



ΣΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Τιμή πώλησης 0,01 €

ΤΟΜΟΣ 13
ΤΕΥΧΟΣ 150
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2004

Ἐν ἀρχῇ ... ΟΙΝΟΛΟΓΟΣ

ΧΑΡΙΤΩΝ ΑΝΤΩΝΑΚΟΥΔΗΣ, *ἀν. δ/ντὴς καρδιολογικῆς κλινικῆς Ἀσκληπιείου Βούλας*

Οἱ καλοκαιρινὲς διακοπὲς ἀφήνουν σὲ ὄλους μας ὀραῖες ἀναμνήσεις. Ἐγώ, φέτος, εἶχα τὴν εὐκαιρία νὰ γνωρίσω τὴν πανέμορφη Σάμο, τὴν Κυρὰ τῶν Ἀμπελιῶν κατὰ τὸ Γιάννη Ρίτσο. Πέρα, λοιπόν, ἀπὸ τὶς ἀπίθανες φυσικὲς ὀμορφιές (Βουρλιῶτες, Μανωλιῶτες, Τσαμαδοῦ, Κοκάρι, Ποτάμι, Πυθαγόρειο...), τὰ σημαντικότερα ἀρχαιολογικὰ μνημεῖα (ἀπὸ τὸν κοῦρο ἕως τὸ ἀπίστευτο ἐπίτευγμα-θαῦμα, ὅπως εἶναι τὸ εὐπαλίнейο ὄρυγμα) καὶ τὶς μνημὲς τόσων ἀρχαίων Ἑλλήνων προσωκρατικῶν φιλοσόφων (ἀπὸ τὸν Πυθαγόρα ὡς τὸν Ἀρίσταρχο) θὰ μοῦ μείνουν ἀξέχαστα καὶ τὰ ἀπίθανα κρασιά πού ἀπολαύσαμε στὶς ἐξόδους μας, ἀλλὰ καὶ πού δοκιμάσαμε στὴν ξενάγησή μας στὸν Οἰνοποικτικὸ Συνεταιρισμὸ στὸ Καρλόβασι. Τὰ ὑπέροχα σαμῳίτικα κρασιά ἔχουν κατακτίσει τὸν κόσμο ἀφοῦ ἐξάγονται ἀκόμη καὶ στὴ Γαλλία (5.000.000 μπουκάλια τὸ χρόνο) καὶ ἔχουν κατακτίσει καὶ τὸν Πάπα ἀφοῦ ἄκουσα ὅτι φτάνουν στὸ Βατικανό. Ἐκεῖ, στὸ Πυθαγόρειο, ἕνα βραδάκι "συνάντησα" σ' ἕνα ταβερνάκι μιὰ πολὺ φιλοσοφημένη ἐπιγραφή ... "Ἐν ἀρχῇ οἰνολόγος" (...κατὰ τὸ Ἐν ἀρχῇ ἦν ὁ Λόγος, τοῦ κατὰ Ἰωάννην Εὐαγγελίου). Δὲν μπόρεσα ὅμως νὰ μῶ, νὰ πῶ, νὰ δοκιμάσω ἔστω, τὴ γεύση τοῦ κρασιοῦ τοῦ μερακλή αὐτοῦ ταβερνιάρη οἰνολόγου, ἀφοῦ τραπέζι δὲν ὑπῆρχε (λόγω ... γερμανικῆς "κατοχῆς") κι ἔτσι κράτησα μόνο τὴν ἐπιγραφή τοῦ καταστήματος γιὰ τίτλο αὐτοῦ τοῦ ἄρθρου.

Πολλὰ, καλὰ καὶ ἄσχημα, ἔχουν γραφεῖ γιὰ τὸ κρασί. Ἐγώ, ὅμως, προκαταβολικὰ σὰς δηλώνω ὅτι θὰ συμφωνήσω ἀπόλυτα μὲ τὸ συγγραφέα πού ἔγραψε: «Ὅταν διάβασα τὰ διαβολικὰ πράγματα πού γράφονται γιὰ τὸ κρασί, ἐγὼ σταμάτησα τὸ διάβασμα!»

Γιὰ τὸ κρασί, ἔχω τὴν ἐντύπωση ὅτι σήμερα ὅλος ὁ κόσμος ξέρεῖ ὅτι τὸ λίγο (κυρίως τὸ κόκκινο) κρασί κάνει καλὸ στὴν καρδιά: «οἶνος εὐφραίνει καρδίαν ἀνθρώπου» λένε οἱ Ψαλμοὶ τοῦ Δαυὶδ (κεφ. 103, στίχος 15), «ὀλίγη οἶνον κῶ διὰ τὸν στόμακον καὶ τὰς πυκνάς σου ἀσθενείας» γράφει ὁ Ἀπόστολος Παῦλος στὴν πρὸς Τιμόθεον Ἐπιστολήν, «σίτω καὶ οἶνω ἐσθίριξεν Ἰσαὰκ τὸν Ἰακώβ» ἀναφέρεται στὴ Γένεση (κεφ. 27, στίχος 37). Ὅλοι, ἐπίσης, ξέρουν ὅτι ἡ κατάχρηση εἶναι ἐπικίνδυνη: «Μὴ μεθύσκεσθε οἶνω» λέει ὁ Παῦλος πρὸς Ἐφεσίους, «πολλοὺς ἀπόλεσε οἶνος» καὶ «οἶνος γυναῖκες ἀποστήσουσι καὶ συνετούς» διαβάζουμε στὴ Σοφία Σειράχ (κεφ. 31, στίχος 25).

Γιὰ πολλοὺς λόγους εἶναι σήμερα ἐπικαίρο νὰ θυμηθοῦμε τὰ καλὰ πού κάνουν ἕνα-δύο ποτηράκια κρασί κάθε μέρα καὶ ὅτι ἡ κατάχρηση ἢ ἡ οἰνοκατάνυξη, ἀκόμη καὶ μία φορὰ τὴν ἐβδομάδα, δὲν κάνει καλὸ καὶ εἶναι καὶ ἐπικίνδυνη (κίρρωση ἥπατος, διάφορες μορφὲς καρκίνου, ἀλκοολικὴ μυοκαρδιοπάθεια, τροχαία ἀτυχήματα εἶναι μερικὲς ἀπὸ τὶς σημαντικὲς "παρενέργειες" στοὺς βαρεῖς πότες).

Σήμερα, δέν μπορούμε νά κατηγορήσουμε τούς Γάλλους πού μέ τή μελέτη τού Nancy ύποστήριξαν ὅτι τὸ κρασί κάνει καλὸ καὶ πολλοὶ τότε θεώρησαν ὅτι ἦταν μία προπαγάνδα γιὰ τὰ γαλλικὰ κρασιά. Σὲ δυὸ πρόσφατα (Φθινόπωρο 2003) διεθνῶ συνέδρια γιὰ τὴν ἀθηροσκλήρωση καὶ τὴ στεφανιαία νόσο παρουσιάσθηκαν μελέτες ἀπὸ ὅλα τὰ μέρη τοῦ κόσμου πού ἐπιβεβαιώνουν τὰ ὀφέλη ἀπὸ τὸ λίγο ἀλκοὸλ καὶ μελέτες πού ἀπέδειξαν ὅλους τούς μηχανισμούς μέ τούς ὁποίους ἐπιτυγχάνεται ἡ εὐεργετικὴ του δράση στὴν καρδιά, κάτι πού ἔλειπε μέχρι σήμερα. Κάτι, ἐπίσης, πού ἔλειπε ἀπὸ τὴ διεθνή βιβλιογραφία ἦταν καὶ οἱ μεγάλες μελέτες θνητότητας πού νά ἀποδεικνύουν ὅτι πράγματι τὸ λίγο ἀλκοὸλ μειώνει καὶ τὴ θνητότητα, αὐξάνει τὴν ἐπιβίωση καὶ μακραίνει τὴ ζωὴ Σήμερα ἔχουμε τὰ ἀποτελέσματα τέτοιων μελετῶν.

Ἦδη ἀπὸ τὰ πρῶτα χρόνια τῆς μελέτης Framingham φάνηκε ὅτι περιορισμένη χρῆση ἀλκοὸλ μείωνε τὴ στεφανιαία νόσο καί, ἔτσι, καθιερώθηκε ἡ πεντάδα πού καθορίζει τὸν ὑγιεινὸ τρόπο ζωῆς (1. ὄχι κάπνισμα 2. ὄχι στὴν παχυσαρκία 3. διατροφή μὲ λίγα ζωικά λίπη, πλούσια σὲ ἴνες ἀπὸ φρούτα, λαχανικά 4. ἄσκηση καὶ 5. κατανάλωση τουλάχιστον ἑνὸς ποτοῦ τὴν ἡμέρα). Ἀκόμη καὶ ἄλλες παθήσεις ὅπως ἐγκεφαλικὴ, καρδιακὴ ἀνεπάρκεια, διαβήτης, ὀστεοπόρωση, λοιμώξεις, ἀπώλεια μνήμης καὶ νόσος Alzheimer ἐκδηλώνονται σπανιότερα σὲ ὅσους πίνουν ἓνα ποτὸ τὴν ἡμέρα. Ἴσως, μόνη ἐξαιρεση, εἶναι στὶς γυναῖκες καθὼς μερικὲς μελέτες ἀναφέρουν ὅτι ἓνα ποτὸ τὴν ἡμέρα ὀδηγεῖ, σὲ ὀρισμένες περιπτώσεις, πού ἴσως ὑπάρχει καὶ προδιάθεση, σὲ αὐξηση τῆς πιθανότητας ἐκδήλωσης καρκίνου τοῦ μαστοῦ. Φυσικὰ εἶναι εὐνόητο ὅτι ἡ κατάχρηση, εἰδικότερα στοὺς νέους, εἶναι ἐπικίνδυνη, εὐθύνεται γιὰ ἠπατικὴ κίρρωση καὶ κάποιες μορφὲς καρκίνου. Προσοχὴ χρειάζεται γιὰ νὰ μὴ γίνει κάποιος πότης, συστηματικὸς καὶ βαρῦς.

Ἐπάρχει ἐρώτημα ἂν ἔχει σημασία ἂν τὸ ἀλκοὸλ προέρχεται ἀπὸ μπύρα, κρασί ἢ ἄλλα ἀλκοολούχα ποτά.

Τὰ δεδομένα δέν εἶναι ἀπόλυτα σαφεῖ, ἀλλά, πάντως, μελέτες ἀπὸ Δανία καὶ Γαλλία δίνουν σημαντικό προβάδισμα στὸ κρασί, ἀφοῦ ἔχουν βρεθεῖ τὰ συστατικὰ τοῦ κρασιοῦ πού φέρνουν τὰ εὐεργετικὰ ἀποτελέσματα.

Ἡ καρδιοπροστασία πού παρέχει τὸ κρασί ὀφείλεται στὴν ἐπίδραση σὲ μοριακὲς, κυτταρικὲς καὶ ἀγγειακὲς λειτουργίες οἱ ὁποῖες ἀποδίδονται στὴ μεμονωμένη ἢ συνδυασμένη δράση διαφόρων συστατικῶν τοῦ κρασιοῦ (ὅπως τὸ ἀλκοὸλ καὶ οἱ πολυφαινόλες). Σήμερα ἔχουν βρεθεῖ ὅλοι οἱ μηχανισμοὶ μέ τούς ὁποίους δρᾷ εὐεργετικά τὸ κρασί καὶ εἶναι πολλοί:

- 1) αὐξάνεται ἡ HDL (καλὴ χοληστερόλη) καὶ μειώνεται ἡ ὀξειδωση τῆς LDL (κακὴ χοληστερόλη). Αὐτὸ εἶναι γνωστὸ ἀπὸ παλιά, αὐτὸ ὑποστήριξαν οἱ Γάλλοι, τὸ παραδέχονται σήμερα καὶ οἱ Ἀμερικανοί. Σύμφωνα μὲ στοιχεῖα τοῦ NHLBI τῶν Η.Π.Α., σὲ ἄνδρες πού δέν πίνουν καθόλου, ἡ HDL ἦταν 40 mg ἐνῶ στοὺς πίνοντες 1-4 ποτὰ ἦταν 45 καὶ στὶς γυναῖκες ἀντίστοιχα ἦταν 54 καὶ 61 mg,
- 2) μειώνεται ἡ δραστηριότητα τῶν αἰμοπεταλίων καὶ ἄλλων θρομβωτικῶν παραγόντων ὅπως ἰνωδογόνου, παράγοντος VII, TF ἐνῶ αὐξάνεται ἡ ἰνωδόλυση μὲ τελικὸ ἀποτέλεσμα τὴ μείωση τῶν θρομβωτικῶν ἐπεισοδίων,
- 3) βελτιώνεται ἡ λειτουργικότητα τοῦ ἐνδοθηλίου μέ τὴν αὐξηση τοῦ NO, πού σήμερα θεωρεῖται πολὺ βασικὸς παράγων στὴν παθολογία τῆς ἀθηροσκλήρωσης,
- 4) μειώνεται ὁ σχηματισμὸς ἀφρωδῶν κυττάρων στὰ πρῶτα στάδια ἀθηροσκλήρωσης,
- 5) ἔχει βρεθεῖ ἐπίδραση τῶν συστατικῶν τοῦ κρασιοῦ σὲ μοριακὸ καὶ γονιδιακὸ ἐπίπεδο μὲ ἀποτέλεσμα ἀντιαποπρωτική, ἀντιαυξητική καὶ ἀντισηχαιμικὴ δράση καὶ 6) τέλος, πολὺ σημαντικὴ θεωρεῖται καὶ ἡ ἐπίδραση σὲ φλεγμονώδεις παραμέτρους. Τὸ λίγο ἀλκοὸλ μᾶς κάνει πὺς κοινωνικὸς, μᾶς δίνει τὴν εὐκαιρία νὰ περάσουμε λίγες εὐχάριστες ὥρες, μειώνει τὸ ἄγχος.

