



ΣΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ: 2510

ΤΟΜΟΣ 14
ΤΕΥΧΟΣ 162
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2005

Τιμή πώλησης 0,01 €

Όξεία στεφανιαία σύνδρομα: η άσταθής στηθάγχη και το όξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

ΜΙΧΑΗΛ Ν. ΖΑΪΡΗΣ, MD, PhD, *έπιμελητής καρδιολογικής κλινικής Τζανείου νοσοκομείου Πειραιά.*

Η επίβιωση και η καλή λειτουργία των διαφόρων οργάνων του ανθρώπινου σώματος εξαρτάται άμεσα από τη ποσότητα αίματος που τους παρέχεται μέσω της καρδιακής αντλητικής λειτουργίας. Τα τοιχώματα (έργατικό μυοκάρδιο) και τα άλλα τμήματα της καρδιάς λαμβάνουν αίμα μέσω δυο αρτηριακών συστημάτων που αποτελούν την αριστερή και δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Η ομαλή ροή αίματος στα στεφανιαία αγγεία εξασφαλίζει την ομαλή λειτουργία και άκεραιότητά της.

Τα όξεία στεφανιαία σύνδρομα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στις δυτικές, κυρίως, κοινωνίες. Τα όξεία στεφανιαία σύνδρομα αποτελούν τις καρδιολογικές εκείνες παθήσεις που προκαλούνται από την απότομη, μερική ή πλήρη, απόφραξη των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς που οδηγούν σε ισχαιμία (άσταθής στηθάγχη) ή/και νέκρωση (έμφραγμα) του έργατικού μυοκαρδίου.

Τί είναι, όμως, αυτό που απότομα ανάκοπτε τη φυσιολογική ροή αίματος στα στεφανιαία αγγεία και οδηγεί, ως έκ τούτου, στην πρόκληση ενός όξέος στεφανιαίου συνδρόμου;

Η απάντηση είναι η απότομη δημιουργία μέσα σε ένα στεφανιαίο αγγείο ενός θρόμβου (ένα συσώρευμα αιμοπεταλίων, έρυθρων αιμοσφαιρίων και άλλων άμορφων στοιχείων του αίματος) ο οποίος, ανάλογα με το μέ-

γεθός του, μπορεί να προκαλεί μερική ή πλήρη απόφραξη του αγγείου και παρεμπόδιση της ροής του αίματος σε αυτό.

Πώς, όμως, μπορεί να δημιουργηθεί ένας τέτοιος θρόμβος;

Αν και σπανίως κάποια άλλα, ανοσολογικά κυρίως, νοσήματα που συνδιάζονται με αύξηση της πηκτικότητας του αίματος είναι δυνατό να αποτελέσουν την αιτία δημιουργίας θρόμβου στα στεφανιαία, η αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη ενός θρόμβου στη συντριπτική πλειονότητα των όξέων στεφανιαίων συνδρόμων.

Τί είναι όμως η αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων;

Η αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων αγγείων (στεφανιαία νόσος) αποτελεί μία χρόνια προοδευτική έκφυλιστική νόσο που χαρακτηρίζεται από έναπόθεση κατά περιοχές, λιπιδίων στοιχείων (κυρίως χορσπερόλης) και συνδετικού ιστού στο τοίχωμά τους, οι όποιες αποκαλούνται αθηρωματικές πλάκες. Οι αθηρωματικές πλάκες είναι δυνατόν να σπάσουν και να πυροδοτήσουν τη δημιουργία θρόμβου μέσα στον αυλό των στεφανιαίων και την πρόκληση ενός όξέος στεφανιαίου συνδρόμου.

Τί είναι όμως αυτό που προκαλεί την αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων αγγείων;

Πάρα πολλοί παράγοντες (περιβαλλοντικοί, γενετικοί, φυλετικοί κ.ά.) έχουν ενοχοποιηθεί ως επιβαρυντικοί για την ανάπτυξη της νόσου. Αυτοί, όμως, πού θεωρείται σήμερα ότι σαφώς αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου είναι η προχωρημένη ηλικία, το άρρεν φύλο, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερχοληστερολαιμία, η αρτηριακή υπέρταση, το οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου και, βέβαια, το κάπνισμα. Όσο περισσότεροι από τους παράγοντες αυτούς υπάρχουν σε ένα άτομο τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, άρα και πρόκλησης ενός όξέου στεφανιαίου συνδρόμου (άσταθους στηθάγχης ή εμφράγματος του μυοκαρδίου).

Τα όξέα στεφανιαία σύνδρομα, ή άσταθης στηθάγχη και το έμφραγμα του μυοκαρδίου, εισβάλλουν απότομα (όξέως) και τις περισσότερες φορές σε άτομα τα οποία προηγουμένως δεν γνώριζαν την ύπαρξη καρδιακής πάθησης. Ο αιφνίδιος θάνατος αποτελεί, πολλές φορές, την πρώτη μοιραία εκδήλωση της νόσου. Τις πιο πολλές φορές όμως ο άσθενής νιώθει έναν όπισθοστερνικό διαξυφιστικό ή καυστικό πόνο, του οποίου την ποιότητα και ένταση δεν έχει βιώσει ποτέ στο παρελθόν. Ο πόνος αυτός μπορεί να είναι συνεχής ή διαλλείπων ενώ η διάρκειά του είναι συνήθως πάνω από 30 λεπτά. Είναι δυνατόν να αντανακλά στα χέρια, στους ώμους, στο λαιμό και γενικά όπουδήποτε από τη κάτω γνάθο μέχρι τον όμφαλό. Μπορεί να συνοδεύεται από άλλα συμπτώματα όπως τάση προς έμετο (ναυτία), εφίδρωση, καταβολή, αδυναμία και τάση προς λιποθυμία.

Τα όξέα στεφανιαία σύνδρομα αποτελούν νοσήματα που χρήζουν άμεσης ιατρικής συμβολής και θεραπείας. Άπαιτον άμεση μεταφορά και νοσηλεία σε ειδικές καρδιολογικές μονάδες διότι ο κίνδυνος σοβαρών καρδιακών επιπλοκών και θανάτου είναι άμεσος. Όσο πιο γρήγορα εφαρμοστεί ή θεραπεία τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες διάσωσης του άσθενούς.

Η θεραπεία των όξέων στεφανιαίων συνδρόμων περιλαμβάνει άμεση εισαγωγή σε εξειδικευμένη καρδιολο-

γική μονάδα, συνεχή παρακολούθηση του καρδιογραφήματος του άσθενούς, χορήγηση οξυγόνου και χορήγηση φαρμάκων ένδοφλέβια ή/και από το στόμα. Στα φάρμακα αυτά περιλαμβάνονται διάφορα θρομβολυτικά, αντιαιμοπεταλιακά ή αντιπηκτικά φάρμακα (ή ασπιρίνη, ή ηπαρίνη κ.ά.) τα οποία είτε στοχεύουν στη διάλυση του θρόμβου που προκάλεσε το όξύ στεφανιαίο σύνδρομο ή/και στην αναχαίτιση της επέκτασής του μέσα στο στεφανιαίο αγγείο. Σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί ο άσθενής να υποβληθεί σε έπείγουσα στεφανιο-



γραφία (σκιαγράφηση των στεφανιαίων αγγείων με ειδική επεμβατική μέθοδο) ή οποία θα αποκαλύψει το στεφανιαίο αγγείο στο οποίο έχει δημιουργηθεί ο θρόμβος και έτσι μπορεί να επιτευχθεί διάνοιξη του θρομβωμένου αγγείου με ειδικό μπαλόνι (αγγειοπλαστική). Κάποιες άλλες φορές ή στεφανιογραφία μπορεί να δείξει ότι ο άσθενής έχει πολύ σοβαρή στεφανιαία νόσο και έτσι να χρειάζεται να υποβληθεί σε άορτοστεφανιαία παράκαμψη (by pass).

Με όλες αυτές τις εξελίξεις στη θεραπεία της στεφανιαίας νόσου περίπου το 85% των άσθενών θα αναρρώσει και θα βγει από το νοσοκομείο. Οι περισσότεροι άσθενείς θα επανέλθουν γρήγορα στις προηγούμενες τους δραστηριότητες, θα χρειαστεί όμως να λαμβάνουν φάρμακα (κάποια για πάντα) και να τροποποιήσουν το τρόπο ζωής τους. Οι παρεμβάσεις αυτές θα ελαττώσουν σημαντικά την πιθανότητα να υποστεί το άτομο ένα νέο όξύ στεφανιαίο σύνδρομο, το οποίο θα έχει δυσμενείς επιπτώσεις.

Τα φάρμακα που θα χρειαστεί να λαμβάνουν είναι ή ασπιρίνη (πιθανώς και άλλα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα), τα υπολιπιδαιμικά (φάρμακα που ελαττώνουν τη χοληστερόλη του αίματος) κ.ά. Έξισου, και ίσως περισσότερο, σημαντικόι παράγοντες από τη φαρμακευτική άγωγή θεωρούνται ή αλλαγή του τρόπου ζωής που περιλαμβάνει αποφυγή του άγχους και της καθιστικής ζωής, σχεδόν καθημερινή σωματική άσκηση, υιοθέτηση της

συνέχεια στη σελ. 148 ▶

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Έλληνικό Ίδρυμα 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,
Αθ. Πιπλής, Δ. Ρίχτερ, Β. Σπανάς, Δ. Χατοέρας.
ΣΚΙΤΣΑ: Γαβριήλ Ψαρράς, καρδιολόγος
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Α. Δαρμάρα, Μ. Δημακοπούλου, Γ. Καλλιούπη, Μ. Τούτουζα
Επιτρέπεται ή μερική ή όλικη αναδημοσίευση άρθρων του περιοδικού άρκει να αναφέρεται ή πηγή τους.

στην Ελλάδα... και τον κοσμο



Ἡ καρδιά τῆς γυναίκας στὸ μικροσκόπιο τοῦ πανευρωπαϊκοῦ καρδιολογικοῦ συνεδρίου τοῦ 2005

ΙΩΑΝΝΗΣ Β. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ, *ειδικὸς καρδιολόγος, μέλος Εὐρωπαϊκοῦ Συμβουλίου
Πυρηνικῆς Καρδιολογίας*

Οἱ καρδιαγγειακὲς παθήσεις στὶς γυναῖκες ἦταν αὐτὴ τὴ χρονιά τὸ κύριο θέμα τοῦ Πανευρωπαϊκοῦ Καρδιολογικοῦ Συνεδρίου ποὺ ἔγινε στὴ Στοκκόλμη τῆς Σουηδίας 3-7 Σεπτεμβρίου.

