



# ΣΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ: 2510

ΤΟΜΟΣ 14  
ΤΕΥΧΟΣ 163  
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2005

Τιμή πώλησης 0,01 €

## Καρδιακή ανεπάρκεια: τί είναι; Πρέπει να μᾶς ἀπασχολεί;

**Δρ ΗΛΙΑΣ Κ. ΚΑΡΑΜΠΙΝΟΣ, FESC,** καρδιολόγος, «Εύρωκλινική Ἀθηνῶν»

Ἡ καρδιά εἶναι ἓνα ὄργανο-ἀντλία, τὸ ὁποῖο ἀποτελεῖται, στὴν πραγματικότητα, ἀπὸ δυὸ ἀντλίες, μὲ καλὰ συντονισμένη λειτουργία: α) τὴν ἀριστερὴν καρδιά, ἡ ὁποία ἐξωθεῖ τὸ ὀξυγονωμένο αἷμα πρὸς τὰ διάφορα ὄργανα καὶ β) τὴ δεξιὰ καρδιά, ἡ ὁποία δέχεται τὸ ἀποξυγονωμένο αἷμα ἀπὸ τὰ διάφορα ὄργανα καὶ τὸ ἐξωθεῖ στοὺς πνεύμονες προκειμένου νὰ ὀξυγονωθεῖ καὶ νὰ ἐπιστρέψει στὴν ἀριστερὴν καρδιά. Ὅταν μίᾳ ἀπὸ τὶς δυὸ, ἢ καὶ οἱ δυὸ, ἀντλίες δὲν λειτουργοῦν ἱκανοποιητικὰ ἐξ αἰτίας δομικῶν ἢ λειτουργικῶν διαταραχῶν, ὁ ἄσθενὴς βιώνει ἓνα σύνολο συμπτωμάτων καὶ τότε λέμε ὅτι ἔχει καρδιακὴ ανεπάρκεια. Συνεπῶς, ἡ καρδιακὴ ανεπάρκεια ἀποτελεῖ ἓνα κλινικὸ σύνδρομο κατὰ τὸ ὁποῖο ἡ καρδιά ἀδυνατεῖ νὰ ἐκπληρώσει τὸ ρόλο τῆς ἐπαρκῶς καὶ νὰ διατηρήσει ἱκανοποιητικὴ παροχὴ αἵματος πρὸς τὰ διάφορα ὄργανα καὶ ἴστους τοῦ σώματος, οὕτως ὥστε νὰ ἐξασφαλιστεῖ ἡ ἀπαραίτητη ὀξυγόνωση καὶ ὁ μεταβολισμὸς αὐτῶν. Κατὰ τὴν ἔννοια αὐτή, ἡ καρδιακὴ ανεπάρκεια δὲν εἶναι μίᾳ αὐστηρᾷ συγκεκριμένη νόσος ἀλλὰ, ἀντιθέτως, πολλὰ νοσήματα μποροῦν νὰ προκαλέσουν βλάβες στὴν καρδιά καὶ νὰ ὀδηγήσουν σὲ καρδιακὴ ανεπάρκεια, ὅπως ἡ στεφανιαία νόσος, τὸ ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου, ὁ σακχαρώδης διαβήτης, ἡ ὑπέρταση, οἱ σημαντικοὺ βαθμοὺ βαλβιδοπάθειες, οἱ συγγενεῖς καρδιοπάθειες, οἱ μυοκαρδίτιδες, ἡ διατακτικὴ μυοκαρδιοπάθεια, κ.ἄ.

Οἱ βλάβες τῆς καρδιάς οἱ ὁποῖες προκαλοῦν καρ-

διακὴ ανεπάρκεια μπορεῖ νὰ ἀφοροῦν τὴν ἀριστερὴν καρδιά (ἀριστερὴν καρδιακὴ ανεπάρκεια) ἢ τὴ δεξιὰ καρδιά (δεξιὰ καρδιακὴ ανεπάρκεια). Μπορεῖ, ἐπίσης, νὰ ὀφείλονται στὴν ἀδυναμία τῆς καρδιάς εἴτε νὰ συσταλεῖ φυσιολογικὰ καὶ νὰ ἐξωθήσει τὸ αἷμα (συστολικὴ καρδιακὴ ανεπάρκεια), ἢ νὰ γεμίσει μὲ αἷμα χωρὶς νὰ αὐξηθεῖ παθολογικὰ ἡ πίεση ἐντὸς τῆς καρδιάς (διαστολικὴ καρδιακὴ ανεπάρκεια). Τέλος, ἡ καρδιακὴ ανεπάρκεια μπορεῖ νὰ ἐκδηλωθεῖ ἄμεσα καὶ ὀξέως (ὀξεία καρδιακὴ ανεπάρκεια, π.χ. πνευμονικὸ οἴδημα μετὰ ἀπὸ ἔμφραγμα) ἢ νὰ ἐγκατασταθεῖ χρονίως (χρονία καρδιακὴ ανεπάρκεια, ὡς ἐπὶ βαλβιδοπάθειας).

Ἡ ἐλάττωση τῆς καρδιακῆς παροχῆς στὰ πλαίσια τῆς καρδιακῆς ανεπάρκειας πυροδοτεῖ ἀντηρροπιστικούς μηχανισμοὺς προκειμένου νὰ διατηρηθεῖ ἡ παροχὴ σὲ ἱκανοποιητικὰ ἐπίπεδα. Οἱ μηχανισμοὶ αὗτοι περιλαμβάνουν κυρίως: α) τὴν ὑπερτροφία καὶ τὴ διάταση τῶν κοιλιῶν, ὡς ἀκόμη καὶ τὴ μεταβολὴ τοῦ σχήματος τῆς καρδιάς, μεταβολὲς οἱ ὁποῖες ἀποτελοῦν τὴν ἀναδιαμόρφωση τῆς καρδιάς, β) τὴ διέγερση τοῦ συμπαθητικοῦ συστήματος, μὲ τὸ ὁποῖο αὐξάνονται οἱ παλμοὶ καὶ ἐπιφέρεται ἀγγειοσύσπαση τῶν περιφερικῶν ἀγγείων, γ) τὴ διέγερση παραγωγῆς οὐσιῶν, οἱ ὁποῖες δρῶν ἐπὶ τὰ νεφρὰ εἴτε ἐπαναρροφώντας νάτριο καὶ νερὸ (σύστημα ρενίνης-ἀγγειοστενσίνης-ἄλδοστερόνης, ἀντιδιουρητικὴ ὁρμὸν) εἴτε προκαλώντας τὴν ἀπέκριση νεροῦ καὶ νατρίου (νατριου-

ρητικά πεπτιδία). Το σύνολο τῶν ἀντιρροπιστικῶν αὐτῶν μηχανισμῶν ἔχει ὡς συνέπεια μία «ἀδύνατη» καρδιά ἀφ' ἑνὸς νὰ «μαστιγώνεται» προκειμένου νὰ ἀνταποκριθεῖ στο ἔργο της (μὲ τὴν ταχυκαρδία), ἀφ' ἑτέρου νὰ φορτῶνεται μὲ ὑγρὰ ὄλο καὶ περισσότερο (ἐπαναρρόφηση νατρίου καὶ ἄλατος). Ἐπιπροσθέτως, ἡ διέγερση τοῦ συμπαθητικοῦ συστήματος καὶ ἡ χρονία ὑποξυγοναιμία τῶν ἰσθῶν ἀπὸ τὴν ἐλαττωμένη παροχὴ προκαλοῦν μία χρονία φλεγμονή, ἡ ὁποία ἐκφράζεται μὲ τὴν κυκλοφορία στο αἷμα διαφόρων οὐσιῶν, ὅπως τοῦ παράγοντα νέκρωσης τῶν ὄγκων-α (TNF-α). Ἡ οὐσία αὐτή, ὅπως καὶ ἄλλες, προκαλοῦν αὐτόματο προγραμματισμένο θάνατο τῶν κυττάρων τόσο τῆς καρδιάς ὅσο καὶ ἄλλων ἰσθῶν: ἡ διαδικασία αὐτὴ εἶναι γνωστὴ ὡς ἀπόπτωση καὶ τὰ κύτταρα ξαφνικὰ «αὐτοκτονοῦν» καὶ πεθαίνουν. Ἔτσι, ὅλοι αὐτοὶ οἱ μηχανισμοί, ξεκινοῦν ἓνα φαῦλο κύκλο καθιστώντας τὴν καρδιακὴ ἀνεπάρκεια μία προοδευτικὴ καὶ συνεχῶς ἐξελισσόμενη κλινικὴ ὄντοτητα. Ἐντὶ λαμβάνεται ἐπίσης κανεῖς, ὅτι οἱ νεφροὶ ἀποτελοῦν σημαντικὸ καὶ κεντρικὸ ὄργανο στὴ διαχείριση τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας.



Ἡ διάγνωση τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας βασίζεται κατὰ πρῶτον στο ἱστορικὸ καὶ στὰ συμπτώματα τὰ ὁποῖα μεταφέρει ὁ ἀσθενὴς στο γιαντὸ καὶ στὰ εὐρήματα τοῦ γιαντοῦ ἀπὸ τὴν κλινικὴ ἐξέταση. Τὰ βασικὰ συμπτώματα τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας εἶναι δύο: α) Συμπτωματολογία ἀνεπάρκειας ἀριστερῆς καρδιάς, ἡ ὁποία ἐκφράζεται μὲ μειωμένη ἀνοχὴ στὴν κόπωση, ἔνεκα εἴτε δύσπνοιας (ἐπειδὴ τὸ αἷμα λιμνάζει στοὺς πνεύμονες) εἴτε καταβολῆς καὶ ἀδυναμίας (ἐπειδὴ ἡ ὀξυγόνωση τῶν μῶν εἶναι ἀνεπαρκῆς). Ἡ δύσπνοια μπορεῖ νὰ προσλαμβάνει τὸ χαρακτῆρα τῆς ὀρθόπνοιας, δηλαδὴ ἀδυναμία τοῦ ἀσθενοῦς νὰ ξαπλώσει καὶ ἀνακούφισή του ὅταν ἀνασπῶνεται καὶ κάθεται. β) Συμπτωματολογία ἀνεπάρκειας δεξιᾶς καρδιάς, ἡ ὁποία ἐκδηλώνεται κυρίως μὲ ὑπερφόρτωση σὲ ὑγρὰ καὶ συλλογὴ νεροῦ στὰ κάτω ἄκρα μὲ σχηματισμὸ οἰδημάτων ἢ στὴν κοιλία μὲ σχηματισμὸ ἀσκίτη. Ἄλλα συμπτώματα τῆς καρδιακῆς ἀνε-

πάρκειας ἀφοροῦν γαστρεντερικὰ ἐνοχλήματα καὶ συμπτώματα ἀπὸ τὸν ἐγκέφαλο, ὅπως ζάλη καὶ ἀδυναμία συγκέντρωσης. Χαρακτηριστικὸ, ἐπίσης, σύμπτωμα τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας ἀποτελεῖ καὶ ἡ καρδιακὴ καχεξία κατὰ τὴν ὁποία ὑπάρχει ἀνορεξία, ἀπίσχνανση καὶ ἀπώλεια βάρους (> 7,5% τοῦ βάρους σὲ διάστημα ἐνὸς μῆνος, χωρὶς νὰ ἔχει συμβεῖ αὔξηση τῆς διούρησης). Ἀποτελεῖ κακὸ προγνωστικὸ σημεῖο μὲ ὑψηλὴ θνητότητα καὶ εἶναι ποικίλης αἰτιολογίας συμπεριλαμβανομένης καὶ τῆς αὐξημένης φλεγμονῆς καὶ τῆς ἀπόπτωσης.

Ἡ λειτουργικὴ κατάσταση τῶν ἀσθενῶν μὲ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια ταξινομεῖται σὲ 4 βαθμίδες, ἀπὸ I ὅταν ἡ συνήθης δραστηριότητα δὲν συνοδεύεται ἀπὸ συμπτώματα, ἕως IV ὅταν ἀκόμη καὶ στὴν ἠρεμία ὁ ἀσθενὴς ἔχει δύσπνοια (ταξινομηση NYHA). Ἐπειδὴ πολλοὶ ἀσθενεῖς μὲ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια εἴτε προσαρμόζονται καὶ ἐλαττώνουν τὴν δραστηριότητά τους εἴτε ἀποκρύπτουν τὰ συμπτώματά τους, ὁ γιαντὸς μπορεῖ νὰ ἀποκαλύψει τὸ πρόβλημα θέτοντας τὸ ἐρώτημα ποῖα δραστηριότητα θὰ ἤθελε ὁ πάσχων νὰ ἔχει τὴν ὁποία δὲν ἔχει.

Μὲ τὴν κλινικὴ ἐξέταση ὁ γιαντὸς θὰ ὑποψιασθεῖ τὴν παρουσία καρδιακῆς ἀνεπάρκειας. Τὸ ἠλεκτροκαρδιογράφημα μπορεῖ νὰ συμβάλει στὴ διάγνωση, μολονὶ πολλὰς φορὲς εἶναι σχεδὸν φυσιολογικὸ. Ἡ κατάδειξη ὅμως στο ἠλεκτροκαρδιογράφημα, ἀποκλεισμοῦ τοῦ ἀριστεροῦ σκέλους (LBBB), ἢ ἀρρυθμίας τῶν κόλπων (κοιλιακὴ μαρμαρυγή) ἀσφαλῶς μποροῦν νὰ βοηθήσουν στὴ διάγνωση, στὴν αἰτιολογία καὶ στὴν πρόβλεψη τῆς πρόγνωσης τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας. Ἡ ἀκτινογραφία θώρακος μπορεῖ νὰ ἀποκαλύψει μία διατεταμένη καρδιά ἢ τὴν παρουσία ὑγροῦ στοὺς πνεύμονες ἢ/καὶ πνευμονικὸ οἴδημα. Ὁ προσδιορισμὸς στο αἷμα ἐνὸς νατριουρητικοῦ πεπτιδίου τοῦ BNP μπορεῖ νὰ βοηθήσει στὴν διάγνωση καὶ στὴν αἰτιολογία μιᾶς δύσπνοιας, ἂν δηλαδὴ εἶναι καρδιακῆς ἢ ἀναπνευστικῆς ἀρχῆς. Τιμὲς BNP<80pg/ml ἀποκλείουν τὴν παρουσία καρδιακῆς ἀνεπάρκειας μὲ πιθανότητα 93%,

συνέχεια στὴ σελ. 166 ▶

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Ἑλληνικὸ Ἴδρυμα 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 Σπανάς  
 ΥΠΕΥΘ. ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ: Alta Grafico AE - Τηλ.: (210) 2314359, 2318113 - Fax: (210) 2317705  
 ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: Γ. Γκουμάς, Σπ. Καρράς, Π. Κόκκινος, Ζ. Κυριακίδης, Ε. Παπαστεριάδης,  
 Ἄθ. Πιπλῆς, Δ. Ρίχτερ, Β. Σπανάς, Δ. Χατοέρας.  
 ΣΚΙΤΣΑ: Γαβριήλ Ψαρράς, καρδιολόγος  
 ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Ἄ. Δαρμάρα, Μ. Δημακοπούλου, Γ. Καλλιούπη, Μ. Τούτουζα

Ἐπιτρέπεται ἡ μερικὴ ἢ ὀλικὴ ἀναδημοσίευση ἀρθρῶν τοῦ περιοδικοῦ ἀρκεῖ νὰ ἀναφέρεται ἡ πηγὴ τους.

