεται στὶς νέες κλιματολογικὲς συνθῆκες, δηλαδή στὶς ὑψηλὲς θερμοκρασίες. Εἶναι ἀρκετὲς οἱ ἀλλαγές πού συμβαίνουν στὸ σῶμα μας, ὅπως ἡ μείωση τῆς ἀρτηριακῆς πίεσης καὶ οἱ μειωμένοι καρδιακοὶ ρυθμοὶ ἀλλὰ καὶ ἄλλες, γιὰ νὰ ἀνταπεξέληθαι ὁ ὀργανισμὸς στὶς νέες συνθῆκες.

Βάσει, λοιπόν, ὄλων αὐτῶν τῶν ἀλλαγῶν πρέπει νὰ προσαρμοστεῖ καὶ ἡ διατροφή μας. Ἡ φύση καὶ πάλι ἔχει προνοήσει καὶ τὰ καλοκαιρινὰ φρούτα καὶ λαχανικὰ εἶναι κατάλληλα γιὰ τὶς ἀνάγκες τοῦ ὀργανισμοῦ αὐτὴν τὴν ἐποχὴ. Τὸ καλοκαίρι ὑπάρχει μεγαλύτερη ἀπώλεια ὑγρῶν μέσφου τοῦ ἰδρώτα, γεγονός πού ὀδηγεῖ σὲ αὐξημένες ἀπώλειες νεροῦ ἀλλὰ καὶ ἠλεκτρολυτῶν ὅπως κάλιο. Ἔτσι ἡ φύση ἔχει δώσει τὴ λύση προσφέροντας πολλὰ φρούτα καὶ λαχανικὰ, ὑψηλῆς περιεκτικότητας σὲ νερὸ καὶ ἠλεκτρολύτες, ὅπως ἡ μπανάνα, τὰ βερίκοκα καὶ οἱ ντομάτες.

Βεβαίως, ἐμεῖς δὲν πρέπει νὰ ξεχνᾶμε τὴν κατανάλωση νεροῦ πού θὰ πρέπει νὰ φτάνει τὰ δύο τουλάχιστον λίτρα τὴν ἡμέρα. Ἡ δίψα εἶναι ἡ ἀντίδραση τοῦ ὀργανισμοῦ πού θὰ πρέπει νὰ μᾶς ὀδηγήσει στὴν κατανάλωση νεροῦ καὶ ὄχι ἀνθρακούχων ἢ ἀλκοολούχων ἀναψυκτικῶν, πού εἶναι πλούσια σὲ νάτριο καί, κατὰ συνέπεια, ἀκατάλληλα, ἰδίως γιὰ τοὺς ὑπερτασικούς.

Ἡ διατροφή μας θὰ πρέπει νὰ ἀποτελεῖται ἀπὸ μικρὰ καὶ συχνὰ γεύματα ὥστε νὰ εἶναι εὐκόλα στὴν πέψη τους ἀλλὰ καὶ περιορισμένα σὲ λιπαρά, ἰδιαίτερος κορεσμένα. Τὰ ζωικὰ λίπη καὶ τὰ τηγανιτὰ αὐξάνουν τὴν ἐσωτερικὴ θερμοκρασία τοῦ ὀργανισμοῦ καὶ δυσχεραίνουν ἀκόμα περισσότερο τὴν κατάσταση. Ἡ διατροφή πού πρέπει νὰ ἀκολουθοῦμε εἶναι ἡ γνωστὴ μεσογειακὴ. Ἡ μεσογειακὴ διατροφή περιλαμβάνει ἀρκετὰ φρούτα καὶ λαχανικὰ, ἀλλὰ καὶ κατανάλωση ψαριῶν δύο φορές τὴν ἑβδομάδα. Μιὰ ἐπίσκεψη στὸ ψαράδικο τῆς γειτονίας σας θὰ σᾶς ἐπειθε γιὰ τὴν ποικιλία πού ὑπάρχει.