Μικρὴ κατανάλωση κρασιοῦ συνδέεται μὲ μείωση στεφανιαίας νόσου κατὰ 20-50%, παρόμοια μείωση ἐγκεφαλικῶν ἐπεισοδίων, ἀλλὰ καὶ ὀλικῆς θνητότητας.

συνέχεια στὴ σελ. 159 ▶

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Ἑλληνικὸ Ἴδρυμα Καρδιολογίας
 Β. Σοφίας 133 - Τ. Κ. 115 21 - Τηλ.: (210) 6401477, 6450118, 6460522 - Fax: (210) 6401478
 E-mail=elikar@aias.gr <http://www.elikar.gr>

ΕΚΔΟΤΗΣ: Π. Τούτουζας
 ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Ἄθ. Πηλιπῆς
 ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΥΛΗΣ: Ντίκη Μακαρίου
 ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΥΛΗΣ: Βασίλειος Σπανάς
 ΥΠΕΥΘ. ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ: Alta Grafico AE - Τηλ.: (210) 2314359, 2318113 - Fax: (210) 2317705
 ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: Χ. Ἀντωνοακούδης, Γ. Γκουμάς, Σπ. Καρράς, Π. Κόκκινος, Ζ. Κυριακίδης,
 Ε. Παπαστεριάδης, Δ. Ρίχτερ, Β. Σπανάς, Δ. Σταμάτης, Δ. Χασιέρας,
 ΣΚΙΤΣΑ: Γαβριήλ Ψαρράς, καρδιολόγος
 ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Ἄ. Δαρμάρα, Μ. Δημακοπούλου, Γ. Καλλιούπη, Μ. Τούτουζα
 Ἐπιτρέπεται ἡ μερικὴ ἢ ὀλικὴ ἀναδημοσίευση ἄρθρων τοῦ περιοδικοῦ ἀρκεῖ νὰ ἀναφέρεται ἡ πηγὴ τους.

στην Ελλάδα... και τον κόσμο

Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Καρδιολογίας

ΙΩΑΝΝΗΣ Β. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ, διευθυντής καρδιολογικής κλινικής,
Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Από τις 27-31 Αυγούστου έγινε στο Μόναχο, το πανευρωπαϊκό συνέδριο καρδιολογίας με 19.182 συμμετέχοντες.

Στην τελετή έναρξης επισημάνθηκε η έκταση που έχει λάβει η καρδιαγγειακή νόσος, με διαστάσεις πανδημίας σε όλο τον κόσμο. Καθώς οι περισσότεροι παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα και η παχυσαρκία, μπορούν να προληφθούν, χρειάζεται να δοθεί μεγαλύτερο βάρος από τις κυβερνήσεις. Σημαντικά βήματα έγιναν από την Ισπανική προεδρία της ΕΕ (2002) και συνεχίστηκαν με επιτυχία από την Ιρλανδική προεδρία με τη νομοθέτηση απαγόρευσης καπνίσματος στο χώρο εργασίας.

Ένα από τα θέματα που συζητήθηκαν ήταν το πώς θα βοηθηθούν οι ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα. Στο παρελθόν οι καρδιολόγοι παρέπεμπαν τους ασθενείς τους σε ειδικά κέντρα. Σήμερα, έχουν αντιληφθεί ότι το νοσοκομείο όπου νοσηλεύεται κάποιος με οξύ καρδιακό επεισόδιο, είναι ο καταλληλότερος χώρος εκπαίδευσης μέσω της στενής επαφής με τον ασθενή. Επίσης, έχουν αναπτυχθεί δραστικά θεραπευτικά μέσα για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από την νικοτίνη. Παρουσιάστηκε ένα πολύ χρήσιμο έρωτηματολόγιο μέσω του οποίου ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να δει το βαθμό εξάρτησής του και το ποσοστό επιτυχίας διακοπής του καπνίσματος.

Συζήτηση έγινε σχετικά με πρόσφατες μελέτες για το ρόλο των άρχεγονων κυττάρων του μυελού των οστών σε αντιδιαστολή με τη χρήση των μυοβλαστών στην αναγέννηση του νεκρωμένου μυοκαρδίου μετά από έμφραγμα. Το 2001, έρευνες στο Παρίσι κατόρθωσαν να αναπαράγουν μεγάλες ποσότητες σκελετικών μυοβλαστών από ασθενή με καρδιακή ανεπάρκεια και να τα εμφυτεύσουν στην καρδιά του με επακόλουθη βελτίωση της λειτουργικής του κατάστασης. Η εμφύτευση των κυττάρων όμως απαιτεί χειρουργική επέμβαση. Η ίδια βελτίωση παρατηρήθηκε και σε 10 ακόμη ασθενείς που υποβλήθηκαν στη μέθοδο. Η ιδέα της χρήσης άρχεγονων κυττάρων του μυελού των οστών είναι ακόμη πιο



πρόσφατη. Οι έρευνες εισήγαγαν τα κύτταρα απ' ευθείας μέσω καθετήρων στα στεφανιαία αγγεία.

Οι υποστηρικτές των μυοβλαστών θεωρούν πλεονέκτημα της μεθόδου το ότι τα κύτταρα αυτά είναι εύκολα αναγνωρίσιμα, καλλιεργούνται και να αναπαράγονται σε μεγάλες ποσότητες ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην κλινική πράξη. Ωστόσο δεν έχουν τις ίδιες μηχανικές και ηλεκτρικές ιδιότητες με τα αυτόχθονα μυοκαρδιακά κύτταρα και δημιουργούν άρρυθμιγόνες εστίες. Από την άλλη, οι υποστηρικτές της δεύτερης μεθόδου θεωρούν ότι μόνο τα άρχεγονα κύτταρα του μυελού των οστών μπορούν να εξελιχθούν σε καρδιακό μυ,

είναι σαφώς πιο εύκολη ή εμφυτεύσή τους αφού δεν απαιτεί χειρουργική επέμβαση, ωστόσο μπορεί να εξελιχθούν και σε ινοβλάστες που θα προστεθούν στην ήδη υπάρχουσα ούλη του μυοκαρδίου αυξάνοντάς την. Απομένει να ολοκληρωθούν μελέτες σε εξέλιξη για να δούμε αν κάποια από τις μεθόδους θα έχει κλινική εφαρμογή.

Σε μία άλλη παρουσίαση, φάνηκε ότι οι έργενηδες κινδυνεύουν περισσότερο από αιφνίδιο καρδιακό θάνατο σε σχέση με αυτούς που ζουν μέσα σε οικογενειακό περιβάλλον και αυτό σχετίζεται με τον τρόπο ζωής (κάπνισμα, παχυσαρκία, αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, άκνη και

άδυναμία να καλέσουν σε βοήθεια όταν χρειαστεί και άδιαφορία στο να υποβάλονται σε τακτικό check-up).

Άλλη έρευνα μεταξύ ζευγαριών έλεγξε τον τρόπο συμπεριφοράς του ενός προς τον άλλο που νοσεί από καρδιακή νόσο με το πώς αντιμετωπίζει την ασθένειά του. Έτσι το 38% θεωρεί τη νόσο σαν ένα "καμπανάκι" για τροποποίηση τρόπου ζωής με λιγότερο stress και περισσότερη κοινωνικότητα. Το 42% θέτει νέα standards συμβίωσης, έτσι ώστε να προσαρμοστεί σε υγιεινότερη ζωή και αύξηση του χρόνου που αφιερώνουν ο ένας στον άλλο. Τέλος, το 21% αισθάνεται απογοητευση καθώς δεν νιώθει ότι μπορεί να προσαρμοστεί σε νέο τρόπο ζωής και θεωρεί ότι κινδυνεύει η σχέση τους.

Πρόσφατα δεδομένα, από μετα αναλύσεις μελετών σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, δείχνουν το οφε-



λος τής άσκησης όσον άφορά την έπιβίωση και μείωση τών νοσηλείων. Η τακτική φυσική δραστηριότητα όχι μόνο βελτιώνει την ποιότητα ζωής, τά συμπτώματα και την άνοχη στην άσκηση, αλλά και άναστρέφει τή φυσική πορεία τής νόσου, αύξάνοντας τó προσδόκιμο έπιβίωσης και κρατώντας τούς άσθενείς μακριά από τó νοσοκομείο. Μεγάλες μελέτες έχουν δείξει ότι τά παραπάνω μπορούν νά συμβούν προσαρμόζοντας σέ κάθε άσθενή ένα πρόγραμμα εξάσκησης άναλόγως τής βαρύτητας τής νόσου του (τύπος άσκησης - διάρκεια - συχνότητα και ένταση άσκησης). Η συμμόρφωση, όμως, του άσθενή στο πρόγραμμα είναι τó πιό δύσκολο, καθώς χρειάζεται εκπαίδευση και κίνητρα. Τó σημαντικότερο είναι νά άναπτυχθεί σχέση έμπιστοσύνης με τó γιατρό, στην όποία νά συμμετέχει και τó οικογενειακό περιβάλλον. Τέλος, ή δοκιμασία καρδιοαναπνευστικής κόπωσης είναι ένας πολú καλός τρόπος νά "δοκιμάσει" κάποιος τόν άσθενή του και νά φτιάξει τó πρόγραμμα πού τού ταιριάζει.

Τόσο ή Εύρωπαϊκή Καρδιολογική Έταιρεία όσο και ή Εύρωπαϊκή Έταιρεία Μελετών του Διαβήτη, άναγνωρίζουν τά όλο και στενότερα διαχωριστικά όρια μεταξύ ίσχαϊμικής νόσου και διαβήτη και δίνουν βάρος στην άναγνώριση του μεταβολικού συνδρόμου τó όποιο έχει άναγνωριστεί ως πρόδρομος τών πιό πάνω άσθενειών. Κάθε μία από τις σχετιζόμενες με τó μεταβολικό σύνδρομο καταστάσεις (ύπερτριγλυκεριδαμία, χαμηλά ποσοστά HDL χοληστερόλης, ύψηλή άρτηριακή πίεση, διαταραγμένη άνοχη γλυκόζης και κοιλιακή παχυσαρκία), άποτελούν άνεξάρτητο παράγοντα κινδύνου αλλά δρώντας συνεργικά πολλαπλασιάζουν τόν κίνδυνο άνάπτυξης καρδιακής νόσου και διαβήτη. Η αύξηση του κινδύνου είναι ιδιαίτερα δραματική στις γυναίκες οί όποιες έχοντας διαβήτη και μεταβολικό σύνδρομο, χάνουν τó συγκριτικό πλεονέκτημα έναντι τών άνδρών, για την άνάπτυξη στεφανιαίας νόσου.

Σήμερα οί ειδικοί, έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι ένας άριστος δείκτης για την ύπαρξη, πιθανώς μεταβολικού συνδρόμου είναι ή μέτρηση τής περιφέρειας τής μέσης, τó όποιο ταιριάζει πιό πολú με τó Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), αλλά ταυτόχρονα εκτιμά ποσοτικά τόν σπλαγχνικό λιπώδη ιστό πού σχετίζεται ίσχυρότερα με κίνδυνο για την ύγεια. Έτσι ή Παγκόσμια Όργάνωση Υγείας έχει όρίσει ότι ή περιφέρεια μέσης >80 cm για τις γυναίκες και >95 cm για τούς άνδρες σχετίζεται με αύξημένο κίνδυνο για την ύγεια. Επίσης, έχει καταλήξει ότι άτομα με ΔΜΣ μεταξύ 25-30 πρέπει νά μετρούν τακτικά την περιφέρεια μέσης και αν ξεπερνούν τά επιτρεπτά όρια, τότε νά υποβάλλονται σέ έλεγχο πλήρη για μεταβολικό σύνδρομο. Η θεραπεία του μεταβολικού συνδρόμου πρωταρχικά εστιάζεται σέ τροποποίηση του τρόπου ζωής, πού περιλαμβάνει άπώλεια βάρους, σωστή διατροφή και προγράμματα σωματικής άσκησης.

Σημαντικό ρόλο, βέβαια, σέ αυτό πρέπει νά αναλάβουν οί κυβερνήσεις των κρατών προάγοντας ύγιεινότερους τρόπους ζωής (π.χ. διευκολύνοντας τή χρήση ποδηλάτων ή δίνοντας κίνητρα νά πηγαίνει κάποιος στη δουλειά του με τά πόδια ή δημιουργώντας περισσότερα κέντρα άθλησης). Αν δέν συμβεί κάτι τέτοιο σύντομα,

θά βλέπουμε όλο και περισσότερους νέους ανθρώπους με διαβήτη και καρδιακή νόσο.