Γιὰ πολλὰ χρόνια ἡ γυναίκα ἐθεωρεῖτο ὅτι ἦταν λιγότερο εὐάλωτη σὲ καρδιαγγειακὰ νοσήματα σὲ σύγκριση μὲ τοὺς ἄνδρες καὶ ἡ συνθήκη ἀπάντησε σὲ σφυγμομετρήσεις τοῦ κόσμου γιὰ τὸ ποιά εἶναι ἡ κυριότερη αἰτία θανάτου στὶς γυναῖκες, ἡ ἀπάντηση ἦταν ὁ καρκίνος.

Μιὰ σειρά ὁμως ὑψηλῆς ἐμβέλειας δημοσιευμένων μελετῶν, ἡ ὁποία περιελάμβανε μεγάλο ποσοστὸ γυναικῶν, ποὺ ξεκίνησαν στὶς ἀρχὲς τῆς δεκαετίας τοῦ '90, ἐπιβεβαίωσαν ὅτι οἱ γυναῖκες, ἐνῶ γιὰ δημογραφικούς καὶ βιολογικούς λόγους αὐξάνονται σὲ ἀριθμὸ καὶ σὲ ἔτη ζωῆς, ἐμφανίζουν ὑψηλὰ ποσοστὰ νόσησης καὶ θανάτου ἀπὸ στεφανιαία νόσο. Παρ' ὅλα αὐτὰ ἐξακολουθοῦν νὰ ὑπολείπονται τῶν ἀνδρῶν σὲ διαγνωστικούς ἐλέγχους γιὰ καρδιοπάθειες καὶ νὰ μὴν ἀντιμετωπίζονται θεραπευτικά, τόσο προληπτικά ὅσο καὶ μετὰ τὴν ἐμφάνιση τῆς στεφανιαίας νόσου, μὲ τὴν ἴδια ἔνταση ὅση στους ἄνδρες.

Αὐτὸ εἶχε ὡς ἀποτέλεσμα, σήμερα, ἡ στεφανιαία νόσος νὰ ἀποτελεῖ τὴν πρώτη αἰτία θανάτου ἀνάμεσα στὶς Εὐρωπαϊκὲς γυναῖκες ἀφοῦ εὐθύνεται γιὰ τὸ 55% τῶν θανάτων ἔναντι 43% στους ἄνδρες. Αὐτὸ τὸ ποσοστὸ ἀποδεικνύει ὅτι τὰ καρδιαγγειακὰ στὶς γυναῖκες συνιστοῦν μεγαλύτερο πρόβλημα ἀπ' ὅτι ὁ καρκίνος, σύμφωνα μὲ τὰ ἀποτελέσματα μιᾶς μεγάλης πανευρωπαϊκῆς μελέτης (EUROHEART SURVEY) ποὺ διενεργήθηκε στὰ πλαίσια μελέτης τῆς στεφανιαίας νόσου καὶ τῶν προδιαθεσικῶν παραγόντων τῆς νόσου στὶς γυναῖκες τῶν χωρῶν τῆς Εὐρώπης. Στὰ ἴδια ἀποτελέσματα κατέληξαν καὶ ἐρευνητὲς ἀπὸ τὴν ἄλλη ὄχθη τοῦ Ἀτλαντικοῦ, ἀναφέροντας ὅτι σχεδὸν 250.000 Ἀμερικανίδες πεθαίνουν κάθε χρόνο ἀπὸ καρδιά. Μὲ ἄλλα λόγια, σχεδὸν κάθε λεπτὸ μία Ἀμερικανίδα πεθαίνει ἀπὸ καρδιαγγειακὴ νόσο. Εἶναι σαφές, ἐπίσης, ὅτι καὶ στὶς ΗΠΑ, ἀπὸ τὴ δεκαετία τοῦ '90

καὶ μετὰ, οἱ γυναῖκες ξεπέρασαν τοὺς ἄνδρες σὲ ἐτήσιο ἀριθμὸ θανάτων ἀπὸ καρδιαγγειακὰ νοσήματα^{1,2}. Ἐνδιαφέρον ἐπίσης εἶναι, σύμφωνα μὲ στοιχεῖα ποὺ ἀναφέρονται στὴ θνητότητα ἀπὸ καρδιαγγειακὰ νοσήματα, ὅτι κατὰ τὰ ἔτη 1979-2001 ὑπάρχει σημαντικὴ μείωση τῶν θανάτων ἀπὸ καρδιά στους ἄνδρες ὡς ἀποτέλεσμα μιᾶς ἐντατικῆς καὶ πολλαπλῆς ἱατρικῆς καὶ κρατικῆς προληπτικῆς παρέμβασης ἐνῶ, ἀντίθετα, ὁ ἀριθμὸς τείνει αὐξανόμενος γιὰ τὶς γυναῖκες.

Μερικὰ ἀκόμη στοιχεῖα ποὺ προέκυψαν ἀπὸ τὶς στατιστικὲς μελέτες εἶναι ὅτι ἡ πάθηση καθυστερεῖ νὰ ἐμφανιστεῖ σὲ σχέση μὲ τοὺς ἄνδρες κατὰ δέκα χρόνια, ἐνῶ ἡ ἐκδήλωση τοῦ ἐμφράγματος τοῦ μυοκαρδίου καθυστερεῖ ἀκόμη περισσότερο, κατὰ 20 χρόνια.

Ἡ μέση πρὸς μεγάλη ἡλικία εἶναι ἰσχυρὸς παράγων γιὰ τὴν ἐμφάνιση τῆς νόσου. Ἀναφέρεται ὅτι σὲ ἡλικίας ἄνω τῶν 65 ἐτῶν μία γυναίκα στὶς τρεῖς θὰ ἐμφανίσει νόσο, ἐνῶ γιὰ τὶς ἡλικίες 45-65 ἐτῶν ἡ ἀναλογία εἶναι μία γυναίκα στὶς ἐννέα. Οἱ ἴδιες μελέτες κατέγραψαν

μεγαλύτερη θνησιμότητα σὲ νεότερες ἡλικίες σὲ περίπτωση ὀξέως καρδιακοῦ συμβάματος (ἔμφραγμα).

Ἡ εὐρωπαϊκὴ μελέτη EUROHEART SURVEY, στὴν ὁποία μετέχουν ἄρκετὰ κέντρα ἀπὸ τὴν Ἑλλάδα, ἤρθε νὰ καλύψει τὸ κενὸ τῆς μεωμένης συμμετοχῆς στὶς συνήθεις κλινικὲς μελέτες ἀπὸ τὶς ὁποῖες ἐξάγονται στοιχεῖα γιὰ τὴν ὑπαρξη τῆς νόσου, γιὰ τοὺς τρόπους διάγνωσης καὶ γιὰ τὶς ἀκολουθούμενες θεραπευτικὲς παρεμβάσεις.

Ἀπὸ τὴν ἴδια μελέτη ποὺ περιελάμβανε 3.800 ἄσθενεῖς, ἀπὸ τοὺς ὁποίους οἱ μισοὶ ἦταν γυναῖκες ἡλικίας μεταξύ 50-76 ἐτῶν, βρέθηκε ὅτι οἱ γυναῖκες παρὰ τὴν παρουσία στηθάγχης, ἦταν λιγότερο πιθανὸ νὰ ὑποβληθοῦν σὲ κάποια ἀναίμακτη διαγνωστικὴ ἐξέταση (δοκιμασία κόπωσης, σπινθηρογράφημα, αἱμάτωση μυοκαρδίου, ὑπερηχογράφημα) ἀπ' ὅτι ὁ ἀντίστοιχος ἄρρην ἄσθενής καί, ὡς ἐκ τούτου, ἀκολουθοῦσε μία ἄλυσίδα στρεβλῆς ἀντιμετώπισης τῆς νόσου ἀφοῦ λιγότερες γυ-



ναϊκές οδηγούνταν για στεφανιογραφία και για την επικόλουθη παρεμβατική αντιμετώπιση και λιγότερες υποβόλονται σε φαρμακευτική θεραπεία με υπολιπιδαιμικά και αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα για τη δευτεροπαθή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου, είτε κατά την άρχική τους εκτίμηση αλλά και μετά από άορτοστεφανιαία χειρουργική παράκαμψη.

Ἄνσυχητικό, επίσης, εἶναι τὸ γεγονός ὅτι αὐτὲς οἱ γυναῖκες πού παρουσιάζουν στηθάγχη ὡς ἐκδήλωση τῆς στεφανιαίας νόσου, ἔχουν διπλάσια πιθανότητα ἀπὸ τοὺς ἄνδρες νὰ πεθάνουν ἢ νὰ ἐμφανίσουν ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου, ὅπως προέκυψε ἀπὸ τὰ στοιχεῖα τῆς παρακολούθησης γιὰ ἓνα μόνο χρόνο.

Στὴ σημερινὴ ἐποχὴ ὅμως ὅταν οἱ γυναῖκες παρουσιάζουν κάποιο ὄξυ καρδιακὸ ἐπείσπδιο (ἔμφραγμα, ἀσταθὴ στηθάγχη κλπ), τὰ πράγματα εἶναι καλύτερα σὲ σχέση μὲ τὴν πρὶν τὸ 2000 ἐποχὴ. Ἡ ἀντιμετώπιση δὲν διαφέρει, τουλάχιστον ὡς πρὸς τὴ χρήση ὄλων τῶν διαγνωστικῶν μέσων καὶ θεραπευτικῶν παρεμβάσεων, ἀλλὰ ἐξακολουθοῦν νὰ ὑπάρχουν διαφορὲς μεταξὺ τῶν δυὸ φύλων πού φαίνεται ὅτι εἶναι χαρακτηριστικὸ “πρόνομι” τῶν γυναικῶν. Γιὰ παράδειγμα ἀναφέρεται ὅτι οἱ γυναῖκες παρουσιάζουν σὲ μεγαλύτερο ποσοστὸ σακχαρώδη διαβήτη (30%) σὲ σχέση μὲ τὸ 24% τῶν ἀνδρῶν. Οἱ διαβητικὲς γυναῖκες πού παρουσίασαν κάποιο ὄξυ καρδιακὸ ἐπείσπδιο, εἶχαν ὑψηλότερο κίνδυνο ἐμφάνισης ἐκτεταμένου ἐμφράγματος, καρδιακῆς ἀνεπάρκειας καὶ νοσοκομειακῆς θνητότητας σὲ σχέση μὲ τοὺς ἄνδρες διαβητικούς.