Τὸ καλοκαίρι δίνει πολλὲς εὐκαιρίες νὰ κινηθοῦμε, νὰ ἀθληθοῦμε καὶ νὰ τὸ ... εὐχαριστηθοῦμε. Παρ' ὅλα αὐτὰ, ὅσο κι ἂν οἱ ὑψηλὲς θερμοκρασίες τοῦ καλοκαιριοῦ μᾶς κόβουν τὴν ὄρεξη, συνήθως τὸ Σεπτέμβριο βρισκόμαστε μὲ περισσότερα κιλά ἀπὸ ὅτι στὴν ἀρχὴ τοῦ καλοκαιριοῦ. Γεγονὸς πού ἀδυνατοῦμε νὰ ἐξηγήσουμε ἐφ' ὅσον νομίζουμε ὅτι στὶς διακοπὲς τρώγαμε μόνο φρούτα καὶ σαλάτες καὶ κάναμε καὶ πολλὰ μπάνια.

Τὸ σίγουρο, βέβαια, εἶναι ὅτι κάπου τὸ παρακάναμε, πιθανὸν στὰ βραδινὰ γεύματα στὶς ταβέρνες μὲ τὶς παρέες πού καὶ τὰ τηγανιτὰ μας φάγαμε καὶ τὰ κρασάκια, τὰ οὐζάκια καὶ τὶς μπίρες μας ἤπιαμε.



Προσοχί, λοιπόν, αὐτὴ τὴν ἐποχὴ, στὴν κατανάλωση τῶν φρούτων πού δὲν θὰ πρέπει νὰ ξεπερνᾶ τὶς 3-4 μερίδες ἡμερησίως. Ἔτσι ἐπιτάσσει ἡ πυραμίδα τῆς μεσογειακῆς διατροφῆς, γιὰτί ἀλλιῶς μπορεῖ νὰ παρατηρηθεῖ αὐξηση τῶν ἐπιπέδων τῶν τριγλυκεριδίων στὸ αἷμα, ἀπὸ τὴ μεγάλη κατανάλωση καλοκαιρινῶν φρούτων, ὅπως τὰ σταφύλια καὶ τὰ κερᾶσια.

Προσοχί, ἐπίσης, στὶς βραδινὲς παρεκτροπὲς καὶ στὴν οἰνοποσία. Ἄν πάσχετε ἀπὸ ὑπέρταση, "διπλὴ" προσοχί. Ἡ πίεσή σας δὲν πρέπει νὰ "ξεφύγει" οὔτε πρὸς τὰ πάνω, ἀλλὰ οὔτε πρὸς τὰ κάτω προκαλώντας ἐπεισόδια ὑπότασης. Ἄν νομίζετε ὅτι τὸ χρειάζεστε, ἀναζητήστε τὴ συμβουλὴ τοῦ γιαιτροῦ σας.

Τὸ καλοκαίρι εἶναι μία ἀπὸ τὶς ωραιότερες ἐποχὲς τοῦ χρόνου καὶ δίνει τὴ δυνατότητα γιὰ ξεκούραση καὶ ἠρεμία. Γι' αὐτὸ καὶ πρέπει ὅλοι νὰ τὸ ἀπολαύσουμε.

Καλὸ καλοκαίρι!!! 🍏



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 105

σολεῖα μὲ ἐξέταση μαθητῶν. Σὲ συνεργασία μὲ τὶς κοινωνικὲς ὑπηρεσίες τοῦ δήμου παρέχουμε ὅ,τι χρειάζεται στα ἄτομα πού ἔχουν ἀνάγκη.

Τὸ Κέντρο Ὑγείας ἐφημερεύει καθημερινὰ ἐπὶ 24ώρου βάσεως. Ὑπάρχουν ὁμως ἀρκετὲς ἐλλείψεις. Χρειαζόμαστε ἀκόμα δύο γιαιτροὺς παθολόγους ἢ γενικῆς ἱατρικῆς, χειριστὴ ἀκτινολογικοῦ, παρασκευάστρια μικροβιολογικοῦ ἐργαστηρίου, 2-3 νοσηλεύτριες.

Προσπάθεια ὄλου τοῦ προσωπικοῦ εἶναι ἡ βελτίωση τῶν παρεχομένων ὑπηρεσιῶν καὶ ἡ ἀντιμετώπιση τῶν ἐπισκεπτῶν μὲ περισσότερη ἀνθρωπιά. Ἐμεῖς πάντως σᾶς περιμένουμε στὴν ὁμορφὴ Μυτιλήνη. Κατὰ προτίμησιν ὄχι στὸ Κέντρο Ὑγείας. 🍏

ασκηση - γυμναστική - σπορ

«Οὐκ ἐν τῷ πολλῷ τὸ εὖ».

