



ΣΤΟΥΣ ρυθμούς της καρδιάς

ΚΩΔΙΚΟΣ: 2510

ΤΟΜΟΣ 15
ΤΕΥΧΟΣ 170
ΙΟΥΝΙΟΣ 2006

Τιμή πώλησης 0,01 €

Ύπαιμοπεταλικά φάρμακα και καρδιαγγειακά νοσήματα. Μη σταματάτε τὰ φάρμακά σας ἀκούγοντας τὶς εἰδήσεις.

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, διδάκτωρ ἰατρικῆς σχολῆς Παν/μίου Ἀθηνῶν, Α΄ καρδιολογικὴ κλινικὴ Γ.Ν.
«Ὁ Εὐαγγελισμός»

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΣ, ἐπιστημονικὸς συνεργάτης ΕΛ.Ι.ΚΑΡ., πρόεδρος ὁμάδας προληπτικῆς
καρδιολογίας Ἑλληνικῆς Καρδιολογικῆς Ἑταιρείας

Τὰ καρδιαγγειακά νοσήματα (στεφανιαία νόσος, ἐγκεφαλικά ἐπεισόδια καὶ περιφερικὴ ἀγγειοπάθεια) ἀποτελοῦν τὴν κυριότερη αἰτία θανάτου σὲ ὅλο τὸ δυτικὸ κόσμο καί, φυσικά, καὶ στὴ χώρα μας. Στὴν Εὐρώπη, τὰ καρδιαγγειακά νοσήματα προκαλοῦν ἐτησίως 4 ἑκατομύρια θανάτους. Αὐτὸ ἰσοδυναμεῖ μὲ τὸ ἥμισυ περίπου ὄλων τῶν θανάτων στὴν Εὐρώπη (48%). Στὴ χώρα μας ἡ συχνότητα τῶν θανάτων ἀπὸ στεφανιαία νόσο ἐκτιμᾶται ὅτι εἶναι 110 θάνατοι ἀνὰ 100.000 ἄτομα.

Ἡ θρόμβωση πού παρατηρεῖται ἐπὶ τῶν ἀθηροσκληρυντικῶν ἀλλοιώσεων τῶν ἀρτηριῶν τῶν ἀσθενῶν εἶναι ἡ κύρια αἰτία ἀπόφραξης τῶν ἀγγείων μὲ συνέπεια τὴν ἐκδήλωση ἰσχαϊμικῶν ἐπεισοδίων (ἔμφραγμα ἢ ἐγκεφαλικό) καὶ ἔχει ἀποδειχθεῖ ὅτι τὰ αἱμοπετάλια διαδραματίζουν καίριο ρόλο στὴ δημιουργία τους. Ἔτσι, τὰ ἀντιαιμοπεταλικά φάρμακα ἔχουν ἀπὸ καιρὸ μπεῖ στὴ θεραπευτικὴ φαρέτρα τῶν γιατρῶν γιὰ τὴν θεραπεία ἀλλὰ καὶ τὴν πρόληψη τῶν καρδιαγγειακῶν νοσημάτων.

Ἡ ἀσπιρίνη ἦταν τὸ πρῶτο καὶ μέχρι πρόσφατα τὸ μόνο ἀντιαιμοπεταλικὸ φάρμακο πού χορηγήθηκε σὲ

ἀσθενεῖς μὲ καρδιαγγειακά νοσήματα. Σὲ μελέτες πού ἔχουν γίνεῖ ἔχει βρεθεῖ ὅτι προκαλεῖ μείωση στὴν ἐμφάνιση ἐμφράγματος, ἐγκεφαλικοῦ ἢ θανάτου κατὰ 20% σὲ ὑψηλοῦ κινδύνου ἀσθενεῖς. Ἡ ἀνάγκη ὁμως γιὰ ἀκόμα μεγαλύτερη μείωση τοῦ ποσοστοῦ τῶν θανάτων ἀπὸ καρδιαγγειακά νοσήματα ἀνάγκασε τοὺς γιατροὺς νὰ προσθέσουν νέα φάρμακα τὰ ὁποῖα θὰ συμπλήρωναν τὴν θεραπευτικὴ δράση τῆς ἀσπιρίνης. Οἱ ἄλλες κατηγορίες ἀντιαιμοπεταλικῶν φαρμάκων πού χρησιμοποιοῦνται εἶναι ἡ τικλοπιδίνη (Ticlid), ἡ κλοπιδογρέλη (Plavix) -πού χρησιμοποιεῖται εὐρέως τὰ τελευταῖα χρόνια σὲ συνδυασμὸ μὲ τὴν ἀσπιρίνη- καὶ οἱ ἀναστολεῖς τῆς γλυκοπρωτεΐνης IIb/IIIa (Aggrastat, Integrilin) οἱ ὁποῖοι χορηγοῦνται μόνο ἐνδοφλέβια καὶ γιὰ μικρὸ χρονικὸ διάστημα μετὰ ἀπὸ ἀγγειοπλαστική.

Ὅπως ὅλα τὰ φάρμακα ἔτσι καὶ τὰ ἀντιαιμοπεταλικά παρουσιάζουν ἀνεπιθύμητες ἐνέργειες ἢ σοβαρότερη τῶν ὁποίων εἶναι ἡ αἱμορραγία πού μπορεῖ νὰ προκαλέσουν (γαστρορραγία, ἐντερορραγία, αἵματουρία κ.ἄ.) καὶ ἡ ὁποία ἐμφανίζεται σὲ ἕνα ποσοστὸ 10% τῶν ἀσθενῶν

πού λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα.

Ποιοι πρέπει να λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακά και ποιο είναι το κατάλληλο;

Στην προσπάθεια να τεθούν κάποια πλαίσια μέσα στα όποια θα μπορεί να ενταχθεί ένας ασθενής και να αποφασιστεί η καταλληλότερη για αυτόν θεραπεία με βάση το όφελος από τη μία και το κόστος (άνεπιθύμητες ενέργειες, οικονομικό κόστος) από την άλλη, πρόσφατα, τόσο η Αμερικανική όσο και η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Ένωση συνέταξαν με βάση τις μελέτες που υπάρχουν στη βιβλιογραφία, οδηγίες για το ποιοι ασθενείς ωφελούνται περισσότερο από τη λήψη αντιαιμοπεταλιακών καθώς και σε ποιους είναι δόκιμο να χορηγείται συνδυασμός φαρμάκων.

Έτσι, οί ασθενείς που έχουν περάσει στο παρελθόν εμφραγμα ή/και έγκεφαλικό, ή εμφανίζουν πόνο στο στήθος στην ηρεμία (άσταθής στήθαγχη) ή πόνο στο στήθος κατά την προσπάθεια (χρόνια σταθερή στήθαγχη) πρέπει να λαμβάνουν ασπιρίνη καθημερινά. Σε περίπτωση αντένδειξης στη λήψη ασπιρίνης (π.χ. αλλεργία) χρησιμοποιείται εναλλακτικά ή κλοπιδογρέλη.

Σε κάποιες περιπτώσεις ασθενών απαιτείται συγχρόνηση ασπιρίνης και κλοπιδογρέλης. Οί περιπτώσεις αυτές είναι:

1. Ασθενείς με όξυ εμφραγμα του μυοκαρδίου -οί όποιοι έχουν υποβληθεί σε στεφανιογραφία και άγγειοπλαστική στεφανιαίας αρτηρίας- πρέπει μαζί με την ασπιρίνη να λαμβάνουν και ένα χάπι κλοπιδογρέλης (Plavix) την ημέρα για χρονικό διάστημα από 1-6 μηνών.

2. Ασθενείς με έντονο πόνο στο στήθος -το καρδιογράφημα των οποίων δεν είναι ένδεικτικό όξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου αλλά παρουσιάζουν αυξημένες τιμές καρδιακών ενζύμων (CK-MB, Τροπονίνη) και οί όποιοι δεν θα υποβληθούν στις επόμενες πέντε ημέρες σε στεφανιογραφία- πρέπει να λάβουν τέσσερα χάπια

κλοπιδογρέλης μαζί την ημέρα του έπεισοδίου και κατόπιν ένα χάπι την ημέρα για 9-12 μήνες, σε συνδυασμό πάντα με ασπιρίνη.

3. Ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε στεφανιογραφία πρέπει να έχουν λάβει τέσσερα χάπια κλοπιδογρέλης τουλάχιστον 6 ώρες πριν τη στεφανιογραφία. Μετά τη στεφανιογραφία ο ασθενής λαμβάνει ένα χάπι κλοπιδογρέλης (Plavix) την ημέρα για χρονικό διάστημα από 1-6 μηνών.



Όπως γίνεται αντιληπτό υπάρχουν σαφείς ένδειξεις για το πότε πρέπει να χορηγηθεί το κάθε φάρμακο και το πότε βοηθάει ο συνδυασμός δυο αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων. Κάθε γιατρός έχει μπροστά του κάθε φορά διαφορετικό ασθενή, τον οποίο και αντιμετωπίζει ως ξεχωριστή οντότητα και εξατομικεύει τη χορηγούμενη άγωγή με βάση το όφελος του ασθενή, βασιζόμενος σε κάποια γενικά πλαίσια τα όποια καθορίζουν οί προαναφερόμενες οδηγίες.

Το τελευταίο διάστημα έχει ξεκινήσει μία μεγάλη συζήτηση στα Μ.Μ.Ε. για

την αναγκαιότητα ή μη χορήγησης των αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων, ή όποια ξεκίνησε με άφορμή πρόσφατη μελέτη που δεν τεκμηριώνει την ύπεροχη του συνδυασμού αντιαιμοπεταλιακών (κλοπιδογρέλη + ασπιρίνη) σε σχέση με τη χρήση μόνο ασπιρίνης σε ασθενείς ύψηλου κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα.

Πολλοί είναι οί ασθενείς που τηλεφωνούν έντρομοι στο γιατρό τους ακούγοντας στο δελτίο ειδήσεων ότι το φάρμακο που παίρνουν όχι μόνο δεν τους ωφελεί αλλά μπορεί και να τους βλάψει. Άλλοι, δεν τηλεφωνούν καν στο γιατρό τους αλλά τρομοκρατημένοι από την τηλεοπτική άμεσότητα σταματούν μόνοι τους τα φάρμακά τους πεισμένοι ότι έτσι προστατεύουν τους έαυτούς τους. Αυτό είναι ένα ακόμα παράδειγμα της ύπερβολής και της τηλεοπτικοποίησης που χαρακτηρίζουν την εποχή μας. Άς μην ξεχνάμε ότι η ικανότητα έρμηνείας των άποτε-

συνέχεια στη σελ. 86 ▶

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Έλληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας

B. Σοφίας 133 - Τ. Κ. 115 21 - Τηλ.: (210) 6401477, 6450118, 6460522 - Fax: (210) 6401478

E-mail=elikar@aiaas.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. Χατοέρας.

ΣΚΙΤΣΑ: Γαβριήλ Ψαρράς, καρδιολόγος

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Ά. Δαρμάρα, Μ. Δημακοπούλου, Γ. Καλλιούπη, Μ. Τούτουζα

Έπιτρέπεται ή μερική ή όλική άναδημοσίευση άρθρων του περιοδικού άρκει να άναφέρεται ή πηγή τους.

στην Ελλάδα... και τον κοσμο

Άγγειογένεση

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΤΖΙΑΚΑΣ, MD, PhD, FESC

Επίκουρος καθηγητής καρδιολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης



Η άγγειογένεση αποτελεί σύνθετο ιατρικό όρο, πού ετυμολογικά σημαίνει γένεση αγγείων, και αντικατοπτρίζει μία σύνθετη βιολογική διαδικασία ή όποια συμβαίνει υπό φυσιολογικές αλλά και παθολογικές συνθήκες στον οργανισμό και ούσιαστικά περιλαμβάνει τόν σχηματισμό νέων αγγείων από ήδη προϋπάρχοντα αγγεία.

Τα αγγεία στον οργανισμό είναι οί «σωληνωτοί» εκείνοι σχηματισμοί με τούς όποιους τó ανθρώπινο σώμα επιτυγχάνει νά τροφοδοτεί με όξυγόνο και θρεπτικά συστατικά τούς διάφορους ίστους και όργανά του. Η έσωτερική επιφάνεια τών αγγείων αποτελείται από κύτταρα πού όνομάζονται ένδοθηλιακά, τó όποια επικάθονται επί μίας μεμβράνης πού καλείται βασική μεμβράνη. Η έξωτερική δέ επιφάνεια τών αγγείων αποτελείται από μία ειδική κατηγορία μυϊκών κυττάρων, τó λεία μυϊκά κύτταρα.