# στην Ελλάδα... και τον κοσμο

## Παχυσαρκία και σακχαρώδης διαβήτης: τὰ παγκόσμια και τὰ ἑλληνικά στοιχεία

**ΑΙΜΙΛΙΑ Κ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ**, κλινική διαιτολόγος-διατροφολόγος,  
ἐπιστημονική συνεργάτης τμήματος ἐπιστήμης διαιτολογίας-διατροφῆς, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Ἀθηνῶν

**ΑΝΤΩΝΗΣ ΖΑΜΠΕΛΑΣ**, ἐπίκουρος καθηγητὴς διατροφῆς τοῦ ἀνθρώπου, τμήμα ἐπιστήμης διαιτολογίας -  
διατροφῆς, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Ἀθηνῶν



Ἡ συχνότητα ἐμφάνισης τοῦ διαβήτη και τῆς παχυσαρκίας λαμβάνουν διαστάσεις ἐπιδημίας στοῦ “δυτικὸ κόσμο”, κυρίως ἐξαιτίας τῆς ἐπικράτησης καθιστικοῦ τρόπου ζωῆς και διατροφῆς, ὑψηλῆς σὲ λίπος και θερμίδες. Οἱ ἐπιπλοκὲς αὐτῶν τῶν δυτῶ ἀσθενειῶν ἀποτελοῦν σημαντικὴ αἰτία νοσηρότητας και θανάτου, ἐνῶ τὸ οἰκονομικὸ φορτίο τῆς θεραπείας τῶν ἐπιπλοκῶν τους γιὰ τὴν κοινωνία, σχεδὸν κάθε χώρας, εἶναι τεράστιο.

Ὁ Παγκόσμιος Ὁργανισμὸς Ὑγείας προειδοποιεῖ ὅτι ἐὰν δὲ ληφθοῦν μέτρα πρόληψης, ἡ οἰκονομικὴ εὐημερία τῶν περισσότερῶν κρατῶν θὰ ἀπειλεῖται σημαντικὰ τὰ ἐπόμενα χρόνια. Ὅμως, ἤδη σήμερα, στὴν ἀρχὴ τοῦ 21ου αἰῶνα, ἡ πρόληψη ἢ και ἀπλὰ ἡ καθυστέρηση τῆς ἐμφάνισης τῶν νόσων αὐτῶν ἀποτελοῦν τὴ μεγαλύτερη πρόκληση γιὰ τὸν τομέα τῆς δημόσιας ὑγείας και εἶναι πολὺ πιθανὸ ἐὰν ληφθοῦν τὰ κατάλληλα μέτρα νὰ ὑπάρχουν εὐεργετικὲς ἐπιδράσεις, τόσο στὴν ὑγεία τοῦ πληθυσμοῦ ὅσο και στὴν οἰκονομία τῶν χωρῶν ποὺ πλήττονται ἀπὸ αὐτὲς τὶς ἐπιδημίες.

### Δεδομένα γιὰ τὸ ὑπερβάλλον βῆρος και τὴν παχυσαρκία

Οἱ κύριοι παράγοντες κινδύνου ἐμφάνισης τοῦ ὑπερβάλλοντος βάρους και τῆς παχυσαρκίας συμπεριλαμβάνουν διατροφή ὑψηλὴ σὲ λίπος και θερμίδες και ἔλλειψη σωματικῆς δραστηριότητας. Ἡ παχυσαρκία συχνὰ προσδιορίζεται μὲ τὸν ὑπολογισμὸ τοῦ Δείκτη Μάζας Σώματος (Body Mass Index, BMI). Ἔχει ἀποδειχθεῖ ὅτι ὁ BMI εἶναι ἓνα ἀντικειμενικὸ ἀνθρωπομετρικὸ κριτήριο τὸ ὁποῖο ἀποτελεῖ -σὲ πληθυσμιακὸ ἐπίπεδο- τὸ πιὸ χρησιμο, ἂν και ἄδρὸ μέτρο ἀξιολόγησής τῆς παχυσαρκίας. Ὁ BMI ἐκτιμᾷ τὸ βῆρος ἀνεξάρτητα ἀπὸ τὸ ὕψος και ἔχει βρεθεῖ νὰ συσχετίζεται μὲ τὸ ὀλικὸ ποσοστὸ λίπους τοῦ σώματος. Τὰ ἄτομα μὲ BMI μεταξὺ τῶν τιμῶν 25 ἕως 29,9 kg/m<sup>2</sup> θεωροῦνται ὑπέρβαρα, ἐνῶ ἐκεῖνα μὲ τιμὴ BMI μεγαλύτερη ἀπὸ 30 kg/m<sup>2</sup> θεωροῦνται παχύσαρκα.

### Δεδομένα γιὰ τὴν παχυσαρκία ἐνηλίκων

Ἡ ταχεία αὔξηση τῆς ἐμφάνισης παχυσαρκίας διεθνῶς τοποθετεῖ τὴν παχυσαρκία στὴν κατηγορία τῆς ἐπιδημίας, ἐφ' ὅσον σὲ πολλὲς χώρες, τὸ 50-80% τῶν ἐνηλίκων εἶναι ὑπέρβαροι ἢ παχύσαρκοι. Μάλιστα, ἔχει ἐκτιμηθεῖ ὅτι περισσότερα ἀπὸ 500 ἑκατομμύρια ἄτομα εἶναι ὑπέρβαρα και περισσότερα ἀπὸ 250 ἑκατομμύρια ἄτομα εἶναι παχύσαρκα. Ἡ παχυσαρκία ἔχει συσχετισθεῖ μὲ περίπου 300.000 θανάτους στὴν Εὐρώπη ἐτησίως και 117 δισεκατομμύρια δολάρια ἐτήσιο, ἄμεσο ἢ ἔμμεσο, κόστος μόνο στὴν Ἀμερική.

Στὴν Ἀμερική, σχεδὸν τὸ 61% τῶν ἐνηλίκων ἡλικίας 20-74 ἐτῶν θεωροῦνται ὑπέρβαροι ἢ παχύσαρκοι. Ἀπὸ τὸ 1960, ἡ ἐμφάνιση ὑπερβάλλοντος βάρους στους Ἀμερικανοὺς αὐξήθηκε λίγο ἀπὸ 30,5% σὲ 34%, ἀντίθετα ἡ ἐμφάνιση τῆς παχυσαρκίας (BMI  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>) σχεδὸν τριπλασιάστηκε, ἀπὸ 12,8% σὲ 27%. Στὴν Εὐρώπη ἔχει ἐκτιμηθεῖ ὅτι περίπου τὸ 15% τῶν ἀντρῶν και τὸ 20% τῶν γυναικῶν εἶναι παχύσαρκοι. Ἡ Εὐρωπαϊκὴ Ἐταιρεία

Μελέτης τῆς Παχυσαρκίας ἀναφέρει ὅτι τὸ 60-70% τῶν Εὐρωπαίων θὰ εἶναι ὑπέρβαροι και τὸ 40-50% παχύσαρκοι ἕως τὸ 2030. Στὴ μεγάλη Βρετανία ἔχει παρουσιαστεῖ ἡ ταχύτερη αὔξηση ἐμφάνισης παχυσαρκίας, και ἀναμένεται ὅτι μέχρι τὸ 2025 ἄνω τοῦ 40% τοῦ συνολικοῦ πληθυσμοῦ θὰ εἶναι παχύσαρκοι.

Ὑψηλὰ ἐπίπεδα παχυσαρκίας ἔχουν ἀναφερθεῖ και στὴν Ἑλλάδα τόσο ἀπὸ ἐπιδημιολογικὲς ὅσο και ἀπὸ κλινικὲς μελέτες. Ἀποτελέσματα ἀπὸ τὴν ἀνάλυση δεδομένων ἀπὸ τὸ Ἑλληνικὸ Κέντρο τῆς Πανευρωπαϊκῆς Ἐπιδημιολογικῆς Μελέτης (EPIC), μὲ ἓνα δείγμα 9.642 ἐνηλίκων Ἑλλήνων (3.662 ἄντρες και 5.980 γυναῖκες), ὑπέδειξαν ὅτι τὰ ἐπίπεδα παχυσαρκίας στους Ἑλληνες ἐνήλικες βρῖσκονται σὲ ὑψηλὴ θέση στὴν Εὐρώπη και πιὸ συγκεκριμένα, βρέθηκε ὅτι τὸ 50,6% τῶν ἀντρῶν ἦταν ὑπέρβαροι (25,0  $\leq$  BMI  $<$  29,9 kg/m<sup>2</sup>) και τὸ 29,9% παχύσαρκοι (BMI  $\geq$  30,0 kg/m<sup>2</sup>), ἐνῶ τὸ 39,5% τῶν γυ-



<b>Πίνακας. Έπιπολασμός του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας σε ενήλικες Έλληνες.</b>				
<b>Περιοχή</b>	<b>Ήμερ/νία έπισκόπησης</b>	<b>Ήλικία (έτη)/ Μέγεθος δείγματος</b>	<b>Έπιπολασμός (%) του υπερβάλλοντος βάρους/παχυσαρκία</b>	<b>Μεθοδολογία</b>
Έλλάδα Μελέτη EPIC	1992-2000 Άντρες: 3.662	50-64/9642 Γυναίκες: 39/43 Γυναίκες: 5.980	Άντρες: 51/30 μη τυχαιοποιημένο δείγμα	Έπιδημιολογική μελέτη
Έλλάδα	2003	20-70/17341 Άντρες: 8.234 Γυναίκες: 9.107	Άντρες: 41/26 Γυναίκες: 30/18	Έρωτηματολόγιο με αυτοδηλούμενο βάρος/ύψος
Άττική	2001-2002	18-87/3042 Άντρες: 1.128 Γυναίκες: 1.154	Άντρες: 53/20 Γυναίκες: 31/15	Έπιδημιολογική μελέτη με μετρήσεις ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών
Σαλαμίνα	2002	20-94/2805	Ήλικία 20-29 έτων Άντρες: 46/11, Γυναίκες: 20/3 Ήλικία 30-39 έτων Άντρες: 50/20, Γυναίκες: 27/9 Ήλικία 40-49 έτων Άντρες: 56/24, Γυναίκες: 40/15 Ήλικία 50-59 έτων Άντρες: 56/27, Γυναίκες: 43/28 Ήλικία 60-69 έτων Άντρες: 55/23, Γυναίκες: 45/25 Ήλικία ≥70 έτων Άντρες: 59/16, Γυναίκες: 39/22	Συγχρονική μελέτη με αυτοδηλούμενο βάρος/ύψος
Κρήτη	1989-2001	20-40/989 Άντρες: 527 Γυναίκες: 462	Άντρες: 34/5 Γυναίκες: 20/3	Συγχρονική μελέτη με μετρήσεις ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών

ναϊκών ήταν υπέρβαρες και τὸ 42,6% παχύσαρκες. Πρέπει να σημειωθεί, ὅμως, ὅτι τὸ δείγμα αὐτό, ἂν και μεγάλο, δὲν ήταν τυχαιοποιημένο και τὰ ἀποτελέσματα αὐτὰ ἴσως νὰ μὴν ἀντιπροσωπεύουν τὴν πραγματικὴ εἰκόνα τοῦ συνολικοῦ πληθυσμοῦ τῆς Ἑλλάδας. Ἀποτελέσματα ἀπὸ τὴν πρόσφατη μελέτη τῆς Ἑλληνικῆς Ἱατρικῆς Ἑταιρείας Παχυσαρκίας (ΕΙΕΠ) ποὺ ἀνέλυσε ἀπαντήσεις σὲ ἐρωτηματολόγιο ποὺ δόθηκαν σὲ 17.341 ἐνήλικες Ἑλλήνες (8.234 ἄντρες και 9.107 γυναίκες), ἡλικίας 20-70 ἐτῶν, ὑπέδειξαν ὅτι τὸ 29,9% τῶν γυναικῶν και τὸ 41,1% τῶν ἀντρῶν ήταν υπέρβαροι, ἐνῶ τὸ 18,2% τῶν γυναικῶν και τὸ 26% τῶν ἀντρῶν παχύσαρκοι. Πρέπει ἐν τούτοις νὰ σημειωθεί ὅτι τὸ βάρος και ὕψος στὴν παραπάνω μελέτη ήταν αυτοδηλούμενα και μὴν ἀντιπροσωπεύουν τὴν πραγματικὴ εἰκόνα τοῦ πληθυσμοῦ τῆς Ἑλλάδας. Εἶναι, ὅμως, ἀξιοσημείωτο ὅτι ὁ ἐπιπολασμός τοῦ υπερβάλλοντος βάρους και τῆς παχυσαρκίας ποὺ ἀναφέρθηκαν στοὺς ἐνήλικες Ἑλλήνες στὴν παραπάνω μελέτη, ήταν ἀρκετὰ χαμηλότερος ἀπὸ αὐτὸν ποὺ ὑπολογίστηκε ἀπὸ τὴ μελέτη EPIC.