Ἔσκησις μετρίως γιὰ ὑγεία.

ΣΑΒΒΑΣ ΤΟΚΜΑΚΙΔΗΣ, καθηγητὴς ἐργοφυσιολογίας, ἀντιπρύτανης Δημοκρετίου Παν/μίου Θράκης

Ὁ πατέρας τῆς ἰατρικῆς, ὁ Ἴπποκράτης, θεωροῦσε τὴν ἀσκηση ὡς «τέχνη κατ' ἐξοκὴν φυλακτικὴ τῆς ὑγείας καὶ τῆς κατὰ φύσιν σωματικῆς διάθεσης» καὶ συνιστοῦσε τὴν τήρησι τοῦ μέτρου γιατί κάθε ὑπερβολὴ ἀντιστρατεύεται τῇ φύσει. Ὁ Ἴσοκράτης συνιστοῦσε σωματικὴ ἀσκηση ὄχι μόνο γιὰ τὴ βελτίωσι τῆς δυνάμεως ἀλλὰ καὶ γιὰ τὴ διατήρησι καὶ προαγωγὴ τῆς ὑγείας. Ὁ Ἀριστοτέλης ὄριζε τὴ γυμναστικὴ ὡς ἐπιστήμη τοῦ «μετρίου ἐν τοῖς πόνοις». Ὅταν, λοιπόν, δὲν ἐφαρμόζεται ἡ ἀρχὴ τοῦ μέτρου τὰ ἀποτελέσματα εἶναι δυσάρεστα.

Ὁ πρῶτος μαραθωνοδρόμος, γιὰ παράδειγμα, ἄφησε τὴν τελευταία του πνοὴ ἀμέσως μετὰ τὴν ὀλοκλήρωσι τῆς ἀποστολῆς του. «Νενικήκαμεν» εἶπε ὁ Ἀθηναῖος Φειδιππίδης καὶ ὑπέκυψε στὴν ἔντασι τῆς προσπάθειας. Ἀφυδάτωσι; Ἀπορρύθμισι τῶν λειτουργιῶν τοῦ ὀργανισμοῦ; Ἀνακοπή; δὲν γνωρίζομε. Μπορεῖ καὶ συνδυαστικὰ ὅλα μαζί με μιὰ ἀλληλουχία πού, φυσιολογικά, καταλήγει στὴν ἀνακοπή ὅταν ἡ ἀφυδάτωσι μεταβάλλει τὸν ὄγκο τοῦ πλάσματος, προκαλεῖ αἰμοσυμπύκνωσι, μειώνει τὸν ὄγκο αἵματος, δυσχεραίνει τὴ ροὴ καὶ τὴν κυκλοφορία, συντελεῖ στὴν ἀπώλεια ἠλεκτρολυτῶν, διαταράσσει τὴν καρδιακὴ λειτουργία.

Στὴ σύγχρονη ἐποχὴ, στὸ Μαραθῶνιο δρόμο τῶν Ἀθηνῶν (7.11.2004) ἕνας ἄλλος δρομέας ἐγκαταλείπει ἀπὸ ἀνακοπὴ χωρὶς νὰ προλάβει νὰ ἐκπληρώσει οὔτε καν τὸ ἕνα τέταρτο τῆς ἐπιθυμίας του: νὰ τρέξει, δηλαδή, στὴν κλασικὴ διαδρομὴ μετὰ τοὺς Ὀλυμπιακοὺς Ἀγῶνες τοῦ 2004.

Καὶ στὶς δυὸ περιπτώσεις ὑπῆρξε ὑπερβολή. Στὴν πρώτη, προφανῶς, ὁ Ἀθηναῖος κήρυκας ἐκπληρώνει τὸν σκοπὸ του, ἀλλὰ δὲν μπορεῖ νὰ ξεπεράσει τὰ φυσιολογικά του ὄρια, τὸ στρῆς καὶ τὴν ἔντασι τῆς προσπάθειας, καὶ ὑποκύπτει. Στὴν δευτέρη περίπτωση ὁ μαραθωνοδρόμος, μετὰ ἐγνωσμένο πρόβλημα στὴν καρδιά, δὲν ὑπάκουει στὶς προτροπὲς τοῦ ἱατροῦ νὰ μὴν λάβει μέρος στὸν ἀγῶνα καὶ καταλήγει στὸ μοιραῖο γιατί φορτίζει μετὰ στρῆς τὴν εὐάλωτη ὑγεία του καὶ ἡ καρδιά του δὲν ἀντέχει, ὑποκύπτει.