Κάποια δεδομένη χρονική στιγμή, και υπό τήν επίδραση συγκεκριμένων έρεθισμάτων, είναι δυνατόν σέ όρισμένα σημεία τών ήδη προϋπάρχοντων αγγείων νά ξεκινήσει ή διαδικασία τής άγγειογένεσης. Αρχικά έχουμε τήν αποδόμηση τής βασικής μεμβράνης, τής έξωτερικής επιφάνειας τών αγγείων, και τής θεμέλιας ούσίας πού περιβάλλει τó αγγεία. Έπειτα ακολουθεί ό πολλαπλασιασμός και ή μετανάστευση τών ένδοθηλιακών κυττάρων στον κενό χώρο πού δημιουργήθηκε. Στή συνέχεια τó νέα αυτά ένδοθηλιακά κύτταρα δημιουργούν μία νέα βασική μεμβράνη επάνω στην όποια επικάθονται, σχηματίζοντας έτσι άνωριμους, λεπτούς σωληνωτούς σχηματισμούς τó νέο-άγγεία. Τέλος, έχουμε τήν ώριμανση τών νέο-άγγείων πού περιβάλλονται από μεταναστεύοντα λεία μυϊκά κύτταρα και έτσι σταθεροποιούνται. Αυτό ή συγκεκριμένη βιολογική διαδικασία τής άγγειογένεσης επαναλαμβάνεται πολλές φορές υπό φυσιολογικές συνθήκες στον άνθρωπινο οργανισμό όπως κατά τήν έπούλωση τραυμάτων, κατά τήν ανάπτυξη τών όστών και κατά τήν διάρκεια του έμμηνορροσιακού κύκλου στις γυναίκες. Είναι δυνατόν όμως παρόμοιες βιολογικές διεργασίες νά χαρακτηρίζουν και άρκετες παθολογικές καταστάσεις όπως ή ρευματοειδής αρθρίτιδα, ό καρκίνος, ή ίσχαιμία του μυοκαρδίου, ή

ψωρίαση και ή άθηροσκλήρωση.

Η άγγειογένεση αποτελεί μία ιδιαίτερα πολύπλοκη και πολυεπίπεδη διαδικασία ή όποια περιλαμβάνει α) τήν ύπαρξη έρεθισμάτων πού ενεργοποιούν τó ένδοθηλιακό κύτταρα, β) τήν αποδόμηση όρισμένων τμημάτων τών ήδη υπάρχοντων αγγείων και τών περι αυτών χώρου, γ) τή δράση μορίων πού είναι υπεύθυνα για τήν κυτταρική ενεργοποίηση, πολλαπλασιασμό και μετανάστευση. Τó μόρια αυτά όνομάζονται αύξητικοί παράγοντες και δρουν μέσω συγκεκριμένων υποδοχέων, και δ) τήν άλληλεπίδραση κυττάρων μεταξύ τους και με τόν έξωκυττάριο χώρο ώστε νά μπορούν νά μεταναστεύουν. Η διαδικασία τής μετανάστευσης τών κυττάρων, και μάλιστα τής μετα-

νάστευσης πρòς συγκεκριμένα σημεία, όπως και ή έπανάσγκόλλησή τους σέ «σωληνωτούς» σχηματισμούς γίνεται με τή βοήθεια ειδικών μορίων πού όνομάζονται μόρια προσκόλλησης.

Άγγειογενετικοί παράγοντες είναι οί αύξητικοί εκείνοι παράγοντες πού ρυθμίζουν τήν άγγειογένεση. Οί πιο σημαντικοί από αυτούς είναι ό άγγειακός ένδοθηλιακός αύξητικός παράγων (VEGF), ό αύξητικός παράγοντας τών ίνοβλαστών (FGF) και ή άγγειοποιητίνη. Είναι μόρια με διαφορετικό μέγεθος και μοριακό βάρος πού ή όνομασία τους προέρχεται από τó κύτταρα από τó όποια παράγονται. Οί παράγοντες αυτοί, εκτός από τήν έναρξη τής άγγειογένεσης, φαίνεται ότι ρυθμίζουν τó ρυθμό και τήν έκταση με τήν όποια ύλοποιείται ή συγκεκριμένη διαδικασία. Έλάχιστα δεδομένα όμως υπάρχουν για τó πώς ή άγγειογένεση περιορίζεται ή σταματά δλοκληρωτικά. Δέν γνωρίζουμε εάν αυτό επιτυγχάνεται μέσω κάποιων άλλων μορίων πού καταστέλλουν τή διαδικασία αυτό.

Έκτός από τούς άγγειογενετικούς παράγοντες πού προαναφέρθηκαν υπάρχει μία πλειάδα άλλων αύξητικών παραγόντων με παρόμοιες άγγειογενετικές ιδιότητες, όπως παραδείγματος χάριν ό αίμοπεταλιακός αύξητικός παράγων (PDGF), ό παρόμοιος με τήν ίνσουλίνη αύξητικός παράγων (IGF), ό μετατρεπτικός αύξητικός παράγων (TGF), ό πλακούντιος αύξητικός παράγων (PDGF), ή



αγγειογενίνη, ή οστεοποντίνη και άλλοι. Ταυτόχρονα, έχουν περιγραφεί και μόρια με άρνητική ρυθμιστική δράση στην αγγειογένεση, όπως οι αναστολές των εξωκυττάριων πρωτεασών (TIMP), τα θραύσματα εξωκυττάριου δικτύου, ή αγγειοστατίνη, ή ενδοστατίνη και άλλοι. Η ύπαρξη όλων αυτών των παραγόντων οδήγησε στην θεωρία του αγγειογενετικού «διακόπτη», σύμφωνα με την οποία υπάρχει μία εϋθραυστη ισορροπία μεταξύ θετικών και άρνητικών αγγειογενετικών παραγόντων: κατά την αγγειογένεση υπάρχει μία υπεροχή των αγγειογενετικών αυξητικών παραγόντων, ενώ κατά την απουσία αγγειογένεσης ή ισορροπία κλίνει υπέρ των άρνητικών αγγειογενετικών παραγόντων.

Η καρδιά είναι ένα από τα πιο σημαντικά όργανα του ανθρώπινου σώματος αφού λειτουργεί ως αντλία με την βοήθεια της οποίας ο οργανισμός στέλνει αίμα, δηλαδή οξυγόνο και θρεπτικά στοιχεία, μέσω των αγγείων σε όλα τα σημεία του σώματος. Για να μπορέσει να τροφοιήσει και να αναπνεύσει η καρδιά –αφού αποτελεί και η ίδια όργανο του σώματος– υπάρχει στην εξωτερική επιφάνειά της ένα δίκτυο με αγγεία, –τα στεφανιαία αγγεία– που την τροφοδοτούν με οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά. Όταν τα στεφανιαία αυτά αγγεία «στενωθούν» από πλάκες χοληστερόλης (άθηροσκληρωτικές πλάκες), τότε αδυνατούν να τροφοδοτήσουν την καρδιά επαρκώς και η κατάσταση αυτή ονομάζεται στεφανιαία νόσος ή ισχαιμία του μυοκαρδίου από άθηροσκλήρωση των στεφανιαίων αρτηριών. Έχει παρατηρηθεί ότι η καρδιά αντιδρά σε μία τέτοια νοσηρή κατάσταση με την επαγωγή της διαδικασίας της αγγειογένεσης. Δηλαδή, τα ίδια τα στεφανιαία αγγεία μέσω της διαδικασίας της αγγειογένεσης, σχηματίζουν νέα αγγεία στην προσπάθειά τους να προσπεράσουν το αποφραγμένο τμήμα τους και να τροφοδοτήσουν την καρδιά με αίμα.

Βλέπουμε, δηλαδή, ότι ο οργανισμός χρησιμοποιεί μία βιολογική διεργασία έμφυτως ώστε να διορθώσει μία νοσηρή κατάσταση. Είναι δυνατόν, λοιπόν, χρησιμοποιώντας ως φάρμακα βιολογικά μόρια που μπορούν να επάγουν τη διαδικασία αυτή, να θεραπεύσουμε αντίστοιχες παθολογικές καταστάσεις. Ένας μεγάλος αριθμός έρευντικών δεδομένων έδειξε ότι η χορήγηση αγγειογενετικών αυξητικών παραγόντων σε καρδιές πειραματοζώων που έπασχαν από ισχαιμία, οδήγησε σε αύξηση της αιμάτωσής τους καθώς και βελτίωση της τροφοδοτήσής τους σε οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά. Η χορήγηση των αγγειογενετικών αυτών παραγόντων γίνεται είτε με την μορφή πρωτεϊνών –που είναι και η μορφή με την οποία οι παράγοντες αυτοί κυκλοφορούν στο αίμα– είτε με τη μορφή γονιδίων που είναι υπεύθυνα για την παραγωγή των συγκεκριμένων παραγόντων. Κλινικές δοκιμές χορήγησης αντίστοιχων αυξητικών παραγόντων (VEGF και FGF) σε άσθενείς με τελικού σταδίου στεφανιαία νόσο έδειξαν ότι στους άσθενείς αυτούς αυξήθηκε ο χρόνος άσκησης, μειώθηκε η συχνότητα και η ένταση των στηθαγικών επεισοδίων και βελτιώθηκε η καρδιακή λειτουργία. Παρ' όλα αυτά, μεγάλες μελέτες που συνέκριναν τη θεραπεία με αγγειογενετικούς παράγοντες (υπό μορφή πρωτεϊνών) με τη χρήση εικονικών φαρμάκων δεν κατάφεραν να αποδείξουν ότι στους

άσθενείς υπό θεραπεία με αγγειογενετικούς παράγοντες υπήρξε βελτίωση της ικανότητας προς άσκηση ή μείωση των στηθαγικών επεισοδίων. Τη δεδομένη στιγμή βρίσκονται υπό εξέλιξη άλλες μεγάλες κλινικές μελέτες που εξετάζουν τη χορήγηση αγγειογενετικών παραγόντων με τη μορφή γονιδίων.

Από την άλλη πλευρά όμως, η διαδικασία της αγγειογένεσης φαίνεται ότι συμμετέχει και σε όρισμένες νοσηρές καταστάσεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η άθηροσκλήρωση. Η άθηροσκλήρωση είναι εκείνη η παθολογική διεργασία κατά την οποία η έναρξη χοληστερόλης στο έσωτερικό τοίχωμα των αγγείων οδηγεί στον σχηματισμό πλάκων (άθηροσκληρωτικές πλάκες), οι οποίες αποφράσσουν το αγγείο παρεμποδίζοντας έτσι την ροή αίματος και την τροφοδοσία με οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά των ιστών που αυτό αρδεύει. Έχει βρεθεί ότι κατά την διαδικασία της αγγειογένεσης δημιουργείται ένα δίκτυο από νέα μικρό-αγγεία (που ονομάζονται αγγεία αγγείων) στο εξωτερικό τοίχωμα του αγγείου, που τροφοδοτούν την άθηροσκληρωτική πλάκα με ποικίλου είδους κύτταρα και συστατικά με αποτέλεσμα αυτή να μεγαλώνει και να αποφράσει ακόμη περισσότερο το αγγείο που νοσεί. Ιστολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι τμήματα αγγείου που περιέχει άθηροσκληρωτικές πλάκες στο έσωτερικό του, χαρακτηρίζεται από ένα έκτεταμένο δίκτυο από αγγεία-αγγείων στο εξωτερικό του τοίχωμα, συγκριτικά με ύγιη τμήματα του ίδιου αγγείου, στην εξωτερική επιφάνεια του οποίου το δίκτυο αυτό απουσιάζει χαρακτηριστικά. Νεότερες μελέτες έχουν δείξει ότι η ύπαρξη αυτού του δικτύου νέων αγγείων σχετίζεται τόσο με την έκταση και το μέγεθος της άθηροσκληρωτικής πλάκας όσο και με την εϋθραυστότητα της. Αυτό είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο αφού όταν μία άθηροσκληρωτική πλάκα «σπάει», τότε στο σημείο εκείνο δημιουργείται ένα πήγμα αίματος (θρόμβος) το οποίο αποφράσει τελείως το αγγείο και έτσι προκαλείται το έμφραγμα. Η επιστημονική κοινότητα έχει καταδείξει ότι η διαδικασία της αγγειογένεσης σχετίζεται και με την επικινδυνότητα της άθηροσκληρωτικής πλάκας, δηλαδή όσο πιο έντονη είναι η αγγειογένεση στην πλάκα τόσο πιο πιθανό είναι αυτή να σπάσει και να προκαλέσει έμφραγμα.

Η ιδέα να «ελέγξουμε» τη διαδικασία της αγγειογένεσης –είτε επάγοντας, είτε καταστέλλοντάς την– με σκοπό ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό αποτέλεσμα, αποτελεί μεγάλη επιστημονική πρόκληση. Μπορεί, παραδείγματος χάριν, να χρησιμοποιηθεί η επαγωγή της για να ανακουφίσει ιστούς που δεν τροφοδοτούνται επαρκώς από τα αρδεύοντα αγγεία τους, όπως το ισχαιμικό μυοκάρδιο. Μπορεί, επίσης, να χρησιμοποιηθεί η καταστολή της για να περιορίσουμε την ανάπτυξη και εξέλιξη της άθηροσκληρωτικής πλάκας. Παρ' όλα αυτά η αγγειογένεση και η χειραγώγησή της αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές προκλήσεις στη βιολογία των καρδιαγγειακών νόσων. Δεν υπάρχει αυτή τη στιγμή συμφωνία μεταξύ των επιστημόνων στο αν η αγγειογένεση αποτελεί παθολογικό παράγοντα στην άθηροσκλήρωση ή έναν δρόμο με τον οποίο μπορούμε να θεραπεύ-

συνέχεια στη σελ. 86 ▸

Ίπποκρατης χθες - σημερα - αυριο

Ήρτηριακή υπέρταση. Τò παρελθόν, τò παρόν και τò μέλλον.