Οἱ γυναῖκες, επίσης, ἐμφάνιζαν ὑψηλότερα ποσοστὰ μεταβολικοῦ συνδρόμου. Ἀναφέρεται ὅτι μεταξὺ τῶν 5.000 ἀσθενῶν πού μελετήθηκαν σὲ ὑποομάδα ἀσθενῶν μόνο τὸ 19% τῶν γυναικῶν εἶχαν φυσιολογικὸ μεταβολισμὸ γλυκόζης σὲ σχέση μὲ τὸ 27% τῶν ἀνδρῶν.

Ἄλλα χαρακτηριστικὰ τῶν γυναικῶν πού παρουσίασαν ὄξυ καρδιακὸ ἐπείσπδιο ἦταν τὸ μεγαλύτερο ποσοστὸ ὑπέρτασης καὶ ἀναμίας. Ἄλλα καὶ κατὰ τὴν παρεμβατικὴν ἀντιμετώπιση τοῦ ὄξέως καρδιακοῦ συμβάματος (ἀσταθὴς στηθάγχη, ἔμφραγμα κλπ) ἀναφέρονται αὐξημένες πιθανότητες ἐπιπλοκῶν καὶ αἱμορραγιῶν ἀπὸ τὴν φαρμακευτικὴν καὶ παρεμβατικὴν πράξεις καὶ μεγαλύτερο ποσοστὸ θνησιμότητας κατὰ τὴν ἐπεμβάσει χειρουργικῆς ἐπαναιμάτωσης τοῦ μυοκαρδίου (4,1% γιὰ τὴν γυναῖκες, ἔναντι 2,4% γιὰ τοὺς ἄνδρες). Αὐτὸ ἀποδίδεται κυρίως στὴ συνύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη, στὸν ἐπείγοντα χαρακτήρα πού ἔχει πολλὲς φορὲς ἡ ἐπέμβαση καὶ στὴν ἀνατομία -λεπτὰ ἀγγεῖα- τῶν γυναικῶν.

Τέλος, ἄξια νὰ μνημονευθοῦν εἶναι δυὸ θέματα μὲ πολὺ ἐνδιαφέρον. Γιὰ τὴν πρῶμα ἐμμηνοπαισιακὴν γυναῖκα καὶ τὴν γυναῖκα μὲ συγγενεῖς καρδιοπάθειες σὲ ἀναπαραγωγικὴ ἡλικία, καλὰ τεκμηριωμένα ἀπὸ μεγάλες πολυκεντρικὲς μελέτες στοιχεῖα ἐπιβεβαιώνουν πλέον ὅτι ἡ θεραπεία ὑποκατάστασης μὲ ὁρμόνες (προγεστερόνη-οιστρογόνα) στὴν πρῶμην ἢ στὴν λόγην ἡλικίας ἐμμηνοπαισιακῆς γυναῖκα, μὲ σκοπὸ τὴ δευτεροπαθὴ πρόληψη καρδιακῶν νοσημάτων, ὄχι μόνον δὲν ἀσκεῖ εὐεργετικὴ ἐπίδραση ἀλλὰ μπορεῖ νὰ δημιουργήσει πρόσθετα προβλήματα ὑγείας (φλεβοθρομβώσεις -ιδίως στὴν καπνίστριες-, καρκίνου μαστοῦ κλπ).

Στὴν ὑπομελέτη EUROHEART SURVEY βρέθηκε ὅτι τὸ 36% τῶν γυναικῶν μὲ συγγενεῖς καρδιοπάθειες ἔφεραν τουλάχιστον μιὰ φορὰ σὲ αἴσιον πέρασ μιὰ ἐγκυμοσύνη σὲ σύγκριση μὲ τὸ 40% τῶν λοιπῶν γυναικῶν τῆς μελέτης. Μὲ τὴ μελέτη αὐτὴ ἀπεδείχθη ὅτι οἱ συγγενεῖς παθήσεις, ὅπως ἡ μεσοκοιλιακὴ ἐπικοινωνία, ἡ μεσοκοιλιακὴ ἐπικοινωνία, τὸ σύνδρομο Marfan, ἡ ἰσθμικὴ στένωση, ἡ τετραλογία τοῦ Fallot κ.ἄ., δημιούργησαν μιὰ κρὰ ἐμπόδια στὴν ἐγκυμοσύνη.

Οἱ ἐρευντὲς προτείνουν στὴν γυναῖκα μὲ συγγενεῖς καρδιοπάθειες νὰ συλλαμβάνουν σὲ νεότερη ἡλικία καὶ νὰ συμβουλευοῦνται συνεχῶς τοὺς θεράποντες καρδιολόγους κατὰ τὴν πορεία τῆς ἐξέλιξης τῆς ἐγκυμοσύνης. Ὡς συμπέρασμα ὄλων τῶν παραπάνω ἐξάγεται ὅτι ἡ ἀντιμετώπιση τῶν γυναικῶν ἐξακολουθεῖ νὰ ὑπολείπεται ἔναντι τῶν ἀνδρῶν σὲ ὅτι ἀφορὰ στὴν διαγνωστικὴ διερεύνηση συμπτωμάτων στεφανιαίας νόσου, ἰδιαίτερα μὲ ἀναίμακτες διαγνωστικὲς τεχνικὲς (ἠλεκτροκαρδιογράφημα κόπωσης, σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου, ὑπερηχογράφημα). Ἀντιμετωπίζονται πλημμελῶς σὲ ὅτι ἀφορὰ στὴν πρόληψη ἀλλὰ καὶ μετὰ τὴν ἐμφάνιση τῆς νόσου, φαρμακευτικὰ καὶ παρεμβατικὰ. Τέλος, εἶναι μειωμένη ἡ ποσοστιαία συμμετοχὴ τους σὲ μεγάλες μελέτες, ἐπιδημιολογικὲς καὶ μελέτες φαρμακευτικῶν παρεμβάσεων- ὥστε νὰ ἐξάγονται συμπεράσματα ἀνάλογα μὲ αὐτὰ πού ἀφοροῦν στοὺς ἄνδρες.

Οἱ γυναῖκες φαίνεται ὅτι ἐμφανίζουν ἢ ἐκδηλώνουν τὴ στεφανιαία νόσο σὲ μεγαλύτερη ἡλικία αὐτῆς τῶν ἀνδρῶν, ἔχουν περισσότερους προδιαθεσιακούς παράγοντες (σακχαρώδη διαβήτη, ὑπέρταση, παχυσαρκία) ἀπ’ ὅτι οἱ ἄνδρες, τὰ συμπτώματά τους διαφέρουν τῶν ἀνδρῶν κατὰ τὴν εἰσαγωγή τους σὲ νοσοκομεῖο γιὰ ὄξέα καρδιακὰ συμβάματα (τὴν περισσότερες φορὲς προέχουν τὰ σημεῖα καρδιακῆς ἀνεπάρκειας π.χ. δύσπνοια), ἔχουν περὶ πού δυὸ φορὲς χειρότερη πρόγνωση μετὰ τὸ ἐπείσπδιο ἀπὸ τοὺς ἄνδρες καὶ ὑποβάλλονται σὲ λιγότερες ἐπεμβάσεις ἐπαναιμάτωσης τοῦ μυοκαρδίου ἀπὸ τοὺς ἄνδρες, ἀκόμα καὶ ὅταν ἡ στεφανιαία νόσος ἔχει διαγνωσθεῖ. ❀

1. EuroHeart Survey. ESC 2005 Stockholm
2. Heart Disease and Stroke Statistics. AHA 2004 Dallas TX
3. Roeters The Yentil syndrome. Gender differences in diagnosis and treatment of CAD from 1981 to 1997. No evidence for the Yentil syndrome. Euro Heart J 2000



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 146

μεσογειακῆς διατροφῆς, διακοπὴ τοῦ καπνίσματος καὶ βέβαια, ἐφαρμογὴ τῶν ἱατρικῶν ὁδηγιῶν.

Συμπερασματικὰ, τὰ ὄξέα στεφανιαία σύνδρομα, πού ἀποτελοῦν τὴ σημαντικότερη αἰτία θανάτου στὴν δυτικὴ κοινωνία, ἀποτελοῦν ἐκδηλώσεις τῆς ἀθηροσκλήρωσης τῶν στεφανιαίων ἀγγείων τῆς καρδιάς. Ἡ πρόληψη τῆς στεφανιαίας ἀθηροσκλήρωσης μὲ τὴν καλὴ ρύθμιση τοῦ σακχαρώδους διαβήτη καὶ τῆς ἀρτηριακῆς ὑπέρτασης, τὴν ἀποφυγὴν ὑπερχοληστερολιδικῆς διαίτας, καὶ, βέβαια, τὴν ἀποφυγὴν τοῦ καπνίσματος θὰ ἔχει ὡς ἀποτέλεσμα, κατὰ τὴ γνωστὴ ἱπποκράτειο ρῆση «*κάλλιον προλαμβάνειν παρὰ θεραπεύειν*», τὴ σημαντικὴ ἐλάττωση τῆς συχνότητας τῶν ὄξέων στεφανιαίων συνδρόμων. ❀

Ἡ ἱατρικὴ ἀπὸ τηλεφώνου

ΕΥΤΥΧΙΟΣ Μ. ΒΟΡΙΔΗΣ,

καθηγητὴς Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν

Ἀπὸ τὴ στιγμή τῆς γεννήσεως κάποιας μορφῆς ἱατρικῆς τέχνης καί, τουλάχιστον, μέχρι τῆς ἱπποκρατείου ἐποχῆς, προϋποθέσεις τῆς ἀσκήσεώς της ἦταν ἡ ἄμεσος ἐπαφὴ μεταξὺ θεράποντος καὶ ἀσθενοῦς, τουλάχιστον ἅπαξ. Εἰς τὸν κανόνα αὐτό, βεβαίως, ὑπῆρξαν καὶ ἀποκλίσεις ἐξηρητημένα κυρίως ἀπὸ τὴν θρησκεία καὶ τὰ ἦθη, ὅπως π.χ. στὴν Κίνα. Ἀλλὰ ἀκόμη καὶ στὴ Δύση, ἐπὶ τουλάχιστον μιὰ χιλιετία, ἡ ἱατρικὴ ἀπεμακρύνθη ἀπὸ τὸ ἀνθρώπινο σῶμα, στραφεῖσα πρὸς τὴν ἐπίκληση τοῦ Θεοῦ, μὲ ἐξάιρεση, βέβαια, τοῦς χειροπράκτας καὶ τοῦς κουρεῖς. Ἡ σχέση ἀρχισε νὰ ἀποκαθίσταται μετὰ τὸν 18ο αἰῶνα σὰν συνέπεια τῆς ἀναπτύξεως τῆς ἀνατομoκλινικῆς ἱατρικῆς.