Καὶ λοιπόν, τί γίνεται μετὰ τὰ εὐρήματα ἀπὸ τὶς ἔγκυρες καὶ τεκμηριωμένες μελέτες πού προτρέπουν ὅλο τὸν κόσμον, ἀσθενεῖς καὶ ὑγιεῖς, νὰ ἀσκοῦνται; Ἡ ἀσκηση δὲν εἶναι αὐτὴ ἡ ὁποία ἀσκεῖ εὐεργητικὴ ἐπίδρασι στὴν ὑπέρτασι, στὴν κυκλοφορία, στὰ ἀγγεία, στὴν καρδιά, στὸ μεταβολισμό, στὸ σακχαρώδη διαβήτη, στὴν παχυσαρκία, στὴν ὀστεοπόρωσι; Μιὰ εἶναι ἡ ἀπάντησι, καὶ αὐτὴ σέβεται τὴν ἀρχὴ τοῦ μέτρου.

Κανεῖς σήμερα δὲν μπορεῖ νὰ ἀμφισβητήσει τὰ εὐεργητικὰ ἀποτελέσματα τῆς σωματικῆς ἀσκηση ὅταν αὐτὴ ἐφαρμόζεται μετρίως. Ἡ ἀσκηση ἔχει πλέον καθιερω-



θεῖ ὡς ἕνας ἀσφαλὴς τρόπος βελτίωσις καὶ προαγωγῆς τῆς ὑγείας κάθε ἀτόμου καὶ ἡ φυσικὴ κατάστασι, ἡ ἡλικία του ἢ ἀκόμα καὶ ἡ ἀσθενεία δὲν ἀποτελοῦν ἀνασταλτικὸς παράγοντες. Ἐνῶ κάποτε ἡ ἀσκηση ἀποτελοῦσε ἀντένδειξι, ὅπως γιὰ παράδειγμα στοὺς ἀσθενεῖς μετὰ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια, σήμερα –μετὰ ἀπὸ πολλὰ καὶ τεκμηριωμένες μελέτες– εἴμαστε στὸ σημεῖο νὰ θεωρεῖται ἀνάγκη γιὰ τὴ βελτίωσι τῆς λειτουργικῆς κατάστασις τοῦ ὀργανισμοῦ καὶ νὰ χρησιμοποιεῖται ὡς μέσο θεραπευτικῆς ἀγωγῆς.

Ἡ ἀσκηση ὁμως, γιὰ νὰ ἀποβεῖ ὠφέλιμη καὶ ἐπικοδομητικὴ, ὑπάρχει πάντα ἀνάγκη νὰ τηρεῖται ἡ ἀρχὴ τοῦ μέτρου. «Πάν τὸ πολὺ τῇ φύσει πολέμιον» ἔλεγε ὁ πατέρας τῆς ἰατρικῆς Ἴπποκράτης, «οὔτε οἱ πολλοί, οὔτε οἱ λίγοι πόνοι ποιοῦν τὴν εὐεξία ἀλλὰ οἱ μέτριοι» διατύπωνε ὁ Πλάτων. Ἡ ἀσκηση μπορεῖ νὰ ἀποβεῖ ἐπικίνδυνη ὅταν γίνεται ἐκτὸς τῶν ὁρίων τοῦ μέτρου. Οἱ εἰδικοί, γνωστοί καὶ ἐπιστήμονες, τῆς ἀσκηση ὀφείλουν νὰ μὴς καθοδηγοῦν ἔτσι ὥστε νὰ γυμναζόμεστε ὄχι μόνο μετὰ ἀσφάλεια ἀλλὰ καὶ ἀποτελεσματικά. Ὅσο περισσότερο ἀσκεῖται τὸ σῶμα, τόσο καλύτερα λειτουργεῖ. Ἡ ἀσκηση προάγει τὶς λειτουργίες, ἐνισχύει τὸ ἀνοσοποιητικὸ, προστατεύει ἀπὸ τὶς καρδιαγγειακὲς παθήσεις, μειώνει τὴ νοσηρότητα, καὶ προσφέρει καλὴ φυσικὴ κατάστασι καὶ ὑγεία ἀρκεῖ νὰ ἐφαρμόζεται μετρίως καὶ μέτρο. ❤️



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 108

ἰδιωτικὲς ἀσφαλιστικὲς ἐταιρεῖες.