Σημαντικές μελέτες πού παρουσιάστηκαν

RIO-EUROPE: Σχεδιάστηκε νά μελετήσει τó ρόλο του rimonabant, (νέος φαρμακευτικός παράγοντας πού δρώ άναστέλλοντας τόν ύποδοχέα CB1 του endocannabinoid system, πού τó τελευταίο πιστεύεται ότι παίζει ρόλο στη ρύθμιση τής προσλαμβανόμενης τροφής από τόν όργανισμό) στην έλάττωση του σωματικού βάρους, στη διατήρηση του έπιθυμητού σωματικού βάρους και τή βελτίωση τών σχετιζόμενων με την παχυσαρκία παραγόντων κινδύνου όπως ó διαβήτης και ή ύπερλιπιδαιμία.

MELETH INTER HEART: Γνωρίζοντας ότι οί παράγοντες κινδύνου για καρδιακή νόσο είναι κοινοί σέ όλο τόν κόσμο άνεξαρτήτως έθνικότητας, μετά από έργασία 10 έτών, οί έρευνητές τής μελέτης κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ή συντριπτική πλειοψηφία τών έμφραγμάτων του μυοκαρδίου μπορεί νά προληφθεί μέσω έννεα εύκολα μετρήσιμων παραμέτρων (κάπνισμα, διαβήτης, ύπέρταση, κοιλιακή παχυσαρκία, stress, έλλειψη καθημερινής κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών χωρίς σημαντική άσκηση, αύξημένοι δείκτες λιπιδίων αίματος και έλλειψη κατανάλωσης μικρών -κανονικών- ποσοτήτων άλκοόλ).

Η μελέτη δείχνει ότι περισσότερο από τó 90% τών όξέων έμφραγμάτων του μυοκαρδίου μπορεί νά προβλεφθούν άνεξαρτήτως φύλου, ηλικίας και έθνικότητας καθότι οί παράγοντες πού τά προκαλούν είναι όλοι τροποποιήσιμοι. Είναι μία από τις μεγαλύτερες για τούς παράγοντες κινδύνου άφου περιέλαβε 15000 έμφραγματίες και τούς συνέκρινε με 14500 ύγιεις ίδιας ηλικίας, από όλες τις ήπειρους.

MELETH ICTUS: Έκπληξη προκάλεσε τó συμπέρασμα τής μελέτης αυτής, ή όποία σύγκρινε την έκλεκτική με την πρώιμη έπεμβατική αντιμετώπιση τών έμφραγμάτων χωρίς άνάσπαση του ST με θετική τροπονίνη. Η μελέτη δέν έδειξε στατιστικώς σημαντική διαφορά όσον άφορά τó τελικό άποτέλεσμα (έπαναστένωση, νέο έμφραγμα) μεταξύ αυτών πού ύποβλήθηκαν πρώιμα σέ άγγειοπλαστική ή χειρουργείο και αυτών πού άρχικά σταθεροποιήθηκαν φαρμακευτικά και αντιμετώπιστηκαν σέ δεύτερο χρόνο.

JUMBO -TIMI 26: Σχεδιάστηκε για νά μελετήσει τó ρόλο τής νεότερης θειονουριδίνης Prasugrel στην πρόληψη τών άνεπιθύμητων έπεισοδίων από θρόμβωση στη διάρκεια PCI αλλά και μετά (μείζονα καρδιακά συμβάματα: θάνατος, έμφραγμα, άγγειακό έγκεφαλικό έπεισόδιο, έπιμένουσα ίσχαϊμία), φαίνεται ότι είναι καλύτερη από την κλοπιδογρέλη έπειδή δέν άναπτύσσει άνοχη και έχει ταχύτερη έναρξη δράσης.

EURO HEART SURVEY ON DIABETES: Άποτελεί άνασκόπηση από 110 κέντρα σέ 25 χώρες και μελέτησε την έπίπτωση τής έπηρεασμένης γλυκαιμικής ρύθμισης μεταξύ ένηλικών με στεφανιαία νόσο, τó πώς αντιμετώπιζονται αυτοί οί άσθενείς και ποιά είναι ή πρόγνωση αυτών σέ σχέση με τούς νορμογλυκαιμικούς. 🍏

Ἀπὸ τὴν ἱστορία τῆς καρδιολογίας.

ΠΑΥΛΟΣ Κ. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ, καθηγητῆς - διευθυντῆς ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

Συνέχεια ἀπὸ τὸ τεῦχος Αὐγούστου

16ος-17ος αἰ.

Τὸ 16ο αἰώνα, ἔχουν ἀναφερθεῖ περιστατικά περι-καρδίτιδας καὶ ἀρτηριακῶν ἀνευρυσμάτων στὰ ὁποῖα περι-λαμβάνεται καὶ τὸ ἀνεύρυσμα τῆς ἀορτῆς. Οἱ περι-γραφές ἔχουν τὴν παθολογοανατομικὴ ἀπόδειξη καὶ ἡ σύφιλις διαπιστώνεται ὡς αἰτία ὀρισμένων ἀορτικῶν ἀνευρυσμάτων. Ὁ Leonardo da Vinci θὰ ἀπεικονίσει τὴν ἀρτηριακὴ ἀθηρωμάτωση, ὅπως τὴν ξέρουμε σήμερα, μὲ ἀνατομικὸ σχέδιο σὲ ἠλικιωμένο.

Τὸ 17ο αἰώνα σημαντικὴ θὰ εἶναι ἡ πρόοδος στὴν ἀνατομία καὶ στὴν κλινικὴ. Νέα ἐκπαιδευτικὰ κέντρα, μετὰ τὴν Ἰταλία, ἐμφανίζονται στὴν Εὐρώπη, ἰδιαίτερα στὴ Γαλλία καὶ τὴν Ἀγγλία. Ὁ Ercole Sassonia (1551-1607) ἀπὸ τὴν Πάντοβα ἀναφέρεται σὲ περι-στατικὸ μὲ καρδιακὸ block καὶ σημειώνει ὅτι ἡ σπανιότητα τῶν σφυγμῶν (μεγάλη βραδυκαρδία) ἀποτελεῖ σοβαρὴ διαταραχὴ τῆς καρδιακῆς λειτουργίας μὲ κακὴ πρόγνωση.

Ὁ Marcello Malpighi (1628-1694), κι αὐτὸς ἀπὸ τὴν Πάντοβα, εἶναι ἐκ τῶν πρώτων ἐρευνητῶν στὴν περιγραφὴ θανατηφόρου θρομβολυτικῆς νόσου.

Ἄλλοι γιατροὶ ἀναφέρονται σὲ ἀσθενεῖς μὲ πόνο στὸ στήθος, οἱ ὁποῖοι μὲ τὶς σημερινές γνώσεις, ἔχουν στεφανιαία νόσο, σπληνάγκη ἢ ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου. Ἀκόμη, περιγράφεται ἀσθενὴς μὲ μεγάλη ἀνεπάρκεια τῆς ἀορτῆς καὶ κατὰ τὴν παθολογοανατομικὴ ἐξέταση ὁ Harvey δίνει τὸν ὄρο cordis bonis, ὁ ὁποῖος παραμένει μέχρι σήμερα προκειμένου νὰ τονίσει τὴ μεγαλοκαρδία.

Ἀπὸ κλινικῆς πλευρᾶς σπουδαῖο γεγονός εἶναι ἡ ἔκδοση τοῦ πρώτου καρδιολογικοῦ συγγράμματος ἀπὸ τὸ Richard Lower, τὸ 1669 στὸ Λονδίνο. Ἔρχεται δεύτερο στὴ σειρά μετὰ τὸ κορυφαῖο ἐπίτευγμα, τὸ «περὶ καρδίας καὶ κυκλοφορίας αἵματος» βιβλίον - σταθμὸ τοῦ Harvey (1628). Ἐντυπωσιακὴ εἶναι ἡ περιγραφὴ τῆς ὑγρᾶς περικαρδίτιδας ὡς καὶ ἄλλης περιπτώσεως περι-καρδίτιδος, ἡ ὁποία σὲ γυναῖκα ἠλικίας 30 ἐτῶν εἶναι θανατηφόρος μὲ ὅλα τὰ κλινικὰ σημεῖα τῆς συμπτωσιακῆς μορφῆς τῆς νόσου. Στὸ βιβλίον αὐτὸ ἀναφέρονται ἀρτηριακές καὶ φλεβικὲς θρομβώσεις, οἱ κίρσοι, καὶ μάλιστα συνιστᾶται γυμναστικὴ γιὰ τὴν πρόληψη φλεβικῆς θρόμβωσης σὲ κατακεκλιμένα ἄτομα. Στὸ σύγγραμμα αὐτοῦ τοῦ Lower ἐπισημαίνεται καὶ ἀναφέρεται ἡ παθοφυσιο-

λογία τῶν ἀδένων καὶ τονίζεται ὅτι ἡ συγκοπικὴ κρίση καὶ λιποθυμία γενικὰ εἶναι πρόβλημα παροχῆς αἵματος στὸν ἐγκέφαλο. Ἀπὸ τὴν ἐποχὴ ἐκείνη γεννᾶται ἡ σκέψη γιὰ μετάγγιση αἵματος.

Μεγάλο ὄνομα στὴν καρδιολογία εἶναι ὁ Raymond Vieussens (1641-1715), ὁ ὁποῖος ἔκανε 560 παθολογοανατομικὲς μελέτες σὲ ἀνθρώπους μέσα σὲ δέκα χρόνια καὶ μίλησε γιὰ πολλὰ παθήσεις. Ἐντυπωσιάζει ἡ ἀναφορά του σὲ πάσχοντα ἀπὸ ἀσβεστωμένη στένωση μιτροειδοῦς. Περιγράφει ὅτι ὑπέφερε πολὺ, αἰσθανόταν τὸ κεφάλι ζεστό, εἶχε αὔξηση τοῦ ἀριθμοῦ τῶν σφύξεων καὶ παρουσίαζε κινητικότητα τῶν φλεβῶν στὸν τράχηλο. Ὁ

σφυγμὸς ἦταν ἀδύναμος καὶ ἄνισος καὶ τὰ χεῖλη κυανωτικὰ καὶ τὰ μάτια βαθουλὰ. Ὁ Vieussens λέει ὅτι «ὁ ἀσθενὴς πέθανε καὶ τὸν ἄνοιξα. Βρῆκα πολὺ ὀρώδες ὑγρὸ στὴ θωρακικὴ κοιλότητα, ἡ δεξιὰ κοιλία καὶ ὁ ἀριστερὸς κόλπος ἦταν πολὺ διατεταμένοι. Ἡ βαλβίδα τῆς μιτροειδοῦς ἦταν σκληρὴ σὰν «κόκαλο». Ὁ Vieussens θὰ μιλήσει καὶ γιὰ τὴ στένωση ἀορτῆς.

18ος-20ος αἰ.

Ἀπὸ τὸ 18ο αἰώνα καὶ ἐντεῦθεν χρησιμοποιεῖται τὸ μικροσκόπιο, ποῦ ἐφευρέθηκε ἀπὸ τὸν Ὁλλανδὸ Anthony van Leeuwenhook (1632-1723).

Μὲ αὐτὸ ἄρχισαν καὶ οἱ γνώσεις μας γιὰ τὰ κύτταρα. Ὁ Leeuwenhook παρατηροῦσε ἕνα ἀντικείμενο μὲ τὸ φακὸ ὑπὸ καλὸ φωτισμὸ καί, μὲ ἐνίσχυση ἀπὸ τὴ μωψία του, δέκρινε πολὺ-πολὺ μικρὰ «ζωάκια», τὰ ὁποῖα ἦταν πιθανὸν βακτηρίδια καὶ πρωτόζωα. Ἀργότερα ὁ Leeuwenhook ἔφτιαξε τὸ μικροσκόπιο μὲ χρῆση σύνθετου φακοῦ ποῦ μεγέθυνε τὸ ἀντικείμενο κατὰ 270 φορές. Στὶς ἀρχές τοῦ 1800 οἱ Matthias Schleiden καὶ Theodor Schwann παρατήρησαν ὅτι ὁ ζωϊκὸς ἴστος ἀποτελεῖται ἀπὸ κύτταρα. Ἔτσι ἀρχίζει ἡ ἐποχὴ τῆς κυτταρικῆς βιολογίας, γιὰ τὰ ἐπόμενα 200 χρόνια, μὲ κορυφαίους δασκάλους τοὺς Rudolf Virchow, Ludwig Aschoff καὶ Carl Rokitansky. Εἰσάγονται μικροσκοπία μὲ φωτισμὸ, ἀναπτύσσονται μέθοδοι προπαρασκευῆς τοῦ ὑπὸ ἐξέταση ἴστου καί, ἔτσι, βαθμιαία γίνεται δυνατὴ ἡ διάκριση τῆς δομῆς τοῦ κυττάρου. Πάντως ἡ πλούσια ὑποδομὴ τοῦ κυττάρου θὰ ἀρχίσει νὰ μελετᾶται ἀπὸ τὴ δεκαετία τοῦ 1930, μὲ τὴν ἐφεύρεση τοῦ πρωτόγονου ἠλεκτρονικοῦ μικροσκοπίου ἀπὸ τὸν Ernst Ruska, μὲ τὸ



Ὁ Ἴπποκράτης αὔριο.