ΘΩΜΑΣ Κ. ΜΑΚΡΗΣ, καρδιολόγος, άναπλ. διευθυντής καρδιολογικής κλινικής ΛΑΪΚΟΥ, υπεύθυνος άντιυπερτασικού ίατρείου

Ή πρόοδος και ή ανάπτυξη πού έχει συντελεστεί σε έρευνητικό και κλινικό επίπεδο, άναφορικά με την άρτηριακή υπέρταση, δέν μπορεί νά γίνει κατανοητή στο μέγεθος της, άν δέν άναφερθούμε και δέν άνατρέξουμε έστω και με λίγες γραμμές, στην ιστορία, στα πρώτα έρωτήματα, στις πρώτες παρατηρήσεις, όλα αυτά πού οδήγησαν στην επανάσταση πού ζούμε σήμερα.

Ή ιστορία άρχίζει την εποχή της Ήναγέννησης. Πρώτος ό William Harvey (1578-1657), μαθητής του περίφημου φιλοσόφου και πολιτικού sir Francis Bacon (1561-1626), κάνει την πρώτη μεγάλη άνακάλυψη της ίατρικής επιστήμης - διερευνά την κυκλοφορία του αίματος. Περνά ένας αιώνας μέχρις ότου ό Ήγγλικανός ιερέας, κράμα βαθιάς πίστης αλλά και ιδιαίτερης ευφυίας, ό αιδεσιμώτατος Stephen Hales (1677-1761), μετρά για πρώτη φορά την άρτηριακή πίεση σ' ένα άλογο, εισάγοντας ένα μπρούτζινο σωλήνα στην μριαία άρτηρία και συνδέοντάς τον με ένα κάθετο γυάλινο σωλήνα. Ή πρώτη μέτρηση της άρτηριακής πίεσης είχε γίνει σε πόδια νερού και ήταν 8 πόδια και 3 ίντσες!!!!

Άκολουθούν προσπάθειες διακεκριμένων επιστημόνων για την έπιτευξη της μέτρησης της άρτηριακής πίεσης στον άνθρωπο. Και έρχεται ένας ξεχωριστός Γάλλος φυσιολόγος, ό Etienne Jules Maren (1830-1904), νά γίνει ό πρώτος επιστήμονας πού μετρά την πίεση σε ζώσα καρδιά. Ήταν ό πρώτος πού σχεδίασε τον λεγόμενο «σφυγμογράφο» για μη αίματηρή μέτρηση της άρτηριακής πίεσης στον άνθρωπο. Άπό εκείνη τη στιγμή γίνονται συνεχεις προσπάθειες για την έπινοηση μιάς συσκευής πού νά μπορεί με άσφάλεια και άναίμακτα νά μετρά την άρτηριακή πίεση στον άνθρωπο. Ήρχεται ό Scipione Riva-Rocci (1863-1920) με τò περίφημο σφυγμομανόμετρό του, πού καταφέρνει νά μετρά μόνον την συστολική (ύψηλή) αλλά όχι την διαστολική (χαμηλή πίεση). Ή επαναστατική άνακάλυψη δέν άργει νά γίνει άπό τον Nicolai Sergeivitch Korotkoff (1874-1920). Είμαι ό άνθρωπος πού με την άνακάλυψή του άλλάζει την ίατρική επιστήμη. Είμαι ό πρώτος πού εισάγει την άκουστική μέθοδο μέτρησης της άρτηριακής πίεσης, στηριζόμενη στους ήκους πού παράγονται στις φάσεις της άρτηριακής συμπίεσης και άποσυμπίεσης όταν εφαρμόζεται ένα σφυγμομανόμετρο Riva-Rocci στο άνω τμήμα του βραχίονα. Είμαι ή μέθοδος πού εφαρμόζεται στην καθη-

μερινή κλινική πράξη μέχρι και σήμερα.

Ή παράλληλη ανάπτυξη των έργαστηριακών έπισημών, της βιοχημείας, της φυσιολογίας, της παθολογίας, έχει ως άποτέλεσμα -άπό την άρχή του 20ου αιώνα-, σωρεία άνακαλύψεων, πού σχετίζονται με τη φυσιοπαθολογία της άρτηριακής πίεσης, όπως είναι διάφορες ουσίες και παράγοντες πού εκκρίνονται και παράγονται άπό τὰ διάφορα όργανα, τους άδένες, τò ένδοθηλίο των άγγείων και οι όποιοι επηρεάζουν την λειτουργία, τη δομή και τελικά καθορίζουν την εμφάνιση της άρτηριακής υπέρτασης και των έπιπλοκών της.

Άκολουθούν οι μεγάλες έπιδημιολογικές και κλινικές μελέτες, μπαίνουν τὰ όρια της «φυσιολογικής» άρτηριακής πίεσης. Ήρια πού στην άρχή ήταν ύψηλότερα, αλλά με τò πέρασμα των χρόνων και την άποκάλυψη της βλαπτικής επίδρασης της άρτηριακής υπέρτασης στα όργανα του καρδιαγγειακού συστήματος, έχουν κατέβει δραματικά και ιδιαίτερα στις ομάδες ύψηλου κινδύνου (π.χ. νεφροπαθείς, διαβητικούς). Ήρχονται κατόπιν τὰ φάρμακα, οι δοκιμές των φαρμάκων, συκριτικές μελέτες των φαρμάκων «ποιό είναι τò καλύτερο; υπάρχει καλύτερο;». Και έρχεται τò τέλος του 20ου αιώνα νά μäs δώσει μία πέραν πάσης άμφιβολίας άποδειξη. Ή θεραπεία της άρτηριακής υπέρτασης βελτιώνει την πρόγνωση των άσθενών, γεγονός πού σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την παρατηρούμενη τὰ τελευταία χρόνια σε πολλές χώρες, μείωση των καρδιαγγειακών έπεισοδίων.

Ή ιστορία μας όμως δέν τελειώνει εδώ!!

Στις άρχές του 21ου αιώνα παρατηρείται τεράστια πρόοδος και ώθηση της μοριακής βιολογίας και της γενετικής, γεγονός πού μäs δίνει τη ρεαλιστική προοπτική ότι σε λίγο χρόνο θα είμαστε ίκανοί νά προσδιορίσουμε τὰ ύψηλου κινδύνου άτομα για ανάπτυξη άρτηριακής υπέρτασης και νά εφαρμόσουμε προληπτική θεραπευτική άγωγή πού νά άφορά τους ειδικούς γενεσιουργούς μηχανισμούς της.

Άνατρέχοντας στο παρελθόν άντιλαμβανόμαστε ότι άπό όποιαδήποτε γωνία κι άν δούμε τò θέμα, τὰ έπιτεύγματα είναι τεράστια και ή μελέτη της άρτηριακής υπέρτασης είναι μία άπό τις πιο έπιτυχημένες ιστορίες της ίατρικής του 20ου αιώνα. 🍏



συνέχεια από τη σελ. 82

λεσμάτων πολλών από τις Ιατρικές μελέτες είναι μία άρετή που αποκτάται μετά από μακροχρόνια προσπάθεια. Η υπεραπλούστευση με την οποία παρουσιάζονται από μη ειδικούς τα Ιατρικά θέματα στις περισσότερες τηλεοπτικές έκπομπές έχουν ως συνέπεια, συχνά αλλά ευτυχώς όχι πάντα, τη διαστρέβλωση της πραγματικότητας και τη δημιουργία πλασματικών εντυπώσεων στους ασθενείς. Ευτυχώς, το πρόβλημα αυτό έχει αρχίσει να γίνεται κατανοητό και στα ΜΜΕ, με αποτέλεσμα να παρατηρείται βελτίωση του επιπέδου παρουσίασης των Ιατρικών θεμάτων από τα ΜΜΕ.

Η μελέτη που προαναφέρθηκε έδειξε ότι η συχορήγηση άσπιρίνης και κλοπιδογρέλης δεν μειώνει περισσότερο τον κίνδυνο θανάτου, εμφράγματος ή εγκεφαλικού από ότι μόνη της ή άσπιρίνη σε ασθενείς με πολλούς παράγοντες κινδύνου ή σταθερή καρδιαγγειακή νόσο και δεν πρέπει να χορηγείται ο συνδυασμός των δυο φαρμάκων όταν δεν υπάρχει τεκμηριωμένη αγγειακή νόσος.

Όπως είναι εύκολα κατανοητό από τα προαναφερθέντα κανένας ασθενής δεν λαμβάνει άσπιρίνη και κλοπιδογρέλη αν δεν υπάρχει τεκμηριωμένη αγγειακή νόσος αφού σε όλους έχει γίνει στεφανιογραφία και αγγειοπλαστική. Αν ένας ασθενής ο οποίος έχει υποβληθεί σε αγγειοπλαστική (κατά την οποία τοποθετείται ένα μεταλλικό πλέγμα μέσα στην στεφανιαία αρτηρία) σταματήσει τη λήψη αντιαιμοπεταλιακών πενταπλασιάζεται ο κίνδυνος να υπάρξει θρόμβωση στο μεταλλικό πλέγμα (stent) και να υποστεί εμφραγμα στο μυοκαρδίου ή ακόμα και απώλεια της ίδιας της ζωής του.

Συμπερασματικά, λοιπόν, τα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα αποτελούν ένα μεγάλο "όπλο" στην αντιμετώπιση των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα, με την άσπιρίνη να παίζει πρωταρχικό ρόλο. Σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ή προσθήκη και δεύτερο αντιαιμοπεταλιακού φαρμάκου είναι επιβεβλημένη και μειώνει τον κίνδυνο θανάτου ή εμφράγματος στους ασθενείς αυτούς. Διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή σαφώς δεν πρέπει να χορηγείται σε όλους ανεξαιρέτως τους ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα γιατί δεν φαίνεται να έχει καλύτερη δράση ενώ αυξάνει τον κίνδυνο παρενεργειών. 🍏

συνέχεια από τη σελ. 89

στά ΝΑ της χερσονήσου. Η πόλη θεωρείται ότι υπήρχε ήδη από τη μυκηναϊκή περίοδο. Απόδειξη είναι τα τείχη της πόλης. Η Πάλαϊρος είναι ένα παραλιακό, σχεδόν αμφιθεατρικό και όμορφο χωριό, χτισμένο στα πόδια του όρεινου όγκου του Σερκεά. Πρόκειται για ένα εξαιρετικό παραθεριστικό χωριό με καθαρές και άμμουδερές ακρογιαλιές, φυσικούς πανέμορφους όρμους και καταπράσινα τοπία, που συνδυάζει θάλασσα και όρεινους όγκους.

Επίσης, στο Κέντρο Υγείας Βόνιτσας ανήκει το περιφερειακό Ιατρείο Πλαγιάς με έναν αγροτικό Ιατρό, που καλύπτει τα χωριά Περαιά και Άγιος Νικόλαος, καθώς επίσης και το περιφερειακό Ιατρείο Μοναστηρακίου με έναν αγροτικό Ιατρό, που καλύπτει το χωριό Θύρρειο. 🍏

συνέχεια από τη σελ. 84

σομε την ισχαιμία του μυοκαρδίου. Ύπ' αυτήν την όπτική γωνία δημιουργούνται δυο διλήμματα: α) Είναι ασφαλές να θεραπεύουμε ασθενείς με ισχαιμική νόσο της καρδιάς με αγγειογενετικούς παράγοντες; Καθώς θα δημιουργούνται νέα αγγεία για να τροφοδοτήσουν την καρδιά με αίμα, μήπως ταυτόχρονα θα μεγαλώνουν και θα «σπάνε» προϋπάρχουσες αθηροσκληρωτικές πλάκες προκαλώντας έτσι εμφράγματα; και β) Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε με ασφάλεια αναστολεις της αγγειογένεσης σε αθηροσκληρωτικούς ασθενείς; Καθώς θα περιορίζουμε τις αθηροσκληρωτικές πλάκες, μήπως ταυτόχρονα θα εμποδίζουμε την ανάπτυξη νέων αγγείων στο μυοκάρδιο με την τόσο ωφέλιμη δράση τους;

Την απάντηση θα δώσουν οι έρευνες στο μέλλον. 🍏

συνέχεια από τη σελ. 94

• "Ποδήλατο" στη ακροθαλασσιά με στήριξη του σώματος στους άγκωνες (2-3 λεπτά).

Εάν κάποιος δε γνωρίζει κολύμπι επιβάλλεται να επιλέξει εναλλακτικές δραστηριότητες. Η αντικατάσταση της κολύμβησης με την εκτέλεση γυμναστικών ασκήσεων με ή χωρίς συνοδεία μουσικής, είτε με μεγαλύτερη χρονική συμμετοχή σε υδατίνες αθλοπαιδιές ή και τέλος με επανάληψη από δυο ή τρεις φορές όλου του υπολοίπου αερόβιου προγράμματος.

Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι κανένα σύμπτωμα δεν είναι τυχαίο και ότι όλα θα πρέπει να αξιολογούνται και να λαμβάνονται ως αίτια διακοπής της άσκησης (π.χ. δύσπνοια, έντονη λαχάνιασμα). Επίσης, θα πρέπει να τονισθεί ότι η γυμναστική στο νερό απευθύνεται σε όλους μας, ανεξαρτήτως προβλήματος υγείας ή όχι, ηλικίας και φύλου.

Τέλος, η αποθεραπεία πραγματοποιείται με στατικές διατάσεις σε επιθυμητό βάθος νερού, ώστε ο ασθενής να χαλαρώσει τους μύες του και να επαναφέρει τον οργανισμό του σε κατάσταση ηρεμίας. Η διάρκεια κάθε σταδίου, από τα άνωθεν περιγραφόμενα, διαρκεί περίπου 10 λεπτά. Μοναδική εξαίρεση θα μπορούσε να θεωρηθεί το στάδιο της αερόβιας προπόνησης όπου ανάλογα με τη γενικότερη φυσική κατάσταση του καρδιοπαθούς θα μπορούσε να διαρκέσει και περισσότερο χρόνο.

Γι' αυτό... μαγιό, παραλία και σωματική άσκηση... 🍏

συνέχεια από τη σελ. 92

στίου, σιδήρου και φυτικών ινών, ενώ το λίπος φθάνει το 50% των προσλαμβανόμενων θερμίδων.

Όλα αυτά τα προβλήματα έχουν ωςτόσο ένα θετικό παρονομαστή. Το 60% των παθολογικών καταστάσεων είναι «προλήψιμες» ενώ για τις περισσότερες υπάρχει αντιμετώπιση και ίαση. Χρειάζεται, όμως, μεγάλη προσοχή και σχολαστική παρακολούθηση καθώς η έφηβεία αποτελεί το «κλειδί» για την εξέλιξη και την πορεία της υγείας στην ενήλικη ζωή. 🍏

επικαιρα και αλλα

Παχυσαρκία, δίαιτα και βariatρική χειρουργική

ΠΑΥΛΟΣ Κ. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ, καθηγητής,
διευθυντής ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

❖ Δίαιτα - Φάρμακα: σημειώσατε 1

Επιμένει η κ. Μαρία για κάποιο φάρμακο αδυνατίσματος. Είναι παχουλή, δυσκολεύεται στην αναπνοή αλλά και στα πόδια, πονούν τα γόνατά της. Ακόμη και σε κινήσεις, ακόμα και να καθίσει ή να σκωθεί, έχει δυσκολίες.

Έχουμε πει πολλές φορές ότι το βάδιση και η δίαιτα είναι η λύση. Βάδιση τουλάχιστον μισή-μία ώρα το 24ωρο, που μπορεί να γίνεται και διακεκομμένα σε δυο ή τρεις περιπάτους την ημέρα. Πρέπει να βαδίζει κανείς, ακόμα και όταν έχει μικροενοχλήσεις. Στην άρχή θα πηγαίνει άργα αλλά με την πάροδο των ημερών τα πάντα θα βελτιώνονται και η ίδια απόσταση θα καλύπτεται πολύ πιο σύντομα.

Επιμένοντας σε μία διατροφή λογική, είναι βέβαιο ότι με την προσπάθεια θα χαθεί και βάρος. Φάρμακα υπάρχουν, όπως η ορλιστάτη και σιβουτραμίνη, ή φενερμίνη, ή διαθυλλπροπιόνη, ή φλουοξετίνη, ή βουπροπιόνη. Από όλα αυτά κυκλοφορούν σήμερα ευρύτερα η ορλιστάτη και η σιβουτραμίνη. Είναι αποτελεσματικά, ωστόσο έχουν και μικρές παρενέργειες, «άθωες», τις οποίες πολλοί αντέχουν, όχι όμως όλοι. Έδώ πρέπει να αναφερθεί ότι με τα φάρμακα αυτά θα πρέπει να αποφεύγει κανείς τα λιπαρά προς αποφυγή παρενεργειών, συνήθως διαρροϊκής κένωσης.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τις κλινικές μελέτες η κ. Μαρία παίρνοντας ορλιστάτη επί δώδεκα μήνες θα χάσει περί τα 3-4,5 κιλά. Αντιλαμβάνεστε ότι τα αγαθά της άσκησης και της δίαιτας -στα οποία περιλαμβάνεται και η ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, της χοληστερίνης, του σακχάρου αίματος κ.ά.- είναι πολύ περισσότερα.

❖ Έγχείρηση μόνο για παχύσαρκους

Λίγοι είναι οι παχύσαρκοι, συνήθως νέας ηλικίας, οι οποίοι διαπραγματεύονται τη βariatρική χειρουργική. Πρόκειται για έγχειρηση by-pass -παράκαμψη στομάχου ή γαστροπλαστική- με την οποία αποδεδειγμένα χάνεις βάρος και αδυνατίζεις. Βέβαια, η έγχειρηση γίνεται από χειρουργό που έχει μάθει καλά την επέμβαση αυτή και ο ασθενής έχει καλύτερη ποιότητα ζωής και αυξημένη επιβίωση. Την έγχειρηση αυτή την κάνουν όσοι απέτυχαν στη ζωή τους να αδυνατίσουν με δίαιτα, άσκηση ή και λήψη κάποιου φαρμάκου από τα παραπάνω. Ιδιαίτερα συνιστάται στους παχύσαρκους που πάσχουν από σοβαρή υπέρταση, διαβήτη, στεφανιαία νόσο με σοβαρή υπερκολληστερολαιμία ή και σε πάσχοντες από δύσκολο ύπνο με σύνδρομο άπνοιας ύπνου. Καί, βεβαίως, πρέπει να κάνουμε διάκριση μεταξύ υπέρβαρου και παχύσαρκου. Η βariatρική έγχειρηση είναι για τους παχύσαρκους με σωματικό βάρος πάνω από 30 κιλά ανά



τ.μ. επιφανείας σώματος και όχι για τους υπέρβαρους με βάρος που κυμαίνεται από 25-30 κιλά ανά τ.μ. επιφανείας σώματος. Μιλάμε για το Δείκτη Μάζας Σώματος που βγαίνει από το πηλίκον του βάρους διά του ύψους, σε μέτρα στο τετράγωνο. Έτσι, αν κάποιος έχει ύψος 2 μέτρα και ζυγίζει 100 κιλά, τότε ο ΔΜΣ είναι $100/2^2 = 100/4=25$, που είναι και το ανώτερο όριο ένδειξης φυσιολογικού βάρους.

❖ Φροντίζοντας την καρδιά εν αναμονή

Ανήσυχος ήρθε ο Δημήτρης Ρ., ηλικίας 65 ετών, στο καρδιολογικό ιατρείο, επειδή έχει προγραμματίσει χειρουργική επέμβαση στο έντερο. Από χρόνια τακτικής επισκέπτης του ιατρείου φοβάται για την καρδιά του. Ανησυχεί για τη νάρκωση και γενικότερα για τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η όλη επέμβαση.

Έδώ βοηθάει πολύ η επιμελής λήψη του ιστορικού και η λεπτομερής κλινική εξέταση. Ευτυχώς ο Δημήτρης δεν έχει χρόνια προβλήματα, όπως είναι η υπέρταση ή ο σακχαρώδης διαβήτης. Η χοληστερίνη του είναι όριακή. Από την κλινική εξέταση δεν διαπιστώνονται αξιόλογα εύρηματα. Το απλό ηλεκτροκαρδιογράφημα και η ακτινογραφία θώρακος δεν εμφανίζουν αξιόλογα παθολογικά εύρηματα. Θα μπορούσε, λοιπόν, να προχωρήσει σε έγχειρηση και χωρίς υπερηχοκαρδιογράφημα. Γενικά, με τη βοήθεια του ηλεκτροκαρδιογραφήματος και με μία απλή ακτινογραφία θώρακος εξασφαλίζεται η σύμφωνη γνώμη του ειδικού για να γίνει η επέμβαση, αφού δεν υπάρχει κίνδυνος. Σε όρισμένους με κάποια πάθηση π.χ. σε ηλικιωμένο με υπέρταση, γίνεται πληρέστερη εξέταση με υπερήχους για την καρδιά και τις αρτηρίες και στην ανάγκη γίνεται και μία δοκιμασία κόπωσης. Αν τα αποτελέσματα αυτών των εξετάσεων είναι καλά προχωρούμε στην έγχειρηση χωρίς πρόβλημα. Σε λίγες περιπτώσεις ο γιατρός μπορεί να διαπιστώσει πάθηση, π.χ. στηθάγχη, όποτε, ίσως, θα πρέπει να προηγηθεί η αντιμετώπιση του καρδιακού προβλήματος για να ακολουθήσει η έγχειρηση.

❖ Άσκηση... και πά- λι άσκηση

“Οί δρόμοι της καρδιάς” εκδίδονται από τον εκδοτικό οίκο «ΚΑΚΤΟΣ» κάθε χρόνο, σε μικρά βιβλία, συνεχώς από το 1996. Και ένας Γάλλος γράφει πώς βήμα-βήμα στους δρόμους της υγείας περνάς ζωή χαρισάμενη εις μακρότητα ημερών. Τί πιο φυσικό από το βάδισμα για όντα δίποδα χωρίς φτερά, ως είμεθα έμεις. Και τότε λογαριάζει να ξοδεύει κανείς 350 θερμίδες με ζωηρό βάδισμα πέντε χιλιομέτρων την ώρα. Έτσι, με ώραίο βάδην κάθε μέρα χάνονται περίπου 45 γραμμάρια βάρους, όπερ σημαίνει 320 γραμμάρια την εβδομάδα και σε 100 ημέρες 4.300 γραμμάρια ή πάνω από τέσσερα κιλά. Δηλαδή, κάποιος παχύς μπορεί να χάσει πάνω από 10 κιλά το χρόνο χωρίς να αλλάξει τίποτα στο φαγητό του. Και να σκεφθεί κανείς ότι ο άνθρωπος είναι πιαγμένος να βαδίζει για τις καθημερινές δουλειές του, τις συναντήσεις του, το εμπόριο, τις κατακτήσεις του, τα άνδραγαθήματά του, τις περιπέτειες, τις ανέσεις του, την ευχαρίστηση να πάει στον κινηματογράφο, ακόμη και για τις σκέψεις του και τους διαλογισμούς του πηγαιίνει δώθε-κειθε. Πορεία, λοιπόν, στον Ύμνιό, την Πάρνηθα και την Πεντέλη. Un jour de sentier, huit hours de sante? Μια μέρα βάδισμα σε μονοπάτι, όκτώ ημέρες το κέρδος σε υγεία. Αυτό επισημαίνεται στο περιοδικό Coeur et Sante των Παρισίων.

❖ Να άσκεισθε. Άσκηση δεν σημαίνει βία που οδηγεί σε στενοχώρια. Φυσική άσκηση είναι το βάδισμα το όποιο δεν θέλει ιδιαίτερα προσόντα, ούτε εκπαίδευση έντατική. Βαδίζει κανείς και απολαμβάνει τον άερα, τον καιρό, το περιβάλλον. Βαδίζει ζωηρά μέχρις εκεί που να μπορεί να όμιλει χωρίς να έχει κοντανάσα. Έξ αρχής πρέπει κάποιος να είναι τακτικός, βάδην μέχρι 30 λεπτά σε βάση καθημερινή, κρατώντας σε όλη τη διαδρομή σταθερό το βήμα του, το ρυθμό του. Αυτά συντόμως μεταφράζονται σε αρκετά όφελή: στην προσπάθεια αυξάνονται λιγότερο πλέον οί σφυγμοί σου, ό μύς της καρδιάς γίνεται πιο ίσχυρός και μεταφέρει με το αίμα αυξημένες ποσότητες όξυγόνο στο σώμα. Καθώς βαδίζει κάποιος κάθε μέρα, βαθμιαία άρχίζει τις πορείες. Κάνει πορεία μιας ώρας και νοιώθει δυνατός, του έρχεται να συνεχίσει. Και ή πορεία τον διατηρεί σε μία καλή κατάσταση, όλα τα όργανα του σώματος κάνουν σωστά τη δουλειά τους. Αυτό συμβαίνει στο μοτέρ του οργανισμού που είναι ή καρδιά και οί άρτηριες, στο σύστημα στάσης και κίνησης που είναι τα όστα και οί άρθρώσεις. Άνάλογη βελτίωση είναι αισθητή και στο μεταβολισμό, τη ζωντάνια των κυττάρων. Καλά τα άποτελέσματα με πορεία στον κάμπο, στο λόφο, στο βουνό ή την παραλία. Έξ ίσου καλά άποτελέσματα με τένις, μπάσκετ, κολύμ-



βση, ποδηλασία, τροχάδην, σκι, χορό...