Ὡστόσο σὲ πλεονεκτικὴ θέσι βρίσκεται ἡ ἑλληνικὴ οἰκογένεια ὅσον ἀφορᾷ στὶς δαπάνες γιὰ τὰ φάρμακα. Ἡ κατὰ κεφαλὴν δαπάνη σὲ μονάδες ἀγοραστικῆς δυνάμεως εἶναι 377 δολάρια, ἐναντὶ 399 στὶς ὑπόλοιπες χώρες τοῦ ΟΟΣΑ. Τὸ μεγαλύτερο ὁμως μέρος, (78%) καλύπτεται ἀπὸ τὸ δημόσιο καὶ τὰ ἀσφαλιστικὰ ταμεῖα, ἐναντὶ 61% κατὰ μέσο ὄρο στὰ ὑπόλοιπα κράτη-μέλη. ❤️

φαρμακολογία

Οί αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης και τα διουρητικά: οί φαρμακευτικές "βάσεις"

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΧΡΥΣΟΣ, διευθυντής καρδιολογικού τμήματος Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης

Ἡ ἀντιμετώπιση ὀρισμένων καρδιακῶν παθήσεων, ὅπως ἡ ἀρτηριακὴ ὑπέρταση, τὸ ὄξυ ἔμφραγμα μυοκαρδίου, ἡ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια, στηρίζεται στὴ χορήγηση συγκεκριμένων φαρμάκων, ποὺ ἀποτελοῦν τὸν ἀκρογωνιαῖο λίθου γιὰ τὴ κλινικὴ βελτίωση τῶν ἀσθενῶν. Τέτοια φάρμακα εἶναι οἱ ἀναστολείς τοῦ μετατρεπτικοῦ ενζύμου τῆς αγγειοτενσίνης (α-MEA) καὶ τὰ διουρητικά.

Οἱ α-MEA χορηγοῦνται σὲ ἀσθενεῖς μὲ ἀρτηριακὴ ὑπέρταση γιὰτὴ μὲ πολλοὺς μηχανισμοὺς -ἀπὸ τοὺς ὁποῖους ὁ σημαντικότερος εἶναι ἡ ἀναστολὴ μιᾶς οὐσίας (ἐνὸς ενζύμου), ποὺ βοηθᾶει στὴ δημιουργία μιᾶς ἄλλης ἔντονα ἀγγειοσυσπαστικῆς οὐσίας- προκαλοῦν διαστολὴ τῶν περιφερικῶν ἀγγείων καὶ ὡς ἐκ τούτου ἔχουν ὡς ἀποτέλεσμα τὴ ρύθμιση τῆς ἀρτηριακῆς ὑπέρτασης.

Οἱ α-MEA μπορεῖ, ἐπίσης, νὰ προκαλέσουν ὑποχώρηση (ὑποστροφή) τῆς ὑπερτροφίας τῆς ἀριστερῆς κοιλίας, νὰ ἐμποδίσουν τὴ προοδευτικὴ τῆς διάταση καὶ τὴν ἐξέλιξη τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας. Ἐπίσης χρησιμοποιοῦνται σὲ ὄξυ ἔμφραγμα μυοκαρδίου, ποὺ ἐπιπλέκεται μὲ ἀνεπάρκεια τῆς ἀριστερῆς κοιλίας, γιὰτὴ μὲ τὴ δράση τους μειώνουν τὴς ἀνάγκες τῆς καὶ μὲ αὐτὸ τὸν τρόπο ἡ καρδιὰ δουλεῦει πιὸ ξεκούραστα. Μελέτες ἔχουν δεῖξει, ὅτι ἡ χορήγησή τους σὲ ἀσθενεῖς μὲ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια παρατείνει τὴ ζωὴ τῶν ἀσθενῶν αὐτῶν.