Ἀποτελέσματα ἀπὸ τὴ μελέτη τῆς Ἀττικῆς ποὺ ἐξέτασε τὸν ἐπιπολασμό τῆς ἐνήλικης παχυσαρκίας και ἐξέ-

τασε τὰ ἀνθρωπομετρικὰ δεδομένα ἀπὸ ἓνα τυχαιοποιημένο δείγμα 3.042 ἐνήλικων Ἑλλήνων, στὴν εὐρύτερη περιοχὴ τῆς Ἀττικῆς, ἡλικίας 18-87 ἐτῶν, ὑπέδειξαν ὅτι τὸ 53% τῶν ἀντρῶν ήταν υπέρβαροι και τὸ 20% παχύσαρκοι, ἐνῶ τὸ 31% τῶν γυναικῶν ήταν υπέρβαρες και τὸ 15% παχύσαρκες. Κεντρικὴ παχυσαρκία βρέθηκε στὸ 36% τῶν ἀντρῶν και στὸ 43% τῶν γυναικῶν. Ἡ παρουσία παχυσαρκίας βρέθηκε νὰ διαφέρει ἀπὸ περιοχὴ σὲ περιοχὴ και νὰ κυμαίνεται ἀπὸ 10% σὲ ἀγροτικὲς ἕως και 25% σὲ ἀστικὲς περιοχὲς τῆς Ἀττικῆς. Τὰ ὑψηλὰ αὐτὰ ποσοστὰ ποὺ παρατηρήθηκαν στὴ μελέτη τῆς Ἀττικῆς πιθανὸν νὰ ἐξηγοῦνται ἀπὸ τὸ γεγονός ὅτι τὸ 57% τῶν ἀντρῶν και τὸ 59% τῶν γυναικῶν ἀκολουθοῦσαν καθιστικὴ ζωὴ και μία διατροφή "δυτικῆς τύπου", χαρακτηρισζόμενη ἀπὸ ὑψηλὰ ἐπίπεδα λίπους. Εἶναι ἀξιοσημείωτο ὅτι στοὺς ἄντρες, ὁ ἐπιπολασμός τοῦ υπερβάλλοντος βάρους και τῆς παχυσαρκίας βρέθηκε νὰ εἶναι ὑψηλότερος στὴ μελέτη τῆς Ἀττικῆς ἀπὸ τὴ μελέτη ΕΙΕΠ και παρόμοιος μὲ τὴ μελέτη EPIC, ἐνῶ στὶς γυναίκες βρέθηκε χαμηλότερος στὴ μελέτη τῆς Ἀττικῆς ἀπὸ τὴ μελέτη EPIC, ἀλλὰ παρόμοιος μὲ τὴ μελέτη ΕΙΕΠ. 🍏

(Συνέχεια στὸ ἐπόμενο τεῦχος)

## Ἡ στεφανιαία νόσος καὶ οἱ πλέον σύγχρονες μέθοδοι ἀντιμετώπισής της

**ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΑΛΛΙΚΑΖΑΡΟΣ,**

διευθυντῆς τοῦ κρατικοῦ καρδιολογικοῦ τμήματος τοῦ  
Ἰπποκρατείου Νοσοκομείου Ἀθηνῶν

Ἡ στεφανιαία νόσος, μία ἀπὸ τὶς συχνότερες αἰτίες θανάτου στοὺς ἠλικιωμένους, μπορεῖ, δυστυχῶς, νὰ ἔχει ὡς πρώτη ἐκδήλωση, ἰδίως στοὺς ἄνδρες, ἕνα ὄξυ καρδιακὸ ἐπεισόδιο. Ἀντίθετα, στὶς γυναῖκες πιὸ συχνὰ προειδοποιεῖ μὲ τὴν ἐκδήλωση στηθάγχης, δηλαδή συσφιγκτικὸ πόνου, στὸ προκάρδιο κατὰ τὴν ἄσκηση ἢ καὶ τὴν ἡρεμία. Στὴν περίπτωση αὐτὴ ἡ καρδιὰ πονᾷ διότι δὲν τῆς παρέχεται ἐπαρκές ὀξυγόνο. Ἡ στηθάγχη διακρίνεται σὲ σταθερὴ ὅταν ἔχει προβλεπόμενους καὶ σταθεροὺς χαρακτῆρες καὶ ὀφείεταί μετ' τὴ διακοπὴ τῆς ἄσκησης ἢ μετ' τὴ λήψη ὑπογλώσσου δισκίου νιτρογλυκερίνης σὲ μικρὸ χρονικὸ διάστημα, συνήθως λιγότερο τῶν 20 λεπτῶν. Ἀλλιῶς, χαρακτηρίζεται ἀσταθῆς ὅταν ἀρχίζει νὰ ἐπιδεινώνεται ἢ νὰ ἐκλύεταί ἀκόμα καὶ στὴν ἡρεμία. Ἡ ἀσταθῆς στηθάγχη εἶναι προάγγελος ἐμφράγματος ὅπου ἐνέχεται καὶ καταστροφὴ καρδιακοῦ ἵστου. Στὴν Ἑλλάδα ὑπολογίζεται ὅτι 250.000 ἄνθρωποι ὑποφέρουν ἀπὸ στηθάγχη καὶ κάθε χρόνο 16.000 νέα περιστατικά σταθερῆς στηθάγχης προστίθενται στὸν προσβεβλημένο πληθυσμό.

Ἐχει βρεθεῖ ὅτι τὸ 10% περίπου τῶν ἀνδρῶν ἡλικίας 50-59 ἑτῶν ἔχει, ἔστω σιωπηλῆ, στεφανιαία νόσο. Σὲ ἄτομα, ὅμως, μὲ συμπτώματα ὁμοιάζοντα μὲ στηθάγχη ἢ συχνότητα ἀγγειογραφικὰ ἐπιβεβαιωμένης, στεφανιαίας νόσου ἀγγίζει τὸ 60-90%.

Ἡ ἀντιμετώπιση αὐτῶν τῶν ἀσθενῶν περιλαμβάνει φαρμακευτικὴ ἀγωγή καὶ ἐπεμβατικὴ θεραπεία τῆς ἰσχαϊμώσας καρδιάς. Στὴ φαρμακευτικὴ θεραπεία αὐστηρὰ ἀντιστηθαγχικὰ εἶναι τὰ νιτρώδη, οἱ β-ἀποκλειστές καὶ οἱ ἀναστολεῖς ἀσβεστίου. Οὐσιωδέστατο ρόλο ὅμως παίζουν καὶ οἱ κατηγορίες φαρμάκων ποὺ περιορίζουν τὴν στεφανιαία νόσο καὶ τὶς ἐκδηλώσεις της. Σὲ αὐτὲς κύρια συγκαταλέγονται οἱ α-MEA καὶ οἱ στατίνες, φάρμακα, ποὺ ἐκτὸς τῆς μείωσης τῆς χοληστερόλης ἔχουν δράσεις ποὺ ἀφοροῦν στὴν ἀντιφλεγμονώδη ἐπίδραση καὶ τὴ σταθεροποίηση τῶν ἀθηρωματικῶν πλάκων.

Στὴν ἐπεμβατικὴ θεραπεία «συναγωνίζονται» γιὰ τὸ καλὸ τοῦ ἀσθενοῦς ἡ ἀγγειοπλαστικὴ καὶ ἡ ἄορτοστεφανιαία παράκαμψη (by-pass). Οἱ ἀγγειοπλαστικὲς φαίνεται νὰ κερδίζουν συνεχῶς ἔδαφος καθὼς ὁ ρυθμὸς διενέργειάς τους κάθε χρόνο αὐξάνεται γεωμετρικά, τὸ ἴδιο καὶ οἱ τεχνικὲς τους. Ἔτσι, ἐνῶ ἀρχικὰ γίνονταν διαστολὴ τοῦ ἀγγείου μὲ μπαλόνι, στὴ συνέχεια ἐπεκράτησε ἡ ἐνδοστεφανιαία πρόθεση καί, πρόσφατα, ἡ χρῆση τῶν ἐπικαλυμμένων μὲ φάρμακο ἐνδοστεφανιαίων προθέσεων, ποὺ ἔφεραν καὶ ἐπανάσταση στὸ κῶρο.



Ἡ πλειονότητα τῶν μελετῶν ὑποδεικνύει ὅτι ἡ ἀγγειογραφικὴ σοβαρότητα τῶν βλαβῶν, σὲ συνάρτηση μὲ τὴν ὑπαρξὴ συμπτωμάτων καὶ τὰ ἀποτελέσματα τῶν λειτουργικῶν δοκιμασιῶν ἰσχαϊμίας (τέστ κοπώσεως σὲ τάμπη, σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου, stress echo), εἶναι ἐκεῖνη ποὺ καθορίζει τὴν ἀπόφαση ἐπαναγγείωσης. Ὡστόσο, μελέτες ὅπως ἡ MITIS καὶ ἡ CCP ἔδειξαν ὅτι μετὰ ἀπὸ ὄξυ στεφανιαῖο σύνδρομο οἱ γυναῖκες ὑποβάλλονται σὲ μικρότερο ποσοστὸ σὲ ἀγγειογραφικὸ ἔλεγχο καὶ σὲ λιγότερο ἐπιθετικὴ θεραπεία. Καὶ αὐτὸ, παρὰ τὸ γεγονὸς ὅτι οἱ γυναῖκες, ἂν καὶ ἀναπτύξουν στεφανιαία νόσο 10 χρόνια ἀργότερα ἀπὸ τοὺς ἄνδρες, ἔχουν βαρύτερη πρόγνωση. Ἐχει παρατηρηθεῖ ὅτι στὸ πρῶτο χρόνο μετὰ ἀπὸ ἐμφράγμα, ἂν ὑποτροπιάσει ἡ νόσος εἶναι θανατηφόρα γιὰ τὸ 40% τῶν γυναικῶν, ἐνῶ μόνο γιὰ τὸ 25% τῶν ἀνδρῶν. Νὰ σημειωθεῖ ἀκόμη ὅτι ὁ γυναικεῖος πληθυσμὸς ἔχει σημαντικὰ μειωμένη ἀντιπροσώπευση στὶς διάφορες μελέτες ποὺ διενεργοῦνται.

Συνοψίζοντας τὰ εὐρήματα, εἰδικὰ γιὰ τὶς γυναῖκες, ἀπὸ τὶς πρόσφατες μελέτες, ὅπως ἀνακοινώθηκαν στὸ τελευταῖο πανευρωπαϊκὸ συνέδριο, θὰ λέγαμε: Οἱ γυναῖκες εἶναι λιγότερο πιθανὸν νὰ ἀντιμετωπιστοῦν μὲ ἀγγειοπλαστικὴ, καὶ ἀκόμα καὶ ὅταν αὐτὴ ἐφαρμοστεῖ, ἔχουν χειρότερη πορεία. Οἱ νεαρὲς διαβητικὲς διατρέχουν ὑψηλότερο κίνδυνο καὶ ἔχουν δυσανάλογα ὑψηλὴ θνητότητα μετὰ ἀπὸ καρδιακὴ προσβολή. Οἱ γυναῖκες ἔχουν λιγότερες πιθανότητες νὰ ἐπιζήσουν ἂν ὑποστοῦν ἀνακοπή ἐκτὸς νοσοκομείου ἀπὸ ὅτι οἱ ἄνδρες. Στηθαγχικὲς γυναῖκες μὲ «φυσιολογικά» στεφανιαία ἀγγεῖα στὴ στεφανιογραφία, παρουσιάζουν σοβαρὰ ἀθηρωμάτωση ἂν ἐλεγχθοῦν μὲ ἐνδοστεφανιαῖο ὑπέρηχο. Στὴν μετέπειτα παρακολούθησή τους παρουσιάζουν συχνότερα ὀξεία στεφανιαία σύνδρομα ἀπὸ ὅτι οἱ ἄνδρες.

Ἀπὸ τὶς καινοτομίες στὶς ἐνδοστεφανιαῖες προθέσεις (stents), τὰ ἐπικαλυμμένα μὲ φάρμακο ἔδειξαν νὰ

μειώνουν την επαναστένωση σε σχέση με τα χωρίς φάρμακο (bare stents) και να ανταγωνίζονται άκόμα και το χειρουργείο σε τριαγγειακή νόσο! Δεν ξδεδξαν όμως να μειώνουν τις σοβαρές επιπλοκές του επανεμφράγματος και του θανάτου.

Τα «drug eluting stents» (DES) αποτελούν το δεύτερο μεγάλο σταθμό στην εξέλιξη της επεμβατικής καρδιολογίας μετά την εισαγωγή της αγγειοπλαστικής των στεφανιαίων αρτηριών (PTCA) το 1977 από τον Gruntzig. Αυτό συμβαίνει γιατί ή εφαρμογή των κοινών (bare) stent αν και μείωσε σημαντικά το πρόβλημα της επαναστένωσης, προσέθεσε και μία νέα νοσολογική οντότητα, την επαναστένωση στο stent, που συναντάται σε ένα ποσοστό 20-40% των ασθενών που φέρουν stent.

Σήμερα έχουμε στην κλινική πράξη δυο ασφαλή και αποτελεσματικά DES με rapamυσίνη (cypher stent) και πακλιταξέλη (taxus stent) που έχουν εμφυτευθεί σε σχετικά μεγάλο αριθμό ασθενών και έχει αποδειχθεί ότι ή χρήση τους είναι ασφαλής και αποτελεσματική στην καθημερινή κλινική πράξη, ελαττώνοντας τόσο την ανάγκη νέας επέμβασης επαναγγείωσης, όσο και τα μείζονα καρδιακά συμβάντα συγκριτικά με τα συμβατικά stents,

σε διάστημα παρακολούθησης μέχρι και δύο ετών. Μάλιστα, πολυκεντρικές μελέτες, όπως π.χ. ή Taxus 4, σε παρακολούθηση δύο ετών ξδεδξε ότι τα όφελή του taxus συνεχίζουν να υπάρχουν και μετά διαετία. Ωστόσο, όπως και ή μελέτη Sirius έτσι και ή χρήση των taxus δεν συνδέθηκε με μείωση της θνητότητας ή του εμφράγματος του μυοκαρδίου. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης REALITY, που συγκρίθηκαν τα δυο stent, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους.

Όσον αφορά στους διαβητικούς ασθενείς, ή χρήση των DES μείωσε σημαντικά το ποσοστό επαναστένωσης και την ανάγκη επανεπέμβασης συγκριτικά με τα συμβατικά stents, αλλά εξακολουθεί να υπάρχει το θεραπευτικό χάσμα ανάμεσα σε διαβητικούς και μη διαβητικούς.

Παρ' όλα όμως τα καλά αποτελέσματα με τα DES υπάρχουν και κάποια ερωτήματα όπως π.χ. ή όψιμη θρόμβωση και οι αντιδράσεις υπερευαισθησίας που κυρίως αποδίδονται στο πολυμερές αλλά άκόμη δεν έχουν πλήρως διευκρινισθεί.

Πρέπει να τονισθεί ότι ή χρήση των DES επιβάλλει τη χορήγηση διπλής αντιαιμοπεταλιακής άγωγής, με άσπρίνη και κλοπιδογρέλη τουλάχιστον πέραν του εξαμήνου. ❄



## συνέχεια από τη σελ. 162

ένω BNP>100pg/ml θέτουν τη διάγνωση, αντίστοιχος με πιθανότητα 83%. Άν ή κλινική εξέταση, το ήλεκτροκαρδιογράφημα, ή άκτινογραφία θώρακος και οι τιμές του BNP είναι όλα φυσιολογικά, καμμία επιπλέον εξέταση δεν άπαιτείται.

Άν όμως οι πρώτες αυτές εξετάσεις είναι παθολογικές τότε πρέπει να γίνει υπερηχογραφική μελέτη καρδιάς κατά την όποια θα μετρηθούν όλες οι κοιλότητες της καρδιάς, θα αξιολογηθεί ή λειτουργικότητά της και το κλάσμα εξωθήσεως, θα μελετηθούν οι βαλβίδες, ή άορτη και το περικάρδιο. Επίσης, πολλές αίμοδυναμικές παράμετροι μπορούν να μετρηθούν έμμεσα, όπως ή πίεση στην πνευμονική άρτηρία. Το υπερηχογράφημα καρδιάς άποτελεί το «στηθοσκόπιο» του 21ου αιώνα και πολλές φορές διενεργείται προτού γίνουν οι άλλες βασικές εξετάσεις. Με τη μέθοδο αυτή τίθεται ή διάγνωση και παρακολουθείται ή ανταπόκριση στη φαρμακευτική άγωγή.

Ά ή άπλή δοκιμασία κόπωσης με βάδιση σε κοιλίόμενο τάπητα επί 6 λεπτά καθορίζει το επίπεδο της λειτουργικής κατάστασης του άσθενους και την πρόγνωση αυτού: βάδιση >300 μέτρα, όλα καλά. Επιπροσθέτως διενεργείται και ή καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης, όπως άκριβώς ή κλασική δοκιμασία κόπωσης σε κοιλίόμενο τάπητα, με τη διαφορά ότι ό άσθενής αναπνέει μέσα από μία μάσκα ούτως ώστε να μετράται και να καταγράφεται το καταναλισκόμενο όξυγόνο. Άν ή μέγιστη κατανάλωση αυτού είναι >20 ml/kg/min όλα είναι καλά, ένω αν είναι <10 ml/kg/min ό άσθενής είναι ύποψηφιος για μεταμόσχευση καρδιάς.