❖ Περί μεταβολικού συνδρόμου ό λόγος

Ο οργανισμός λειτουργεί καλά όταν όλα τα κύτταρα του κάνουν τη δουλειά τους σωστά. Άν π.χ τα κύτταρα δεν μεταβολίζουν καλά τις τροφές και τις ουσίες που παράγουν τα διάφορα όργανα, τότε μπορεί τα τριγλυκερίδια στο αίμα να αυξάνονται πάνω από 150, ή καλή χοληστερίνη να κατεβαίνει στο αίμα κάτω από 40 στους άνδρες και κάτω από 50 στις γυναίκες, το σάκκαρο να είναι πάνω από 100 mg% άκόμα, και ή πίεση να ανεβαίνει ή μεγάλη πάνω από 13 και ή μικρή πάνω από

8,5. Μά, αν ένας άνθρωπος έχει όλα αυτά, τότε πάσχει από το λεγόμενο Μεταβολικό Σύνδρομο. Κι όταν τον βλέπουμε από μακριά, συχνά φαίνεται ότι μπορεί να πάσχει από αυτό. Είναι παχουλός, με άφθονο λίπος στην κοιλιά, κι αν του μετρήσεις την περιφέρεια της μέσης του με μεζούρα, ξεφεύγει. Τον καιρό της Κατοχής δεν ξέραμε για μεταβολικό σύνδρομο. Τώρα, με γεμάτο το τραπέζι και καθιστοί πάντα στην καρέκλα έχει φθάσει να άπασχολεϊ το 25% του πληθυσμού και το ποσοστό καλπάζει προς τα πάνω. Η θεραπεία είναι άπλή: μέτρο στο φαγητό και άσκηση.



συνέχεια από τη σελ. 96

άρωματισμένα προϊόντα (κολώνιες, λάκ, άποσμητικά). Οί μυρωδιές έλκύουν τα έντομα.

• Μην κυκλοφορείτε στην έξοχη με σκούρα ή έμπριμε ρούχα. Προτιμήστε το λευκό, είναι λιγότερο έλκυστικό για τα έντομα αυτά.

• Μή βαδίζετε στην έξοχη ξυπόλυτοι ή με σανδάλια.

• Θυμηθείτε ότι τα έντομα μοιάζουν με τους ανθρώπους. Είναι πιο ευερέθιστα και επιθετικά τις άπογευματινές ώρες όταν είναι κουρασμένα. Μην αντιδράτε με άπότομες κινήσεις, τα καθιστούν πιο επιθετικά.

Άλλεργίες του δέρματος - Φωτοδερματίτιδες

• Χρησιμοποιείτε άντιπλιακή προστασία, δηλαδή άντιπλιακό, καπέλο, γυαλιά ήλιου, έλαφριά λευκά ένδυματα.

• Μην άνψυχεϊτε, άντιμετωπίζονται εύκολα με κατάλληλη φαρμακευτική άγωγή.

Κνίδωση εξ επαφής από τριχίδια κάμπας πύκου

• Φοράτε ρούχα που δεν αφήνουν άκάλυπτα μέρη του σώματος, όταν είσθε κάτω από πεύκα.

• Ξεπλυθείτε με καθαρό νερό και κατευθυνθείτε με ήρεμία στον γιατρό σας για όδηγίες.

• Σε κάθε περίπτωση μην κόβετε το δένδρο, κόψτε μόνον τα κλαδιά του δένδρου που έχουν κουκούλια.

ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΤΕΙΧΩΝ

Κέντρο Ύγείας Βόνιτσας

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΚΤΕΝΑΣ, *διευθυντής Κ.Υ. Βόνιτσας*

Η Βόνιτσα βρίσκεται στο ΒΔ τμήμα του Ν. Αιτωλοακαρνανίας, προσεγγίζεται οδικώς, αεροπορικώς και αερολιμένας του Ακτίου.

Η περιοχή διασώζει πολλά σημαντικά μνημεία και αρχαιολογικούς χώρους που καλύπτουν πολιτιστική και ιστορική πορεία από την αρχαιότητα έως τα νεότερα χρόνια.

Η Βόνιτσα είναι μία όμορφη παραλιακή κωμόπολη στην είσοδο του Αμβρακικού κόλπου, χτισμένη κοντά στην αρχαία πόλη των Κορινθίων, Ανακτόριον, ανάμεσα σε δασωμένους λόφους και καταπράσινες πεδιάδες. Ως τόπος μοναδικής όμορφιάς περιγράφεται το κάστρο της Βόνιτσας, που έχει χαρακτηριστεί ως «προέχον βυζαντινόν μνημείον» και το οποίο χτίστηκε τον 11ο αιώνα, επί των Κομνηνών, από τους Βενετούς. Σε μικρή απόσταση από τη Βόνιτσα υπάρχουν οι ιαματικές πηγές της Κορπής και ο βυζαντινός ναός του Παντοκράτορα.

Οι κύριες ασχολίες των κατοίκων είναι η αλιεία, η κτηνοτροφία και η γεωργία. Ο πληθυσμός της κωμόπολης είναι 6.000 άτομα, που το καλοκαίρι αυξάνεται σημαντικά λόγω του τουρισμού.

Το Κέντρο Ύγείας που βρίσκεται στη Βόνιτσα καλύπτει υγειονομικά την πόλη της Βόνιτσας και τα όκτω χωριά που ανήκουν στο δήμο Ανακτορίου. Το Κέντρο Ύγείας δημιουργήθηκε το 1986.

Υπηρετούν συνολικά 35 άτομα, ένας διευθυντής γενικής ιατρικής, μία επιμελήτρια Α' γενικής ιατρικής, μία επιμελήτρια Β' παθολόγος, ένας αναπλ. διευθυντής οδοντίατρος, ένας επιμελητής Β' οδοντίατρος, μία αναπλ. διευθύντρια μικροβιολόγος, μία επιμελήτρια Α' παιδίατρος, επτά αγροτικοί ιατροί, μία παρασκευάστρια μικροβιολογικού, δυο μαίες, επτά νοσηλεύτριες, δυο διοικητικοί, δυο όδηγοι ασθενοφόρου, ένας υδραυλικός, ένας χειριστής εμφανιστής, δυο καθαρίστριες συνεργείου, δυο άτομα γενικών καθηκόντων και ένα άτομο στην υποδοχή.

Έχουμε τρεις καρδιογράφους, οδοντιατρείο με μία καρέκλα, αρκετά εξοπλισμένο μικροβιολογικό εργαστήριο με αίματολογικό και βιοχημικό αναλυτή και ένα τμήμα ακτινολογικού, για βασικές ακτινογραφίες άκρων που λειτουργεί με χειριστή-εμφανιστή.

Το Κέντρο Ύγείας εξυπηρετεί κάθε χρόνο 35.000 άτομα. Είμαστε ευχαριστημένοι, γιατί όλα τα περιστατικά της περιοχής αντιμετωπίζονται εδώ και διακομίζονται στα νοσοκομεία Λευκάδας και Πρέβεζας όσα χρειάζονται δευτεροβάθμια φροντίδα.

Το Κέντρο Ύγείας διαθέτει ένα ασθενοφόρο, που χρειάζεται αντικατάσταση.

Οι οδοντίατροι επισκέπτονται τα δημοτικά σχολεία της περιοχής εθύλης του Κέντρου Ύγείας, εφαρμόζοντας το πρόγραμμα πρόληψης και αγωγής υγείας. Γίνονται έλεγχοι των μαθητών με καταγραφή των οδοντοστοματολογικών εύρημάτων σε άτομικά δελτία, -βάσει των όποιων έχουν γίνει επιστημονικές εργασίες, οι οποίες έχουν ανακοινω-



θεϊ κατά το 2005 στο πανελλήνιο οδοντιατρικό συνέδριο στη Λάρισα-, καθώς και ομιλίες με τη χρήση slides και ακολουθεί συζήτηση με τους μαθητές για τη διατροφή, για τον τρόπο βουρτσίσματος των δοντιών και γενικά ότι αφορά στη στοματική υγιεινή.

Όσον αφορά στο παιδιατρικό τμήμα, οι δραστηριότητες του εκτός του Κέντρου Ύγείας είναι οι εξής:

Κάθε χρόνο γίνεται έλεγχος φυματικής διαμόλυνσης (Mantoux) σε όλα τα σχολεία της περιοχής μας στην Α' δημοτικού και στη συνέχεια τα παιδιά εμβολιάζονται.

Επισκέψεις πραγματοποιούνται στους παιδικούς σταθμούς, τα νηπιαγωγεία, τα δημοτικά σχολεία και οι μαθητές ενημερώνονται σε θέματα προληπτικής παιδιατρικής, παχυσαρκίας, υγιεινής διατροφής. Γίνεται, επίσης, σεματομετρικός έλεγχος των παιδιών και έλεγχος για παρασιτώσεις (φθειρίαση τριχωτού κεφαλής).

Επισκέψεις γίνονται στους καταυλισμούς αθίγγανων, που ενημερώνονται σε θέματα που αφορούν στη δημόσια υγεία. Επίσης, γίνεται εμβολιασμός των ανεμβολιαστων παιδιών, με εμβόλια που μας παρέχει η διεύθυνση υγείας του νομού.

Εφέτος, σε συνεργασία με το υπουργείο υγείας, έγινε καταγραφή της εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών της Α' γυμνασίου και της Α' δημοτικού για την εξαγωγή δεδομένων και τη λήψη αποφάσεων πάνω σε θέματα εμβολιασμού των παιδιών.

Η παιδίατρος λαμβάνει μέρος σε πανελλήνια παιδιατρικά συνέδρια και έχει ανακοινώσει τρεις επιστημονικές εργασίες στο πανελλήνιο παιδιατρικό συνέδριο που έγινε στην Κω το 2004 και στη Ρόδο το 2005.

Στο Κέντρο Ύγείας ανήκει το πολυδύναμο περιφερειακό ιατρείο της Παλαίρου, το οποίο καλύπτεται από δυο αγροτικούς ιατρούς. Η Πάλαρος απέχει από τη Βόνιτσα 18 χλμ και βρέχεται από το Ιόνιο Πέλαγος. Η σημαντικότερη θέση στην περιοχή είναι η Αρχαία Πόλη της Παλαίρου, η οποία βρισκόταν στη σημερινή Κεχροπούλα,

συνέχεια στη σελ. 86 ♦

ΕΜΕΙΣ ... ΚΑΙ ΕΣΕΙΣ

“Δεν καννίζω, επενδύω στο μέλλον τής καρδιάς μου”



ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ

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



Έπιτροπή Φίλων τού ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

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

Παρελειπόμενα από το 21^ο Διεθνές Συνέδριο Κλινικής Καρδιολογίας

ΠΑΥΛΟΣ Κ. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ, *καθηγητής, διευθυντής ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.*

Μαζευτήκαμε και φέτος για 21η συνεχή χρονιά στο Κάραβελ, στις 27, 28 και 29 Ἀπριλίου - Πέμπτη, Παρασκευή και Σάββατο τής Διακαινησίμου. Το 21ο Συνέδριο Κλινικής Καρδιολογίας, προσέφερε στους μετέχοντες σημαντικές επιστημονικές πληροφορίες και πρακτικές γνώσεις, καθώς διακεκριμένοι καρδιολόγοι απ' ὅλο τὸν κόσμο κατέθεσαν τὶς ἀπόψεις τους καὶ τὰ ἐπιτεύγματά τους ἀπὸ τὸ βήμα αὐτοῦ τοῦ συνεδρίου.

- Πληροφορηθήκαμε, λοιπόν, ὅτι ἡ **κολπική μαρμαρυγή** μπορεῖ νὰ ἀντιμετωπισθεῖ σήμερα καὶ ἐπεμβατικά καὶ νὰ ἰαθεῖ! Αὐτὸ ἐπιτυγχάνεται μὲ ἀπομόνωση τῶν στομιῶν τῶν πνευμονικῶν φλεβῶν ἀπὸ τὸ τοίχωμα τῆς καρδιάς, ὅποτε γίνεται κατάργηση τοῦ μηχανισμοῦ τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς καὶ παύει ἡ ἀρρυθμία σὲ μεγάλο ποσοστὸ (70-80%). Ἡ ἀντιμετώπιση ὅμως αὐτὴ ἀπαιτεῖ ἐξειδικευμένο καὶ ἔμπειρο κέντρο καὶ συστιτᾶται στοὺς ἀσθενεῖς νεότερης ἡλικίας στοὺς ὁποίους οἱ κρίσεις τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς ἐπιμένουν, παρὰ τὴ χρήση φαρμάκων. Ἐναφερόμαστε στὴν πιὸ συχνὴ ἀρρυθμία στὸν ἄνθρωπο ἀπὸ τὴν ὁποία πάσχουν πάνω ἀπὸ 100.000 Ἕλληνες, ἰδιαιτέρα ἡλικίας ἄνω τῶν 60 ἐτῶν. Σὲ ἡλικίες μετὰ τὰ 70 ἅπαντὰ σὲ ποσοστὸ 6-7% καὶ μετὰ τὰ 80 ἔτη σὲ ποσοστὸ 9-10%. Πάντως, σήμερα, οἱ πλεῖστοι ἀντιμετωπίζονται μὲ φάρμακα. Στὴν πρώτη θέση βρίσκονται τὰ ἀντιπηκτικά π.χ. Sintrom γιὰ τὴν ἀποφυγὴ ἐμφάνισης θρόμβου καὶ ἐνδεχομένης ἐμβολῆς. Ὅταν ἡ καρδιά εἶναι γερὴ, ὅπως συμβαίνει στὴν ἰδιοπαθῆ μαρμαρυγῆ τῶν κόλπων, ἡ προφαφενόνη καὶ ἄλλα φάρμακα εἶναι ἱκανοποιητικά γιὰ τὴν πρόληψη τῶν κρίσεων. Ἐὰν ὑπάρχει καρδιοπάθεια μὲ ὑπερτροφία τῆς καρδιάς ἢ καὶ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια προτιμᾶται ἡ σοταλόλη καὶ ἡ ἀμιοδαρόνη, οἱ ὁποῖες ὅμως θέλουν ἰδιαιτέρη προσοχὴ γιὰ τὴν ἐμφανίζουσα ἀνεπιθύμητες παρενέργειες. Ἐνα ἄλλο φάρμακο γιὰ τὴν πρόληψη τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς εἶναι οἱ α-MEA ἢ οἱ σαρτάνες, ἰδίως σὲ πάσχοντες ἀπὸ ὑπέρταση. Μὲ α-MEA ἐλαττώνεται ἡ ἄρτηριακὴ πίεση καὶ βελτιώνεται ἡ λειτουργία τῆς καρδιάς. Παράλληλα, ἐλαττώνεται ἡ ἴνωση τοῦ μυοκαρδίου καὶ ὑποχωροῦν οἱ ἠλεκτροφυσιολογικὲς διαταραχὲς μὲ ἀποτελεσματὴν τὴν πρόληψη κρίσεων κολπικῆς μαρμαρυγῆς.