Ἡ προϋπόθεση αὐτὴ ἀσκήσεως ἱατρικῆς ἀρχισε καὶ πάλι νὰ κλονίζεται γιὰ δυὸ κύριους λόγους:

Πρῶτον, λόγω τῆς αὐξήσεως τοῦ ἀριθμοῦ τῶν παρακλινικῶν ἐξετάσεων πού ὀδηγοῦν σὲ θεραπευτικὲς ἀποφάσεις βάσει δεδομένων καὶ ὄχι ὑποχρεωτικὰ βάσει τῶν συμπτωμάτων καὶ τῆς καταστάσεως τοῦ ἀρρώστου.

Τὸ δεύτερον, λόγω τῆς εἰσβολῆς τοῦ τηλεφώνου πού ὑποκατέστησε τὴν ὄψιν μὲ τὴ φωνή. Θυμίζει ἀνέκδοτο τὸ ὅτι ὁ ἐπινοήσας τὸ τηλεφῶνο Γκράχαμ Μπέλ, ὑπῆρξε ἐκ τῶν πρώτων πού τὸ χρησιμοποίησε, ζητῶν συμβουλὴν, διότι εἶχαν περικυθεῖ μὲ θεϊκὸ ὄξυ.

Ἀπὸ τὸ 1930 ἡ ἐξάπλωσις τοῦ τηλεφώνου εἶχαν προοδευτικὰ ἄμεσον ἀντίκτυπον ἐπὶ τῆς ἱατρικῆς δραστηριότητος, ἔτσι πού τὸ 1970 ἐλέχθη ὅτι γιὰ τὸν γιατρὸ ἦταν χρήσιμον ὅσο καὶ τὸ στηθοσκόπιον.

Τὸ ἀποκορύφωμα, βεβαίως, ὑπῆρξε ἡ ἐπινόησις τῶν κινητῶν (ἢ ἀεικινήτων) τηλεφῶνων. Οἱ ἱατρικαὶ ὀργανώσεις, καὶ σὲ κάποιο ποσοστὸ καὶ ἡ πολιτεία, προσπάθησαν νὰ καθορίσουν τοὺς κανόνες εἰς τὴν ἐφαρμογὴν τῆς σχετικῶς νέας αὐτῆς ἱατρικῆς τεχνικῆς, ἀλλὰ τὰ ἀποτελέσματα δὲν ἔχουν ἀκόμη σαφὴ διατύπωση, κυρίως λόγω τῆς ποικιλίας τῶν μορφῶν πού λαμβάνει ἡ τηλεφωνικὴ ἱατρικὴ, λόγω τῆς ταχείας ἐξελίξεως τῆς ἱατρικῆς αὐτῆς καθ' ἑαυτήν.

Ἱστορικά, ἀρχικά, οἱ ἐπικοινωνιῆς περιορίζοντο μεταξὺ ἐπαγγελματιῶν (ιατρῶν, νοσηλευτῶν, φαρμακοποιῶν) ἀλλὰ σύστημα, ἰδίως στὴν σημερινὴ ἐποχὴ, ἄλλαξε ἡ κατεύθυνσις, μὲ τὴν προσθήκην τηλεφωνικῆς προσβάσεως πρὸς ἀσφαλιστικὸς ὀργανισμοὺς, κέντρα ἐπιλογῆς, κέντρα ἀμέσου βοηθείας καὶ ἀναζητήσεως καταλλήλου νοσοκομείου ἢ ἀρμοδίου ἱατροῦ καί, τέλος, ἐπικοινωνίας μεταξὺ τοῦ ἀσθενοῦς καὶ τοῦ ἱατροῦ του ἢ, ἀκόμη, καὶ ἱατροῦ μὲ τὸν ὁποῖον ὁ ἀσθενὴς δὲν εἶχε προγενεστέρᾳ ἐπαφὴν.

Ἀπὸ τίς Ἠνωμένας Πολιτείας, προέρχεται ἡ πληροφορία ὅτι τὸ 25% τῶν ἐπαφῶν ἱατροῦ καὶ ἀσθενοῦς, στηρίζονται στὸ τηλεφῶνο καὶ μόνο τὸ ἥμισυ αὐτῶν ἀφορᾷ τὴν πορεία γνωστῆς νόσου, τὸ ὑπόλοιπο ἥμισυ



ἀφορᾷ νέα νόσο. Τὸ ὄφελος ἀπὸ τὴν τηλεφωνικὴ ἐπικοινωνία, ἀποκομίζουν, ὅπως εἶναι φυσικὸ, οἱ ἀσθενεῖς στὴν δημόσια ὀργανωμένη ὑγεία, ἐνῶ γιὰ τοὺς ἱατροὺς σημαίνει διαφυγὴ ἐσόδων.

Ἀπὸ δημοσκοπήσεις προκύπτει ἡ εὐρεία ἀποδοχὴ τῆς ἱατρικῆς ἀπὸ τηλεφῶνων ἀπὸ μέρους τοῦ κοινού, ἀφοῦ τοὺς παρέχει τὴν ἱατρικὴ συνδρομὴ χωρὶς ἀνάγκη μετακινήσεων, πού εἶναι βασιανιστικὲς μὲ τίς συνθήκες κυκλοφορίας ἢ καὶ τῆς σταθμεύσεως τῶν σημερινῶν πόλεων, καὶ μὲ πρόσθετον ὄφελος τὴν ἀποφυγὴ τῆς ἀναμονῆς. Τὸ κύριο ὄφελος προκύπτει σὲ περιπτώσεις ἐπιγούσης ἀνάγκης ἢ ἀνάγκης μεταφορᾶς καὶ εὐρέθη ὅτι χάρις στὸ τηλεφῶνο ἀποφεύγεται τὸ ἓν τρίτον τῶν περιπτώσεων μετακινήσεων εἰς ἐφημερεύοντα νοσοκομεία ἢ κέντρα προσφορᾶς ἀμέσου βοηθείας.

Ἡ ἀποδοχὴ ἀπὸ μέρους τοῦ κοινού, ὀδήγησε σὲ ἰσοτίμον ἀνταπόκρισιν καὶ ἀπὸ πλευρᾶς ἱατρῶν. Βεβαίως καὶ οἱ ἱατροὶ ἐπωφελοῦνται τῆς ἀκόπου λύσεως πού προσφέρει ἡ τηλεφωνικὴ ἐπαφὴ, ἀλλὰ ἐπ' αὐτοῦ ἔχουν ἐκφρασθεῖ πολλὲς ἐπιφυλάξεις. Γιὰ τοὺς ἀσκοῦντας τὴν ἰδιωτικὴ ἱατρικὴ, ὑπάρχει ἀπόλεια εἰσοδήματος πού ἀνέρχεται στὸ 50% τοῦ προσδοκίμου, ἀλλὰ ἐπιφυλάξεις ἔχουν ἐκφρασθεῖ καὶ ἀπὸ τὴν πλευρᾶ ἱατρῶν πού δὲν ἀσκοῦν πελατειακὴ ἱατρικὴ καὶ δὲν ἔχουν ὕλικά κίνητρα.

Ὁ ἱατρὸς συχνὰ ἀγνοεῖ τὸν συνομιλητὴ του καὶ δὲν ἔχουν καθιερωθεῖ κανόνες ἀναγνωρίσεως. Ὑπάρχει ὡς ἐκ τούτου ἡ ἀνυπακοχία ὑποκλοπῆς πληροφοριῶν, διότι δὲν ἔχει καθιερωθῆ ἡ ἀπαίτησις νὰ δοθοῦν τὰ στοιχεῖα πού θὰ ἐπιτρέψουν στὸν ἱατρὸ νὰ συνδεθεῖ μὲ δικὴ του πρωτοβουλία καί, συνεπῶς, νὰ ἐλέγξει τὸν τηλεφωνοῦντα.

Ἀνυπακοχία ὑπάρχει ἐπίσης γιὰ ἀπαιτήσεις ἀποζημιώσεων, λόγω κακῆς συμβουλῆς, ἀφοῦ συνήθως δὲν ὑπάρχουν μάρτυρες καὶ καταχώρησις τῆς συνομιλίας, πού θὰ προστάτευε ἀπὸ τοιοῦτου εἶδους ἐπιπλοκές. Δὲν ἔχει ἀτυχῶς καθιερωθεῖ, ὅπως δὲν ὑπάρχει καὶ καμμία νομικὴ

κωδικοποιήσεις, γύρω από τα πλαίσια της από τηλεφώνου ιατρικής.