Ἡ δόση τοῦ φαρμάκου ποὺ χρειάζεται ὁ κάθε ἄρρωστος καθορίζεται ἀπὸ τὸν γιατρὸ του καὶ πρέπει νὰ παρακολουθεῖται συχνά. Ὁ γιατρὸς θὰ ἐπιλέξει ἀπὸ τὴ πληθώρα τῶν σκευασμάτων μὲ τὴ ἴδια δράση, ποὺ ὑπάρχουν στὴν ἀγορὰ, αὐτὸ ποὺ ταιριάζει περισσότερο στὸ κάθε ἄρρωστο. Ἡ λειτουργία τῶν νεφρῶν καὶ οἱ ἠλεκτρολύτες πρέπει νὰ ἐλέγχονται σὲ ὅλους τοὺς ἄρρωστους πρὶν ἀπὸ τὴν ἔναρξη τῆς θεραπείας μὲ α-MEA καὶ κατόπιν οἱ ἀσθενεῖς πρέπει νὰ παρακολουθοῦνται κατὰ τὴ διάρκεια τῆς θεραπείας. Οἱ α-MEA δὲν πρέπει νὰ χορηγοῦνται ταυτόχρονα μὲ ἀναλγητικά γιὰτὴ αὐξάνεται ἡ πιθανότητα νεφρικῆς βλάβης.

Ἡ ἀνακάλυψη τῶν **διουρητικῶν φαρμάκων** ἀποτελεῖ ἕνα ἀπὸ τοὺς πιὸ σημαντικοὺς σταθμοὺς στὴν ἱστορία τῆς ἱατρικῆς. Οἱ ἀσθενεῖς ποὺ πάσχουν ἀπὸ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια ἔχουν ἔντονη δύσπνοια καὶ παρουσιάζουν ἐκσεσημασμένα οἰδήματα (πρηξίματα), ὅταν ὑπάρχει ὀλικὴ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια. Τὰ τελευταῖα σάρανα χρόνια μὲ τὴ χρῆση τῶν διουρητικῶν τὰ πράγματα ἔχουν ἀλλάξει σημαντικά. Τὰ διουρητικά εἶναι φάρμακα



ποὺ διευκολύνουν τὴν ἀπομάκρυνση τοῦ νατρίου καὶ ἄλλων ἠλεκτρολυτῶν τοῦ ὄργανισμοῦ, συμπαρασύροντας μαζί τους καὶ νερὸ μὲ ἀποτέλεσμα νὰ αὐξάνει ἡ ποσότητα τῶν οὐρῶν. Ἀνάλογα μὲ τὴ περίπτωση γίνεται καὶ ἡ χορήγηση τῆς κατάλληλης δόσης. Ἡ διούρηση ἔχει ὡς ἀποτέλεσμα τὴν ἀπώλεια βάρους καὶ τὴν ὑποχώρηση τῶν οἰδημάτων στὰ πόδια. Ἡ καρδιὰ δὲν χρειάζεται νὰ διακινήσει μεγάλες ποσότητες ὑγρῶν καὶ δουλεύει μὲ καλύτερες συνθήκες, ὁ ἄρρωστος αἰσθάνεται πιὸ καλά, τρώει χωρὶς νὰ νοιώθει φουσκώματα, κοιμάται πολὺ καλύτερα καὶ ἡ ποιότητα τῆς ζωῆς του βελτιώνεται σημαντικά.

Ὁ καθορισμὸς τῆς δόσης τοῦ διουρητικοῦ εἶναι ἕνα πρόβλημα ποὺ πρέπει νὰ τὸ λύσει ὁ γιατρὸς. Στόχος εἶναι νὰ δοθεῖ ἡ μικρότερη δόση, ἡ ἐλάχιστη ἀπαραίτητη ποὺ χρειάζεται γιὰ νὰ ἀποβληθεῖ ἡ περίσσεια τῶν ὑγρῶν. Ὄταν ὑποχωρήσουν τὰ πρηξίματα καὶ ὁ ἄρρωστος βαδίζει μὲ εὐκολία, χωρὶς δύσπνοια, τότε μπορεῖ νὰ ἐλαττώσουμε τὴ δόση. Χρειάζεται καθημερινὴ ζύγιση. Αὐξηση τοῦ βάρους σημαίνει κατακράτηση ὑγρῶν καὶ ὁ ἀσθενὴς πρέπει νὰ αὐξήσει τὸ διουρητικὸ σὲ δόση μεγαλύτερη ἀπὸ αὐτὴ ποὺ ἔπαιρνε προηγουμένως. Τὸ διουρητικὸ δὲν πρέπει νὰ διακόπτεται ἐντελῶς. Πρέπει νὰ διατηρεῖται συνεχῶς μιὰ δόση συντήρησης.