- Στὴν **καρδιακὴ ἀνεπάρκεια** προχωρημένου σταδίου σημαντικὴ εἶναι ἡ συμβολὴ τῶν νέων θεραπευτικῶν ἐργαλείων καὶ συγκεκριμένα τοῦ ἀμφικολιακοῦ βηματοδότη καὶ τοῦ ἀπινιδωτῆ. Μὲ τὸν πρῶτο στὸ 30% τῶν περιπτώσεων, διορθώνεται ἡ ἔλλειψη συντονισμοῦ τῶν διαφόρων τοιχωμάτων τοῦ μυοκαρδίου κατὰ τὴ συστολή. Ἔτσι ἐπιτυγχάνεται καλύτερη κυκλοφορία τοῦ αἵματος μὲ ὑποχώρηση τῶν συμπτωμάτων καὶ βελτίωση τῆς ποιότητας ζωῆς τῶν ἀσθενῶν. Μὲ τὴν ἐμφύτευση ἀπινιδωτῆ ἀντιμετωπίζεται ἡ κρίση κοιλιακῆς ταχυκαρδίας καὶ προλαμβάνεται ὁ αἰφνίδιος θάνατος μὲ ἠλεκτρικὸ shock ποὺ ἐκλύεται αὐτομάτως. Σύμφωνα μὲ τελευταῖες πληροφορίες πρόκειται νὰ κυκλοφορήσουν καὶ ἀπινιδωτὲς πολὺ φθηνότεροι, ἀξίας 2.000-3.000 δολαρίων, τοὺς ὁποίους μπορούμε νὰ μεταφέρουμε ἐξωτερικὰ καὶ οἱ ὁποῖοι θὰ ἐνεργοποιοῦνται σὲ ἐμφάνιση ἀρρυθμίας.

- Στὴ **σταθερὴ στηθάγχη** ἡ συντηρητικὴ θεραπεία μὲ φάρμακα ὅπως στατίνη, α-MEA, ἀσπιρίνη, νιτρώδη καὶ ἐφ' ὅσον δὲν ὑπάρχει ἀντένδειξη, β-ἀναστολέα, εἶναι ἀποτελεσματικὴ. Μὲ τὴ στατίνη ἐπιδιώκεται ἡ ἐλάττωση τῆς κακῆς LDL χοληστερίνης στὰ 70 mg% ἢ χαμηλότερα. Ἔτσι ἐπιτυγχάνεται θεραπεία τῆς ἀθηρωματικῆς πλάκας ἢ ὁποία γίνεται σταθερότερη μὲ μείωση τοῦ λιπώδους πυρήνα καὶ πάχυνση τῆς κάψας καὶ μπορεῖ νὰ ἐλαττωθεῖ τὸ μέγεθός της. Τὰ ὀξέα ἐπεισόδια ἐλαχιστοποιοῦνται καὶ ἡ πενταετὴς ἐπιβίωση εἶναι ἴση μὲ ἐκείνη τῶν ὑγιῶν προσώπων τῆς ἀντίστοιχης ἡλικίας.

- Στὴν ἀντιμετώπιση τῆς **στεφανιαίας νόσου** σημαντικὴ εἶναι ἡ ἐξέλιξη τῶν στέντ μὲ φάρμακο (drug eluting stent). Ἔτσι, ἀντιμετωπίζονται καὶ πολὺπλοκες βλάβες, ἀκόμη καὶ στὸ στέλεχος ποὺ μέχρι πρότινος ἐθεωρεῖτο ἄβατο γιὰ ἀγγειοπλαστικὴ μὲ τοποθέτηση στέντ καὶ τὴ λύση ἔδινε μόνον ὁ χειρουργός. Τὸ ποσοστὸ τῆς ἐπαναστένωσης μὲ τὰ στεντς αὐτὰ εἶναι πολὺ μικρὸ, συνήθως μονοψήφιος ἀριθμὸς.

- Ἀπὸ πλευρᾶς **χειρουργικῆς**, ὁμοίως οἱ ἐξελίξεις εἶναι ἐντυπωσιακές. Συγκεκριμένα ἀναφέρθηκαν ἐχειρήσεις χωρὶς στερνοτομὴ καὶ βλάβη τῶν πλευρῶν, παρὰ μόνον μὲ τομὴ σὲ μεσοπλευρίο διάστημα ἀπ' ὅπου μπορεῖ νὰ γίνεῖ τὸ μπάιπας. Ὁ χρόνος χειρουργικῆς θεραπείας ὀλοένα καὶ βραχύνεται ὅπως συμβαίνει στὶς ἐπεμβάσεις μπαίπας



χωρίς έξωσωματική κυκλοφορία αλλά με παλλόμενη καρδιά.
 - Από ρήτορα της διεθνούς καρδιολογικής σκηνής ακούστηκε ότι ο αριθμός **130** αποκτά όριακή αξία σε όλο τον πλανήτη. Πᾶς άνθρωπος ἐπὶ τῆς γῆς πρέπει νὰ ἔχει τρεῖς τιμὲς κάτω ἀπὸ **130**: τὴ συστολικὴ (μεγάλῃ) πίεση, τὸ σάκχαρο στὸ αἷμα καὶ τὴν κακὴ LDL χοληστερόλη. Αὐτὸ ἀφορᾷ στοὺς ὑγιεῖς, διότι ἂν μιλάμε γιὰ ἄνθρωπο πού πάσχει ἀπὸ διαβήτη ἢ ἀσθενῆ με στηθάγχη ἢ ἔμφραγμα ἢ ἐν πάσῃ περιπτώσει ἄτομο με ἀθροματικές βλάβες στὶς καρτιδες, στεφανιαῖες ἢ ἄλλες ἀρτηρίες, τότε ἡ LDL χοληστερόλη θὰ πρέπει νὰ εἶναι πολὺ χαμηλά, στὸ 70 ἢ πιὸ κάτω, με βέλτιστη πάντοτε πίεση τὸ 11-12 τῆς "μεγάλης". Τὸ σάκχαρο πρέπει νὰ εἶναι ἐπίσης ρυθμισμένο ὥστε ἡ γλυκιὰ αἰμοσφαιρίνη (γλυκοζυλιωμένη) νὰ εἶναι σταθερὰ κάτω ἀπὸ 7% στοὺς διαβητικούς, κάτω ἀπὸ 6% στοὺς ὑγιεῖς.

- *Σὺ μένε κομπὸς καὶ εὐκίνητος...* παραφράζοντας τὴ ρήση τοῦ Ἀποστόλου Παύλου. Με καθημερινὴ ἀσκηση, σωματικὴ καὶ πνευματικὴ, π.χ. με ζωηρὸ βᾶδισμα μία ὥρα τὴν ἡμέρα, σωστὴ μεσογειακὴ διατροφή καὶ τακτικὴ μελέτη ἐνδιαφέροντος βιβλίου. Αὐτὰ ἐφάρμοσέ τα ἀπὸ παιδί, σὲ ὅλη σου τὴ ζωὴ, γιὰ νὰ ἀποφεύγεις πίεση καὶ χοληστερόλη, σάκχαρο καὶ παχυσαρκία. Με πνεῦμα αἰσιοδοξίας, καὶ τάξη στὸ σπῖτι σου καὶ στὴν ἐργασία, εἶναι σίγουρο ὅτι σὲ ἡλικία 70-80 ἐτῶν, με δύναμη νὰ συνεχίσεις, θὰ ἔχεις ποιότητα ζωῆς χωρὶς προβλήματα ἐπιπλοκῶν ἀπὸ ἐγκεφαλικά καὶ καρδιακά ἐπεισόδια. Ἐὰν ἐσένα ἀκολουθήσουν καὶ ὅλοι οἱ ἄλλοι γιὰ τὸ συμφέρον τους, τότε ἐνδέχεται νὰ ἀλλάξουν γνώμη οἱ πολιτικοὶ μας, ὅπως σιγά-σιγά ἀλλάζουν γνώμη σὲ ἄλλες χώρες καὶ πολιτείες. Γιὰ παράδειγμα στὴν Ἰρλανδία, στὴν Ἰσπανία, στὴν Ἰταλία, στὴν Ἀγγλία, στὴν Οὐγκάντα, στὴ Νέα Ζηλανδία, στὴν Πολιτεία τῆς Νέας Ὑόρκης καὶ ἄλλου ἀνὰ τὸν κόσμο, μετὰ τὴν ἀπαγόρευση τοῦ καπνίσματος στοὺς δημόσιους χώρους, ἐστιατόρια καὶ παρεμφερεῖς χώρους, παρατηρήθηκε αὐξηση τῶν πελατῶν τῶν καταστημάτων. Περισσότεροι ἄνθρωποι ἐπισκέπτονται πλέον αὐτοὺς τοὺς χώρους ἀφοῦ μποροῦν νὰ διασκεδάζουν χωρὶς καπνὸ. Στὶς χώρες αὐτὲς ἡ σχετικὴ καμπύλη θνησιμότητας ἀπὸ καρδιαγγειακά νοσήματα, ἀπὸ χρόνο σὲ χρόνο, ἔχει πτωτικὴ πορεία. Ἀντίθετα, σὲ ἄλλες χώρες ὅπως ἡ Οὐκρανία καὶ ἡ Ρωσία ἡ καμπύλη συνεχῶς ἀνέρχεται στὰ ὕψη, ἐνῶ στὴν Ἑλλάδα μετὰ ἀπὸ σημαντικὴ ἄνοδο πού εἶχε τὶς πρώτες δεκαετίες μετὰ τὸ 1950, τὰ καρδιαγγειακά ἐπεισόδια παραμένουν σταθερὰ σὲ σημαντικό ὕψος καὶ ἡ εὐχὴ ὅλων εἶναι νὰ ἀρχίσει κάποτε νὰ πέφτει ἡ καμπύλη, ὅπως καὶ στὴ Βόρεια καὶ Δυτικὴ Εὐρώπη.