Τέλος, έχει διατυπωθεί από πολλούς ότι η ιατρική χωρίς άμεση επαφή με τον άρρωστο δεν είναι ιατρική που μπορεί να άσκειται από ιατρούς που σέβονται έαυτούς. Έπ' αὐτοῦ, βεβαίως, ὑπάρχει τὸ ἀντειπεὶρημα ὅτι συνήθως τὰ τρία τέταρτα τῆς διαγνώσεως παρέχει ἡ λήψις ἱστορικοῦ, πὸν προσδίδει κύρος εἰς τὴν ἄνευ ἄμεσου ἐπαφῆς ἱατρικὴν. Ἄλλωστε, ἴσως ἀξίζει, γιὰ ὅτι αὐτὸ ἀξίζει, νὰ ἀνακληθῆῖ ἀπὸ τὴν ἱστορία, ἢ διὰ ἀλληλογραφίας ἄσκησις ἱατρικῆς ἀπὸ τὴν ἐποχὴ τοῦ Ἰπποκράτους μέχρι καὶ τῶν ἱατρῶν τοῦ Λουδοβίκου XVI καὶ ὅτι καὶ σήμερα ὁ κῶδιξ τῆς δεοντολογίας λέγει ὅτι ὁ ἱατρὸς ἐξετάζει, θεραπεύει καὶ συμβουλεύει. Τὸ τηλεφῶνον συνεπῶς καλύπτει τὸ 70% τῶν ἀπαιτήσεων αὐτῶν.

Ἐξ ἄλλου, σὲ περίπτωσιν ἐκτάκτου ἀνάγκης, ὁ ἱατρὸς δὲν ἔχει ἄλλη λύσις παρὰ νὰ δώσῃ ἄμεσα τὴ γνώμη του καὶ τὴς κατὰ προτεραιότητα ὁδηγίης του. Ἄλλὰ καὶ πέραν τούτου, ἡ τηλεφωνικὴ παρέμβασις, ἀπεδείχθη ἀποδοτικὴ καὶ διὰ σωρεία χρονίων περιπτώσεων.

Διεπιστώθη παραδείγματος χάριν ὅτι, ἐπὶ καρδιακῆς ἀνεπαρκείας, οἱ ἀπὸ τηλεφῶνου συμβουλές, ἐμείωσαν αἰσθητὰ τὸν ἀριθμὸν ἐπαναεισαγωγῶν εἰς τὸ νοσοκομεῖο καὶ κατ' ἀκολουθίαν καὶ τὸ σχετικὸ κόστος. Ἐπὶ ψυχικῶν νοσημάτων, ἐπίσης, ἡ τηλεφωνικὴ ἐπικοινωνία ὑπῆρξε ἰδιαιτέρως χρήσιμος, χάρις εἰς τὴν μείωσιν τοῦ ἀριθμοῦ τῶν ἀπευθείας ἐπαφῶν, πὸν φαίνεται ὅτι δροῦν συχνὰ ἀρνητικὰ. Εἰδικότερα, σχετικὰ τυχαιοποιημένα μελέται, ἀπέδειξαν τὴν ἀγαθὴν ἐπίδρασις τῆς ἀπὸ τηλεφῶνου παρακολουθήσεως καὶ ἐπὶ οὐρολομιώξεων σὲ γυναῖκες, σὲ πολλὰς περιπτώσεις καταθλίψεως, εἰς τὴν διαχείρισιν τοῦ διαβήτου τύπου 2 καὶ εἰς τὴν μετεγχειρητικὴν παρακολούθησιν διουρηθρικῆς προστετεκτομῆς.

Παρὰ τὴν εὐρύτατην χρῆσιν τοῦ τηλεφῶνου, πὸν εἶναι πλέον κάτι τὸ αὐτόνοτο, ὑπάρχει κενὸν εἰς σοβαρὰς τυχαιοποιημένες μελέτες, γιὰ τὸ ἄν παραδείγματος χάριν,



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 158

Διακόψτε ἀμέσως τὴν ἄσκησι καὶ ἐπικοινωνήστε μὲ τὸ γιατρὸ σας ἐὰν νοιώσετε:

- Ἐντονὴ ἢ ἀσυνήθιστη κούρασις
- Ζαλάδα, ἴλιγγο ἢ τάσι λιποθυμίας κατὰ τὴ διάρκειαν ἢ μετὰ τὴν ἄσκησιν
- Ταχυπαλμία ἢ ἄρρυθμία
- Δύσπνοια
- Πόνος στὸ στήθος
- Πόνος σὲ μὴ ἄρθρωσι καὶ
- Ἐὰν ὁ καρδιακὸς σας ρυθμὸς δὲν ἐπανέλθῃ στὸ φυσιολογικὸ (περίπου 75 σφύξεις ἀνὰ λεπτὸ), 10' μετὰ τὸ πέρασ τῆς δραστηριότητος, ἐφ' ὅσον εἴστε ἐν ἡμερίᾳ. 🍏



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 154

γιὰ τὰ παιδιὰ πηγὴ διασκέδασις καὶ μάθησις συγχρόνως. Τὸ φιλόδοξο σχέδιό μας εἶναι ἡ δημιουργία ἐνὸς CD-ROM πὸν θὰ μοιραστῆῖ σὲ σχολεῖα τῆς χώρας καὶ θὰ περιλαμβάνει πληροφορίες, παιχνίδια, ἀσκήσεις πᾶνω στοὺς κρίσιμους παράγοντες πὸν ἐπηρεάζουν τὴν ὑγείαν τοῦ καρδιαγγειακοῦ. Πιστεύουμε ὅτι μ' ἓνα τέτοιο ἐργαλεῖο, χωρὶς τὴν αἴσθησι ὅτι τοὺς ἐπιβάλλεται μία γνώσι, θὰ ἀπορροφήσουν καὶ θὰ ἐνστερνωτοῦν ὅλα ὅσα οἱ γιατροὶ καὶ οἱ δάσκαλοι προσπαθοῦμε ἀπὸ χρόνια νὰ τοὺς κάνουμε νὰ συνειδητοποιήσουν. 🍏

προϋπόθεσις γιὰ τὴν ἀσφαλῆ χρῆσιν ἀπὸ τηλεφῶνου παρακολουθήσεως, εἶναι ἡ προϋπαρξίς κλινικῆς ἐξετάσεως ἢ σὲ τί ποσοστὸν καὶ πότε εἶναι ἡ ἀπὸ τηλεφῶνου συμβουλή πρὸς τὸν ἀσθενῆ ἀποδοτικὴ.

Ἐτσι, δὲν εἶναι παράλογος ἡ, ἔστω καὶ κατ' ἐπίφρασι, ἐπιφύλαξις πολλῶν ἱατρῶν, κυρίως ἐκ τοῦ γεγονότος ὅτι κωδικοποιήσις πλαισίων τῆς ἱατρικῆς αὐτῆς πράξεως δὲν ὑπάρχει. Ἀκόμη δὲ περισσοτέρον δὲν ὑπάρχει κανένα ἐκπαιδευτικὸ πρόγραμμα γιὰ φοιτητάς, ἐνῶ πρόκειται περὶ μεθόδου πὸν ἀπὸ πλευρᾶς χρῆσεως ὑπερβαίνει ἀριθμητικὰ καὶ αὐτὴν ἀκόμη τὴν ἀκρόασι τῆς καρδίας ἢ τὴν ἀκρόασι τῶν πνευμόνων.

Ἄλλὰ ὅτι καὶ νὰ λεχθῆῖ θὰ ἦταν μακρὰν πάσις λογικῆς ἢ ἀπόπειρα ὑποβαθμίσεως τῆς καθιερωμένης πλέον αὐτῆς ἱατρικῆς τεχνικῆς καὶ, ἄς μὴ λησμονοῦμε, τὴν προφτεία τοῦ Ἄνατολ Φράνς, πὸν πρὶν ἀπὸ 130 ἔτη εἶπε: πρόκειται περὶ τρομεροῦ ὄπλου εἰς χεῖρας ἀργόσχολων γυναικῶν. Τοῦ εἶχαν, βέβαια, ξεφύγει οἱ ἄνδρες. 🍏



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 159

φωσι τῆς ἀριστερᾶς κοιλίας καὶ μετὰ ἀπὸ ἔμφραγμα μυοκαρδίου. Ἐχουν ἐλάχιστες παρενέργειες (βήχας), ἀπλὸ δοσολογικὸ σχῆμα, καὶ οὐσιαστικὰ ἀνύπαρκτες ἀντενδείξεις, σὲ περιπτώσεις ἀμφοτερόπλευρης στένωσις νεφρικῶν ἀρτηριῶν καὶ στὴν κύψησι. Στους διαβητικὸς ἀσθενεῖς, ὅπου καὶ ἀπαιτοῦνται αὐστηρότεροι στόχοι, οἱ α-MEA εἶναι πάντα φάρμακα πρώτης ἐπιλογῆς, προστατεύοντας καὶ ἀπὸ τὴ διαβητικὴ νεφροπάθειαν.

Ὅταν ὑπάρχει δυσανεξία στους α-MEA μποροῦν νὰ χρησιμοποιηθοῦν οἱ ἀναστολεῖς τῶν ὑποδοχεῶν ἀγγειοστενίνης πὸν ἔχουν παρόμοιο θεραπευτικὸ φάσμα καὶ ἀνάλογες ἐνδείξεις μὲ τοὺς α-MEA, μὲ λιγότερες ὅμως παρενέργειες. Πολλὰς μελέτες εἶναι σὲ ἐξέλιξι πὸν θὰ διαφωτίσουν γιὰ τὴς πολλὰς δυνατότιες πὸν φαίνεται νὰ ἔχουν τὰ φάρμακα τῆς ὁμάδας αὐτῆς.

Στὰ ἡλικιωμένα ἄτομα ἐκτὸς ἀπὸ τὰ διουρητικὰ, πολλὸ ἀποτελεσματικὸ εἶναι καὶ οἱ ἀναστολεῖς διαύλων ἀσβεστίου, φάρμακα πὸν δροῦν μὲσω περιφερικῆς ἀγγειοδιαστολῆς καὶ συνδυάζονται πολὺ καλά μὲ τοὺς α-MEA καὶ τοὺς ἀναστολεῖς ὑποδοχεῶν ἀγγειοτασίνης. Ἐκτὸς τῶν οἰδημάτων στὰ σφυρὰ ἔχουν λιγότερες παρενέργειες, τόσο ἀπὸ τοὺς β-ἀποκλειστὲς ὅσο καὶ ἀπὸ τὰ διουρητικὰ. Σὲ σοβαρὰ, ἐπείγουσα ὑπέρτασι ἔχει ἐγκαταλειφθῆῖ ἡ ὑπογλώσσια χρῆσι τῆς νιφεδιπίνης.