Ἡ χορήγηση διουρητικῶν προκαλεῖ διαταραχὲς στοὺς ἠλεκτρολύτες τοῦ ὄργανισμοῦ. Συνηθέστερη εἶναι ἡ ἐλάττωση τοῦ καλίου στὸ αἷμα, ἐπειδὴ ἀποβάλλεται σὲ μεγάλη ποσότητα ἀπὸ τὰ οὔρα. Ὁ ἄρρωστος παραπονεῖται γιὰ αἴσθημα κοπώσεως, ἀτονίας καὶ ἀδυναμίας. Καὶ σὲ αὐτὴ τὴ περίπτωση ὁ γιατρὸς πρέπει νὰ καθορίσει τὴ σωστὴ δόση τοῦ διουρητικοῦ. Σωστὴ παρακολούθηση ἀπὸ τὸν γιατρὸ ἔχει ὡς ἀποτέλεσμα οἱ παρενέργειες νὰ μὴ εἶναι συχνῆς καὶ οὔτε νὰ φθάσουν νὰ γίνουν ἀπειλητικῆς γιὰ τὴ ζωὴ τοῦ ἄρρωστοῦ. 🍏

φιλοξενούμενοι ... οι

Φωτοδερματοπάθειες

Ο όρος φωτοδερματοπάθεια αναφέρεται σε μία μεγάλη κατηγορία δερματικών νοσημάτων που έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό την εμφάνισή τους μετά από έκθεση στον ήλιο. Οι ασθενείς, δηλαδή, που πάσχουν από κάποια φωτοδερματοπάθεια, εμφανίζουν συνήθως μία παθολογική αντίδραση του δέρματος στην ήλιακη ακτινοβολία, κυρίως στο UVA και UVB φάσμα της αλλά άκρως και στο ορατό φως, που εκδηλώνεται εντός λεπτών ή ημερών από την έκθεση.

Οι φωτοδερματοπάθειες μπορούν να διακριθούν:

α. Στις οξείες βλάβες από τον ήλιο σε υγιή δέρματα -τό γνωστό σε όλους ήλιακο έγκαυμα.

β. Στις ιδιοπαθείς φωτοδερματοπάθειες -νόσους επίκτητες, ύποτροπιάζουσες που εκδηλώνονται με ποικίλες βλάβες όπως το πολύμορφο έρπυθμα, ή ήλιακη κνίδωση, ή χρόνια ακτινική δερματίτιδα.

γ. Στις φωτοδερματοπάθειες που προκαλούνται από εξωγενείς ουσίες, όπως τα φάρμακα.

δ. Στη φωτογήρανση που είναι απότοκος της χρόνιας έκθεσης στον ήλιο.

Το ήλιακο έγκαυμα είναι μία φλεγμονώδης αντίδραση του δέρματος που χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα, πόνο, φυσαλίδες και οίδημα και εμφανίζεται μετά από έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία (UVR), προερχόμενη είτε από το ήλιακο φως, είτε από τεχνητές πηγές (solarium). Άτομα με ανοικτό τύπο δέρματος είναι πιο επιρρεπή στα ήλιακα εγκαύματα. Είναι γνωστό ότι επαναλαμβανόμενα και συχνά ήλιακα εγκαύματα αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα για την ανάπτυξη καρκίνου του δέρματος, όπως είναι το μελάνωμα.

Από τις ιδιοπαθείς φωτοδερματοπάθειες, η συχνότερη είναι το πολύμορφο εξάνθημα εκ φωτός (ΠΦΕ). Αυτό εκδηλώνεται την άνοιξη ή νωρίς το καλοκαίρι και είναι ιδιαίτερος συχνό σε άτομα από βόρειες χώρες που ταξιδεύουν σε μέρη με έντονη ηλιοφάνεια τους καλοκαιρινούς μήνες. Εμφανίζεται εντός 18-24 ωρών από την έκθεση, με κνησμό και ερυθρές πλάκες ή φυσαλίδες, συχνότερα στα άνω άκρα, στο λαιμό και στο V του στήθους. Με το πέρασ των καλοκαιρινών μηνών, το εξάνθημα σταματά να ύποτροπιάζει, πιθανώς λόγω ανάπτυξης ανοτοχής -«σκληρυνσης»- του δέρματος. Οι λοιπές ιδιοπαθείς φωτοδερματοπάθειες όπως η ήλιακη κνίδωση -μία έντονη αλλεργική αντίδραση του δέρματος μετά από έκθεση στην ήλιακη ακτινοβολία περιλαμβανομένου συχνά και του ορατού φάσματος αυτής-, ή χρόνια ακτινική δερματίτις -μία έκζεματικού τύπου αντίδραση που πλήττει