- Χρειαζόμαστε δυὸ λέξεις γιὰ νὰ ἐρμηνευθεῖ ὁ ἱκανοποιητικὸς μέσος χρόνος ἐπιβίωσης στὴ χώρα μας ὁ ὁποῖος γιὰ τὴ γυναίκα εἶναι 81 ἔτη καὶ γιὰ τὸν ἄνδρα 76. Ἐναμφισβήτητα αὐτὴ ἡ εἰκόνα εἶναι πολὺ καλύτερη ἀπὸ ἐκείνη τοῦ 1930. Ὅμως θὰ πρέπει νὰ σημειωθεῖ ὅτι ὁ Πλάτων ἀπέθανε σὲ ἡλικία 80 ἐτῶν, ὁ Σοφοκλῆς 90 ἐτῶν (στραβοκατάπτε ρῶγα σταφυλιού), ὁ Ἰσοκράτης 98 (436-338 π.Χ.) καὶ ὁ Ἅγιος Ἀντώνιος 105 ἐτῶν. Αὐτὸ παραμένει καὶ σήμερα τὸ ἀνώτατο ὄριο ἡλικίας, με μικροδιακυμάνσεις. Τὸ ἐπιθυμητὸ τῆς ἱατρικῆς συμβολῆς εἶναι ὄχι μόνον νὰ φθάσουν στὸ σημεῖο αὐτὸ οἱ ἐξαίρετοι ἀλλὰ καὶ ὁ μέσος ὄρος. Μέχρι σήμερα ἡ βελτίωση τοῦ μέσου ὄρου ὀφείλεται κατὰ πρῶτο λόγο στὴν ἐπιτυχὴ καταπολέμηση τῆς παιδικῆς θνησιμότητας. Δεύτερον, στὴν ἀντιμετώπιση τῆς ἐλονοσίας, τῆς φυματίωσης καὶ γενικὰ τῶν λοιμώξεων με τὰ ἀντιβιοτικά. Τρίτον, στὴν τεχνολογία π.χ. τῆς εἰσαγωγῆς τοῦ σιφονίου στὸ σπῖτι ὥστε νὰ μπορεῖς νὰ ἔχεις τουαλέτα δίπλα στὴν κρεβατοκάμαρα καὶ ὄχι στὴν αὐλή, 100 μ. μακριά. Ἔτσι, με πρόσθετη θέρμανση καὶ καλὴ κατασκευὴ τῶν σπιτιῶν, οἱ «γέροντες» τῆς ἡλικίας 60-70 μποροῦσαν πλέον νὰ αἰσθάνονται πιὸ δυνατοὶ καὶ ἄνθρωποι, ἀφοῦ χωρὶς κόπο καὶ κινδύνους στὸ κρῦο καὶ τὸ κίονι ἐξεπληροῦντο ὅλες οἱ ἀνάγκες τους. Οἱ ἄνθρωποι αὐτοὶ, ἂν εἶχαν καὶ λίγο φαγητὸ ἀπὸ τὰ πλούσια ἀγαθὰ τῆς Μεσογείου, θὰ μποροῦσαν νὰ φθάσουνε τὰ 100. Τὸ ζητούμενο εἶναι λοιπὸν νὰ σταματήσουν οἱ θάνατοι ἀπὸ «καλοπέραση», ἀπὸ παχυσαρκία, διαβήτη, κάπνισμα, κ.ἄ. 🍎

ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

Τὰ καρδιαγγειακά νοσήματα ἀποτελοῦν σήμερα τὴν πρώτη αἰτία θανάτου στὸ Δυτικὸ κόσμο καὶ τὴν Ἑλλάδα. Κι ὁμως! Ὑπάρχουν λύσεις.

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

Δώστε σὲ γνωστούς καὶ φίλους αὐτὸ τὸ ἀπαντητικὸ δελτίο γιὰ νὰ γίνουν ἀποδέκτες τοῦ περιοδικοῦ «**Στοὺς ρυθμούς τῆς καρδιάς**» ἢ ἀνοίξτε τὸ δρόμο κἀνοντάς τους δῶρο τὴν ἐγγράφη.

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:.....

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

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

€ 15

€ 30

Ὑπογραφή.....

οικονομικοί παλμοί

Προσεγγίζοντας τις ανάγκες τών εφήβων

ΓΑΛΗΝΗ ΦΟΥΡΑ, δημοσιογράφος

Να δραστηριοποιηθούν σχετικά με τη βελτίωση τών υπηρεσιών υγείας που παρέχουν στους εφήβους, ζήτησε από τους αρμόδιους φορείς τών κρατών-μελών ή Ευρωπαϊκή Έπιτροπή τής Παγκόσμιας Ύργανωσης Ύγείας. Σύμφωνα με τήν ΠΟΥ ή κατάσταση τής υγείας τών παιδιών και τών νέων από έντεκα έως δεκαεννέα ετών δέν είναι ίκανοποιητική, ένω στις περισσότερες χώρες λείπουν οί ειδικές υπηρεσίες για παιδιά άνω τών δεκαπέντε ετών. Στην Ελλάδα οί εφηβοί νοσηλεύονται σε γενικά νοσοκομεία από γιατρούς που δέν είναι παιδίατροι και δέν έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα να προσεγγίζουν τά παιδιά, όπως οί παιδίατροι.

Γενικότερα οί εφηβοί αντιμετωπίζονται από τó περιβάλλον τους και τήν οικογένεια ως μία εξαιρετικά ύγιής πληθυσμιακή ομάδα, κάτι που δέν απέχει πολύ από τήν πραγματικότητα. Αυτό όμως δέν σημαίνει ότι δέν έχουν προβλήματα και ειδικές ανάγκες. Τά προβλήματα αυτά μπορεί να σχετίζονται με τίς σωματικές και ψυχικές μεταβολές τής ήβης, ή να αποτελούν τή συνέχεια ένός χρόνιου νοσήματος που έχει ήδη εκδηλωθεί από τήν παιδική ηλικία. Ένας στους τρεις εφήβους, σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα που δημοσιεύτηκαν από τήν Α΄ Παιδιατρική Κλινική τού Πανεπιστημίου Αθηνών, αντιμετωπίζει ένιστε καταστάσεις που μπορούν να ταλαιπωρήσουν τήν υγεία του για διάστημα μεγαλύτερο τών τριών μηνών. Ένας στους δέκα πάσχει από κάποιο σοβαρό χρόνιο νόσημα και χρειάζεται εκτός από τήν παρακολούθηση, υποστήριξη κατά τήν εφηβεία.

Παράλληλα μία «νέα νοσηρότητα» ή οποία μπορεί να προκύψει από τήν υιοθέτηση συμπεριφορών ύψηλου κινδύνου αποτελεί γι' αυτούς πραγματική απειλή. Στην ηλικία τών δεκαπέντε ετών τó 67% τών παιδιών αναφέρουν ότι έχουν μεθύσει τουλάχιστον δυο φορές στη ζωή τους. Η χρήση αλκοόλ στην εφηβική ηλικία συνδέεται με τή βίαιη συμπεριφορά και τή ρισκοκίνδυνη σεξουαλική δραστηριότητα. Τó 41% τών θανατηφόρων τροχαίων συν-

δέεται με τή χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών.

Στὴν Ελλάδα αναφέρεται ότι τó 9% τών μαθητῶν τής δευτέρας και τής τρίτης Λυκείου έχουν δοκιμάσει ή έχουν κάνει χρήση κάνναβης, ένω τó ποσοστό τών καπνιστῶν μεταξύ μαθητῶν Γυμνασίου και Λυκείου ξεπερνάει τού 20%.

Όπως προκύπτει από στοιχεία τής Β΄ Γυναικολογικής και Μαιευτικής κλινικής τού Πανεπιστημίου Αθηνών, τέσσερα στα δέκα κορίτσια δεκαέξι έως δεκαοκτώ ετών έχουν ξεκινήσει σεξουαλική δραστηριότητα. Από αυτά τó 60% περίπου είτε δέν χρησιμοποιούν καμία μέθοδο αντισύλληψης, είτε χρησιμοποιούν αναποτελεσματικές μεθόδους. Η συχνότητα τών γεννήσεων παιδιών από εφήβους έχει μειωθεί τήν τελευταία εικοσαετία, γεγονός όμως που συνδέεται κυρίως με τήν αύξηση τών άμβλώσεων.

Έρευνα που διεξήχθη σε εφήβους αποκάλυψε ότι τó 13% τών αγοριών και τó 29% τών κοριτσιών εμφάνιζαν καταθλιπτικό συναίσθημα. Τά νέα παιδιά ζούν σε ένα εξαιρετικά μεταβαλλόμενο κόσμο στὸν ὅποιο υπάρχει μεγάλη κινητικότητα πληθυσμῶν, τεχνολογική ανάπτυξη αλλά και αύξηση τών διαζυγίων με μείωση τής κοινωνικής συνοχής. Οί οικογένειες γίνονται ὄλο και πιό μικρές και οί κοινωνίες ὄλο και πιό μεγάλες. Παράλληλα τά παιδιά βομβαρδίζονται με λάθος μηνύματα από τά Μέσα Μαζικής Ένημέρωσης και ένα επιθετικό μάρκετινγκ που τούς ὀδηγεί στην ανάπτυξη συμπεριφορών ύψηλου κινδύνου. Δέν είναι ανεξάρτητη τού ανεξήγητου μάρκετινγκ τής βιομηχανίας τροφίμων παραδείγματος χάριν ή επιδημία παχυσαρκίας που έχει ένσχύψει διεθνώς και στη χώρα μας. Τά στοιχεία είναι ιδιαίτερα άνησυχητικά για τήν Ελλάδα καθώς τά τελευταία χρόνια αυξάνονται οί περιπτώσεις ψυχογενούς άνορεξίας και βουλιμίας, διαταραχῶν με σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η διατροφή τών παιδιών υπολείπεται σε πρόσληψη άσβε-

συνέχεια στὴ σελ. 86 ▶



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Κοινωνιφελές Ίδρυμα

Βασ. Σοφίας 133 - 115 21 Αθήνα

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

κουζίνα

Με φρούτα και έμπνευση

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΠΑΛΛΙΟΥ

Διατροφολόγος - Διαιτολόγος

10 λόγοι για τους οποίους είναι σημαντική η κατανάλωση φρούτων

1. Είναι πλούσια πηγή βιταμινών και ιχνοστοιχείων.
2. Είναι τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες.
3. Ένα μεγάλο μέρος του φρούτου αποτελείται από νερό, οπότε η κατανάλωση συμβάλλει στην πρόσληψη υγρών, απαραίτητων ιδιαίτερος τους καλοκαιρινούς μήνες.
4. Είναι πλούσια πηγή αντιοξειδωτικών που αυξάνουν την άμυνα του οργανισμού.
5. Προάγουν την διατήρηση της καλής υγείας και μακροζωίας του ανθρώπου.
6. Μειώνουν τον κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο.
7. Παρέχουν πρόληψη έναντι διαφόρων μορφών καρκίνου.
8. Παρέχουν προστασία και πρόληψη έναντι νόσων του εντέρου.
9. Συμβάλλουν στον έλεγχο της χοληστερόλης και της αρτηριακής πίεσης.
10. Συμβάλλουν αντιμετώπιση προβλημάτων όρασης, π.χ. καταράκτη.

Σορμπέ Φράουλας

Υλικά

3 φλ. φράουλες παγωμένες

1/2 φλ. ζάχαρη

2 ασπράδια άβγοϋ

Όδηνίες: Βάζουμε τις φράουλες και τη ζάχαρη στο μίξερ και χτυπάμε σιγά μέχρι να γίνουν κομματάκια. Προσθέτουμε τα ασπράδια και χτυπάμε για αρκετή ώρα μέχρι να αλλάξει χρώμα. Μπορούμε να το φάμε άμέσως (είναι αρκετά μαλακό) ή να το βάλουμε για λίγη ώρα στην κατάψυξη. Αν παγώσει πολύ, πριν το φάμε το ξαναχτυπάμε λίγο.

Η συνταγή στο σύνολό της περιέχει:

Θερμίδες: 383,5 Kcal Πρωτεΐνες: 10,61γρ.

Λίπη: 1,62 γρ.

Χοληστερόλη: 0 mg Υδατάνθρακες: 88,73 γρ.

Γρανίτα Λεμόνι

Υλικά

1 φλ. χυμό λεμονιού

1 φλ. παγωμένο νερό

1/2 φλ. ζάχαρη

12 παγάκια

Όδηνίες: Τα βάζουμε όλα μαζί στο μίξερ και χτυπάμε.



Η συνταγή στο σύνολό της περιέχει:

Θερμίδες: 226,5 Kcal

Πρωτεΐνες: 0,54 γρ.

Λίπη: 0 γρ.

Υδατάνθρακες: 62,18 γρ.

Χοληστερόλη: 0 mg

Μαρμελάδα Φράουλα

Υλικά

1 κιλό φράουλες

1 κιλό ζάχαρη

1/4 φλ. χυμό λεμόνι

Όδηνίες: Οί φράουλες πρέπει να είναι ώριμες αλλά γερές. Τις πλένουμε καλά, κόβουμε τα κοτσάνια τους και τις βάζουμε σε λεκάνη. Τις λιώνουμε με το χέρι. Τις ρίχνουμε σε φαριδιά κατσαρόλα, μαζί με τη ζάχαρη και το χυμό του λεμονιού. Τις αφήνουμε να βράσουν σε δυνατή φωτιά, ανακατεύοντας συχνά με ξύλινη κουτάλα, μέχρι να φτάσουν σε θερμοκρασία 105°C. Τότε (ή μαρμελάδα πέφτει σε παχύρευστη μάζα από το κουτάλι. Αφού κρυώσει, τη βάζουμε σε αποστειρωμένα βάζα και τη φυλάμε στο ψυγείο.

Για να ελέγξουμε αν έδωσε ή μαρμελάδα:

Βάλτε τρία πιατάκια στην κατάψυξη. Αφού έχει βράσει περίπου 10 λεπτά ή μαρμελάδα, βάλτε πάνω στο ένα πιατάκι 1 κ.γ. μαρμελάδα. Βάλτε το ξανά στην κατάψυξη για ένα λεπτό. Βγάλτε το και προσπαθήστε να κάνετε μία γραμμή στη μαρμελάδα, με το δάκτυλό σας. Αν μπορείτε να κάνετε τη γραμμή χωρίς να προσπαθεί ή μαρμελάδα να ξαναενωθει, τότε είναι έτοιμη! (Τα άλλα δυο πιατάκια είναι για την περίπτωση που δεν πετύχει το πρώτο. Τότε θα συνεχίσετε με το δεύτερο, μετά από λίγη ώρα)

Τα δύο κιλά μαρμελάδα περιέχουν:

Θερμίδες: 4128,2Kcal

Πρωτεΐνες: 6,68 γρ.