ΜΙΧΑΗΛ Ν. ΖΑΪΡΗΣ, MD, PhD, καρδιολόγος

ΣΤΑΜΑΤΗΣ Σ. ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗΣ, MD

Ἡ ἵπποκρατική ἱατρική προϋποθέτει ἀνθρωποκεντρική προσέγγιση κάθε νοσηρῆς κατάστασης. Ἔτσι, στὴν τριμερῆ σχέση ἀσθενοῦς - ἀσθένειας - ἱατροῦ, τὸν πρωταρχικό ρόλο κατέχει ὁ ἀσθενής. Ἀναγνωρίζεται ἀσφαλῶς ὅτι ἡ ἀσθένεια διέπεται ἀπὸ φυσικούς νόμους, οἱ ὁποῖοι πρέπει νὰ μελετῶνται, ἡ ἔμφαση ὅμως δίνεται ξεκάθαρα στὸν ἄνθρωπο ὡς ἐνιαία ψυχοσωματική ὄντοτητα πού πρέπει νὰ ἐρευνᾶται στὸ σύνολό της.

Ἡ σύγχρονη ἱατρική φροντίδα, βέβαια, ἔχει πάψει ἀπὸ καιρὸ νὰ ἀποτελεῖ ὑπόθεση ἐνὸς ἱατροῦ καὶ ἐνὸς ἀσθενῆ. Ἡ ἐπιβεβλημένη ἐξειδίκευση προσφέρει δικαιολογία γιὰ ἀποσπασματικές θεωρήσεις πού συχνὰ ἀφήνουν τὸν ἀσθενῆ μὲ ἄλυτο τὸ πρόβλημά του, παρὸτι ἔχει ἀπευθυνθεῖ σὲ μία σειρά εἰδημόνων. Ἡ τριμερῆς ἵπποκρατική σχέση παραβιάζεται καὶ ἀπὸ τὴν παρεμβολή της -ἀναμφίβωλα ἀνεπτυγμένης- ἱατρικῆς τεχνολογίας. Τὰ διαγνωστικά καὶ θεραπευτικά ἐργαλεῖα ἔχουν τέτοια ποικιλία καὶ ἰσχύ πού ὁ ἱατρὸς συχνὰ ἀφ' ἐνὸς ἀναλώνεται στὴν ἐκμάθησή τους, ἀφ' ἐτέρου ὑπερβάλλει στὴ χρήση τους, ξεχνώντας ὅτι ἀφετηρία κάθε ἱατρικῆς προσέγγισης εἶναι ἡ κλινικὴ εἰκόνα.

Εἶναι ὅμως αὐτὴ ἡ παρέκκλιση ἀπὸ τὴς ἵπποκρατικῆς ἀντιλήψεις ἀναπόδραστη ἐξέλιξη τῆς σύγχρονης ἱατρικῆς; Ἄν ἐπιχειρήσουμε μία θεώρηση τῶν ἀπαιτήσεων πού θέτει ἡ σύγχρονη ἱατρικὴ θὰ διαπιστώσουμε πολλὰ ἵπποκρατικά στοιχεῖα, ὅπως ἡ προώθηση τῆς προληπτικῆς καὶ προκαθοριστικῆς ἱατρικῆς. Ὁ Ἴπποκράτης ὑποστήριζε πρῶτα ἀπὸ ὅλα τὴν ἀποδέσμευση τῆς ἱατρικῆς ἀπὸ ἀστήριχτες ὑποθέσεις καὶ δεισιδαιμονίες, καὶ τὴν ἐδραίωση τῆς παρατήρησης, τῆς ἐμπειρίας καὶ τοῦ ὀρθολογισμοῦ. Μὲ τὸν ἴδιο ἀκριβῶς τρόπο ἡ σύγχρονη ἱατρικὴ ἀμφισβητεῖ αὐθαίρετα συμπεράσματα, ἐπιδιώκει τὸ καλύτερο δυνατό ἐπίπεδο τεκμηρίωσης, ἀφιερώνει ἀρκετὴ ἐνέργεια στὴ μελέτη τῶν «φυσικῶν νόμων» πού καθορίζουν τὴν πορεία κάθε νόσου, καὶ στὴ διαμόρφωση κλινικῶν κατευθυντήριων γραμμῶν.

Ἐπάρχει ὅμως ἓνα κρίσιμο βῆμα πού συνήθως

ἐμεῖς οἱ ἴδιοι παραλείπουμε: ὅλα αὐτὰ δὲν ἔχουν οὐσιαστικὴ ἀξία ἂν δὲν ἐπιστρέφουν μὲ τὴ μορφή γνώσης στὴ διερεύνηση κάθε μεμονωμένου ἀσθενῆ, ἂν δηλαδὴ δὲν ἐξατομικεύονται. Ὅλα τὰ ἐργαλεῖα πού διαθέτουμε δὲν ἔχουν ἀξία ἂν δὲ γίνεται ὀρθολογικὴ χρήση τους ὥστε νὰ ἔχουμε ἀποδοτικότερη διαγνωστικὴ καὶ θεραπευτικὴ στρατηγική. Εἶναι δύσκολο νὰ ὑποστηρίξει κά-

ποιος ὅτι ἡ μετατόπιση τῆς ἐστίασῆς μας ἀπὸ τὸν ἀσθενῆ ὑπαγορεύεται ἀπὸ τῆς ἐξέλιξη τῆς ἱατρικῆς. Ἴσως θὰ ἦταν εἰλικρινέστερο νὰ ποῦμε ὅτι οἱ ἐκρηκτικὲς μεταβολὲς μᾶς συλλαμβάνουν ἀνώριμους καὶ ἀπροετοίμαστους καὶ πρέπει νὰ βρισκόμε τῶν τρόπους νὰ τὴς ἀφομοιώνουμε στὴν ἱατρικὴ μας σκέψη. Ἄλλωστε, ἡ πληθώρα τῶν ὀργανωμένων ἀλλὰ καὶ ἀνοργάνωτων πληροφοριῶν συχνὰ δὲν μᾶς ἀφήνουν ἐνέργεια γιὰ τὴν ἀνάπτυξη φιλοσοφικοῦ στοχασμοῦ, ἀπαραίτητου γιὰ τὴν προσέγγιση τῶν ἱατροκοινωνικῶν προβλημάτων.

Ἡ προοπτικὴ τῆς σύγχρονης ἱατρικῆς δὲν εἶναι δυνατὸ νὰ προβλεφθεῖ, ἀλλὰ δὲν εἶναι ἀ priori ἀρνητικὴ. Θὰ ἔλεγε μάλιστα κάποιος ὅτι σήμερα ἡ ἱατρικὴ γνώση εἶναι πολὺ λιγότερο ἀφοριστικὴ καὶ διακατέχεται ἀπὸ γόνιμο σκεπτικισμό. Ὁ καθοριστικὸς παράγοντας θὰ εἶναι ὁ σύγχρονος ἱατρὸς μὲ τὸν προσανατολισμὸ πού θὰ ἐπιλέξει γιὰ τὴν ἱατρικὴ σκέψη καὶ τὴς ἱκανότητες πού θὰ ἀναπτύξει γιὰ νὰ διαχειριστεῖ τὴν ὑπερπροσφορὰ πληροφοριῶν καὶ μέσων. Ἡ ἵπποκρατικὴ προσέγγιση εἶναι ἱατρικὴ καὶ φιλοσοφικὴ, οὐμανιστικὴ καὶ βιολογικὴ, μὲ διαχρονικὴ ἀξία. Ἡ ὑπαρξὴ της θὰ ἀποτελεῖ σημεῖο ἀναφορᾶς μὲ βάση τὸ ὁποῖο διαρκῶς θὰ ἐπανακαθορίζομαστε. Ὅλα καταλήγουν στὴν ἀτομικὴ εὐθύνη καὶ τὴς προσωπικῆς μᾶς ἐπιλογῆς. Αὐτὸ πού δὲν πρόκειται νὰ ἀλλάξει εἶναι ὅτι ὁποῖος θέλει νὰ θεραπεύσει σωστὰ τὸν ἄρρωστο πρέπει νὰ τὸν γνωρίζει καλά...

Οὐκ ἔνι δυνατόν ἱατρικὴν εἰδέναι ὅστις μὴ οἶδεν ὅτι ἔστιν ἄνθρωπος ἀλλὰ τοῦτο δεῖ καταμαθεῖν τὸν μέλλοντα ὀρθῶς θεραπεῦσιν τοὺς ἀρρώστους.

Ἴπποκράτης



επικαιρα και αλλα

Σκόρδο και υγεία.

ΗΛΙΑΣ ΧΕΙΜΩΝΑΣ, καρδιολόγος, υποπύεραρχος ε.α.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει αύξημένο ενδιαφέρον για τις ωφέλιμες δράσεις του σκόρδου στην καρδιά, τα αγγεία και την υγεία γενικότερα. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η κατανάλωση σκόρδου με την τροφή έχει ευεργετικά αποτελέσματα σε πολλούς παράγοντες κινδύνου: στα λιπίδια του όρου, στην αρτηριακή υπέρταση, στην πήξη του αίματος και την ινωδολυση καθώς και στη συσσώρευση των αιμοπεταλίων. Μπορούμε, δηλαδή, να μιλήσουμε για πλειοτροπικές δράσεις του σκόρδου. Πέραν αυτών έχει διαπιστωθεί ότι έχει και άμεση αντιαθηρωματική δράση.

Η υπόλιπιδαιμική δράση συνίσταται σε μικρή μείωση της όλικης και της LDL (κακής)-χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων και σε μέτρια αύξηση της HDL (καλής)-χοληστερόλης. Η σπουδαιότερη όμως δράση στα λιπίδια είναι η αύξηση της αντίστασης της LDL-χοληστερόλης στην οξείδωση. Η άμεση αντιαθηρωματική δράση δείχθηκε σε κυτταροκαλλιέργειες λείων μυϊκών κυττάρων από αθηρωματικές πλάκες ανθρώπινης αορτής και καλλιέργειες κυττάρων στις οποίες προστέθηκε όρος στεφανιαίων ασθενών. Στις καλλιέργειες αυτές τα κύτταρα συσσωρεύουν αυξημένη ποσότητα χοληστερόλης, δράση που αναστέλλεται με την προσθήκη υδατικού εκχυλίσματος σκόρδου. Άλλα και σε κλινικές μελέτες σε ανθρώπους φάνηκε ότι η καθημερινή χορήγηση σκόρδου επιβράδυνε την εξέλιξη των αθηρωματικών βλαβών στις καρωτίδες και στις μηριαίες αρτηρίες, που παρακολούθηθηκαν με υπερηχογράφημα.

Έκτος από το καρδιαγγειακό, το σκόρδο αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό καρκινικών κυττάρων του μαστού, του ένδομπτριού και του όρθου και τροποποιεί την ορμονική δράση στα καρκινικά κύτταρα. Καταπολεμά τις λοιμώξεις από το έλικοβακτηρίδιο του πυλωρού και προφυλάσσει από το έλκος του δωδεκαδακτύλου.

Οί φαρμακολογικές του ιδιότητες οφείλονται σε μία ουσία πλούσια σε σουλφυδριλικές ρίζες, την αλλισίνη, η οποία παράγεται από τη δράση του ενζύμου αλλιινάση στο υπόστρωμα του αλλιίνου. Η επαφή του ενζύμου με το υπόστρωμα γίνεται τη στιγμή της θλάσης του σκόρδου, όποτε καταστρέφεται η μεμβράνη μερικων κυττάρων. Η αλλισίνη είναι η ουσία που δίνει τη χαρακτηριστική δριμεία όσμη και καυστική γεύση στο σκόρδο και έχει περιορισμένη σταθερότητα, γιατί σύντομα διασπάται σε άλλες θειούχες ενώσεις. Για το λόγο αυτό οί διάφορες φαρμακοτεχνικές μορφές που παρασκευάστηκαν για να δοθεί το σκόρδο σε μορφή δισκίου (σκόνη σκόρδου) ή κάψουλας (διάλυση σε έλαιο) είχαν άσταθη αποτελέσματα. Παλαιότερες φαρμακοτεχνικές μορφές (ώς το '94) έδειχναν σταθερά ευνοϊκή δράση, μεταγενέστερες όμως μελέτες δεν έδειξαν την ίδια ωφέλεια. Πιθανώς αυτό οφείλεται στην αλλαγή της φαρμακοτεχνικής μορφής, στην προσπάθεια απαλλαγής από τη δυσάρεστη όσμη. Η λήψη, πάντως, αυτούσιου του σκόρδου με την τροφή




έχει αναμφισβήτητα ευνοϊκά αποτελέσματα για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Το άσχημο με το σκόρδο είναι η μη αποδεκτή κοινωνικά όσμη και οί καούρες στο στομάχι.


Και το κρεμμύδι:

Άν και λιγότερο μελετημένο το κρεμμύδι φαίνεται ότι διαθέτει και αυτό παρόμοια με το σκόρδο ευεργετικά αποτελέσματα. Άλλωστε ανήκει στην ίδια οικογένεια (των Alliium) και περιέχει παρόμοιες, πλούσιες σε θείο, ενώσεις. Διαθέτει και αυτό αντικαρκινικές ιδιότητες και προστατευτικές για το καρδιαγγειακό σύστημα δράσεις.

Και οί ντομάτες:

Οί ντομάτες περιέχουν σε μεγάλη ποσότητα μία ουσία που λέγεται λυκοπένη και η όποία τους δίνει το κόκκινο χρώμα. Η λυκοπένη έχει αντιοξειδωτικές ιδιότητες αλλά και πολλές άλλες δράσεις στο ορμονικό και ανοσολογικό σύστημα και στην κυτταρική επικοινωνία. Μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου, κυρίως του προστάτη αλλά και του όρθου και του πρωκτού. Έμποδίζει τη σύνθεση χοληστερόλης και επιταχύνει την αποδόμηση της LDL και με τον τρόπο αυτό προστατεύει από τα καρδιαγγειακά νοσήματα. 