Στὴς περιπτώσεις, πὸν παρ' ὅλη τὴν φαρμακευτικὴ ἀγωγὴ ἢ ὑπέρτασι ἐπιμένει, πρέπει νὰ ἐπιβεβαιώσουμε πρῶτα ὅτι ὁ ἀσθενὴς συμμορφώνεται καὶ λαμβάνει τὴν ἀγωγὴ, ὅτι δὲν ὑπάρχει δευτερογενὴς αἰτία ὑπέρτασις ἢ ὑπέρτασι τῆς "λευκῆς μπλοῦζας" καὶ ὕστερα νὰ αὐξήσουμε τὴς δόσεις τῶν ἀντιυπερτασικῶν φαρμάκων. 🍏



Σκόρδο και υγεία

PETER KOKKINOS, PHD, FACSM, FAHA

associate professor of medicine, Georgetown University medical centre, Washigton DC

Άρκετες φορές με ρωτούν αν η διατροφή με σκόρδο μπορεί να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας μας. Οί βασικοί ισχυρισμοί είναι πως η κατανάλωση σκόρδου μπορεί να μειώσει την πίεση του αίματος, να μειώσει τα επίπεδα της χοληστερόλης στο αίμα, να ισχυροποιήσει το ανοσοποιητικό σύστημα, να αντιμετωπίσει ιογενείς λοιμώξεις, η ακόμα, και τον καρκίνο. Τα παραπάνω επανέρχονται στο προσκήνιο μετά τη διάθεση του σκόρδου σε μορφή καπιού. Οί πωλήσεις αντίστοιχων καπιών είναι μεγάλες σε Εύρώπη και Η.Π.Α.

Τί ακριβώς κάνει το σκόρδο; Οί παραπάνω ισχυρισμοί βασίζονται σε επιστημονικά δεδομένα; Ίσως είναι ώρα να ξεκαθαρίσουμε τα πράγματα.

Έχουμε αρκετά δεδομένα για δυο τουλάχιστον από τους παραπάνω ισχυρισμούς.

Πρώτον, την επίδραση του σκόρδου στα επίπεδα χοληστερόλης αίματος. Μειώνεται η χοληστερόλη αίματος με το σκόρδο; Δυστυχώς όχι.

Δεύτερον, το σκόρδο μειώνει την πίεση του αίματος; Από άποψη ιατρικής φυσιολογίας είναι λογικό να συμβαίνει κάτι τέτοιο. Το σκόρδο έχει χημικές ουσίες που βοηθούν στη χαλάρωση του τόνου των αγγείων. Όταν τα αγγεία χαλαρώνουν, αυξάνεται η διάμετρός τους και αυτό οδηγεί σε χαμηλότερη πίεση αίματος.

Αν, βέβαια, το σκόρδο μπορεί να έχει αυτά τα αποτελέσματα ο αντίκτυπος θα είναι σημαντικός για την υγεία και τη μακροήμευση πολλών ανθρώπων. Πολλοί άνθρωποι με υψηλή πίεση αίματος δεν θα χρειάζεται να παίρνουν φάρμακα, αλλά απλά να τρώνε σκόρδο. Έννοείται ότι το σκόρδο είναι φθηνότερο από τα αντιυπερτασικά φάρμακα και, σχεδόν, δεν έχει παρενέργειες. Χωρίς άμφισβόλια λοιπόν, είναι προτιμότερο από την αντιυπερτασική θεραπεία.

Μειώνει όμως το σκόρδο την πίεση του αίματος; Τα εύρηματα από τις περισσότερες μελέτες υποστηρίζουν ότι μπορεί να την μειώσει σε ανθρώπους με ήπια υπέρταση. Το πρόβλημα είναι ότι χρειάζεται κατανάλωση μιάς κεφαλής σκόρδου την ημέρα για να επιτευχθεί μείωση της πίεσης. Κάτι τέτοιο συχνά δεν αποτελεί πρακτική λύση, αφού εκτός από την δυσάρεστη αναπνοή τέτοιες ποσότητες σκόρδου έχουν ως αποτέλεσμα γαστρεντερικές διαταραχές σε πολλούς ανθρώπους.

Ένα άλλο πρόβλημα είναι η επανάπαυση και ένα αίσθημα ψευδούς ασφάλειας για όσους καταναλώνουν σκόρδο, με αποτέλεσμα να μην αναζητούν ιατρική παρακολούθηση τόσο για την αντιμετώπιση της υψηλής πίεσης, όσο και για τυχόν υψηλές τιμές χοληστερόλης στο αίμα. Κάτι τέτοιο μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα



επικίνδυνο.

Δεν θεωρώ, λοιπόν, αναγκαίο ούτε πρακτικό να τρώμε μία κεφαλή σκόρδου την ημέρα με στόχο τη μείωση της πίεσης ή της χοληστερόλης του αίματος.

Άς δούμε το θέμα διαφορετικά: Μπορούμε να πάρουμε τις ιδιότητες του σκόρδου από άλλες πηγές; Η απάντηση είναι πως ναι, μπορούμε. Οί χημικές ιδιότητες του σκόρδου που χαλαρώνουν τα αγγεία και βοηθούν στη μείωση της πίεσης του αίματος επίσης απαντώνται και σε άλλες τροφές, όπως τα κρεμμύδια, τα αμύγδαλα, τα φρούτα, τα λαχανικά και η σοκολάτα. Καταναλώνοντας τις παραπάνω τροφές έχουμε παραπλήσια όφελήματα.

Τελειώνοντας, πρέπει να θυμόμαστε ότι είναι άπιθανο μόνο ένα είδος τροφής η ουσίας να προάγει την υγεία. Δεν υπάρχει «μαγικό ελιξίριο» που θα θεραπεύσει η θα εξαφανίσει την αρρώστεια. Το πιθανότερο είναι πως διαφορετικές ουσίες από μία ποικιλία τροφών δρουν αλληλοβοηθούμενες προάγοντας την υγεία σε άριστα επίπεδα. Αυτό, άλλωστε, υποστηρίζεται και από τις μελέτες διατροφής. Για παράδειγμα, τα κάπια βιταμίνης E δεν ωφελούν στην καρδιακή νόσο και, δεν αποκλείεται, ακόμα και να βλάπτουν. Οί τροφές όμως που περιέχουν βιταμίνη E δρουν προστατευτικά.

Φαίνεται λοιπόν ότι η βιταμίνη E προάγει την υγεία όταν αλληλεπιδρά με άλλα συστατικά που υπάρχουν στις τροφές, αλλά όχι όταν λαμβάνεται μόνη, σε μορφή καπιού.

Το γεγονός, άλλωστε, της προτίμησης σε ορισμένες τροφές, ιδιαίτερης όρεξης για κάποιες από αυτές και διακοπής της όρεξης, αφού τις καταναλώσουμε επί ημέρες, υποδεικνύει ότι υπερδοσολογία η έλλειψη συγκεκριμένων συστατικών μάλλον αποτελεί τόν μηχανισμό, με τόν οποίο ρυθμίζεται η επιλογή τών τροφών και άρα η προμήθεια βασικών συστατικών. 🍎

Καρδιά, φασόλια και φακές

PETER KOKKINOS, PHD, FACSM, FAHA

associate professor of medicine, Georgetown University medical centre, Washington DC

Σε μία από τις επισκέψεις μου στην Αθήνα κάλεσα τους συγγενείς μου για να τους ενημερώσω για την άφριξή μου. Η εξαδέλφη μου ήταν ευτυχής με τα νέα. «Πέρασε από το σπίτι», μου είπε «αλλά, πρέπει να σε ενημερώσω-και νοιώθω άσχημα-ότι έχουμε μόνο φασολάδα στο δείπνο, είναι βλέπεις Τετάρτη...». Οι προσπάθειές μου να την πείσω ότι λατρεύω τη φασολάδα δεν στέφθηκαν από επιτυχία.

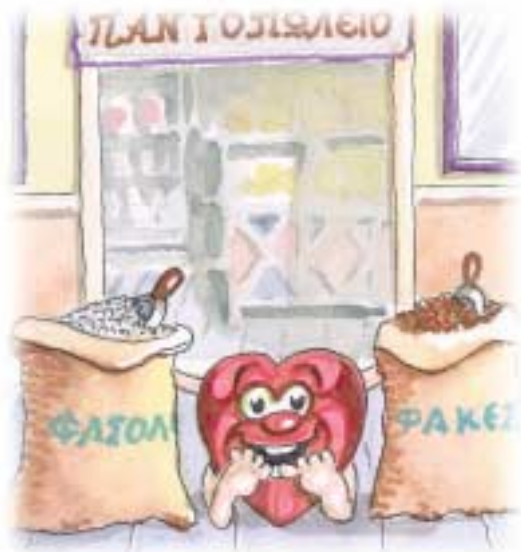
Πηγαίνοντας προς το σπίτι της νοσταλγοῦσα τα χρόνια της νεότητάς μου στο χωριό, όπου η μητέρα μου έφτιαχνε φασολάδα ή φακές κάθε Τετάρτη και Παρασκευή. Έλαιόλαδο, ρίγανη και λίγο κόκκινο πιπέρι ήταν -νομίζω- τα βασικά συστατικά. Εϊλικρινά, ἀπολαμβάνω την ἀπλότητα τῶν πιάτων πού παρασκευάζονται με ὄσπρια. Ἡ μητέρα μου, ἡ ὁποία διανύει τὴν ἑνῆντα δεκαετία τῆς ζωῆς της, ἀκόμα φτιάχνει φασόλια, φακές ἢ ρεβύθια μιὰ φορὰ τὴν ἑβδομάδα, μετὰ ἀπὸ δική μου ἐπιθυμία. Ἡ ποσότητα εἶναι ἀρκετή, ὥστε νὰ μπορῶ νὰ φάω τὴν Τετάρτη καὶ τὴν Παρασκευή.

Κατὰ τὴν ἄφριξή μου στὸ σπίτι τῆς εξαδέλφης μου ἡ δὴλωση «ἔχουμε μόνο φασολάδα στὸ δείπνο» ἀπέιχε πολὺ ἀπὸ τὴν ἀλήθεια. Τὸ τραπέζι εἶχε ἐμπλουτισθεῖ με μιὰ ποικιλία ἐδεσμάτων. Ἐγὼ ἔφαγα φασολάδα!