Υδατάνθρακες: 1076,8 γρ.

Λίπη: 3γρ

Χοληστερόλη: 0 m



ασκηση - γυμναστική - σπορ

Θάλασσα και σωματική άσκηση

ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΣΠΑΣΗΣ, μεταδιδάκτορας έρευνας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Τμήμα Έπιστήμης Φυσικής Άγωνα και Άθλησμου (ΤΕΦΑΑ)

Το νερό αποτελεί απαραίτητο στοιχείο της καθημερινότητας, αναγκαίο συστατικό του σώματος (70% του ανθρώπινου σώματος), αλλά και μέσο ψυχαγωγίας και χαλάρωσης. Η γυμναστική στο νερό άπευθύνεται σε όλους αλλά και σε ειδικές ομάδες (παχύσαρκους, πάσχοντες από οστεοαρθρίτιδα, πόνους στη μέση κ.ά.), συμπεριλαμβανομένων και ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις, ως εναλλακτική μορφή άθλησης. Τα ασκσιολόγια αυτών των προγραμμάτων είναι αυστηρά δομημένα με βάση το ιστορικό του κάθε ασθενή, δίχως όμως να του στερούν το στοιχείο της διασκέδασης και της ψυχαγωγίας. Στη χώρα μας, με τα χιλιάδες χιλιόμετρα ακτών και τα εκατοντάδες τών νησιών μπορούμε να προτείνουμε σε ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα να χαρούν και να απολαύσουν, αλλά πάνω από όλα να ωφεληθούν από τη θάλασσα, κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού.

Απαραίτητος κρίνεται ο έλεγχος της αρτηριακής μας πίεσης πριν από το καθημερινό μας μπάνιο, όπως και η χρήση ανοικτού χρώματος καπέλου για προστασία από τον ήλιο και η άποφυγή άκρικών θερμοκρασιών της θάλασσας. Άρα, όχι μπάνιο σε κρύα θάλασσα, όχι μακροβούτια κάτω από τον καυτό μεσημεριανό ήλιο (11π.μ. - 4μ.μ.).

Τώρα, ας ξεκινήσουμε τη γυμναστική μας !!!

Όχι αυστηρά δομημένη, λίγο πιο χαλαρή, ... όπως το χαλαρό καλοκαίρι !!!

Η φάση της προθέρμανσης είναι το σημείο στο οποίο θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα. Ξεκινάμε άργα και προοδευτικά, με σύνεση και μέτρο και όχι με ένθουσιασμό και λεονταρισμούς. Άλλωστε είμαστε μεγάλα παιδιά, ... παιδιά των -άντα η -ήντα χρόνων, και η ζωή είναι ώραία. Οί ρυθμικές κινήσεις έχουν ως σκοπό την αύξηση της ροής του αίματος και της θερμοκρασίας των μυών του σώματος. Η ρυθμική προετοιμασία του σώματός μας μπορεί να περιλαμβάνει περιστροφές και ταλαντεύσεις των ώμων και χεριών, περιφορές της μέσης, ταλαντεύσεις των ποδιών, αρκετές επιτόπου αναπνήσεις με το ένα ή και τα δυο πόδια. Άμέσως μετά ακολουθούν οί διατάσεις, το "τέντωμα" ή επιμήκυνση των μυών, στα διάφορα μέρη του σώματος (μυροί, βραχιόνες, θώρακας, πλάτη, κνήμες, ισχία), προετοιμάζοντάς τους για την ήμερησία άσκηση. Κύριος στόχος, η άποφυγή μυϊκών τραυματισμών.

Άκολουθούν οί ασκήσεις μυϊκής ένδυνάμωσης και τόνωσης του σώματος, ώστε οί καθημερινές δραστηριότητες να εκτελούνται με τη μεγαλύτερη δυνατή εύκολία και άνεση. Έτσι λοιπόν, μπορεί να πραγματοποιηθούν λακτίσματα ποδιών μέσα στο νερό, απαγωγές και προσαγωγές, προτάσεις και υπερεκτάσεις των χεριών, με χρήση της παλάμης (χούφτα) πότε με κλειστά και πότε



με ανοικτά δάκτυλα. Επίσης, η χρήση πλαστικής μπάλας ή κολυμβητικής σανίδας μπορεί να προσφέρει ποιότητα στη δομή της καθημερινής μας εκγύμνασης, μεγαλύτερη αντίσταση στην κίνησή μας και έπομένως καλύτερα αποτελέσματα. Όλα αυτά μέσα από μικρής διάρκειας "σέτς", με λίγες έπαναλήψεις στην αρχή και περισσότερες άργότερα, με μεγάλα διαστήματα διαλείματος αρχικά και λίγων δευτερολέπτων στη συνέχεια.

Σύμφωνα με τις τελευταίες οδηγίες της Άμερικανικής Καρδιολογικής Έταιρείας, η προπόνηση που συνδυάζει ασκήσεις αντίστασης και αεροβικές παρέχει τα μέγιστα αποτελέσματα σε προγράμματα εκγύμνασης. Η αερόβια προπόνηση επιτυγχάνεται με συνεχείς ασκήσεις μέτριας έντασης όπου βαθμιαία ενεργοποιείται ο αερόβιος μηχανισμός. Η αερόβια μορφή της σωματικής άσκησης μέσα στο νερό μπορεί να περιλαμβάνει (για αρχάριους):

- Άργο περπάτημα μέσα στο νερό (100-200 μέτρα).
- Περπάτημα με πλάνια βήματα και χρήση χεριών (40-50 μέτρα).
- Περπάτημα προς τα πίσω με έλαφρια κλίση του σώματος προς τη κατεύθυνση κίνησης (40-60 μέτρα).
- Γρήγορο περπάτημα μέσα στο νερό (80 μέτρα).
- Γρήγορο περπάτημα σε βαθύ νερό (ύψος στήθους) χρησιμοποιώντας τα χέρια (40 μέτρα).
- Εύκολοτερο στυλ κολύμβησης, μικρή απόσταση με το κεφάλι έξω από το νερό π.χ. πίσω, πλάνιο και κολύμπι "σκύλου" (20-40 μέτρα).
- Εύκολοτερο στυλ κολύμβησης, μεγάλη απόσταση (50-70 μέτρα).
- Κατόπιν εύκολοτερο στυλ κολύμβησης, μικρή απόσταση με το κεφάλι έξω από το νερό (30-50 μέτρα).
- Παιχνίδια με μπάλα π.χ. πετοσφαίριση στο νερό (περίπου 10 λεπτά).

συνέχεια στη σελ. 86 ▶

φαρμακολογία

Στατίνες και χοληστερόλη

Ν. ΧΟΥΛΗΣ, καθηγητής φαρμακευτικής Παν/μίου Αθηνών

Από τις αρχές της δεκαετίας του '90 η χρήση των στατινών παρουσιάζει αυξητική τάση, ιδίως στην καταπολέμηση των καρδιαγγειακών παθήσεων, υποβοηθώντας κατά κάποιο τρόπο τη διατήρηση της καλής κατάστασης των αιμοφόρων αγγείων μας.

Ός γνωστόν, η δημιουργία της αθηρωματικής πλάκας, δηλαδή η εμφάνιση της αρτηριοσκλήρυνσης, που προκαλείται από τη συγκέντρωση λιπαρών ιζημάτων στο έσωτερικό των αγγείων, προκαλεί καρδιαγγειακές παθήσεις.

Η αρτηριοσκλήρυνση, λοιπόν, είναι το αποτέλεσμα της συγκέντρωσης της χοληστερόλης (ή χοληστερίνης) στις αρτηρίες. Η χοληστερόλη αυτή είναι ένα χημικό μόριο της κατηγορίας των στεροειδών, που βρίσκεται στα τοιχώματα των κυττάρων των ζωικών, αλλά όχι και των φυτικών, οργανισμών. Καταναλώνοντας, επομένως, ζωικές τροφές αυξάνεται η πιθανότητα να ανεβαίνουν τα επίπεδα της χοληστερόλης στον οργανισμό μας. Το φαινόμενο όμως παρατηρείται και σε χορτοφάγους, επειδή αρκετή χοληστερόλη συντίθεται από το ίδιο μας το σώμα.

Αν και η χοληστερόλη είναι απαραίτητη σε κάποιο βαθμό στον οργανισμό μας, είναι περισσότερο γνωστή για τη βλαπτική της δράση καθώς η υπερχοληστερολαιμία οδηγεί σε αρτηριοσκλήρυνση γεγονός που παρεμποδίζει τη ροή του αίματος δια μέσου των αγγείων, με αποτέλεσμα την εκδήλωση έμφραγμάτων και εγκεφαλικών.

Επομένως, σκοπός του γιατρού είναι να αποτρέψει τη δημιουργία της αρτηριοσκλήρυνσης καταπολεμώντας τους παράγοντες εκείνους που μπορούν να μεταβληθούν (υπάρχουν και αμετάβλητοι, όπως το φύλο και τα γονίδια), δηλαδή το κάπνισμα, το διαβήτη, την υπέρταση, την παχυσαρκία κλπ.

Αν τα μέτρα αυτά δεν επαρκούν, καταφεύγει κανείς στη φαρμακοθεραπεία και προς το σκοπό αυτό, χρησιμοποιείται η ομάδα των στατινών, γνωστών και ως HMG-CoA Reductase inhibitors, επειδή το έργο τους είναι να παρεμποδίζουν το ένζυμο HMG-CoA Reductase να παράγει χοληστερόλη. Επιπλέον, οι στατίνες ελαττώνουν την ποσότητα της LDL, "κακής" χοληστερόλης.

Σήμερα υπάρχουν στο ιατρικό «όπλοστάσιο» έξι διαφορετικές στατίνες, οι έξι: σιμβαστατίνη, πραβαστατίνη, λοβαστατίνη, ατορβαστατίνη, φλουβαστατίνη και σεριβαστατίνη. Δυο ακόμη, η ρομβαστατίνη και η με κωδικό NK-104 στατίνη εύρισκονται στο έρευνθητικό στάδιο. Φαρμακολογικώς, οι τρεις πρώτες παράγονται από μυκητοειδή ζύμωση, ενώ οι άλλες τρεις έντελως συνθετικά.

Παρ' όλον ότι οι στατίνες αυτές διαφέρουν στο φαρμακολογικό τους προφίλ, όλες έχουν ένα κοινό κα-



ρακτηριστικό μεταξύ τους, ότι, δηλαδή, παρεμποδίζουν τη μετατροπή του ενζύμου HMG-CoA σε μεβαλονικό οξύ, με αποτέλεσμα να μειώνεται η δημιουργία χοληστερόλης. Επιπλέον, οι ουσίες αυτές είναι ασφαλείς στη χρήση τους και άνεκτες από τον οργανισμό, ενώ παράλληλα ελαττώνουν ίκανοποιητικά τη νοσηρότητα και θνησιμότητα ανθρώπων που πάσχουν από υπερχοληστερολαιμία.

Σήμερα οι στατίνες εξετάζονται και για άλλες πιθανές ενεργητικές χρήσεις, σε πολλές "περιοχές" της θεραπευτικής και τα αποτελέσματα αναμένονται με ενδιαφέρον.

Παρ' όλα όμως τα καλά αποτελέσματα της χρήσης των στατινών υπάρχουν και δυο προβλήματα που χρειάζονται προσοχή. Το πρώτο αφορά στη ραβδομύλυση, κατάσταση κατά την οποία καταστρέφονται τα μυϊκά κύτταρα. Τα συμπτώματα είναι αδυναμία και μυϊκός πόνος. Τα κατεστραμμένα αυτά κύτταρα απελευθερώνουν πρωτεΐνη στο αίμα που αποβάλλεται από τα νεφρά. Τα άτομα, λοιπόν, που παίρνουν στατίνες, αν αισθανθούν ατονία ή πόνο μυών, πρέπει να συμβουλευτούν το γιατρό τους.

Το δεύτερο ενδεχόμενο πρόβλημα είναι η επίδραση στο ήπαρ. Γι' αυτό οι λήπτες θα πρέπει να υποβάλλονται σε τακτές αιματολογικές εξετάσεις. Τα συμπτώματα σ' αυτήν την περίπτωση είναι πόνος στο δεξιό μέρος της κοιλιάς, ζαλάδες, έμετος, ίκτερος.

Πάντως, πρέπει να τονισθεί ότι τα δυο προαναφερθέντα προβλήματα είναι πολύ σπάνια ενώ τα πλεονεκτήματα από τις στατίνες είναι πολύ μεγαλύτερα από κάθε ρίσκο.

Παράλληλα με τις στατίνες, τρία άλλα φάρμακα κατά της υπερχοληστερολαιμίας έχουν χρησιμοποιηθεί, οι φιβράτες, η νιασίνη (είναι μία βιταμίνη) και η ρηνίνη του χολικού όξέος. 🍎