συνέχεια από τη σελ. 149

όποιο επιτυγχάνεται μεγέθυνση του αντικειμένου 400 φορές. Γρήγορα η μεγέθυνση θα φθάσει τις 10.000 φορές και τότε θα περιγραφούν τα μιτοχόνδρια, το δικτυωτόν του ένδοπλάσματος, τα ριβοσώματα και άλλα οργανικά μέρη του κυττάρου. Η ανάπτυξη του scanning ηλεκτρονικού μικροσκοπίου και της τεχνικής του freeze-fracturing tissue οδήγησε στην παρατήρηση της εκπληκτικής σύνθετης μορφολογίας των κυττάρων και των διασυνδέσεών τους. Με την προσθήκη της ηλεκτρονικής φασματοσκόπησης και της ακτινολογικής diffraction ανάλυσης είναι δυνατή η διαπίστωση της χημικής συνθέσεως του κυττάρου και των οργανιδίων του. 

Νεότερα από την έρευνα σχετικά με το έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Ε. ΠΑΠΑΣΤΕΡΙΑΔΗΣ, καρδιολόγος δ/ντης Α' καρδιολογικού τμήματος Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά

Στο πρόσφατο πανευρωπαϊκό καρδιολογικό συνέδριο, το οποίο έγινε στο Μόναχο, από τις 28 Αυγούστου έως την 1η Σεπτεμβρίου 2004, μεταξύ άλλων ενδιαφερουσών ανακοινώσεων, ανακοινώθηκαν και τα αποτελέσματα μιας μεγάλης πολυεθνικής επιδημιολογικής μελέτης, με κύριο έρευνητή τον πολύ γνωστό στο χώρο της διεθνούς καρδιολογίας καθηγητή κ. Salim Yusuf.

Η μελέτη αυτή φέρεται με το όνομα INTERHEART και παρουσιάζει τα αποτελέσματα μιας έρευνας 10 ετών και είναι από τις μεγαλύτερες μελέτες του είδους αυτού.

Στη μελέτη περιλήφθηκαν 15.152 έμφραγματίες οι οποίοι συγκρίθηκαν με 14.820 μη έμφραγματίες (μάρτυρες), της ίδιας ηλικίας. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν άτομα από 52 χώρες και συγκεκριμένα 7.000 Ευρωπαίοι, 2.000 από τη Λατινική Αμερική, 6.000 από την Κίνα, 4.000 από τη Νότια Ασία, 2.000 από άλλα μέρη της Ασίας, 3.500 Άραβες και 1.400 Αμερικανοί. Έτσι, με τη μελέτη αυτή, μπαίνουν τα πράγματα, όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου, σε διαφορετική βάση, δεδομένου ότι η πλειονότητα των μέχρι τώρα μελετών που καθόριζαν τους παράγοντες κινδύνου είχαν πραγματοποιηθεί σε ευρωπαϊκές εθνότητες.

Από τη μελέτη αυτή, λοιπόν, προέκυψε ότι το 90% των έμφραγματιών, είχαν ως επιβαρυντικό έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι είναι δυνατόν να προσδιορισθούν εύκολα, κλινικά ή εργαστηριακά, για κάθε ένα ασθενή χωριστά.

Οι παράγοντες αυτοί δεν είναι άλλοι από τους ήδη γνωστούς παράγοντες κινδύνου και είναι οι εξής.

1) Ανώμαλη αναλογία των λιπιδίων του αίματος και συγκεκριμένα της άπολιποπρωτεΐνης Β προς την άπολιποπρωτεΐνη Α-1. Η διαπίστωση αυτή γίνεται με τον εργαστηριακό έλεγχο των λιπιδίων του αίματος, 2) Κάπνισμα, 3) Σακχαρώδης διαβήτης, 4) Υπέρταση, 5) Παχυσαρκία, 6) Στρες, 7) Μειωμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, 8) Έλλειψη σωματικής άσκησης και 9) Έλλειψη μικρής ποσότητας κατανάλωσης οίνοπνεύματος, ή οποία δρα ευεργετικά. Οι ύπ' αριθμόν 2-9 παράμετροι διαπιστώνονται εύκολα από το ιστορικό και την απλή κλινική εξέταση του ασθενή.

Το ενδιαφέρον της παραπάνω έρευνας έγκειται στο

ότι οι ίδιοι παράγοντες κινδύνου φαίνεται ότι προβλέπουν την πλειονότητα των συμβάντων πρακτικά σε κάθε περιοχή του κόσμου, σε κάθε έθνος, στους άνδρες ή τις γυναίκες ανεξαρτήτως ηλικίας.

Μία άλλη σημαντική πληροφορία που προέκυψε από την παραπάνω μελέτη είναι η παρατήρηση ότι ο κίνδυνος να έπαισει έμφραγμα του μυοκαρδίου ήταν σημαντικά αυξημένος ακόμη και με τις μικρές ποσότητες καπνίσματος και τις μικρές διαταραχές των λιπιδίων του

αίματος, επιβεβαιώνοντας έτσι τη σημασία της επιβεβλημένης τροποποίησης των δυο αυτών παραγόντων κινδύνου.

Επίσης, από τη μελέτη προκύπτει ότι, τα μέτρα προφύλαξης από το έμφραγμα του μυοκαρδίου, μπορεί να είναι πολύ απλά και παρόμοια σε όλον τον κόσμο, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις οικονομικές και τις κοινωνικές διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των διαφόρων εθνών.

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής μας δίνουν, επίσης, καλά μηνύματα για τις μελλοντικές στρατηγικές σε θέματα υγείας με στόχο τη βελτίωση της

υγείας του πληθυσμού μας χώρας.

Όπως τόνισε ο κ. Yusuf, όλοι αυτοί οι παράγοντες κινδύνου μπορεί να τροποποιηθούν και κατά αυτόν τον τρόπο μπορεί να προληφθεί και να αποφευχθεί κατά μεγάλο ποσοστό το έμφραγμα του μυοκαρδίου ανά τον κόσμο, εισάγοντας νέα μοντέλα και πρότυπα ζωής.

Έτσι, η πολιτική στον τομέα της υγείας θα πρέπει να εστιαστεί στο πρόβλημα άμεσα, με πρωτοβουλίες όπως η διαχείριση του θέματος του καπνού και της διατροφής του πληθυσμού, επιβάλλοντας π.χ. φόρους σε μη υγιεινές τροφές και επιχορηγώντας υγιεινές καθώς καιλλαγές στο αστικό τρόπο ζωής, έτσι ώστε να προστεθεί περισσότερη άσκηση και δραστηριότητα στην καθημερινότητα των ανθρώπων.

Δυο άρθρα της εν λόγω έρευνας πρόκειται να δημοσιευθούν στο έγκριτο και ύψηλου επιπέδου γνωστό ιατρικό περιοδικό, The Lancet.

Ο εκδότης του περιοδικού αυτού σχολίασε στο συνέδριο ότι «η μελέτη αυτή είναι μία από τις πλέον ισχυρά, από στατιστικής πλευράς, τεκμηριωμένες μελέτες, που έχουν έως τώρα δημοσιευθεί στο Lancet». 🍎



Ἡ... πλάκα τοῦ Πηλίου τὸν 21^ο αἰ.

ΕΛΕΝΗ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ, μέλος Δ.Σ. πολιτιστικοῦ συλλόγου Καλαμακίου - πρόεδρος γονέων καὶ κηδεμόνων δημοτικοῦ σχολείου δήμου ἸΑφειτῶν

Εικοστὸς πρῶτος αἰώνας, 2004, Ὀλυμπιακοὶ Ἀγῶνες καὶ ὑπερήφανοι Ἕλληνες. Ὀλυμπιακὰ ἔργα, ὀλυμπιακὲς πόλεις, νέα νοσοκομεία στὰ μεγάλα ἀστικά κέντρα. Ἡ Ἑλλάδα προχωρεῖ μπροστὰ!

Ἐπὶ ἔχει ὅμως καὶ μία ἄλλη Ἑλλάδα. Μικρὰ χωριά, σὰν τὸ δικό μου, τὸ Καλαμάκι, ἢ «Πρόπαν» τοῦ νομοῦ Μαγνησίας, ἓνα ἀπὸ τὰ ἕξι διαμερίσματα τοῦ Δήμου ἸΑφειτῶν μὲ συνολικὸ πληθυσμὸ δυὸ χιλιάδες ἀνθρώπους, πού μεταξὺ διαφόρων ἄλλων, στεροῦνται τὴ στοιχειώδη ἰατρικὴ περίθαλψη.

Σ' αὐτὸν τὸν τόπο λοιπόν, στὸ εὐλογημένο Πήλιο, πού ἔζησε ὁ «γιατρός» Κέντραυρος Χεῖρων, καὶ ὅπου τὸ πράσινο κατεβαίνει μέχρι τὴ θάλασσα, ἡ φύση δίνει ἀπλόχερα τοὺς καρπούς της καὶ τὰ σπλάχνα τοῦ βουνοῦ τὴν γνωστὴ πέτρα τῆς Πρόπαν, ζοῦμε σήμερα ἡμεῖς, οἱ καθημερινοὶ ἀθλητὲς τοῦ στίβου τῆς ζωῆς, πού δουλεύουμε καὶ πού μεγαλώνουμε τὰ παιδιά μας μὲ ἀμέτρητες δυσκολίες προσπαθώντας συνάμα νὰ κρατήσουμε τὸν τόπο ζωντανό. Ἐμεῖς πού, ὡς ἄνθρωποι, ἀρρωσταίνουμε καὶ χρειάζομαστε περίθαλψη.

Ὅμως ἡ φροντίδα καὶ ἡ συμπαράσταση τῶν ἀρμοδίων φορέων τοῦ κράτους σὲ θέματα ὑγείας εἶναι ἐδῶ τέτοια πού δὲν μὲ κάνουν νὰ νοιώθω ὑπερήφανη. Ἡ δική μας, ἐπίσης, ἑλληνικὴ πραγματικότητα διαφέρει κατὰ πολὺ ἀπὸ τὴν εἰκόνα πού δεῖξαμε στοὺς ξένους κατὰ τὴ διάρκεια τῶν Ὀλυμπιακῶν ἀγώνων. Κανένας δὲν μπορεῖ νὰ ἔχει ἄποψη γιὰ τὰ προβλήματα ἂν δὲν τὰ ζήσει καὶ κανένας ὑπουργὸς ὑγείας δὲν διέμεινε ποτὲ στὸ Πήλιο ἐκεῖνο τὸ χρονικὸ διάστημα πού θὰ τοῦ ἐπέτρεπε νὰ διαμορφώσει ἄποψη. Ἐγὼ ὅμως πού ζω ἐδῶ αἰσθάνομαι ντροπὴ, διότι θέλω νὰ λέγωμαι πολιτισμένος ἄνθρωπος.

Ὅταν ἀδιαφορεῖς γιὰ τοὺς ἠλικιωμένους πού μὴ ζωὴ προσέφεραν καὶ τὸ μόνο πού ζητᾶνε τώρα εἶναι νὰ σεβαστεῖς τὴν ἀξιοπρέπειά τους... Ὅταν ὁ ἀγροτικὸς γιατρός, καθὼς περιοδεύει ἀπὸ τὸ Κέντρο Ὑγείας Ἀργαλαστής, ἔρχεται κάθε 15 μέρες σὲ κάθε χωριό, καιροῦ ἐπιτρέποντος... καὶ ὅταν σὰν ἀγροτικὸ ἱατεῖο «ἀξιοποιεῖται» ὁ, μοναδικὸς στὸ χωριὸ πρόσφορος, κῶρος πού εἶναι συγχρόνως πολυσύχναστος, καφενεῖο-παντοπωλεῖο καὶ ταβέρνα... τί νὰ πεῖ! Λὲς «εὐχαριστῶ» στὸν καταστηματάρχη πού παραχωρεῖ καὶ στοιβάζει τὰ τσουβάλια ἀπὸ καλαμπόκι καὶ πίτουρο ὥστε νὰ δημιουργηθεῖ ἓνα ἰδιότυπο παραβὰν πίσω ἀπὸ τὸ ὁποῖο θὰ ἐξεταστοῦν οἱ παππούδες, οἱ γιαγιάδες, τὰ παιδιά μας καὶ ἡμεῖς. Νιώθεις ὅμως ντροπὴ καὶ ἀγανάκτηση καὶ ἀρχίζεις νὰ διεκδικεῖς αὐτὰ πού δικαιούσαι, ἀλλὰ βρίσκεσαι ἀντιμέτωπος μὲ τὴν ἀδιαφορία. Ἔτσι, ἀναζητᾶς τὴ ἡμίμετρα. Τό... «ιατεῖο», λοιπόν, σὰν νομάδας μεταφέρθηκε ἀπὸ τὸ καφενεῖο, κατ' ἀρχὴν στὸ σχολεῖο, μετὰ τὸν κοινοτικὸ γραφεῖο καὶ τώρα «στεγάζεται» στὸν πολιτιστικὸ σύλλογο τοῦ χωριοῦ, σὲ κτήριο πού ἀναγκαστικὰ ἐπισκευάσαμε



ἡμεῖς, ἡ Ὀμάδα Γυναικῶν, μὲ χρήματα ἀπὸ πολιτιστικὲς ἐκδηλώσεις πού διοργανώσαμε καὶ κάποιες δωρεὲς πολιτῶν. Ὅμως ὁ κῶρος αὐτὸς ἔχει «ἡμερομηνία λήξεως» τὸ 2011, μιᾶς καὶ ἡ συμφωνία μὲ τὸν ἰδιοκτῆτη εἶναι γιὰ μία δεκαετία. Μετὰ, ἂν οἱ ἀρμόδιοι δὲν ἐνδιαφερθοῦν, ἡ περιπλάνηση τοῦ «ιατεῖου» θὰ ἀρχίσει πάλι ἕως ὅτου πεθάνουν ὅλοι οἱ γέροι μας καὶ φύγουν ὅλοι οἱ νέοι μας γιὰ τὰ μεγάλα ἀστικά κέντρα. Θὰ μείνουμε ἡμεῖς, ἡ παραγωγικὴ γενιά, ἡ συναισθηματικὰ δεμένη μὲ τὸν τόπο, γιὰ νὰ διηγούμαστε - στὰ γεροντάματά μας- στοὺς ἱστορικοὺς τοῦ μέλλοντος πὼς ἡ ἔλλειψη περίθαλψης, μεταξὺ ἄλλων προβλημάτων, ὀδήγησε στὴν ἐρήμωση χωριῶν πού ἐπὶ αἰῶνες ἔσωσαν καὶ κληροδότησαν πολιτισμὸ.