Οι άσθενείς με καρδιακή άνεπάρκεια θα πρέπει να εξετάζονται σε τακτά διαστήματα με βιοχημικές αναλύσεις ούτως ώστε να ελέγχεται ό αίματοκρίτης ( ή άναιμία

επιδεινώνει την καρδιακή άνεπάρκεια, αλλά και άναδεικνύει χρονία φλεγμονή ή νεφρική άνεπάρκεια), το κάλιο (ή ύποκαλιαιμία άποτελεί συνήθη αίτια για αίφνidio θάνατο, ένω ή ύπερκαλιαιμία δεικνύει νεφρική δυσπραγία ή άκατάλληλη φαρμακευτική άγωγή), το νάτριο (ή ύπονατριάμια δεικνύει ύπερφόρτωση σε ύγρo ή/και επιδεινωση της νόσου), ή ούρια και ή κρεατινίνη (έλεγχος νεφρικής λειτουργίας) και οι τρανσαμινάσες (έλεγχος ήπατικής λειτουργίας, ιδίως σε δεξιά καρδιακή άνεπάρκεια).

Οι άσθενείς με καρδιακή άνεπάρκεια θα πρέπει, επίσης, να εξετάζονται για παρουσία βιωσιμότητας ή/και ίσχαμίας στην καρδιά, καθότι ή παρουσία τους επιδεινώνει την κατάσταση και επηρεάζει άρνητικά την πρόγνωση. Ά άνιχνευση βιώσιμου μυοκαρδίου μπορεί να γίνει με δυναμική ήχοκαρδιογραφία με χορήγηση δοβουταμίνης, με σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου και με μαγνητική τομογραφία καρδιάς με χορήγηση γαδολινίου, ή όποια άποτελεί και την καλύτερη μέθοδο. Άναφορικά με την ίσχαμία, μπορεί να άνιχνευθεί είτε με σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου μετά από κόπωση, είτε με δυναμική ήχοκαρδιογραφία με χορήγηση δοβουταμίνης, ή όποια άποτελεί πολύ εύχρηστη, γρήγορη και άναπαγωγίμη μέθοδο. Άν διαπιστωθεί ίσχαμία, ό άσθενής θα πρέπει να ύποβάλλεται σε στεφανιογραφία με στόχο την κατάδειξη των στενωμένων στεφανιαίων άγγείων και την προοπτική της επαναϊμάτωσης είτε με άγγειοπλαστική, είτε με άορτοστεφανιαία παράκαμψη (by pass).

Οι άσθενείς με καρδιακή άνεπάρκεια και συμπτωματολογία ζάλης ή άπώλειας των αισθήσεων θα πρέπει να εξετάζονται με Holter 24ωρης καταγραφής του ρυθμού για παρουσία κοιλιακών ταχυκαρδιών και έν ανάγκη να ύποβάλλονται σε ήλεκτροφυσιολογική μελέτη με στόχο

# επικαιρα και αλλα

## Χρειαζόμαστε λιγότερο φαγητό από ό,τι νομίζουμε...

**ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ ΤΑΞΙΑΡΧΟΥ**, ειδικευόμενος καρδιολογίας αντιυπερτασικού ιατρού, Ίπποκράτειο ΓΝΑ

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΤΣΙΟΥΦΗΣ**, επιμελητής Α΄, καρδιολογικό τμήμα, υπεύθυνος αντιυπερτασικού ιατρού, Ίπποκράτειο ΓΝΑ

Γυρίζοντας σπίτι μετά από μία κουραστική εργάσιμη ημέρα και μία άπιστευτη ταλαιπωρία στους αυτοκινητοδρόμους της πρωτεύουσας, βρισκόμαστε μπροστά στην προετοιμασία ενός υγιεινού και έλκυστικού για το ταλαιπωρημένο μας στομάχι γεύματος. Και εάν ως κληρονομική καταβολή υπάρχει στη σκέψη μας η φράση των προγόνων μας «μέτρον ἄριστον», το «μέτρο» διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο. Η ποσότητα του γεύματος που ετοιμάζουμε είναι συνήθως ή διπλάσια από αυτή που χρειαζόμαστε, ενώ οι διαιτητικές μας συνήθειες στην καλύτερη περίπτωση άπλά προσθέτουν κιλά με κακό αισθητικό αποτέλεσμα, στη χειρότερη αυξάνουν τον κίνδυνο για σακχαρώδη διαβήτη, καρδιακά νοσήματα και διάφορες μορφές καρκίνου.

Τα αποτελέσματα φαίνονται σε μελέτες που μαρτυρούν ότι το 80% των καρδιοπαθειών και το 90% του σακχαρώδη διαβήτη συνδέονται στενά με τη μη υγιεινή διατροφή και τον τρόπο ζωής, ενώ αντίθετως μία δίαιτα με βάση τα λαχανικά και τα φρούτα και με μικρές ποσότητες ξηρών καρπών και γαλακτοκομικών, μπορεί να μειώσει την αρτηριακή πίεση και την «κακή» χοληστερόλη έξ ίσου αποτελεσματικά με τη φαρμακευτική αγωγή. Άλλα και η ποσότητα του γεύματος είναι συνήθως αρκετά γενναϊόδωρη, προσφέροντας πάνω από 1500 θερμίδες, περισσότερο δηλαδή από το 80% των απαιτήσεων για έναν άνθρωπο με καθιστικό τρόπο ζωής, με αποτέλεσμα περισσότεροι από 2 στους 3 Έλληνες να είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Φαίνεται ότι το να τρώμε υγιεινά έμεις οί Έλληνες, ό λαός της υπερβολής, είναι δύσκολο, άκόμα και αν προσπαθούμε να το εφαρμόσουμε. Έχουμε, για παράδειγμα, άκούσει ότι τα φρούτα και τα λαχανικά είναι καλά για έμας, άλλα ή ποσότητα που καταναλώνουμε άπαιτεί περισσότερη άσκηση για την κάυση των θερμίδων που παίρνουμε.

Οί διαιτολόγοι προτείνουν μία δίαιτα πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και δημητριακά όλικής άλέσεως, ενώ το κόκκινο κρέας συνιστούν ότι πρέπει να άποτελεί μία περιστασιακή άπόλαυση και όχι το κύριο περιεχόμενο της κατάρόλας μας. Σίγουρα όμως, δέν πρέπει να θυσιάζεται ή άπόλαυση, όπως και δέν πρέπει να αισθανόμαστε πεινασμένοι. Έδω δέν ισχύει ό κανόνας "όλο ή ούδέν". Έτσι, για να υπάρχει ένας τρόπος μέτρησης του πόσο τρώμε, έπινοήθηκε ή «θερμίδα».

Ό κανόνας για να χάσουμε βάρος είναι άπλός: πρέπει να «τρώμε» λιγότερες θερμίδες από ότι «καίμε». Αν και αυτό το γνωρίζει πολυ καλά ό καθένας που προσπά-



θησε να χάσει λίγα κιλά, δέν είναι τόσο εύκολο όσο άκούγεται. Τρώγοντας πολυ λίγο, ό οργανισμός μας περιορίζει το μεταβολισμό του, με το δυσάρεστο άποτέλεσμα τα κιλά που με δυσκολία χάσαμε να τα άποκτούμε ξανά δυσανάλογα εύκολα. Ό τρόπος για να άντιμετωπίσουμε τον παραπάνω "έφιάλτη", είναι να αυξήσουμε, με την άσκηση, τις θερμίδες που καίμε.

Η άσκηση παραμένει άπαραίτητη άκόμα και αν άποκτήσουμε το ιδανικό για έμας βάρος. Αυτό συμβάινει γιατί οί γαστρίμαργικές προκλήσεις άφθονούν παντού γύρω μας, όστε, τελικά, αυτό που τρώμε να είναι συνήθως περισσότερο από αυτό που καίμε με τη καθημερινή μας δραστηριότητα. Ό Έλληνας του 2005 τρώει 530 περισσότερες θερμίδες από ότι το 1970. Με έναν πρόχειρο ύπολογισμό, θα πρέπει να περπατήσει δυο ώρες περίπου παραπάνω για να τις κάψει. Να μερικά μυστικά για να έλέγξουμε το μέγεθος του γεύματός μας. Ξεκινάμε με το να "κοροϊδέσουμε" τα μάτια και το στομάχι μας. Ένώ μειώνουμε την ποσότητα του φαγητού μας, μικραίνουμε και τα πιάτα που το σερβίρουμε, όστε ή ποσότητα που τρώμε να μη φαίνεται μίζερη. Ξεκινήστε δυο μέρες την έβδομάδα το γεύμα σας με ένα μηλο ή ένα πιάτο σούπα. Και τα δυο θα βοηθήσουν να καλιναγωγήσετε την όρεξή σας. Το μηλο, εκτός από θρεπτικό και μόλις με 80 θερμίδες, είναι γεμάτο από ευδίαλυτες ίνες που δημιουργούν άίσθημα κορεσμού. Η άραιή σούπα πρέπει να είναι άνάλατη, και όχι περισσότερο από 150 θερμίδες. Πρέπει να έξοικειωθούμε με την έννοια της θερμίδας. Άρκουν 2-3 ήμέρες να ύπολογίσουμε τις θερμίδες που καταναλώνουμε, για να άποκτήσουμε μία σχετική έμπειρία. Δέν είναι άπαραίτητο να το κάνουμε αυτό για μία ζωή. Άρκει τόσος χρόνος όστε να άποκτήσουμε την άίσθηση της θερμίδας.

Άκόμα και αν αισθανόμαστε άκόμη «νέοι», δέν μπορούμε να τρώμε σαν έφηβοι. Όσο μεγαλώνουμε, χρειαζόμαστε λιγότερες θερμίδες για να ζήσουμε.

Με λίγα λόγια, να τρώμε λιγότερο. Σίγουρα άξίζει τον κόπο ... 🍏

## Όταν η υπέρταση παίζει κρυφτό...

**ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΓΡ. ΧΑΤΖΗΣ**, ειδικευμένος καρδιολογίας στο νοσοκομείο «Έρυθρος Σταυρός»

Πολλά είναι γνωστά για την έπονομαζόμενη «υπέρταση του ιατρού», την κατάσταση δηλαδή κατά την οποία ενώ ο άσθενής μετρά φυσιολογικές τιμές αρτηριακής πίεσης στο σπίτι, εν τούτοις όταν επισκέπτεται τον γιατρό ή πίεση ξεφεύγει από τα φυσιολογικά όρια. Μπορεί κάποιος να υποθέσει ότι το φαινόμενο αυτό είναι φυσιολογικό, αφού στο περιβάλλον του ιατρού ο άσθενής πιθανόν να διακατέχεται από άγχος, το οποίο ως γνωστό αυξάνει την αρτηριακή πίεση. Η κατάσταση αυτή ωστόσο δεν είναι εντελώς «άθωα», αφού διάφορες μελέτες κατά καιρούς έχουν δείξει ότι τα άτομα με «υπέρταση του ιατρού», διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν κάποιο ανεπιθύμητο καρδιαγγειακό συμβάν σε σχέση με εκείνους που έχουν φυσιολογική αρτηριακή πίεση.

Σχετικά πρόσφατα πάντως έχει αναγνωριστεί και το αντίθετο του προαναφερομένου φαινόμενο. Ναι, καλά καταλάβετε! Πρόκειται για τη λεγόμενη «συγκεκαλυμμένη υπέρταση» (masked hypertension κατά τους Άγγλο-σάξωνες), δηλαδή την κατάσταση κατά την οποία ο άσθενής εμφανίζει φυσιολογική αρτηριακή πίεση στο ιατρείο, ενώ στο σπίτι ή πίεση έχει άνοδικές τάσεις... Το «παράδοξο» αυτό φαινόμενο ήδη μελετάται συστηματικά και τα μέχρι τώρα συμπεράσματα των ειδικών συγκλίνουν στο ότι και αυτό δεν είναι «άθωο». Χρειάζεται, λοιπόν, επαγρύπνηση υπό την έννοια της τακτικής παρακολούθησης της αρτηριακής πίεσης, αφού όπως φαίνεται η υπέρταση «ξέρει» κάποιες φορές να «κρύβεται»...



## Κολπική μαρμαρυγή και αντιπηκτική αγωγή: τί να προσέχουμε

Επισκεφθήκατε τον καρδιολόγο σας και σάς είπε ότι οι έντονοι και άρρυθμοι παλμοί οι οποίοι σάς ανησυχούσαν τον τελευταίο καιρό όφειλονται σε μία άρρυθμία της καρδιάς, που λέγεται κολπική μαρμαρυγή. Ο γιατρός σας, σάς εξήγησε ότι πρόκειται για την πλέον συχνή μορφή άρρυθμίας (περίπου 4% των ατόμων άνω των 60 ετών έχει αντιληφθεί τουλάχιστον ένα επεισόδιο μία φορά στη ζωή του) και σάς πρότεινε τον κατάλληλο έλεγχο για να διαπιστώσει την πιθανή αιτία της άρρυθμίας (ή οποία σε κάποιες περιπτώσεις δεν ανιχνεύεται). Τέλος, σάς χορήγησε τα κατάλληλα για τη νόσο φάρμακα και σάς είπε ότι πρέπει, επιπλέον, να παίρνετε προληπτικά και αντιπηκτική αγωγή, αφού η συγκεκριμένη άρρυθμία συνδέεται με αυξημέ-

νο κίνδυνο, εκτός των άλλων, και για έγκεφαλικό επεισόδιο. Μέχρι εδώ όλα καλά, αλλά ξεκινώντας να παίρνετε τα αντιπηκτικά φάρμακα, καλό είναι να γνωρίζετε τα ακόλουθα:

Η δόση του αντιπηκτικού καθορίζεται ανά διαστήματα, και μετά από τακτική συνεννόηση με τον γιατρό σας, με βάση την τιμή μίας παραμέτρου που ονομάζεται INR και η οποία προκύπτει από ανάλυση αίματος που θα κάνετε τακτικά. Η τιμή-στόχος είναι 2-3 και λίγο παραπάνω 2,5-3,5 αν έχετε κάποια μεταλλική βελβίδα. Πρέπει να ξέρετε ότι οι υψηλότερες από τον στόχο τιμές αυξάνουν την πιθανότητα αιμορραγίας, ενώ οι χαμηλότερες δεν σάς παρέχουν επαρκή προστασία...

Αν κατά το διάστημα που παίρνετε το αντιπηκτικό διαπιστώσετε οποιαδήποτε άσυνηθιστη αιμορραγία ή ότι κάνετε εύκολα μελανιές ενημερώστε άμεσα τον γιατρό σας. Πιθανότατα χρειάζεται επαναπροσδιορισμός της δοσολογίας του αντιπηκτικού.