Μεγαλώνοντας καὶ ἀποκτώντας συνήθειες τοῦ «δυτικού τρόπου ζωῆς», ἀπομακρυνθήκαμε ἀπὸ τὰ πιάτα με ὄσπρια. Ἐπιπρῆψε μου νὰ ἐπισημάνω πάντως, ὅτι οἱ δυτικές κοινωνίες σήμερα προωθοῦν αὐτὲς τὶς τροφές, περιλαμβάνοντάς τες στὴ διαίτα. Γιὰ παράδειγμα, ἡ σούπα ἀπὸ φασόλια σερβίρεται σὲ πολλὰ ἑστιατόρια στὶς ΗΠΑ καὶ κάθε εἶδους ὄσπρια περιέχονται συχνὰ στὶς σαλάτες.

Ἐπάρχουν τόσα ὠφέλιμα διατροφικὰ στοιχεῖα στὰ ἀπλά καὶ ταπεινὰ ὄσπρια. Γιὰ παράδειγμα, ἡ ποσότητα πρωτεϊνῶν σὲ μιὰ κούπα φασόλια ἢ φακές καλύπτει τὸ ἕμισυ τῶν ἀπαιτούμενων ἡμερήσιων πρωτεϊνῶν καὶ ἡ ἐνεργειακὴ τους ἀπόδοση εἶναι μόλις 230 θερμίδες. Ἐπιπλέον, τὰ ὄσπρια προσφέρουν βιταμίνες καὶ φυτικές ἴνες. Οἱ μελέτες ἔχουν δεῖξει μείωση τῶν καρδιαγγειακῶν νοσημάτων, ὅταν ἡ διατροφή περιλαμβάνει λογικὲς ποσότητες φυτικῶν ἰνῶν.

Ἐνα ἄλλο σπουδαῖο διατροφικὸ στοιχεῖο πού ὑπάρχει στὰ ὄσπρια εἶναι ἡ L-ἀργινίνη. Ἡ L-ἀργινίνη εἶναι πρόδρομος οὐσία τοῦ μονοξειδίου τοῦ ἀζώτου, τὸ ὁποῖο διαδραματίζει σπουδαῖο ρόλο στὴ ρύθμιση τῆς «συμπεριφορᾶς» τῶν ἀρτηριῶν. Βλέπετε, οἱ ἀρτηρίες ἄλλοτε διαστελλοῦνται καὶ ἄλλοτε συσπῶνται, ὥστε νὰ ρυθμίζεται ἡ ροὴ τοῦ αἵματος σὲ διαφορετικὲς περιοχὲς τοῦ σώματος. Γιὰ παράδειγμα, κατὰ τὸ βᾶδισμα οἱ μῦες τῶν ποδιῶν χρειάζονται περισσότερο ὀξυγόνο καὶ θρεπτικὰ συστατικά, ὥστε νὰ ὀλοκληρώσουν τὸ ἔργο τους (βᾶδισμα). Ἔτσι, οἱ ἀρτηρίες τῶν ποδιῶν διαστελλοῦνται, ἐπιτρέποντας μεγαλύτερη ροὴ αἵματος στοὺς μῦες τῶν ποδιῶν. Ἡ διαστολὴ τῶν ἀρτηριῶν ἐπιτυγχάνεται ἀπὸ τὸ μονοξείδιο τοῦ ἀζώτου. Ὅταν ἡ ποσότητα μονοξειδίου τοῦ ἀζώ-



του δὲν ἐπαρκεῖ, οἱ ἀρτηρίες δὲν διαστελλοῦνται ἱκανοποιητικά. Ὡς ἀποτέλεσμα, ὁ ἄνθρωπος πού περπατᾷ θὰ νοιώσει πόνο στὰ πόδια καὶ θὰ ἀναγκασθεῖ νὰ σταματήσει. Ἐνα τέτοιο παράδειγμα ἀποτελοῦν οἱ ἄρρωστοι με περιφερικὴ ἀγγειοπάθεια τῶν κάτω ἄκρων. Τέτοιοι ἄρρωστοι μποροῦν νὰ περπατήσουν λιγότερο ἀπὸ 1000 μέτρα, ἐξαιτίας τοῦ πόνου. Τὸ μονοξείδιο τοῦ ἀζώτου βοηθᾷ, ἐπίσης, στὴ μείωση τῆς πίεσης τοῦ αἵματος, ἐμποδίζει τὴν ἐναπόθεση κολχοληστερόλης στὶς ἀρτηρίες καὶ τὸ σχηματισμὸ ἀθηρωματικῆς πλάκας καί, συνολικά, προάγει τὴν καλὴ κατάσταση τῆς καρδιάς καὶ τῶν ἀγγείων.

Ἰσχυρίζομαι ὅτι αὐτοὶ οἱ ἀσθενεῖς μποροῦν νὰ θεραπευτοῦν τρώγοντας ὄσπρια; Ὅχι βέβαια! Παρ' ὅλο πού ἡ διατροφή με ὄσπρια δὲν θὰ τοὺς βλάψει, τέτοιοι ἀσθενεῖς θὰ χρειασθοῦν πολλὰ περισσότερα ἀπὸ ἀλλαγὲς στὴ διατροφή τους. Πάρ' ὅλα αὐτὰ, θὰ ἤθελα νὰ ἐπισημάνω πὼς τὸ μονοξείδιο τοῦ ἀζώτου εἶναι ἀναγκαῖο γιὰ ὑγιὲς καρδιαγγειακὸ σύστημα καὶ οἱ τροφές στὶς ὁποῖες περιλαμβάνεται ἡ πρόδρομος οὐσία (L-ἀργινίνη) θὰ πρέπει νὰ ἀποτελοῦν μέρος τῆς διαίτας. Τόσο τὸ κρέας ὅσο καὶ τὰ ὄσπρια εἶναι καλὲς πηγὲς τῆς L-ἀργινίνης. Τὰ ὄσπρια ὅμως εἶναι προτιμῆτα, ἐπειδὴ ἀποτελοῦν πηγὴ L-ἀργινίνης χωρὶς τὰ λιπαρὰ πού θὰ πάρει κάποιος ἀπὸ τὸ κρέας. 🍓



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 156

συμπτώματα τὰ ὁποῖα συνδέονται με τὸ ἐπαγγελματικὸ στρῆς. Ἀντίστοιχα τὸ κοινωνικὸ κόστος κυμαίνεται μετὰξὺ 830 καὶ 1656 ἑκατομ. εὐρώ, (στὴν πρώτη καὶ στὴ δευτέρη περίπτωση), ποσὸ πού ἀντιστοιχεῖ στὸ 10% ἕως 20% τῶν δαπανῶν τοῦ κλάδου τῶν ἐπαγγελματικῶν ἀτυχημάτων καὶ ἀσθενειῶν τῶν ἀσφαλιστικῶν ὀργανισμῶν.

Ἄτομα ἀπὸ ἀσθενέστερες κοινωνικοοικονομικὲς τάξεις, ὅπως διαπιστώνεται ἀπὸ μιὰ σειρά ἐρευνῶν, εἶναι ἀντιμέτωπα με περισσότερα καὶ μεγαλύτερης διάρκειας στρεσογόνα συμβάντα καὶ διαθέτουν λιγότερους οικονομικοὺς καὶ κοινωνικοὺς πόρους γιὰ νὰ τὰ ἀντιμετωπίσουν. 🍓

Κέντρο Ύγείας Φιλιatrών

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ,

παθολόγος, δ/ντής Κ.Υ. Φιλιatrών

Τὰ Φιλιatrὰ βρίσκονται στὴ δυτικὴ πλευρὰ τοῦ νομοῦ Μεσσηνίας, πού βρέχεται ἀπὸ τὸ Ἴόνιο πέλαγος. Ἄπὸ 500 μ. ἀπὸ τὴ θάλασσα καὶ εἶναι μία κωμόπολη 7.000 κατοίκων, σχετικὰ καινούργια, ἀφοῦ τὸ 1896, σ' ἓνα μεγάλο σεισμό, εἶχε κυριολεκτικὰ ἰσοπεδωθεῖ.

Ἡ περιοχὴ εἶναι κατὰ κύριο λόγο ἀγροτικὴ. Παράγει σχεδὸν ὅλα τὰ ἀγροτικὰ προϊόντα (κυρίως καλλιέργειες θερμοκηπίων) καὶ πολὺ λάδι, ἀριστῆς ποιότητας. Ἔχει ὑπέροχες καὶ πεντακάθαρες παραλίες, ὅχι τουριστικὰ ἀξιοποιημένες (εὐτυχῶς) ἀκόμα.

Τὸ Κέντρο Ὑγείας καλύπτει ὑγειονομικὰ σὲ πρῶτο βαθμὸ τὴν πόλη τῶν Φιλιatrῶν καὶ τὰ τέσσερα χωριά πού ἀπαρτίζουν τὸ Δῆμο Φιλιatrῶν. Τὸ νοσοκομεῖο Κυπαρισσίας (15 χλμ μακριὰ) παρέχει κάλυψη σὲ δεῦτερο βαθμὸ. Τὸ Κέντρο Ὑγείας δημιουργήθηκε καὶ ἄρχισε νὰ λειτουργεῖ ἀπὸ τὸ 1986.

Ὑπηρετοῦν συνολικὰ 26 ἄτομα, ἓνας διευθυντὴς παθολόγος, μία ἐπιμελήτρια Α΄ παθολόγος, ἓνας ἀναπληρωτὴς διευθυντὴς ὀδοντίατρος, μία ἐπιμελήτρια Β΄ ὀδοντίατρος, τέσσερις ἀγροτικοὶ ἰατροί, μία παρασκευάστρια μικροβιολογικοῦ, πέντε νοσηλεύτριες, μία μαία, δυὸ κλητῆρες-θυρωροί, δυὸ τραυματιοφορεῖς, τρεῖς ὁδηγοὶ ἀσθενοφόρου (οἱ δυὸ εἶναι ἀποσπασμένοι στὸ νοσοκομεῖο Κυπαρισσίας), μία καθαρίστρια, μία τραπεζοκόμος καὶ δυὸ διοικητικοὶ ὑπάλληλοι.