Γ' αὐτὸ, λοιπόν, εἶναι πολυσήμαντη αὐτὴ ἡ πλάκα τοῦ Πηλίου. Εἶναι ἡ πλάκα πού ζεῖ ἡμᾶς... ἡ πλάκα τῆς παράδοσης πού ἀπὸ τὸ βουνὸ τῶν Κενταύρων ἡ αἰσθητικὴ τῆς ἀπλόχθηκε στὰ καλύτερα σπῖτα τῶν πόλεων... ἡ «πλάκα» πού ἐπὶ δεκαετίες προκαλεῖ ἡ ἀδιαφορία ἄλλων, καὶ μὲ τὴν ὁποία ἡμεῖς δὲν γελᾶμε καθόλου... ἡ πλάκα, πού ἂν δὲν ληφθεῖ πρόνοια «θὰ πέσει καὶ θὰ μᾶς πλακώσει». Αὐτὰ, ἀπὸ μία τριαντάχρονη, μητέρα τεσσάρων παιδιῶν, μόνιμη κάτοικο Καλαμακίου. ❀



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 156

βλήματα, τὰ ὁποῖα δὲν ἀφοροῦν μόνο τὸ μεγάλο ἀριθμὸ τῶν γιατρῶν, ἀλλὰ εἶναι περισσότερο σύνθετα. Γιατί ἐκτὸς ἀπὸ τὸν πληθωρισμὸ τοῦ ἐξειδικευμένου ἰατρικοῦ δυναμικοῦ πρέπει νὰ ἀντιμετωπιστοῦν οἱ γεωγραφικὲς ἀνισότητες πού πλήττουν τὶς ἀπομονωμένες γεωγραφικὰ καὶ συγκοινωνιακὰ περιοχὲς τῆς χώρας, ἡ ἔλλειψη γιατρῶν σὲ ὀρισμένες εἰδικότητες, ἀλλὰ καὶ οἱ ἐλλείψεις ἐξειδικευμένου νοσηλευτικοῦ προσωπικοῦ καὶ ἐξειδικευμένων στελεχῶν στὸν τομέα τῆς διοίκησης τῶν νοσοκομείων καὶ ἄλλων μονάδων ὑγείας. ❀

ΚΑΙ ΕΣΕΙΣ



Είμαι άνδρας 88 ετών και ό καρδιολόγος μου με έστειλε στη Θεσσαλονίκη για άγγειοπλαστική στις στεφανιαίες άρτηρες. Η έγχείρηση όμως δέν έγινε, γιατί όπως μου είπαν οί γιατροί, οί άρτηρες μου δέν άντέχουν σε αυτή τη δοκιμασία. Πιθανόν να τους τρώμαξαν τά χρόνια μου. Τώρα είμαι σε φαρμακευτικό άγωγή και τó πρόβλημα παραμένει. Διάβασα ότι υπάρχουν φάρμακα τά όποια προκαλούν άγγειογένεση και μιάς πού δέν μπορεί να γίνει επέμβαση για τούς λόγους πού μου είπαν, θά ήθελα να μου πείτε αν μπορούν να με βοηθήσουν αυτές οί ούσιες πού προκαλούν άγγειογένεση, και ποιές είναι αυτές. Η ζωή έδω, παρά τις άναποδιές της, είναι καλύτερη από τόν παράδεισο και τήν προτιμώ.

Άθαν. Καφ. - Έδεσσα

Η άγγειογένεση με έμφάνιση νέων άρτηριών βρίσκεται στο χώρο της έρευνας. Χορηγούνται στο μυοκάρδιο με ένεση ούσιες οί όποίες προκαλούν γένεση - αύξηση ένδοθηλίου και κατάσταση μικρής κυκλοφορίας αίματος πού ζωογονεί μυοκαρδιακά κύτταρα ύποαρδευόμενα. Στην κλινική πράξη δηλαδή, είναι λίγες οί μελέτες σε άσθενείς με ένθαρρυντικά άποτελέσματα. Οί σχετικές έπιτροπές της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Έταιρείας και της αντίστοιχης Άμερικανικής δέν έχουν φθάσει σε σημείο σύστασης για εύρύτερη έφαρμογή. Υπάρχουν προβλήματα και χρειάζεται ύπομονή στους καρδιολόγους για τούς άσθενείς τους. Πάντως, με τά υπάρχοντα φάρμακα ό χρόνια στεφανιαίος άσθενής, άκόμη και με σιθθάγχη προσπάθειάς, έχει καλή πρόγνωση για να φθάσει κάποιος σε τριψήφια ήλικία.



συνέχεια από τη σελ. 154

Στο πολυσυζητημένο θέμα του όξέος έμφράγματος και τών κλαμυδίων της πνευμονίας, ή μελέτη PROVE-IT έδειξε ότι ή χορήγηση άντιβιοτικών σε άσθενείς ύψηλου κινδύνου για στεφανιαίο έπεισόδιο δέν μείωσε τόν κίνδυνο έμφράγματος. Σε παρόμοια άποτελέσματα κατέληξε και ή μελέτη ACES. Οί έρευνητές έρμήνευσαν τά άποτελέσματα αυτά θεωρώντας ότι τά κλαμυδία της πνευμονίας ένέχονται στις διεργασίες για τήν πρόκληση του έμφράγματος νωρίς στη ζωή του ανθρώπου, με άποτέλεσμα όταν χορηγούνται άντιβιοτικά στην περιεμφραγματική περίοδο, αυτά να είναι άναποτελεσματικά. Άιθανώς, ένας έμβολιασμός κατά τών κλαμυδίων της πνευμονίας στην παιδική ήλικία να ήταν πιο άποτελεσματικός.

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

- Τών γονέων του Νικολάου και Μαρίκας Παπακώστα, ό κ. Σπυρίδων Παπακώστας, τó ποσό τών € 150.
- Στεφάνου Στεφανόπουλου, ό κ. Μάνφρεντ Χόρν, τó ποσό τών € 100.
- Σπύρου Άλεξανδράτου, ό κ. Άλκης Παπαδημητρίου και ή κ. Τζούλια Μπερνάντι, τó ποσό τών € 100.
- Δοξούλας Μακρή, ό κ. Ευτύχιος Βορίδης, τó ποσό τών € 100.
- Κωνσταντίνου Ψύλλου, ό κ. Άλέξανδρος και ή κ. Ντόρα Συμβουλίδου, τó ποσό τών € 100.
- Νίκου Παπανικολάου, ή κ. Κική Κοτσώνη, τó ποσό τών € 60

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ

- Ό κ. Πόλυς Χατζηωάννου, τó ποσό τών € 10.000
- Ό κ Σπυρίδων και ή κ. Άναστασία Δούκα, τó ποσό τών € 1.000
- Ό άκαδημαίικός, κ. Έμμανουήλ Ρούκουνας, τó ποσό τών € 300
- Η κ. Καριοφίλη Μπισάκη, τó ποσό τών € 200
- Η κ. Ειρήνη Τσάκου, τó ποσό τών € 100

ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

Τά καρδιαγγειακά νοσήματα άποτελούν σήμερα τήν πρώτη αίτια θανάτου στο Δυτικό κόσμο και τήν Ελλάδα.

Κι όμως! Υπάρχουν λύσεις.

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

Δώστε σε γνωστούς και φίλους αυτό τó άπαντητικό δελτίο για να γίνουν συνδρομητές του περιοδικού «**Στους ρυθμούς της καρδιάς**» ή άνοιξε τó δρόμο κίνωντάς τους δώρο τήν πρώτη έτήσια συνδρομή. **ΚΑΙ ΜΗΝ ΞΕΧΝΑΤΕ ΝΑ ΑΝΑΝΕΩΣΕΤΕ ΤΗ ΔΙΚΗ ΣΑΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗ.**

ΟΝΟΜΑ.....ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....ΗΛΙΚΙΑ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΟΔΟΣ.....ΑΡΙΘ.....Τ.Κ.....

ΣΥΝΟΙΚΙΑ.....ΠΟΛΗ.....ΤΗΛ.....

Έχει κάποιο μέλος τής οικογένειάς σας καρδιολογικά προβλήματα; ΝΑΙ

ΟΧΙ.....

Άποστείλατε τήν ταχυδρομική έπιταγή στη διεύθυνση του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ συμπληρώνοντας τó ποσό.

€ 15

€ 30

Υπογραφή.....

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΛΜΟΙ

Ίατρικές ... πράξεις και αριθμοί

ΓΑΛΗΝΗ ΦΟΥΡΑ, δημοσιογράφος

Το μεγαλύτερο αριθμό γιατρών στην Ευρώπη έχει, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, η Ελλάδα, που ξεπέρασε χώρες όπως η Ιταλία, το Βέλγιο και η Γαλλία με τις οποίες συμβάδιζε στις αρχές της δεκαετίας του '90. Στην Ελλάδα, όπως έδειξε η έρευνα, η ιατρική πυκνότητα αυξάνεται πολύ πιο γρήγορα από άλλες ευρωπαϊκές χώρες με απρόβλεπτες συνέπειες για τους νέους γιατρούς, που αντιμετωπίζουν το φάσμα της ανεργίας, όσο και για τον πληθυσμό.

Η μεγάλη μάζα του ιατρικού δυναμικού είναι συγκεντρωμένη στην Αθήνα, όπου αναλογεί ένας γιατρός σε 142 κατοίκους, ενώ η μικρότερη συγκέντρωση γιατρών παρατηρείται στα νησιά του Αιγαίου και στη Θεσσαλία. Η συγκέντρωση των γιατρών στην πρωτεύουσα και τα μεγάλα αστικά κέντρα, έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη στελέχωσης απομακρυσμένων γεωγραφικά ή συκοινωνιακά περιοχών, που αντιμετωπίζουν προβλήματα κυρίως από την απουσία εξειδικευμένων γιατρών. Είναι χαρακτηριστικό ότι στα νησιά του Αιγαίου, αναλογεί ένας καρδιολόγος σε 9.500 κατοίκους.

Την ίδια στιγμή, σε όλη την χώρα είναι εμφανής η απουσία γιατρών γενικής ιατρικής, η οποία λόγω της μεγάλης συγκέντρωσης πληθυσμού είναι εμφανέστερη στην Αθήνα όπου αναλογεί ένας γενικός γιατρός σε 28.000! Στον πίνακα των ευρωπαϊκών χωρών η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση ως προς την πυκνότητα του ιατρικού δυναμικού με 4,4 γιατρούς ανά χίλιους κατοίκους. Ακολουθεί η Ιταλία με 4,3, η Δανία με 3,4, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ισπανία με 3,3, η Πορτογαλία με 3,2. Η μικρότερη αναλογία γιατρών-κατοίκων (δύο γιατροί ανά χίλιους κατοίκους) παρατηρείται στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το ανησυχητικό όμως μήνυμα που προκύπτει από τα στοιχεία της έρευνας, η οποία διεξήχθη από το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, είναι ότι στη χώρα μας ο αριθμός των γιατρών αυξάνεται πολύ πιο γρήγορα, καθώς οι άλλες Ευρωπαϊκές χώρες τα τελευταία χρόνια εφαρμόζουν μία σταθερή πο-

λιτική ανάπτυξης του υγειονομικού τους προσωπικού. Συχνά όμως και εκεί οι ρυθμίσεις που γίνονται έχουν ως στόχο τον περιορισμό του κόστους της περίθαλψης και δεν εντάσσονται σε μία μακροχρόνια πολιτική προγραμματισμού του υγειονομικού δυναμικού βάση των πραγματικών αναγκών του πληθυσμού.

Οι περισσότερες χώρες έχουν θεσπίσει ανώτατο όριο στον αριθμό των εισακτέων στις ιατρικές σχολές και εφαρμόζουν μία σειρά μέτρων όπως ο έλεγχος των ειδικοτήτων (με τον καθορισμό συγκεκριμένων ειδικοτήτων στις οποίες επιτρέπεται η απόκτηση άδειας άσκησης επαγγέλματος) και η παροχή κινήτρων για την πρόωπη συνταξιοδότηση των γιατρών. Στη δέσμη των ρυθμίσεων περιλαμβάνεται και ο περιορισμός των γιατρών που συμβάλλονται με τα ταμεία καθώς και η συγκράτηση των άμοιβών τους, κυρίως για διαγνωστικές πράξεις.