Αν ξεχάσετε να πάρετε την ημερήσια καθορισμένη δόση του φαρμάκου σας μην παίρνετε διπλή δόση για να καλύψετε το κενό. Καλό είναι να ενημερώσετε γι' αυτή την παράλειψη το γιατρό σας προκειμένου να σας κατευθύνει. Να θυμάστε ότι ακόμη και μικρές προς τα πάνω ή προς τα κάτω παρεκκλίσεις στη δοσολογία του φαρμάκου, μπορεί να έχουν ανεπιθύμητα αποτελέσματα.

Αν χρειαστεί να πάρετε κάποιο άλλο φάρμακο (π.χ αντιβιοτικό), καλό είναι να το γνωρίζει και αυτό ο καρδιολόγος σας. Πολλά φάρμακα επηρεάζουν τη δραστητικότητα των αντιπηκτικών, είτε ενισχύοντας, είτε μειώνοντας τη. Προσοχή, επίσης, χρειάζεται στην κατανάλωση λαχανικών. Να αποφεύγετε την υπερβολική κατανάλωση αυτών και να προσπαθείτε να τρώτε σταθερή ποσότητα καθημερινά.

Όσον αφορά στις εξελίξεις σχετικά με την αντιπηκτική αγωγή στην κολπική μαρμαρυγή, έχουν βρεθεί και δοκιμάζονται νέα φάρμακα που υπόσχονται τουλάχιστον τα ίδια, αν όχι καλύτερα, αποτελέσματα στην πρόληψη των έγκεφαλικών επεισοδίων σε σχέση με τα κλασικά αντιπηκτικά, με μικρότερο κίνδυνο αιμορραγιών. Τα νέα αυτά φάρμακα δρουν με διαφορετικό τρόπο σε σχέση με τα γνωστά αντιπηκτικά και δεν χρειάζεται ο άσθενής που θα τα λαμβάνει να υποβάλλεται στην ταλαιπωρία της συνεχούς μέτρησης του INR για τον καθορισμό της ημερήσιας δόσης. Ωστόσο, στην Αμερική υπάρχει σκεπτικισμός για τη χορήγησή τους, καθώς φαίνεται ότι προκαλούν παρενέργειες ιδίως από το σκόπι. Βρισκόμαστε, λοιπόν, σε στάδιο άναμνης για την εγκριση των νέων φαρμάκων.

Μέχρι όμως την ανακοίνωση των οριστικών αποτελεσμάτων, η προσοχή μας πρέπει να είναι μεγάλη και ο καρδιολόγος μας ενήμερος!



## Κέντρο Ύγείας Μετσόβου

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗΣ,

παιδίατρος, διευθυντής Κέντρου Ύγείας Μετσόβου

Το Μέτσοβο αποτελεί μία από τις πιο γραφικές και παραδοσιακές κωμοπόλεις της Ελλάδας. Είναι χτισμένο στις βουνοπλαγιές της Πίνδου, σε ύψομετρο 1.156 μ., σ' ένα τοπίο που στέκεται αναποφάσιστο ανάμεσα σε γη και ουρανό. Βρίσκεται 57 χιλ. ανατολικά των Ίωαννίνων και είναι πρωτεύουσα της ομώνυμης επαρχίας με 4.000 κατοίκους.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο πρώτος οικισμός υπήρξε εδώ τον 10ο π.Χ. αιώνα.

Πρώτες αναφορές στο Μέτσοβο γίνονται στο χρονικό των Ίωαννίνων του 13ου αιώνα μ.Χ.

Η θέση του αποτελεί κλειδί της πιο σημαντικής και εμπορικής διάβασης από την Ήπειρο στη Θεσσαλία μέσω της Κατάρας και στη Μακεδονία μέσω της Έγνατίας. Η ανάπτυξη του εμπορίου, καθώς και τα προνόμια που είχε αποκτήσει το Μέτσοβο επί τουρκοκρατίας, συντέλεσαν στην ανάπτυξη των γραμμάτων και των τεχνών φέρνοντας την πόλη στη μεγαλύτερη ακμή της τον 18ο και 19ο αιώνα.

Οι Μετσοβίτες μεγαλοεπιχειρηματίες στο εξωτερικό δεν ξέχασαν ποτέ τη γενέτειρά τους. Ήδειξαν την αγάπη τους προς το Μέτσοβο αναστηλώνοντας εκκλησίες και μοναστήρια, κρίζοντας σχολεία και δημιουργώντας μουσεία και κοινωνοφελή ιδρύματα.

Σήμερα το Μέτσοβο αποτελεί πόλο έλξης πολλών επισκεπτών και συνδυάζει με τρόπο θαυμαστό το πνεύμα της ελληνικής φιλοξενίας με τη διατήρηση του δικού του ιδιαίτερου χρώματος.

Το Μέτσοβο είναι σήμερα το μοναδικό ίσως χωριό στην Ελλάδα που έχει να επιδείξει τόσα αξιοθέατα: Το λαογραφικό μουσείο στο αρχοντικό Τσιτσά, την πινακοθήκη Έλληνων ζωγράφων του 19ου και 20ου αιώνα στην πινακοθήκη Αβέρωφ, τη Μονή του Αγίου Νικολάου με τις σπάνιες βυζαντινές αγιογραφίες, την αυτοκρατορική Μονή Βουτσάς, τις πολυάριθμες αναστηλωμένες εκκλησίες, τα όμορφα παραδοσιακά σπίτια, τα ανηφορικά καλντερίμια, τις μαγευτικές βόλτες, το χιονοδρομικό κέντρο, το τοπίο με τις ατέλειωτες βουνοκορφές. Όνομαστά είναι τα τυριά και τα κρασιά του Μετσόβου.

Το Κέντρο Ύγείας ιδρύθηκε το 1986. Το ιατρικό προσωπικό του αποτελείται από 3 γενικούς γιατρούς, 2 παιδίατρος, 2 οδοντίατρος, 1 μικροβιολόγο και 9 θέσεις ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, εκ των οποίων η μία στο Κέντρο Ύγείας και οι 8 σε ισάριθμα Περιφερειακά Ιατρεία.

Το Κέντρο Ύγείας καλύπτει υγειονομικά το δήμο Μετσόβου, το δήμο Έγνατίας, το δήμο Ανατολικού Ζαγορίου καθώς και την κοινότητα Μπλέας Μετσόβου με συνολικό πληθυσμό 12.000. Όλοι οι γιατροί συνεργάζονται άρμονικά σαν ένα σύνολο και καλύπτουν τις εφημερίες στο Κέντρο Ύγείας, το οποίο λειτουργεί σε 24ωρη βάση όλο το χρόνο.



Διαθέτει δυο ασθενοφόρα και υπηρετούν σ' αυτό τέσσερις οδηγοί, πέντε νοσηλεύτριες, μία επισκέπτρια, μία παρασκευάστρια μικροβιολογικού εργαστηρίου, ένας παρασκευαστής ακτινολογικού, δυο καθαρίστριες, δυο θυρωροί-κλήπτες, ένας συντηρητής και ένας διοικητικός υπάλληλος.

Σε τακτά χρονικά διαστήματα επισκέπτονται το Κέντρο Ύγείας ὀρθοπαιδικός και γυναικολόγος από το νοσοκομείο Χατζηκώστα των Ίωαννίνων.

Στην περιοχή ευθύνης του Κέντρου Ύγείας Μετσόβου λειτουργούν τρία γυμνάσια, ένα λύκειο, 1 τεχνικό λύκειο, 10 δημοτικά σχολεία, βρεφονηπιακός παιδικός σταθμός, νηπιαγωγεία, βρεφικός σταθμός του δήμου Μετσόβου, ΚΑΠΗ, εργοτάξια της ΕΓΝΑΤΙΑΣ Α.Ε.

Το Κέντρο Ύγείας από την έναρξη της λειτουργίας του καλύπτει όλη την περιοχή ευθύνης με έμβολιασμούς, αναπτυξιολογικό έλεγχο μαθητών, επιδημιολογικές έρευνες για λοιμώδη νοσήματα και οδοντιατρικά προληπτικά προγράμματα στα δημοτικά σχολεία με εξέταση των μαθητών.

Σε συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων Μετσόβου, Έγνατίας και Ανατολικού Ζαγορίου παρέχουμε κοινωνικές υπηρεσίες στο ΚΑΠΗ, στα σχολεία καθώς και σε άτομα που έχουν ανάγκη.

Οι επισκέψεις στα Ιατρεία το έτος 2004 ανέρχονται σε 14.514, έγιναν 1.200 ακτινογραφίες και 25.610 εργαστηριακές εξετάσεις.

Η προσπάθεια όλου του προσωπικού είναι η βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών και η αντιμετώπιση των επισκεπτών με περισσότερη ανθρωπιά.

Αυτόν το στόχο ευελπιστούμε να επιτύχουμε καθώς έχουμε την άμεριστη συμπαράσταση και το συνεχές και άοκνο ενδιαφέρον του διοικητού του Γενικού Νοσοκομείου Ίωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» κ. Γιάννη Γκερλέ και της διοίκησης γενικότερα, όπου υπάγεται το Κέντρο Ύγείας Μετσόβου. 🍎



## ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ

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



## Έπιτροπή Φίλων του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

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

## Το 9ο συνέδριο του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. για την «άθρωματική πλάκα και τους παράγοντες κινδύνου»

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Ν. ΣΠΑΝΟΣ**, καρδιολόγος της Εύρωκλινικής Άθηνών,  
σύμβουλος του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

Το 9ο Συνέδριο «Άθρωματικής πλάκας και παραγόντων κινδύνου» διοργανώνεται από το ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. στις 2 και 3 Δεκεμβρίου (Έθνικò Ίδρυμα Έρευνών, Άθήνα). Στο συνέδριο συμμετέχουν γιατροί και επιστήμονες διαφορετικών κατευθύνσεων, κομίζοντας έρευνητικά δεδομένα και απόψεις σχετικά με τους προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη της άθρωματικής πλάκας.

Η πρώτη πρωινή συνεδρία της Παρασκευής 2 Δεκεμβρίου είναι αφιερωμένη στην άθρωματική πλάκα. Ο κ. Γ. Άθανασόπουλος (Ώνάσειο Καρδιοχειρουργικό κέντρο) θα αναφερθεί στη συμβολή μεθόδων που εκτιμούν τη λειτουργική σημασία τυχόν στένωσης στις στεφανιαίες αρτηρίες και ο κ. Αν. Πολυδώρου (Γενικό Κρατικό Νοσ/μείο Νικαίας) στους τρόπους ανάμακτης απεικόνισης της άθρωματικής πλάκας στις καρωτίδες. Η συμβολή της στεφανιογραφίας στην αναγνώριση της εύαλτης άθρωματικής πλάκας αναλύεται από τον κ. Δ. Σιώνη (1ο Θεραπευτήριο ΙΚΑ), ενώ ο κ. L. Biasucci (Παν/μιο Ρώμης, Ίταλία) θα αναφερθεί σε παράγοντες που οδηγούν στη ρήξη της άθρωματικής πλάκας.

Η αύξηση των λιπιδίων του αίματος αποτελεί το θέμα της επόμενης συνεδρίας. Ο κ. Γ. Γκουμάς (Εύρωκλινική Άθηνών) διαπραγματεύεται τη συσχέτιση αρτηριακής υπέρτασης και «μεταβολικού συνδρόμου», ενώ ο κ. Δ. Ρίχτερ (Εύρωκλινική Άθηνών) αναφέρεται σε κάποιες λιγότερο συνηθισμένες παρενέργειες των στατινών, φαρμάκων ευρέως χρησιμοποιούμενων για την αντιμετώπιση των υπερλιπιδαιμιών. Τά γενετικά δεδομένα είναι το αντικείμενο δυο παρουσιάσεων, με τις οποίες ολοκληρώνεται η δεύτερη πρωινή συνεδρία. Η κ. An. Tybjaerg-Hansen (Παν/μιο Κοπεγχάγης, Δανία) αναφέρεται στη γενετική της ανάδρομης μεταφοράς της χοληστερόλης από τις αρτηρίες και ο κ. Bor. Nordestgaard (Παν/μιο Κοπεγχάγης, Δανία) στη γενετική της καρδιαγγειακής νόσου γενικότερα.

Η πρώτη απογευματινή συνεδρία της ίδιας ημέρας επικεντρώνεται στο σακχαρώδη διαβήτη, με την εισήγηση του κ. Ίωάν. Ίωαννίδη (Νοσ/μείο Άγ. Όλγα) η οποία αναφέρεται σε διαφοροποίηση του καρδιαγγειακού κινδύνου για διαφορετικές υποομάδες άσθενών και την εισήγηση του κ. G. Riccardi (Παν/μιο Νάπολης, Ίταλία) που άφορα στη σχέση της διαίτας με προδιαβητικά σύνδρομα. Η συσχέτιση αρτηριακής υπέρτασης και σακχαρώδους διαβήτη αναλύεται από τον κ. Θ. Μακρή (Λαϊκό Νοσ/μείο) και η συνεδρία ολοκληρώνεται με την ανάλυση της επίδρασης παχυσαρκίας και διαβήτη στο σύστημα όρμονών «ρενίνης-άγγειοτασίνης» από την κ. M. van Baak (Παν/μιο Μάαστριχτ, Όλλανδία).

Η τελευταία συνεδρία της πρώτης ημέρας είναι αφιερωμένη στην αρτηριακή υπέρταση. Ο κ. Κ. Τσιούφης (Ίπποκράτειο Γ.Ν.Α.) αναφέρεται στη μικρολευκωματινουρία, έναν πρώιμο δείκτη νόσησης, ενώ ο κ. Γ. Στεργίου (Παν/μιο Άθηνών, Σωτηρία) αναφέρεται σε συγκεκριμένες μορφές αρτηριακής υπέρτασης.

Η σχέση στεφανιαίας μικροαγγειοπάθειας και αρτηριακής υπέρτασης αποτελεί αντικείμενο της όμιλίας του κ. An. Salvetti (Παν/μιο Παβίας, Ίταλία). Η συνεδρία ολοκληρώνεται με την εισήγηση του κ. Β. Waeber (Παν/κό νοσοκομείο Λωζάνης - Έλβετία) με θέμα «stress και αρτηριακή υπέρταση».