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΝΙΚΟΛΑΟΥ, επιστημονική συνεργάτης πανεπιστημιακής κλινικής νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός»

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΣΤΡΑΤΗΓΟΣ, επίκουρος καθηγητής δερματολογίας, πανεπιστημιακής κλινικής, νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός»

κυρίως ηλικιωμένους ασθενείς-, αλλά και άλλες όπως η ακτινική κνήφη ή η ευλογιοειδής ιδρώα είναι εξαιρετικά σπάνιες δερματοπάθειες. Πολλοί ασθενείς που παρουσιάζουν αυτές τις νόσους, και κυρίως αυτοί που πάσχουν από ΠΦΕ, μπορούν να προλάβουν την εμφάνισή τους με ελεγχόμενη έκθεση στον ήλιο και χρήση τοπικών αντιηλιακών ευρέος φάσματος και υψηλού δείκτη προστασίας. Η σταδιακή έκθεση στον ήλιο την άνοιξη έχει ως αποτέλεσμα το μαύρισμα και την πάχυνση του δέρματος, ή οποία συχνά βοηθά στην αποφυγή του ΠΦΕ. Η απευαισθητοποίηση του δέρματος μπορεί επίσης να επιτευχθεί με τη χρήση φωτοθεραπείας UVB ή φωτοχημειοθεραπείας (PUVA) την άνοιξη σε ειδικά κέντρα φωτοθεραπείας.

Η λίστα των φαρμάκων που μπορεί να προκαλέσουν φωτοευαισθησία είναι μακρά όπως αντιβιοτικά (τετρακυκλίνες), αντιυπερτασικά (διουρητικά), αντικαταθλιπτικά κ.ά. Οι ασθενείς που λαμβάνουν τέτοια φάρμακα πρέπει να είναι ενημερωμένοι από τον ιατρό τους για την πιθανότητα ανάπτυξης εξανθήματος αλλά και για την ανάγκη αυξημένης προστασίας τους από τον ήλιο.

Οι επαναλαμβανόμενες ήλιακες βλάβες, σε διάστημα πολλών ετών, μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη φωτογήρανσης. Είναι το αποτέλεσμα της αθροιστικής επίδρασης της ήλιακής ακτινοβολίας στο δέρμα, και χαρακτηρίζεται από πρόωρες βαθιές ρυτίδες, δυσχρωμικές βλάβες (καφέ κηλίδες στα χέρια και στο πρόσωπο) και τραχύ, ανελαστικό, χωρίς λάμψη δέρμα. Σήμερα, οι βλάβες αυτές μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη χρήση τοπικών παραγόντων όπως το ρετινοϊκό οξύ, τα χημικά peeling ή τα laser. Δεν πρέπει, βέβαια, ποτέ να λησμονείται ο ρόλος των αντιηλιακών στην πρόληψη της φωτογήρανσης αλλά και άλλων φωτοδερματοπαθειών, αρκεί να χρησιμοποιούνται σωστά και συστηματικά.

Τελικά γίνεται σαφές ότι η έκθεση στον ήλιο, πέραν του γνωστού ήλιακου εγκαύματος, μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση και άλλων, πιο ειδικών, δερματικών νοσημάτων. Σε κάθε περίπτωση, η σωστή και ασφαλής επόμενη κίνηση μετά την εμφάνιση οποιασδήποτε δερματικής βλάβης είναι η εκτίμηση από ειδικό δερματολόγο. Σε αυτόν, άλλωστε, ανήκει η ευθύνη της άρτιας ενημέρωσης για τα μέτρα προφύλαξης και την καταλληλότερη, κατ' άτομο, αντιηλιακή προστασία. 🍎