Στην αύξηση του υγειονομικού δυναμικού, που είναι λίγο-πολύ κοινό πρόβλημα για τις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συνεισφέρουν σημαντικά και άλλοι παράγοντες, όπως η εγκατάσταση και η άσκηση της ιατρικής από ξένους υπηκόους, κυρίως των χωρών του Ευρωπαϊκού Οικονομικού χώρου, οι οποίοι μπορούν να κινηθούν ελεύθερα. Στην Ελλάδα, σε πολλές ιατρικές σχολές, οι φοιτητές είναι στο τέλος του ακαδημαϊκού έτους διπλάσιοι από τους εισαγόμενους αρχικά, λόγω του δικαιώματος μετεγγραφών από άλλα κράτη ή πόλεις με αποτέλεσμα να μην παρέχεται επαρκής εκπαίδευση.

Το πρόβλημα είναι ότι στην χώρα μας η ζήτηση ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία, διαμορφώνεται από το σύστημα υγείας, ενώ η προσφορά εκπαίδευσης από το αρμόδιο υπουργείο Παιδείας. Τα στοιχεία της έρευνας δείχνουν ότι οι προσπάθειες που έγιναν έως σήμερα με την μείωση του αριθμού των φοιτητών δεν απέδωσαν λόγω και του μεγάλου αριθμού φοιτητών που εισέρχονται από ξένα Πανεπιστήμια.

Γι' αυτό και απαιτείται μία σταθερή συνεργασία μεταξύ των αρμοδίων φορέων για να ξεπεραστούν τα προ-

συνέχεια στη σελ. 153 ▶



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Κοινωνικός Ίδρυμα

Βασ. Σοφίας 133 - 115 21 Αθήνα

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

Με μήλα και κυδώνια

Χοιρινές μπριζόλες με μήλα

Υλικά

4 χοιρινές χωρίς λίπος

3 μήλα

1 κουταλιά θυμάρι ή ρίγανη

2-3 κουτ. χυμός λεμονιού

3 κουταλιές λάδι

½ φλιτζάνι λικέρ μήλου

2 κουταλιές κρέμα γάλακτος

Εκτέλεση: Κάνουμε μία τομή κατά μήκος κάθε μπριζόλας. Κόβουμε σε ψιλό τρίφτη τὸ ἓνα μήλο και τὸ ἀνακατεύουμε με τὸ μισὸ κουταλάκι θυμάρι. Γεμίζουμε τὸ ἄνοιγμα και τὸ πιέζουμε νὰ κλείσει. Καθαρίζουμε τὰ ὑπόλοιπα μήλα, τὰ κόβουμε σὲ ροδέλες και περικύνουμε με τὸ χυμὸ λεμονιού. Σωτάρουμε με τὸ λάδι τὶς μπριζόλες σὲ μέτρια φωτιά. Τὶς βάζουμε σὲ πιατέλα και τὶς διατηροῦμε ζεστές. Βάζουμε στὸ τηγάνι τὸ ὑπόλοιπο λάδι, προσθέτουμε τὶς φέτες μήλου, πασπαλίζουμε με τὸ θυμάρι, χαμηλώνουμε τὴ φωτιά και ἀφήνουμε νὰ ψηθοῦν ὥσπου νὰ μαλακώσουν. Στὴν κατσαρόλα ρίχνουμε τὸ λικέρ μήλου και μὲ τὸ «ἐξατμιστεῖ» προσθέτουμε τὴν κρέμα γάλακτος ἀνακατεύοντας γιὰ νὰ ἀναμειχθεῖ με τοὺς «χυμούς» στὸ τηγάνι. Βάζουμε πάλι μέσα μπριζόλες και μήλα νὰ ζεσταθοῦν και σερβίρουμε. Ταιριάζει ὠραῖα και με κάρτοτα σωτῆ.

Ἡ συνταγή στὸ σύνολο τῆς περιέχει:

Θερμίδες: 2501 Kcal Πρωτεΐνες: 114 gr.

Λίπη: 171,32 gr. Ὑδατάνθρακες: 84,68 gr.

Χοληστερόλη: 420,8 mgr.

Μοσχάρι με κυδώνια

Υλικά

1 ½ κιλὸ τρυφερὸ μοσχάρι σὲ μερίδες

1 ½ κιλὸ κυδώνια

1 μέτριο κρεμμύδι τριμμένο

750 gr. ὄριμες ντομάτες ἢ κουτὶ 400 gr. ντοματάκια (περασμένα ἀπὸ σίτα)

1 κουταλιὰ ζάχαρη

2 κουταλιές χυμὸ λεμονιού

2 κουταλιές ἐλαιόλαδο

Ἀλάτι, πιπέρι

Εκτέλεση: Σωτάρουμε τὸ κρέας ἀπ' ὅλες τὶς μεριές. Μετὰ ρίχνουμε τὸ κρεμμύδι νὰ σωταριστεῖ ἐλαφρά. Προσθέτουμε τὰ ὑπόλοιπα ὑλικά (ἐκτὸς κυδωνιῶν και λεμονιού) μαζί με μισὴ κούπα νερό. Σιγοβράζουμε ὥσπου νὰ μαλακώσει τὸ κρέας και νὰ μείνει με λίγη σάλτσα. Ἐν τῷ μεταξύ καθαρίζουμε τὰ κυδώνια, τὰ κόβουμε σὲ κομμάτια και τὰ «περνᾶμε» με τὸ χυμὸ λεμονιού νὰ μὴ μαυρίσουν. Τὰ σωτάρουμε σὲ λίγο λάδι και τὰ ρίχνουμε στὴν κατσαρόλα με τὸ κρέας και λίγο νερό. Βράζουμε σιγανὰ ὥσπου νὰ μαλακώσουν χωρίς νὰ ἀνακατεύουμε με κουτάλι γιὰ νὰ μὴ λειώσουν. Ἀντ' αὐτοῦ, κινοῦμε τὴν κατσαρόλα.



Ἡ συνταγή στὸ σύνολο τῆς περιέχει:

Θερμίδες: 5777 Kcal

Πρωτεΐνες: 461 gr.

Λίπη: 308 gr.

Ὑδατάνθρακες: 290 gr.

Χοληστερόλη: 1041 mgr.

Στρούντελ με μήλα

Υλικά

6 φύλλα τοῦ μακλαβὰ

1 κιλὸ μήλα καθαρισμένα κομμένα σὲ λεπτές φέτες

3 κουταλιές τῆς σούπας ζάχαρη

100 γράμ. σταφίδες

100 gr. καρύδια ψίχα, κοντροκομμένα

Κανέλλα σκόνη

ἀμύγδαλα φιλέ

3 κουταλιές βούτυρο γιὰ τὸ ἄλειμμα τῶν φύλλων

2 κουταλιές κοφτὲς ζάχαρη ἄχνη

100 gr. τριμμένη ψίχα ψωμιού

Εκτέλεση: Μέσα σὲ τηγάνι «στεγνώνουμε» με λίγο βούτυρο τὴν τριμμένη ψίχα τοῦ ψωμιού και τὰ καρύδια. Σὲ μὲν ἀνακατεύουμε τὰ μήλα, τὴ ζάχαρη, τὶς σταφίδες, τὰ καρύδια, τὴν ψίχα τοῦ ψωμιού και ἓνα κουταλάκι τοῦ γλυκοῦ κανέλλα. Ἀπλώνουμε στὸ τραπέζι μία καθαρὴ πετσέτα και πάνω σ' αὐτὴ τὸ πρῶτο φύλλο, τὸ ὁποῖο ἀλείφουμε με λειωμένο βούτυρο. Κάνουμε τὸ ἴδιο με τὸ δεύτερο και τρίτο φύλλο ποὺ τὸ τοποθετοῦμε πάνω στὸ πρῶτο. Μετὰ ἀπλώνουμε τὸ μίγμα τοῦ μήλου. Σκεπάζουμε με τὰ ἄλλα τρία φύλλα ἀλειμμένα με βούτυρο. Τυλίγουμε σὰν τεράστιο λουκάνικο χωρίς νὰ σφίγγουμε πολὺ. Διπλώνουμε τὶς ἄκρες πρὸς τὰ κάτω και με τὴ βοήθεια τῆς πετσέτας μεταφέρουμε στὴ λαμαρίνα τοῦ φούρνου ποὺ ἔχουμε ἀλείψει με βούτυρο. Ψήνουμε στοὺς 200°C γιὰ 45' μέχρι νὰ ροδίσει. Ραντίζουμε με ἄχνη και πασπαλίζουμε με τρίμμα ξηρῶν καρπῶν και σταφίδες.

Ἡ συνταγή στὸ σύνολο τῆς περιέχει:

Θερμίδες: 2671 Kcal

Πρωτεΐνες: 45,58 gr.

Λίπη: 75,08 gr.

Ὑδατάνθρακες: 485,3 gr.

Χοληστερόλη: 65,49 mgr. 🍏

Stretching: άξια και χρησιμότητα

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΒΟΛΑΚΛΗΣ, Ph.D. Μέλος ΕΕΔΙΓΠ,
Τμήμα Έπιστήμης Φυσικής Αγωγής και Άθλητισμού, ΔΠΘ

Ο καθιστικός τρόπος εργασίας σε πολλά επαγγέλματα καθώς και η έλλειψη φυσικών δραστηριοτήτων κατά τον ελεύθερο χρόνο έχουν ως συνέπεια την κακή στάση του σώματος, την εμφάνιση μυϊκών βραχύνσεων και άνωστροφιών, άκομη και πόνου σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος, όπως η αυχενική μοίρα και η οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Κι όμως, το αντίδοτο για την πρόληψη αλλά και αντιμετώπιση πολλών καταστάσεων από τις παραπάνω είναι απλό: το stretching.

Το stretching ή πιο απλά ή «παρατεταμένη διάταση» ουσιαστικά αποτελεί μία μέθοδο, από τις πλέον αποδοτικές, για τη βελτίωση της κινητικότητας των αρθρώσεων και της ελαστικότητας των μυών μας. Σίγουρα όλοι μας έχουμε κατά καιρούς εκτελέσει διατακτικές ασκήσεις είτε σε κάποιο γυμναστήριο είτε άσυναίσθητα μόνοι μας στη διάρκεια της ημέρας (π.χ. το τέντωμα μετά το πρωινό μας ξύπνημα) και έχουμε νιώσει τα ευεργετικά τους όφελγη. Αύξηση θερμοκρασίας σώματος και υποβοήθηση της κυκλοφορίας για άπομάκρυνση των τοξικών καταλοίπων από τα κύτταρά μας, μυϊκή χαλάρωση, βελτίωση του συντονισμού των κινήσεων, πρόληψη κακώσεων και τραυματισμών και, γενικότερα, αίσθημα ευφορίας άποτελοφν τα σημαντικότερα από αυτά.

Το stretching και γενικότερα οι διατακτικές ασκήσεις άποτελοφν άναπόσπαστο μέρος κάθε προγράμματος άσκησης είτε αυτό γίνεται οργανωμένα (σε γυμναστήρια) είτε άτομικά στον ελεύθερο χρόνο μας. Έκτελοφνται στο εισαγωγικό μέρος κατά τα πρώτα λεπτά (προθέρμανση) καθώς και στο τελικό μέρος ενός προγράμματος άσκησης (άποθεραπεία) χωρίς να άποκλείεται ή άφαρμογή τους και σε κάποια άλλη χρονική στιγμή. Βασικοί παράγοντες για την άπιτυχή άφαρμογή του stretching είναι ο καλός έλεγχος της άναπνοής, ή άπιλογή της κατάλληλης άσκησης για την αντίστοιχη μυϊκή ομάδα και ο άργός ρυθμός εκτέλεσης. Οι άπότομες άπερεκτάσεις θα πρέπει να άποφεφνγονται γιατί άπιφέρουν το αντίθετο άποτέλεσμα και αυξάνουν τον κίνδυνο

τραυματισμού, ιδιαίτερα σε άρχάριους. Θα πρέπει να επιλέγονται ασκήσεις για όλους τους βασικούς μφες και για τη μεγιστοποίηση των άποτελεσμάτων μπορεί να ύπάρξει βοήθεια από κάποιον βοηθό.

Η άπιστημονική έρευνα έχει δείξει ότι ύπάρχουν συγκεκριμένες μυϊκές ομάδες που έχουν την τάση να βραχύνουν και άλλες που έχουν την τάση να χάνουν τη δύναμή τους. Οι διαφορές αυτές έρμηνεύονται με βάση τη διαφορετική τους κατασκευή αλλά και την ξεχωριστή

λειτουργία που άπιτελοφν στο σώμα μας. Έπι παραδείγματι οι γάμπες μας έχουν πολύ περισσότερη άνάγκη για χαλάρωση και Stretching δεδομένου ότι άπιβαρφνονται συνεχώς τις περισσότερες ώρες της ήμέρας από ότι οι κοιλιακοί μας, οι όποιοι έχουν μεγαλύτερη άνάγκη για μυϊκή ένδυνάμωση (δεδομένου ότι σπανίως χρησιμοποιοφνται στην καθημερινότητά μας). Κατά συνέπεια όφείλομε να άπιμείνουμε ίσως περισσότερο στη διάταση των ευάισθητων αυτών μυϊκών ομάδων (γάμπες, όπισθια πλευρά των μηρών, μφες της αυχενικής και οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής



στήλης) προκειμένου να περιορίσουμε τα μυϊκά άλγη και τα «πιασίματα» των μυών μας.