Το Σάββατο 3 Δεκεμβρίου

συνέχεια στη επόμενη σελίδα ▶



# ΚΑΙ ΕΣΕΙΣ



## Το "μῆλο" και ἡ πρόληψη

Εἶμαι ἄντρας 49 ἐτῶν, με ὕψος 1,85 και συζίγω 120 κιλά. "Ἄκουσα πρόσφατα για τὸ θέμα «μῆλο ἢ ἀχλάδι» και εἶμαι σαφῶς "μῆλο", ἔχοντας τὴ μεγαλύτερη συγκέντρωση λίπους στὸ στομάχι. Κάνω καθιστική ζωή, διότι δουλεύω πολλές ὥρες. Εὐτυχῶς δὲν κάπνισα ποτέ. Μετρώντας τὴν πίεσή μου τοὺς τελευταίους μῆνες, διαπίστωσα ὅτι ἡ μεγάλη κυμαίνεται ἀπὸ 13,5-14,5 mg/Hg και ἡ μικρὴ εἶναι γύρω στὸ 9,5 mg/Hg. Ἐπίσης, ἡ μητέρα μου και ἡ μία ἀπὸ τὶς ἀδερφές μου ἔχουν ὑπέρταση. Ἡ χοληστερίνη μου, ἡ ὀλική, εἶναι 220. Ἐχω ἄρκετο stress ἀλλὰ δὲν ἔχω κοντινὸ συγγενῆ ποὺ νὰ πάσχει ἀπὸ καρδιά. Διατρέχω κίνδυνο και τί πρέπει νὰ κάνω;

**Γεωρ. Ψαρ.** - Ἀθήνα

Ἀσφαλῶς ὑστερεῖτε ἔναντι συνομηλικῶν σας με τὸ ἴδιο ὕψος ποὺ ἔχει φυσιολογικὸ βάρος. Ἐκεῖνος βαδίζει πιὸ ἐλεύθερα, οἱ ἀρθρώσεις του μπορεῖ νὰ μὴν ὑποφέρουν - ἰδίως τὰ ἰσχία, γόνατα και ἀστράγαλοι - και τὸ μυϊκὸ του σύστημα εἶναι καλύτερο λόγω περισσοτέρας ἀσκησης. Ἡ ἀναπνοή του εἶναι πιὸ ἐλεύθερη και πιθανὸν ρέχει λιγότερο τὴ νύχτα. Ἡ καθιστική ζωή σήμερα στὴν ἰατρική θεωρεῖται ἀσθένεια, ὅπως ἀκριβῶς και τὸ κάπνισμα, ποὺ εὐτυχῶς δὲν ἔχετε δοκιμάσει. Ὅμως εἶναι βέβαιο ὅτι ἡ πίεσή σας θὰ πέσει ἐντελῶς στὰ φυσιολογικά, δηλαδή στὸ 12 ἢ μεγάλη και στὸ 8 ἢ μικρὴ, ἐὰν ἀρξίσετε δίαιτα και ἀσκηση και χάσετε βάρος 7-10% τοῦ σημερινοῦ σας μέσα σὲ ἕνα χρόνο, δηλαδή νὰ φτάσετε στὰ 110 κιλά. Καὶ ἡ χοληστερίνη θὰ κατέβει ἔτσι κάτω ἀπὸ 180. Πρέπει, βέβαια, στὴ συνέχεια νὰ ἐπιμένετε στὴ δίαιτα και τὴν ἀσκηση ὥστε νὰ ἀγγίξετε τὸ ὄριο τοῦ φυσιολογικοῦ σας βάρους, τὸ ὁποῖο εἶναι 85-90 κιλά. Ἄν παραμείνετε στὸ σημερινὸ σας βάρος θὰ διπλασιαστοῦν οἱ πιθανότητες νὰ ἐκδηλώσετε καρδιακὸ ἢ ἐγκεφαλικὸ ἐπείσοδιο συγκριτικὰ με κάποιον συνομηλικὸ σας με φυσιολογικὸ βάρος. 🍏



συνέχεια ἀπὸ τὴν προηγούμενη σελίδα ἀρχίζει ἐπικεντρώνοντας στὴ σημασία τοῦ τρόπου ζωῆς. Τὸ ἐρώτημα τίθεται ἀπὸ τὸν κ. Εὐάγ. Πολυχρονόπουλο (Χαρακόπειο Παν/μιο, Ἀθήνα): «μπορεῖ ἡ μεταβολὴ τοῦ τρόπου ζωῆς νὰ σημαίνει και μεταβολὴ στὴν ἐπίπτωση τῶν καρδιαγγειακῶν νοσημάτων»; Ὁ ἐπιδημιολόγος κ. Δ. Παναγιωτάκος (Χαρακόπειο Παν/μιο, Ἀθήνα) κομίζει δεδομένα σχετικὰ με τὴν ἐπίδραση τῶν ψυχολογικῶν παραγόντων στὴν καρδιαγγειακὴ νόσο. Ὁ ρόλος τῆς φυσικῆς δραστηριότητας ἀποτελεῖ τὸ θέμα τῆς εἰσήγησης τοῦ κ. G. Fletcher (Παν/μιο Φλόριδας, Η.Π.Α.), ἐνῶ ὁ κ. D. Kromhout (Πανεπιστήμιο Wageningen, Ὀλλανδία) ἀναφέρεται στὴν ἐπιβίωση ἀσθενῶν με καρδιαγγειακὴ νόσο, ἀναλόγως τῆς διατροφῆς και γενικότερα τοῦ τρόπου ζωῆς.

Ἡ τελευταία συνεδρία εἶναι ἀφιερωμένη στὴν παιδικὴ παχυσαρκία, ἕνα θέμα ποὺ προκαλεῖ τὸ εὐρωπαϊκὸ και παγκόσμιο ἐνδιαφέρον και ἔχει ἀναδειχθεῖ στὴ χώρα μας χάρις σὲ πρωτοβουλίες τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. Ὁ κ. Γ. Ἀνδρικόπουλος (Νοσ/μεῖο Εὐαγγελισμός, Ἀθήνα), με συμβολὴ στὴν ἀνάδειξη τοῦ θέματος ὡς σύμβουλος τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ., ἀναλύει τὴ συσχέτιση τῆς παιδικῆς παχυσαρκίας με τὰ καρδιαγγειακὰ νοσήματα. Ὁ κ. Αν. Καφάτος (Παν/μιο Κρήτης) παρουσιάζει τὰ ἐπιδημιολογικὰ δεδομένα, ὥστε νὰ ἀναδειχθεῖ τὸ μέγεθος τοῦ προβλήματος στὴ χώρα μας, καθὼς και τὴ συσχέτισή του με τὴ διατροφή και τὴ φυσικὴ δραστηριότητα. Ἡ συνεδρία ὁλοκληρώνεται με τὴν παρουσίαση τῶν δεδομένων σχετικὰ με τὴν εὐεργετικὴ ἐπίδραση τῆς ἀσκησης στὴν ἀποφυγὴ νόσησης ἀπὸ σακχαρώδη διαβήτη ἀπὸ τὸν κ. Pet. Kokkinos (Παν/μιο Georgetown, Οὐάσινγκτον, Η.Π.Α.). 🍏

## ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

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

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

Δώστε σὲ γνωστούς και φίλους αὐτὸ τὸ ἀπαντητικὸ δελτίο γιὰ νὰ γίνουν συνδρομητῆς τοῦ περιοδικοῦ «**Στοὺς ρυθμοὺς τῆς καρδιάς**» ἢ ἀνοίξετε τὸ δρόμο κάνοντάς τους δῶρο τὴν πρώτη ἐτήσια συνδρομῆ. **ΚΑΙ ΜΗΝ ΞΕΧΝΑΤΕ ΝΑ ΑΝΑΝΕΩΣΕΤΕ ΤΗ ΔΙΚΗ ΣΑΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗ.**

ΟΝΟΜΑ.....ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....ΗΛΙΚΙΑ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΟΔΟΣ.....ΑΡΙΘ.....Τ.Κ.....

ΣΥΝΟΙΚΙΑ.....ΠΟΛΗ.....ΤΗΛ.....

Ἐχει κάποιο μέλος τῆς οικογένειάς σας καρδιολογικὰ προβλήματα; **ΝΑΙ**.....**ΟΧΙ**.....

Ἀποστείλατε τὴν ταχυδρομικὴ ἐπιταγή στὴ διεύθυνση τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ συμπληρώνοντας τὸ ποσό.

€ 15

€ 30

Υπογραφή.....

# οικονομικοί παλμοί

## Πλανήτης γή: χαρτογραφώντας τὸ θάνατο

ΓΑΛΗΝΗ ΦΟΥΡΑ, δημοσιογράφος

Οἱ καρδιαγγειακές παθήσεις, τὰ νεοπλάσματα καὶ οἱ ἀσθένειες φθορᾶς συνεχίζουν νὰ ἀπειλοῦν τὴν ἀνθρώπινη ζωὴ στὶς ἀνεπτυγμένες χώρες, πολὺ περισσότερο ἀπὸ τοὺς περιβαλλοντικούς κινδύνους, πού ἀποδίδονται στὴ ρύπανση καὶ τὶς τεχνολογικὲς ἐξελίξεις.

Στοὺς περιβαλλοντικούς αὐτοὺς κινδύνους, οἱ ὁποῖοι προέρχονται ἀπὸ τὴ ραδιενέργεια, τὰ κινητὰ τηλέφωνα, τὰ μεταλλαγμένα, τὰ διάφορα πρόσθετα στὰ τρόφιμα κλπ., ἔρχονται σήμερα νὰ προστεθοῦν καὶ οἱ εὐλογες ἀνησυχίες γιὰ τὸ ἐνδεχόμενο μιᾶς νέας πανδημίας ἀπὸ τὴ γρίπη τῶν πτηνῶν. Ὅσο ὅμως καὶ ἂν αὐτοὶ οἱ κίνδυνοι εἶναι ὑπάρκτοι δὲν ἀντικατοπρίζουν ὡς πρὸς τὶς συνέπειες, παρὰ ἓνα μικρὸ ποσοστὸ τῆς συνολικῆς νοσηρότητας καὶ θνησιμότητας τοῦ πληθυσμοῦ.

Σύμφωνα μὲ στοιχεῖα τῆς Παγκόσμιας Ὁργάνωσης Ὑγείας, τὰ ὁποῖα προέκυψαν ἀπὸ πολυάριθμες ἔρευνες, οἱ θάνατοι ἀπὸ νόσους τοῦ κυκλοφορικοῦ ἀντιπροσωπεύουν τὸ 50% περίπου τῶν θανάτων στὶς βιομηχανικὲς χώρες, τὰ νεοπλάσματα τὸ 20%, οἱ παθήσεις τοῦ ἀναπνευστικοῦ τὸ 5% καὶ τὰ τροχαῖα ἀτυχήματα τὸ 5%.

Ὁ πῶς σημαντικὸς παράγοντας ὑγείας στὶς μέρες μας ἀποδεικνύεται ἡ σωστὴ ἰσορροπημένη διατροφή, πλούσια σὲ φρούτα, λαχανικά καὶ φυτικά ἔλαια. Ἀπὸ τὰ 11 ἑκατομμύρια θανάτων πού σημειώθηκαν τὸ 2002 στὴν Εὐρώπη, τὴ Βόρεια Ἀμερική καὶ τὶς ὑπόλοιπες βιομηχανικὲς χώρες, τὰ τρία ἑκατομμύρια ὀφείλονταν σὲ παθήσεις τοῦ κυκλοφορικοῦ συστήματος λόγω ὑψηλῆς πίεσης τοῦ αἵματος ἐνῶ 2,3 ἑκατομμύρια θάνατοι ἀποδίδονται στὴν ὑψηλὴ χοληστερόλη.

Ἡ Π.Ο.Υ. χρησιμοποίησε μίαν σημαντικὴ στατιστικὴ ἔρευνα, ἡ ὁποία κατέγραψε δεδομένα ἀπὸ διάφορες ἐρευνητικὲς ἐργασίες γιὰ τὶς κυριότερες αἰτίες θνησιμότητας στὸν πλανήτη. Σύμφωνα μὲ αὐτὴν τὸ 2002 σημειώθηκαν 55 ἑκατομμύρια θάνατοι ἐκ τῶν ὁποίων τὸ 22% στὶς ἀνεπτυγμένες χώρες, μὲ κυριότερες αἰτίες:

- Ὑψηλὴ πίεση αἵματος: 7,14 ἑκατομμύρια θάνατοι,

ἐκ τῶν ὁποίων 3 ἑκατομμύρια στὶς ἀνεπτυγμένες χώρες.

- Κάπνισμα: 4,9 ἑκατομμύρια θάνατοι, ἐκ τῶν ὁποίων 2,5 ἑκατομμύρια στὶς ἀνεπτυγμένες χώρες.

- Ὑψηλὴ χοληστερόλη: 4,4 ἑκατομμύρια θάνατοι πού σχετίζονται μὲ μεγάλη κατανάλωση κρέατος καὶ παχυσαρκία.

- Χαμηλὸ βάρος σώματος: 3,75 ἑκατομμύρια θάνατοι, τὰ 3,5 σὲ χώρες πού ἀντιμετωπίζουν μεγάλα προβλήματα φτώχειας.

- Σεξουαλικῶς μεταδιδόμενα νοσήματα: 2,9 ἑκατομμύρια θάνατοι, πού αὐξήθηκαν μετὰ τὴν ἐπιδημία τοῦ AIDS πού μαστίζει τὴν Ἀφρική.

- Ἐλλειψη βιταμινῶν καὶ ἀντιοξειδωτικῶν λόγω ἀπουσίας φρούτων καὶ λαχανικῶν ἀπὸ τὸ καθημερινὸ διααιτολόγιο, 2,7 ἑκατομμύρια θάνατοι.

- Παχυσαρκία πού ἀποτελεῖ αἰτία ἀσθενειῶν φθορᾶς καὶ νεοπλασμάτων: 2,5 ἑκατομμύρια θάνατοι, τὸ 60% σὲ ἀνεπτυγμένες χώρες.

- Ἀπουσία φυσικῆς ἄσκησης: 1,9 ἑκατομμύρια θάνατοι ἀπὸ διαβήτη, ὀστεοπόρωση καὶ διάφορες μορφές καρκίνου σὲ ἄτομα τρίτης ἡλικίας καὶ νεότερα ἄτομα μὲ μειωμένη φυσικὴ δραστηριότητα.

- Οἶνοπνευματώδη ποτὰ: 1,8 ἑκατομμύρια θάνατοι ἀτόμων πού κατανάλωναν συστηματικὰ ἀλκοόλ.

Μεγάλος ἀριθμὸς θανάτων συνδέεται μὲ τὴν ποιότητα ζωῆς καὶ τὴ φτώχεια στὶς ἀναπτυσσόμενες χώρες: 1,73 ἑκατομμύρια θάνατοι ἀπὸ ἀκάθαρτο πόσιμο νερὸ, ἔλλειψη ὑγιεινῆς καὶ ἀποχέτευσης, 1,6 ἑκατομμύρια ἀπὸ τὴ χρῆση ξύλου καὶ βιομάζας γιὰ μαγείρεμα καὶ θέρμανση, 0,84 ἑκατομμύρια ἀπὸ ἔλλειψη σιδήρου, 0,77 ἀπὸ ἔλλειψη βιταμίνης Α καὶ 0,79 ἀπὸ ἔλλειψη ψευδαργύρου, λόγω κακῆς διατροφῆς.

Ἡ ἄστικὴ ἀτμοσφαιρικὴ ρύπανση εἶναι ὑπεύθυνη γιὰ 0,8 ἑκατομμύρια θανάτους, τὰ 3/4 τῶν ὁποίων συμβαίνουν σὲ μεγάλες πόλεις τῶν ἀναπτυσσόμενων χωρῶν.