Με μία μικρή έννημέρωση και έκπαίδευση μπορεί ό καθένας μας να μάθει να εκτελεί με ασφάλεια και άποτελεσματικότητα διατακτικές ασκήσεις άκομη και χωρίς να χρειάζεται να κάνει άσκηση (π.χ. 10-15' το πρωί και άλλα 10-15' τις άπογευματινές ώρες). Το stretching άποτελεί ένα ιδανικό μέσο για την χαλάρωση και την τόνωση του ταλαιπωρημένου μυϊκού μας συστήματος. Μπορεί να διεξάγεται όποιαδήποτε ώρα της ήμέρας, όπουδήποτε και χωρίς το παραμικρό κόστος. Έπειδή οι μφες μας προσαρμφζονται σχετικά εύκολα θα πρέπει να τονιστεί ότι άπαιτείται παραλλαγή των άσκησης και των μεθόδων διάτασης που χρησιμοποιοφμε, σύμφωνα πάντα με τις ύποδείξεις ενός ειδικού για να μεγιστοποιήσουμε το όφελος. ♣

Ειρνοποιοί της αθηρωματικής πλάκας...

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

Για πολλά χρόνια οι καρδιοπαθείς παίρνουν ασπιρίνη. Κάνει καλό σε περιπτώσεις στεφανιαίας κρίσης και στην πρόληψη επεισοδίων θρόμβωσης των στεφανιαίων που προκαλούν το έμφραγμα και τη στηθάγχη. Τώρα στο φαρμακευτικό «προσκήνιο» εμφανίζεται η κλοπιδογρέλη που θεωρείται κάπως πιο αποτελεσματική. Η κλοπιδογρέλη είναι φάρμακο αντιαιμοπεταλιακό, όπως η ασπιρίνη. Σε όρισμένες περιπτώσεις, π.χ. σε επέμβαση διάλυσης στενώματος της στεφανιαίας με μπαλόνι, προστατεύει από όξεια θρόμβωση πιο καλά από όσο η ασπιρίνη. Όταν ωριμάζει κάποιος και φθάνει τα 65 έτη διατρέχει κινδύνους όταν η χοληστερίνη παραμένει πάνω από 200, το πάχος έντοπίζεται στην κοιλιά και κυκλοφορεί από νέος με το τσιγάρο στο στόμα. Γι' αυτούς τους λόγους χορηγούμε προληπτικά ασπιρίνη.

Τελευταία όμως οι έρευνες δείχνουν ότι η κλοπιδογρέλη στη θέση της ασπιρίνης, πολυμερώς και πολυτρόπως, βοηθάει σε πολλά. Αύξάνει π.χ. το προσδόκιμο επιβίωσης σε σύγκριση με την ασπιρίνη σε ποσοστό 55% των ασθενών με περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια, πάθηση που κάνει τον πάσχοντα να σταματά κατά το βήμα από πόνο στη γαστροκνημία - στη γάμπα. Σε ασθενείς που πέρασαν ενγκεφαλικό, ή κλοπιδογρέλη, πάλι σε σύγκριση με την ασπιρίνη, αύξάνει την επιβίωση σε ποσοστό 17%. Αντίθετα, η τελευταία ήταν πιο αποτελεσματική σε ασθενείς εμφραγματικούς, όπου συγκριτικά με την κλοπιδογρέλη, η ασπιρίνη βρέθηκε ότι αύξάνει την επιβίωση σε ποσοστό 11%. Αυτά είναι τα πορίσματα της πολυκεντρικής μελέτης CAPRI (Clopidogrel versus Aspirin in Patients at Risk of Ischemic events). Είναι, λοιπόν, χρήσιμο φάρμακο η κλοπιδογρέλη, ιδιαίτερα σε πρόληψη όξείας θρόμβωσης. Όμως στο μέλλον ή απόφαση για επιλογή μεταξύ κλοπιδογρέλης και ασπιρίνης θα εξαρτάται από το μέγεθος του κινδύνου για ύποτροπή με επεισόδια που να αφορούν δλόκληρο το καρδιαγγειακό σύστημα. Έτσι, η ασπιρίνη παραμένει σε χρήση για το πλήθος των παλαιών καρδιοπαθών που πέρασαν μία κρίση και έκτοτε είναι ήσυχοι. Αλλά και σε όξυ επεισόδιο π.χ. άσταθους στηθάγχης ή εμφράγματος χορηγείται ασπιρίνη μαζί με την κλοπιδογρέλη. Άλλωστε, σε τέτοιες κρίσεις ισχαιμικού συνδρόμου, πολλές φορές, χορηγούνται και άλλα παρόμοια φάρμακα, όπως τα θρομβολυτικά και οι αναστολείς IIb/IIIa των αίμοπεταλίων.

Σημαντικά φάρμακα είναι και οι στατίνες. Κατά τη διάρκεια της μελέτης GRACE, επί 19.537 ασθενών σε 94 νοσοκομεία 14 χωρών, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που έπαιρναν στατίνη κατά την κρίση άσταθους στηθάγχης ή εμφράγματος μυοκαρδίου πήγαν καλύτερα, δηλαδή είχαν λιγότερες έπιπλοκές και απώλειες σε ποσοστό 66% σε σύγκριση με εκείνους που δεν έλαβαν στατίνη. Το αποτέλεσμα αυτό ερμηνεύεται από το ότι η αντί-χοληστερι-



νική στατίνη σταθεροποιεί, «ειρηνεύει» την αθηρωματική πλάκα που προκαλεί την κρίση, περιορίζοντας στο μικρό αυτό «ήφαισαιο» ρωγμές, ρήξεις και θρομβώσεις. Ασπιρίνη, κλοπιδογρέλη και στατίνη, λοιπόν. Τα δυο πρώτα έχουν τη φήμη του αντιθρομβωτικού φαρμάκου. Η στατίνη εμφανίζεται τώρα και ως «ειρνοποιός», κατασταλτική, αντιφλεγμονώδης. ♡



συνέχεια από τη σελ. 146

Στα 24 χρόνια της μελέτης Framingham παρατηρήθηκε μέχρι και 50% μείωση θνητότητας στα άτομα που έπιναν ένα-δύο ποτηράκια σε σύγκριση με άτομα που δεν έπιναν καθόλου. Σημαντική προστασία υπήρχε και στα άτομα με άλλους παράγοντες κινδύνου. Αν και δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα, και στη δευτερογενή πρόληψη πρέπει να ισχύουν οι ίδιες οδηγίες και δεν υπάρχει λόγος διακοπής για τους μέτριους χρήστες ακόμη και αν έχουν καρδιακή ανεπάρκεια. Δεν είναι τυχαίο ότι σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του Παγκόσμιου Όργανισμού Υγείας Γάλλοι, Ισπανοί και Έλληνες ζούν κατά μέσο όρο τα περισσότερα χρόνια μετά τους Ιάπωνες. Ο συνδυασμός της μεσογειακής διατροφής και με λίγο κρασί φέρνει τη μακροζωία. Η γηραιότερη γυναίκα της Ευρώπης (114 ετών), που ζει στην Ήλεια, στο κρασί έντοπίζει το μυστικό της μακροζωίας, όπως δήλωσε πρόσφατα στην τηλεόραση. Στη Σάμο κάποιοι φίλοι μου μίλησαν για την κ. Σοφούλη (της γνωστής οικογένειας Σοφούλη) η οποία κάνει ψαροντούφεκο στα 88 της χρόνια. Φίλος καρδιολόγος του Κέντρου Υγείας Ίκαρίας άπορεί γιατί οι υπερήλικες του νησιού δεν έχουν ούτε καν υπέρταση.

Τα τεκμηριωμένα πλέον πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα δείχνουν ότι πρέπει να παρακινήσουμε τον κόσμο στη μικρή αλλά συστηματική κατανάλωση αλκοόλ, δηλαδή σε ένα έως δυο ποτά την ημέρα για τους άνδρες και ένα για τις γυναίκες. Παράλληλα πρέπει να γίνει αγώνας για να πείσουμε τους βαρείς πότες να περιορισθούν σε ένα-δύο ποτά: «οΐνον εις μέθην μη ποιεΐς» Ζωβίτ, κεφ. 4, στίχος 15. ♡

Προνοώντας για την υγεία

Σύμφωνα με στατιστικές, σημαντικό ποσοστό ατυχημάτων ή προβλημάτων υγείας ήσσονος ή μεγαλύτερης σημασίας θα είχαν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και αποτελεσματικά εάν υπήρχε στο σπίτι ένα «φαρμακείο».

Οι προϋποθέσεις ύπαρξης ενός χρήσιμου σε κάθε περίπτωση φαρμακείου είναι τρεις και αναφέρονται στον πίνακα I. Όπως και το τί θα πρέπει να περιέχει ένα φαρμακείο σπιτιού καταγράφεται στον πίνακα II.

Στο φαρμακείο του σπιτιού μας θα πρέπει να υπάρχουν και φάρμακα που χορηγούνται χωρίς τη συνταγή γιατρού, όμως πάντα με τη συμβουλή του γιατρού και του φαρμακοποιού για περιπτώσεις αλλεργίας και αλληλεπιδράσεων με άλλα φάρμακα, αλλά και τα φάρμακα θεραπείας όπως αναφέρονται στους πίνακες III και IV.

Μία σημαντική παράμετρος στο θέμα ύπαρξης φαρμακείου διαφορετικού και πηδ εμπλουτισμένου στην περιφέρεια είναι χρήσιμο να αναφερθεί, διότι όλοι γνωρίζουμε την ιδιαιτερότητα των συνθηκών διαβίωσης στην περιφέρεια. Το τί επιπλέον θα πρέπει να περιέχει ένα τέτοιο «φαρμακείο» φαίνεται στον πίνακα V.

Ένα κουτί με είδη πρώτων βοηθειών είναι απαραίτητο σε ένα ταξίδι ή στη διαμονή μας στο έξοχικό το καλοκαίρι, εμπλουτισμένο με τα φάρμακα για τις ιδιαιτερότητες του καλοκαιριού. Το τί κουτί φαρμακείου θα επιλέξουμε, εξαρτάται από τις ανάγκες κάθε οικογένειας. Στα φαρμακεία μπορεί ό καθένας να βρει ό,τι χρειάζεται.

Πίνακας I

Προϋποθέσεις ύπαρξης φαρμακείου στο σπίτι

A. Σωστή φύλαξη σε ειδικό κουτί φαρμάκων ή σε συρτάρι για την προστασία από την υγρασία, το φως και τη ζέση.

B. Καλή γνώση της χρήσης των φαρμάκων και της δοσολογίας τους. Ο φαρμακοποιός να αναφέρει στις συσκευασίες τη δοσολογία και το χρόνο χορήγησης.

Γ. Όρισμένα φάρμακα παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες στη φύλαξή τους (χαμηλές θερμοκρασίες-ψυγείο)

Πίνακας II

Τί πρέπει να περιέχει ένα φαρμακείο

Πρώτες βοήθειες σε τραύματα και εγκαύματα

- Επίδεσμοι γάζας και ελαστικοί
- Αυτόκόλλητοι επίδεσμοι
- Όξυζενέ-οινόπνευμα
- Αποστειρωμένες γάζες
- Άλοιφες: για εγκαύματα - αντιβιοτική - αντιφλεγμονώδης
- Άλοιφη για μώλωπες και διαστρέμματα
- Αμμωνία υγρή-άντισταμινική κρέμα ή ζελέ
- Βάμμα ιωδίου
- Θερμόμετρο



Πίνακας III

Φάρμακα χωρίς συνταγή

Πάντα με τη συμβουλή του γιατρού και του φαρμακοποιού για περιπτώσεις αλλεργίας και αλληλεπιδράσεων με άλλα φάρμακα

- Πασίπινα-άντιπυρετικά
- Αντιδιαρροϊκά
- Αντιόξινα
- Αντιεμετικά
- Σιρόπι πρόκλησης έμετου
- Ένεση κορτιζόνης (όταν υπάρχει αλλεργικό άτομο στο σπίτι ή για πιθανό αλλεργικό σόκ)
- Αντιβηχικό σιρόπι
- Αντισυμφορητικό για το συνάχι

Πίνακας IV

Φάρμακα θεραπείας

Τα φάρμακα θεραπείας, και ειδικά αυτά που απευθύνονται σε άτομα μεγάλης ηλικίας, θα πρέπει να αναγράφουν υποχρεωτικά τη δοσολογία και, αν είναι δυνατόν, να τοποθετούνται σε ειδικά κουτιά ήμερησίας και έβδομαδιαίας δόσης.

Πίνακας V

Διαφοροποίηση φαρμακείου στην πόλη και στην περιφέρεια

Σε περιοχές της περιφέρειας που η πρόσβαση στο φαρμακείο είναι δυσκολότερη και λόγω καιρικών συνθηκών το φαρμακείο του σπιτιού θα πρέπει να είναι εμπλουτισμένο και με

- αντιβιοτικά
- αντιμυκητιασικά
- αντιφλεγμονώδη για οδοντιατρικά προβλήματα τα οποία θα χρησιμοποιηθούν με τη συμβουλή του γιατρού.