συνέχεια στὴ σελ. 173 ▶



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Κοινωνικὸς Ἰδρυμα

Βασ. Σοφίας 133 - 115 21 Ἀθήνα

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

## Κρύο, καιρός για ὄσπρια

### «Ναπολεόν» με μαυρομάτικα φασόλια, παρμεζάνα και σως μυρωδικών

Υλικά για 4 μερίδες

200 γρ. μαυρομάτικα φασόλια  
1 φλ. ελαιόλαδο  
2 κουτ. τῆς σούπας βαλσάμικο ξίδι  
½ φλ. φρέσκα φύλλα βασιλικού, ψιλοκομμένα  
½ ματσάκι μαϊντανό, ψιλοκομμένο  
½ ματσάκι φρέσκα φύλλα μέντας ἢ δυόσμου, ψιλοκομμένα  
2 κλαράκια ἄνηθο, ψιλοκομμένα  
1 κουτ. τῆς σούπας μουστάρδα  
100 γρ. παρμεζάνα, τριμμένη  
ἄλατι καὶ πιπέρι.

**Ἐκτέλεση:** Μουλιάζουμε ἀπὸ τὸ βράδυ τὰ φασόλια σὲ κρύο νερό. Τὴν ἐπόμενη τὰ στραγγίζουμε, τὰ ξεβγάζουμε καλὰ καὶ τὰ βράζουμε σὲ μία κατσαρόλα, μὲ ἄφθονο νερό καὶ λίγο ἄλατι. Τὰ στραγγίζουμε καὶ τὰ ρίχνουμε σὲ ἓνα μεγάλο μπὸλ.

Ἐτοιμάζουμε τὴ σάλτσα μυρωδικῶν: ρίχνουμε στὸ μπλέντερ τὸ λάδι, τὰ βαλσάμικο ξίδι, τὸ μαϊντανό, τὸ βασιλικό, τὸ δυόσμο, τὸν ἄνηθο, τὴ μουστάρδα, ἄλατι καὶ πιπέρι, καὶ δουλεύουμε τὰ ὑλικά, μέχρι νὰ ἐτοιμάσουμε λεῖο μίγμα. Τοποθετοῦμε τὴ σως κατὰ μέρος.

Ἐτοιμάζουμε τὴν παρμεζάνα: ζεσταίνουμε ἓνα ἀντικαλληπτικό τηγάνι καὶ μόλις κἀμε σκορπίζουμε τὴν τριμμένη παρμεζάνα ὁμοιόμορφα, ὥστε νὰ καλύψει ὅλο τὸν πυθμένα. Τὴν ἀφήνουμε νὰ ψηθεῖ καὶ νὰ γίνει μία ἐνιαία «τηγανίτα» τὴν ὁποία, μόλις ροδίσει, τὴν ἀφαιρούμε ἀπὸ τὸ τηγάνι μὲ σπάτουλα. Τὴν ἀφήνουμε κατὰ μέρος νὰ κρυώσει ἐλαφρῶς καὶ τὴ σπᾶμε σὲ τέσσερα ἴσια- ὅσο τὸ δυνατόν- κομμάτια.

Ἐτοιμάζουμε τὸ «Ναπολεόν» ὡς ἑξῆς: Ἀρχικὰ ρίχνουμε τὴ μισὴ σάλτσα μυρωδικῶν στὸ μπὸλ μὲ τὰ φασόλια καὶ ἀνακατεύουμε καλὰ. Στὴ συνέχεια, τοποθετοῦμε σὲ πιάτο ἓνα κομμάτι τηγανισμένης παρμεζάνας καὶ πάνω του ἀπλώνουμε 1-2 κουταλιές φασόλια. Σκεπάζουμε μὲ παρμεζάνα καὶ ἐπαναλαμβάνουμε τὴ διαδικασία, ἐτοιμάζοντας μὲ αὐτὸ τὸν τρόπο "σάντουιτς", τὸ ὁποῖο νὰ τελειώνει μὲ παρμεζάνα. Περιχύνουμε τὸ «Ναπολεόν» μὲ τὴν ὑπόλοιπη σως μυρωδικῶν καὶ σερβίρουμε.

Ἡ συνταγὴ στὸ σύνολό της περιέχει:  
Θερμίδες: 2712 Kcal Πρωτεΐνες: 53 γρ.  
Λίπη: 260 γρ. Ὑδατάνθρακες: 49 γρ.  
Χοληστερόλη: 68 mgr.

### Ρεβίθια σιφνεϊκά στὴ γάστρα

Υλικά για 4 μερίδες

½ κιλό ἀποφλοιωμένα ρεβίθια  
1 μέτρια πατάτα  
2 καρότα, 1 πράσο, 1 ξερὸ κρεμμύδι  
½ φλ. ελαιόλαδο  
ἄλατι καὶ πιπέρι



τὸ χυμὸ ἀπὸ 1 λεμόνι  
1 ματσάκι ἄνηθο, ψιλοκομμένο  
1 κουτ. τῆς σούπας ἄλευρι ἢ κορν φλάουρ

**Ἐκτέλεση:** Μουλιάζουμε ἀπὸ τὸ βράδυ τὰ ρεβίθια σὲ κρύο νερό. Τὴν ἐπόμενη τὰ ξεβγάζουμε καλὰ καὶ τὰ ρίχνουμε σὲ μία πῆλινη, σιφνεϊκὴ γάστρα μὲ ἄφθονο, ἀλατισμένο νερό. Τὰ βράζουμε, ξαφρίζοντας τακτικὰ στὴν ἀρχή.

Μετὰ ἀπὸ ½ ὥρα προσθέτουμε τὰ κομμένα λαχανικὰ καὶ τὸ ελαιόλαδο καὶ συνεχίζουμε τὸ βράσιμο, μέχρι νὰ μαλακώσουν καλὰ τὰ ρεβίθια ἀλλὰ καὶ τὰ λαχανικὰ.

Στὸ μεταξὺ, σὲ ἓνα μπὸλ ρίχνουμε δύο ποτῆρια κρύο νερό, τὸ χυμὸ λεμονιοῦ καὶ τὸ ἄλευρι ἢ τὸ κορν φλάουρ. Ἀνακατεύουμε, μέχρι νὰ διαλυθεῖ ἐντελῶς τὸ ἄλευρι καὶ ρίχνουμε τὸ μίγμα αὐτὸ στὴν κατσαρόλα λίγα λεπτὰ πρὶν τὴν ἀποσύρουμε ἀπὸ τὴ φωτιά. Ἀνακατεύουμε γιὰ νὰ δέσει ἡ σούπα καὶ προσθέτουμε τὸν ψιλοκομμένο ἄνηθο. Σερβίρουμε ἀμέσως, συνοδεύοντας μὲ φρέσκο, χωριάτικο ψωμὶ καὶ λευκὸ κρασί.

Ἡ συνταγὴ στὸ σύνολό της περιέχει:  
Θερμίδες: 2349 Kcal Πρωτεΐνες: 58 γρ.  
Λίπη: 130 γρ. Ὑδατάνθρακες: 254 γρ.  
Χοληστερόλη: 0 mgr.



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 172

Περίπου 500.000 ἄνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο ἀπὸ μὴ ἀσφαλεῖς ἱατρικὲς ἐπεμβάσεις, κυρίως σὲ χώρες μὲ ἐλλιπῶς ὁργανωμένες ἱατρικὲς ὑπηρεσίες. Ἀκολουθοῦν ἄλλες αἰτίες ὅπως ἡ ἔκθεση σὲ καρκινογόνους οὐσίες στὸ ἐργασιακὸ περιβάλλον, (0,47 ἑκατομμύρια θάνατοι), τὰ ἐργατικά ἀτυχήματα, (0,31 ἑκατομμύρια, ἐκ τῶν ὁποίων τὸ 70% στὶς ἀναπτυσσόμενες χώρες), ἡ ρύπανση τοῦ ἀέρα, τοῦ νεροῦ καὶ τοῦ ἐδάφους ἀπὸ μόλυβδο (0,23 ἑκατομμύρια θάνατοι) καὶ ἡ χρῆση ναρκωτικῶν οὐσιῶν 0,2 ἑκατομμύρια θανάτους ἐτησίως. ❀

## Ἡ πυραμίδα τῶν φυσικῶν δραστηριοτήτων

**ΚΩΝ/ΝΟΣ ΒΟΛΑΚΛΗΣ, Ph.D., ΕΕΔΙΠ**

Τμήμα Ἐπιστήμης Φυσικῆς Ἀγωγῆς καὶ Ἀθλητισμοῦ,  
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Στις προηγμένες χώρες ἡ ἄσκηση ἐφαρμόζεται ὡς μέσο γιὰ τὴν πρόληψη ἀλλὰ καὶ τὴν καλύτερη θεραπευτική ἀντιμετώπιση πολλῶν νευρολογικῶν, μυοσκελετικῶν, καρδιαγγειακῶν καὶ μεταβολικῶν παθήσεων. Δυστυχῶς στὴ χώρα μας, στὴ μεταολυμπιακὴ ἐποχὴ, δὲ φαίνεται νὰ ἔχει γίνει συνείδηση ἡ καθοριστικὴ συμβολὴ πού ἔχει ἡ ἄσκηση στὴν πρόσπιση τῆς υγείας τοῦ ἀτόμου καὶ οἱ περισσότεροὶ τὴν συνδέουν μὲ τὴν σκληρὴ προπόνηση, τὰ μετάλλια, τὰ ρεκόρ καὶ τὸν πρωταθλητισμό. Πολλὸ λιγότεροι, βέβαια, εἶναι αὐτοὶ οἱ ὁποῖοι γυμνάζονται τακτικὰ στοχεύοντας στὸ νὰ μειώσουν τὸ βάρος τους, τὸ σάκχαρο, τὴν πίεση ἢ τὴ χοληστερόλη τους στὸ αἷμα.

Εἶναι λυπηρὸ νὰ διαβάσει κάποιος ὅτι στὶς ΗΠΑ περίπου 250.000 ἀπὸ τοὺς θανάτους πού συμβαίνουν ἐπισημῶς ἀποδίδονται στὴν ἔλλειψη συστηματικῆς ἄσκησης (δὲ γνωρίζουμε βεβαίως τὰ ἀντίστοιχα νούμερα γιὰ τὴν Ἑλλάδα). Γιὰ τὸ λόγο αὐτὸ τὰ τελευταῖα χρόνια οἱ εἰδηκοὶ ἔχουν δημιουργήσει τὴν πυραμίδα τῶν φυσικῶν δραστηριοτήτων (ἐμπνεόμενοι ἀπὸ αὐτὴν τῆς μεσογειακῆς διατροφῆς) ἔχοντας ὡς στόχο νὰ παρακινήσουν μεγάλα τμήματα τοῦ πληθυσμοῦ νὰ υιοθετήσουν ἕναν πιὸ ἐνεργητικὸ τρόπο ζωῆς.

Στὴ βάση τῆς πυραμίδας ὑπάρχουν ὀρισμένες καθημερινὲς συνήθειες τὶς ὁποῖες πρέπει νὰ υιοθετήσουμε καὶ νὰ ἐκτελοῦμε συχνὰ στὴ διάρκεια τῆς ἡμέρας προκειμένου νὰ αὐξήσουμε τὸ ἐπίπεδο τῆς φυσικῆς μας δραστηριότητας. Ἡ γενικὴ ἀρχὴ εἶναι νὰ μὴν ἀποφεύγουμε νὰ χρησιμοποιοῦμε τὸ σῶμα μας ἀλλὰ, ἀντιθέτως, νὰ τὸ ἐπιδιώκουμε. Σὲ ἕνα δευτέρω ἐπίπεδο θὰ πρέπει νὰ ξεκινήσουμε ἕνα πρόγραμμα ἄσκησης, τὸ ὁποῖο θὰ διεξάγεται συστηματικὰ (3-5 φορές τὴν εβδομάδα).



Δὲν ἔχει σημασία τὸ τί θὰ κάνουμε ἀλλὰ θὰ πρέπει νὰ ἐπιλέξουμε ἕνα ἄθλημα πού μᾶς ἀρέσει καὶ μᾶς ἐκφράζει καὶ στὸ ὁποῖο θὰ μείνουμε προσπλωμένοι γιὰ πολὺ καιρὸ. Θὰ πρέπει, ἐπίσης, στὸν ἐλεύθερο χρόνο μας, νὰ ἐκτελοῦμε διάφορες φυσικὲς δραστηριότητες, ἐνῶ θὰ πρέπει νὰ μειώσουμε, στὸν ἐλάχιστο δυνατὸ καὶ ἄκρως ἀπαραίτητο, τὸ χρόνο γιὰ τηλεόραση ἢ γιὰ χρῆση ἠλεκτρονικοῦ ὑπολογιστή. Μὲ αὐτὰ τὰ ἀπλὰ βήματα σίγουρα θὰ βελτιώσουμε τὴ φυσικὴ μας κατάσταση ἀλλὰ καὶ θὰ προσπύσουμε τὴν υγεία μας.

Συνοψίζοντας, θὰ πρέπει πάντα νὰ θυμόμαστε ὅτι ἡ ἄσκηση δὲν ἀφορᾷ μόνο τοὺς φαινομενικὰ «ὕγιεις» ἀλλὰ καὶ ὅσους ἀρκετοὺς παράγοντες κινδύνου ἢ ἔχουν ἐκδηλώσει κάποια χρόνια πάθηση. Ἐπίσης ὅτι δὲν εἶναι ποτὲ ἀργά γιὰ νὰ ξεκινήσει κάποιος νὰ ἀσκεῖται. Ἔχει βρεθεῖ ὅτι ἀκόμη καὶ ἄτομα τρίτης ἡλικίας πού ξεκίνησαν ἕνα πρόγραμμα ἄσκησης παρουσίασαν μειωμένη νοσηρότητα καὶ θνητότητα. Ἐχοντας στὸ νοῦ μας καὶ υιοθετώντας διὰ βίου τὴν πυραμίδα τῶν φυσικῶν δραστηριοτήτων μπορούμε βέβαια νὰ ἐλπίζουμε σὲ λιγότερες ἀσθένειες καὶ καλύτερη ποιότητα ζωῆς. 🍏

### Περιστσιακά

Μειώστε σημαντικὰ τὸ χρόνο τηλεθέας καὶ τοῦ ὑπολογιστή

### 2-3/εβδομαδιαίως

Ἐκτελεῖτε φυσικὲς δραστηριότητες στὸν ἐλεύθερο χρόνο σας (ψάρεμα, δουλειὰς κήπου, κ.ἄ.)

### 3-5/εβδομαδιαίως

Ἐκτελεῖτε ἀερόβιες ἀσκίσεις (περιπάτους, ποδήλατο, κολύμβηση, τρέξιμο κ.ἄ.)

### Καθημερινὰ

Αὐξήστε τὴ φυσικὴ σας δραστηριότητα μὲ κάθε εὐκαιρία (π.χ. χρησιμοποιεῖτε σκάλες ἀντὶ γιὰ τὸ ἀσανσέρ, χρησιμοποιεῖτε τὸ αὐτοκίνητο μόνο γιὰ ἀπαραίτητες μετακινήσεις)

## Τὰ ἀντιαρρυθμικά φάρμακα

**ΞΕΝΟΦΩΝ ΦΡ. ΚΩΣΤΕΑΣ**, καρδιολόγος,  
εργαστήριο επεμβατικής ηλεκτροφυσιολογίας και βηματοδότησης, νοσοκομείο "Ερρίκος Ντυνάν"

Σχεδόν όλα τα αντιαρρυθμικά φάρμακα έχουν τις ρίζες τους σε κάποια αρχαία παράδοση ή κυριολεκτικά σε ένα σκοτεινό δάσος των τροπικών. Είναι, άραγε, τυχαίο πως ή άτροπίνη, που είναι από τα πιο παλιά, ξεκίνησε την καριέρα της ως δηλητήριο;

Ό,τι γνωρίζουμε σήμερα για τη θεραπεία των αρρυθμιών, το μάθαμε πρώτα από τη φύση ή τους ίδιους τους ασθενείς μας. Αυτό, για παράδειγμα, έκανε ένας διάσημος καρδιολόγος της αρχής του εικοστού αιώνα, ο Βένκεμπαχ, που φρόντιζε έναν πολυταξιδεμένο Όλλανδό έμπορο στην εποχή της έλνοουσίας. Διαπίστωσε πως ή θεραπεία με κινό ηρεμούσε άμέσως τα φτερουγίσματα της καρδιάς. Τώρα, λοιπόν, χρησιμοποιούμε ένα φάρμακο της ίδιας οικογένειας, την κινιδίνη, για τη θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής.

Βέβαια, στις μέρες μας έχουμε πολύ καλύτερη αντίληψη για τις επιμέρους αρρυθμίες, αλλά και εξοικείωση με τα φάρμακα που είναι διαθέσιμα. Έτσι, θα χρησιμοποιήσουμε σοταλόλη όταν αυτή είναι πιο άποτελεσματική ή άμιοδαρόνη όταν τα υπόλοιπα φάρμακα άποτύχουν. Για τις πολύ δύστροπες αρρυθμίες μπορεί και να προτιμήσουμε τις λεγόμενες επεμβατικές θεραπείες, που γίνονται με καθετηριασμό ή έμφύτευση βηματοδοτών.

Άς δούμε το πρόβλημα από πρακτική σκοπιά τώρα. Το πιο βασικό σημείο που πρέπει να συγκρατήσουμε είναι πως έχει πλέον επικρατήσει μία κλιμακούμενη τακτική έναντι των αρρυθμιών. Με πιο άπλά λόγια, γίνεται μια προσπάθεια να άποφεύγονται τα πολύ δυνατά φάρμακα, και να προτιμάται το πιο άπλο σχήμα που είναι άποτελεσματικό, στην άρχη τουλάχιστον. Συνήθως, μ' αυτόν τον τρόπο, τα προβλήματα είναι λιγότερα, τα προβλήματα δηλαδή που άναπόφευκτα έμφανίζονται όταν κάποιος άσθενής παίρνει καθημερινά ένα φάρμακο. Και επειδή ή αντιαρρυθμική θεραπεία είναι μόνιμη, έφ' όρου ζωής σε πολλές περιπτώσεις, διαλέγουμε ό,τι πιο έλαφρο είναι διαθέσιμο.

Μερικές φορές το αντιαρρυθμικό φάρμακο που ταιριάζει περισσότερο μπορεί να είναι κάποιο που χρησιμοποιείται και για την υπέρταση μια και τα φάρμακα αυτής της οικογένειας είναι, σε γενικές γραμμές, πολύ καλά άνεκτα. Όταν όμως δεν άρκοϋν, τότε προσθέτουμε πιο δυνατά αντιαρρυθμικά, σπάνια όμως και' ευθείαν το πιο δυνατό. Άν δηλαδή ό γιατρός μας δεν δώσει ένα ισχυρό φάρμακο, είναι επειδή προσπάθει να βρει τη "χρυσή τομή" άνάμεσα στο άποτέλεσμα και τις άνεπιθύμητες παρενέργειες. Κι' αυτό ήα το κάνει για τη δική μας περίπτωση ξεχωριστά, γνωρίζοντας τις ιδιαιτερότητές της.


Είναι μια διαδικασία που συχνά διαρκεί μήνες, και θα πρέπει να είμαστε προετοιμασμένοι γι' αυτό. Μαζί με την προσεκτικά έπιλεγμένη αντιαρρυθμική θεραπεία, ξε-



κινά και ένα τυποποιημένο πρόγραμμα παρακολούθησης. Μερικές φορές χρειάζεται επανάληψη του καρδιογραφήματος, άλλοτε είναι άπαραίτητες ειδικές βιοχημικές εξετάσεις κάτι που εξαρτάται και από τον τύπο του φαρμάκου που παίρνουμε. Είναι πολύ σοδαίο να ακολουθήσουμε κατά γράμμα αυτό το πρόγραμμα, γιατί έτσι θα έχουμε το καλύτερο άποτέλεσμα.


Πρέπει, τέλος, να θυμόμαστε πως πολλά φάρμακα που χορηγούνται για άλλες ένδειξεις όπως τα άντιβιοτικά, για παράδειγμα, ή ακόμα οι άλοιφές και τα κολύρια έχουν έπίδραση στην ηλεκτρική λειτουργία της καρδιάς.

Όταν, ως ποϋμε, παίρνουμε σοταλόλη, μπορεί να είναι επικίνδυνο να άρχίσουμε θεραπεία με άντιβιοτικά του τύπου της έρυθρομυκίνης. Θα πρέπει λοιπόν να συμβουλευθούμε τον καρδιολόγο μας πριν από τέτοιες άλλαγές.

Το κλειδί της θεραπείας των αρρυθμιών είναι ή φροντίδα στη λεπτομέρεια, με όρθολογική χορήγηση φαρμάκων και προσεκτικά έπιλεγμένες παρεμβάσεις, όποτε αυτό είναι άπαραίτητο. 



συνέχεια από τη σελ. 166

την κατάδειξη της άνάγκης έμφύτευσης άπινιδιστί, ή όποια βελτιώνει σημαντικά την έπιβίωση. Τέλος, θα πρέπει να γίνεται έλεγχος με ειδικές υπερηχογραφικές τεχνικές για παρουσία κοιλιακού δυσσυχρονισμού, δηλαδή καθυστέρησης σύσπασης είτε μεταξύ των τοιχωμάτων της άριστερης κοιλίας >50-60 msec είτε μεταξύ της άριστερης και της δεξιάς κοιλίας >40msec. Στις περιπτώσεις αυτές και αν ό άσθενής έχει δύσπνοια έλαχίστης προσοθείας με χαμηλό κλάσμα εξώθησης <35% και εύρο QRS στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (>120 msec) ύπάρχει ένδειξη για έμφύτευση άμφικοιλιακού βηματοδότη, δηλαδή βηματοδότη με τρία καλώδια όπου βηματοδοτούνται και ή άριστερη και ή δεξιά κοιλία, γεγονός που βελτιώνει τόσο τα συμπτώματα όσο και την έπιβίωση. 

## Καρδιά μου μὴν ἀνησυχεῖς...

...Μετὰ ἀπὸ πολὺ ὥρα συζήτησης γιὰ τὴν ἐπεξήγηση τῶν λεπτομερειῶν τῆς ἐπέμβασης, τὰ παιδιά τῆς κυρίας Ἄννας κοίταξαν τὸ ἓνα τὸ ἄλλο καὶ μὲ ἓνα βλέμμα γεμάτο ἐρωτήματα ἀπευθύνθηκαν σὲ ἐμένα.

ἜΑνα καλά γιατρέ! Τὰ καταλάβαμε. Ἄλλά... ἡ καρδιά τῆς θὰ ἀντέξει;

Γιὰ περίπου τρία τέταρτα τῆς ὥρας συζητούσαμε πὼς γίνεται σήμερα μὴ ἐπέμβαση χολοκυστεκτομῆς. Πῶς, δηλαδή, ἀφαιρεῖται ἡ χοληδόχος κύστη, πὺ εἶναι γεμάτη πέτρες καὶ δημιουργεῖ προβλήματα στὴ μαμά, τὴν κυρία Ἄννα. Ἄλλά δὲν εἴχαμε βάλει στὴ συζήτηση τὴν καρδιά τῆς. Ἡ καρδιά τῆς κυρίας Ἄννας δὲν εἶχε πρόβλημα, ἦταν ὅμως μία καρδιά πὺ χτύπαγε γιὰ 82 χρόνια. Θὰ ἄντεχε, ἄραγε, μὴ τόσο μεγάλη, κατὰ τὴ γνώμη τῶν παιδιῶν τῆς, ἐπέμβαση; Καὶ δὲν εἶναι ἡ πρώτη φορὰ πὺ μὲ ρωτοῦν κάτι τέτοιο. Οἱ περισσότεροι αὐτὸ ἀναρωτιοῦνται, χωρὶς νὰ ἔχουν ἄδικο. Πράγματι, ἡ καρδιά εἶναι (γιὰ τὸν ὄργανισμό) τὸ κύριο ὄργανο πὺ θὰ καταπονηθεῖ τόσο κατὰ τὸ χειρουργεῖο ὅσο καὶ κατὰ τὴ μετεγχειρητικὴ ἀνάρρωση. Εἶναι ἡ ἀντλία πὺ θὰ στείλει ἐνέργεια σὲ ὅλα τὰ ὄργανα γιὰ νὰ λειτουργήσουν σὲ ἐντονότερους ρυθμούς, καὶ νὰ βοηθήσουν τὸ σῶμα νὰ ἀνταπεξέλθει σὺ stress τοῦ χειρουργεῖο.

Ἔπρεπε νὰ τοὺς δώσω μὴ ἀπάντηση. Μὴ πειστικὴ καὶ ταυτόχρονα ἱατρικὰ τεκμηριωμένη ἀπάντηση. Γύρισα πρὸς τὸ μέρος τοῦ γιου καὶ μὲ ἀπόλυτη συμπάθεια γιὰ τὴν ἀπορία του καὶ τὴν ἀγωνία γιὰ τὴ μητέρα του, τοῦ εἶπα:

«Μέχρι πρὶν ἀπὸ λίγα χρόνια ἡ ἐπέμβαση γιὰ τὴν ἀφαίρεση τῆς χοληδόχου κύστης γινόταν μὴ μία μεγάλη τομὴ πὺ ἔπιασε τὴ δεξιά μεριά τῆς κοιλίας. Ἔχεις δίκιο νὰ ἀναρωτιέσαι. Αὐτὴ ἡ τομὴ ἦταν πολὺ ἐπώδυνη καὶ ὑπέβαλε τὸν ὄργανισμό σὲ σημαντικὴ μετεγχειρητικὴ ταλαιπωρία. Ἡ καρδιά ζοριζόταν, κυρίως ἀπὸ τὸν πόνο πὺ προκαλοῦσε ἡ τομὴ, γιὰτὶ κόβονταν, ἐκτὸς ἀπὸ τὸ δέρμα καὶ τὸ λίπος, καὶ πολλοὶ μῦες. Ἡ διατομὴ τῶν μῶν προκαλεῖ τὴ μετεγχειρητικὸ πόνο. Σήμερα ἔχουν ἀλλάξει τὰ πράγματα. Ἡ χολοκυστεκτομή, ὅπως καὶ πολλὲς ἄλλες ἐπεμβάσεις, γίνεται λαπαροσκοπικά».

Τὴ θὰ πεῖ αὐτὸ γιατρέ; Ἐννοεῖτε μὴ laser; ρώτησε μὴ ἐνδιαφερόμενος ἡ κόρη τῆς κυρίας Ἄννας.

«Μὴν τὰ μπερδεύεις», τὴ «μάλωσα» χαμογελώντας. «Ἄλλο τὸ laser. Λαπαροσκοπικά θὰ πεῖ, ὅτι ἀπὸ τρεῖς πολὺ μικρὲς τομοῦλες -πὺ οἱ δυὸ δὲν εἶναι περισσότερο ἀπὸ 5 χιλιοστά καὶ ἡ τρίτη τὸ πολὺ 1 ἑκατοστό- μπο-



ροῦμε νὰ κάνουμε ὅλη τὴν ἐπέμβαση πὺ κάναμε παλιὰ ἀπὸ μὴ μία μεγάλη τραυματικὴ τομὴ. Καὶ ὄχι μόνο αὐτὸ! Ἡ ἐπέμβαση γίνεται πολὺ καλύτερα, πολὺ ἀσφαφέστερα, χωρὶς νὰ κάνουμε αἷμα καὶ μὴ καλύτερο ὀπτικὸ ἔλεγχο τῆς περιοχῆς, μὴ καὶ ἡ κάμερα πὺ χρησιμοποιοῦμε τὰ βλέπει ὅλα μὴ μεγένθυση. Μετὰ τὸ χειρουργεῖο δέ, ἡ μαμά δὲ θὰ πονάει καθόλου. Γιατὶ εἶναι τόσο μικρὸ τὸ τραῦμα, πὺ θὰ δεῖς ὅτι θὰ χρειαστοῦν ἐλάχιστα ἢ καὶ καθόλου παυσίπονα. Ἔτσι, ἡ καρδιά τῆς δὲ θὰ ἐπιβαρυνθεῖ, καὶ ἡ γενικὴ τῆς κατάσταση θὰ εἶναι συμτομότατα πάρα πολὺ καλή».

ἜΟ γιὸς μὴ κοίταζε μὴ ἀπορία.

Μὰ εἶναι δυνατόν γιατρέ; Καὶ πὼς θὰ μπορέσεις ἀπὸ αὐτὲς τὲς μικρὲς τομοῦλες νὰ βγάλης τὴ χολή;

«Μὴ σὲ ἀπασχολεῖ αὐτὸ καλέ μου», τοῦ ἀπάντησα. «Ἡ χολὴ βγαίνει πολὺ εὐκόλα ἀπὸ τὴν τομὴ πὺ κάνουμε σὺν ὄμφαλο. Ἄλλά αὐτὰ εἶναι λεπτομέρειες. Σημασία ἔχει ὅτι ἡ

μαμά δὲ θὰ ταλαιπωρηθεῖ καθόλου καὶ ἡ καρδιά τῆς δὲ θὰ χρειαστεῖ νὰ χτυπήσει δυνατότερα γιὰ νὰ μπορέσει νὰ ἀνταπεξέλθει. Καὶ νὰ ξέρεις ὅτι τὸ κύριο πρόβλημα γιὰ τὴν καρδιά μὴ ἀπὸ τὴν ἐπέμβαση εἶναι ὁ πόνος. Καὶ ἐμεῖς θὰ ἐξασφαλίσουμε ὅτι δὲ θὰ πονάει καθόλου. Ἐπιπλέον, ἡ παραμονὴ τῆς μαμᾶς σὺν νοσοκομεῖο δὲ θὰ ξεπεράσει τὲς 24 ὥρες, κάτι πὺ δὲ θὰ τὴν ἐπιβαρύνει οὔτε ψυχολογικά».

Μὴ κοίταξαν ὄλοι μὴ βλέμμα εὐχαρίστησης καὶ ἀπόλυτης ἱκανοποίησης.

ἜΑνα εἶναι ἔτσι γιατρέ, προχωράμε ἀμέσως!, εἶπε ὁ γιὸς ἐνθουσιασμένος.

Κανονίσαμε τὲς τελευταῖες λεπτομέρειες καὶ χαιρετήθηκε γιὰ νὰ ξανασυναντηθοῦμε σὺν κλινικῇ. 🍏

(Συνέχεια σὺν ἐπόμενο τεῦχος)