Ὁ μηχανολογικὸς ἐξοπλισμὸς εἶναι ἱκανοποιητικὸς. Ἔχουμε δυὸ καρδιογράφους, ἓναν ἀπινιδωτὴ, ὀδοντιατρεῖο μὲ μία καρέκλα, ἀρκετὰ ἐξοπλισμένο, καὶ μικροβιολογικὸ ἐργαστήριον πλήρως ἐξοπλισμένο μὲ σύγχρονους ἀναλυτὲς (αἱματολογικὸ καὶ βιοχημικὸ).

Ἀπὸ τὸ 1986 καὶ μέχρι πρὸ τριμήνου ὑπηρετοῦσε μικροβιολόγος, ἀναπληρωτρία διευθύντρια. Ἐγίνε προκλήρυση τῆς θέσης καὶ ἐντὸς ὀλίγου ἐλπίζουμε νὰ ἔχουμε πάλι μικροβιολόγο.

Ἡ ἔλλειψη παιδίατρου εἶναι μεγάλη καὶ περιμένουμε νὰ ἐγκριθεῖ κάποτε ἡ πλήρωση ἔστω μίᾶς θέσης ἀπὸ τὶς τρεῖς πὺ προβλέπονται.

Τὸ Κέντρο Ὑγείας ἐξυπηρετεῖ κάθε χρόνο τουλάχιστον 30.000 ἄτομα. Εἴμαστε ὑπερήφανοι καὶ εὐχαριστιμένοι, γιατί ὅλα τὰ περιστατικὰ τῆς περιοχῆς ἀντιμετωπίζονται ἐδῶ καὶ διακομίζονται στὸ νοσοκομεῖο Κυπαρισσίας μόνο ὅσα χρειάζονται δευτεροβάθμια φροντίδα.

Ἐπειδὴ ὁ διευθυντὴς καὶ ἡ ἐπιμελήτρια Α΄ εἶναι παθολόγοι, ἀντιμετωπίζονται καὶ παραμένουν στὰ Φιλιatrὰ ὅλα τὰ παθολογικὰ, ἀλλὰ καὶ ἄλλων ἐιδικοτήτων περιστατικὰ, καθὼς καὶ πάρα πολλὰ καρδιολογικὰ. Περιστατικὰ ὑπέρτασης, ὑπερλιπιδαιμιῶν, πνευμονοπαθειῶν, ρευματολογικὰ, λοιμώξεις, θυρεοειδοπάθειες, ἀρθροπάθειες, ἀναμίες κ.λπ. ἀλλὰ καὶ τραύματα, διαγινώσκονται, ἀντιμετωπίζονται καὶ παρακολουθοῦνται στὸ Κέντρο Ὑγείας

Ἡ ἔλλειψη ἀκτινολόγου ἢ χειριστῆ ἀκτινολογικοῦ



εἶναι μεγάλη, ἀλλὰ ἐξυπηρετούμεθα ἀπὸ τὸ νοσοκομεῖο Κυπαρισσίας.

Κάθε χρόνο ἐξετάζουμε ὅλα τὰ παιδιὰ τῆς πρώτης καὶ τρίτης τάξης τῶν δημοτικῶν σχολείων, τοῦ γυμνασίου καὶ τοῦ λυκείου. Ἐπίσης, ἐξετάζουμε ὅλους τοὺς ἀθλητὲς διαφόρων ἀθλημάτων. Οἱ ἀγροτικοὶ γιατροὶ μας ἐπισκέπτονται τὰ τέσσερα χωριά εὐθύνης τοῦ Κέντρου Ὑγείας καὶ παρέχουν ἐκεῖ τὶς ὑπηρεσίες τους.

Πέρυσι κάναμε μέτρηση ὀστικῆς πυκνότητας σὲ πάνω ἀπὸ 600 γυναῖκες, ἡλικίας ἀνω τῶν 40 ἐτῶν, μὲ τὴ μέθοδο τῶν ὑπερήχων. Τὸ μηχανῆμα ἦταν εὐγενικὴ παραχώρηση ἀπὸ φαρμακευτικὴ εταίρεια. Διαγνώσαμε πολλὰ καινούργια περιστατικὰ ὀστεοπενίας ἢ ὀστεοπόρωσης καὶ τὰ στοιχεῖα τὰ ἐπεξεργαζόμαστε γιὰ ἐξαγωγή συμπερασμάτων καὶ μελέτης τῆς ὀστικῆς κατάστασης τῶν γυναικῶν τῆς περιοχῆς.

Ἐπίσης, πέρυσι, παρουσιάσαμε τρεῖς ἀνακινώσεις στὸ συνέδριο τῆς γενικῆς ἱατρικῆς.

Οἱ ὀδοντίατροι κάθε χρόνο ἐξετάζουν ὅλα τὰ παιδιὰ τῶν δημοτικῶν σχολείων τῆς εὐρύτερης περιοχῆς (καὶ ἐκτὸς τῆς περιοχῆς εὐθύνης τοῦ Κέντρου Ὑγείας Φιλιatrῶν), καθὼς καὶ τοῦ γυμνασίου καὶ λυκείου.

Στὰ πλαίσια τοῦ προγράμματος στοματικῆς ὑγιεινῆς ἔρχονται τὰ παιδιὰ τῶν δημοτικῶν σχολείων στὸ Κέντρο Ὑγείας καὶ διδάσκονται ἀπὸ τοὺς ὀδοντίατρος γιὰ τὴ φροντίδα τῶν δοντιῶν τους.

Τὸ Κέντρο Ὑγείας ἐφημερεύει καθημερινὰ ἐπὶ 24ῶρου βάσεως. Ὑπάρχουν ὅμως καὶ ἀρκετὲς ἐλλείψεις. Χρειαζόμαστε ἀκόμα ἓναν γιατρὸ παθολόγο ἢ γενικῆς ἱατρικῆς, ἓναν παιδίατρο, ἓναν ἀκτινολόγο ἢ χειριστῆ ἀκτινολογικοῦ καί, τουλάχιστον, 2-3 νοσηλεύτριες.

Τὸ ἀσθενοφόρο πὺ ἔχουμε εἶναι "γγρασμένο" καὶ χρειάζεται ἀντικατάσταση. Τὸ κτίριο χρειάζεται ἀρκετὴ συντήρηση γιατί εἶναι σὲ σχετικὰ κακὴ κατάσταση.

Περιμένουμε ἀπὸ τὴν πολιτεία νὰ κάνει τὸ αὐτονόμο καὶ νὰ βοηθήσει (ὡς ἔχει ὑποχρέωση) χωρὶς νὰ ἀφήνει τὴν ὑγεία τῶν κατοίκων τῆς περιφέρειας, νὰ ἐξαρτᾶται μόνο ἀπὸ τὸν πατριωτισμὸ ρομαντικῶν λειτουργῶν. 🍏



ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Μητροπολίτης Ίερώνυμος
ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ:
Λουκάς Χατζηωάννου, Ιάκωβος Τσουνής
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: Α. Παπακωνσταντίνου
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ν. Συμβουλίδου
ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Ν. Στενού
ΤΑΜΙΑΣ: Δ. Λεμπέση
ΜΕΛΗ: Γ. Βαϊνά, Α. Μιχαήλ, Ζ. Θεμελή
ΑΝ. ΜΕΛΗ: Γ. Βαράκη, Έ. Τούτουζα
ΕΠΙΤΙΜΑ ΜΕΛΗ: Χ. Άλευρά, Ί. Γρόλλιου,
Λ. Έβερτ, Ζ. Κυθωνιάτη, Ε. Μαύρου

Ξανά... καθήσαμε στα θρανία

ΝΤΟΡΑ ΣΥΜΒΟΥΛΙΔΟΥ,

νεφρολόγος, υπεύθυνη άγωγής ύγείας του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ

Ένας από τους κύριους στόχους του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. από την άρχή της λειτουργίας του ήταν ή ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα ύγείας της καρδιάς. Σε συνεργασία με το ύπουργείο παιδείας, το όποιο από χρόνια εφαρμόζει επίσης προγράμματα άγωγής ύγείας στα σχολεία, οί άνά την Έλλάδα γιατροί- σύμβουλοί μας συμμετέχουν ενεργά στην ύλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων. Έξηγούν στα παιδιά βασικά στοιχεία για τη λειτουργία της καρδιάς και τους έπισημαίνουν τους κυριότερους παράγοντες που την έπηρεάζουν, όπως είναι ή σωστή διατροφή, ή άσκηση, το κάπνισμα, ή παχυσαρκία, ή ύπέρταση, ή ύπερλιπιδαιμία και ό σακχαρώδης διαβήτης.

Σέ όλο και περισσότερα σχολεία, οί ύπευθυνοι άγωγής ύγείας δάσκαλοι ή καθηγητές άρχισαν με τον καιρό να δουλεύουν συστηματικά με τα παιδιά πάνω σε κάποιον από τους παράγοντες που έπιβαρύνουν το καρδιαγγειακό σύστημα, όπως το κάπνισμα, ή παχυσαρκία, ή διατροφή. Αυτό φαίνεται και από το ότι συχνά ζητούν τη βοήθειά μας έπιλεκτικά για κάποιο από τα παραπάνω θέματα, για να το κατανοήσουν καλύτερα ή για να λύσουν άπορίες. Άλλοτε πάλι μελετούν σημαντικά και σε βάθος το πρόβλημα τα ίδια τα παιδιά, όπως έγινε με τα προγράμματα του γραφείου πολιτιστικών θεμάτων της Α΄ διεύθυνσης Π.Ε. Άθηνών του ύπουργείου παιδείας. Τα παιδιά που συμμετείχαν έψαξαν σε έντυπα και στο διαδίκτυο, άντλησαν ύλικό από την τηλεόραση και από βιντεοκασέτες, έφτιαξαν έρωτηματολόγια και πήραν συνεντεύξεις, άνέλυσαν τις άπαντήσεις και τις άξιολόγησαν, έψαξαν παροιμίες, αινίγματα, ποιήματα και έφτιαξαν και τα ίδια σταυρόλεξα, κρυπτόλεξα και άκροστικίδες. Και σαν έπιστέγασμα είδαν τον καρπό της δουλειάς τους, μαζί με τις εισηγήσεις γιατρών-συμβούλων του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ., να άποτελεί το ύλικό ενός βιβλίου.

Το «παίζοντας με την καρδιά μας», ένας όδηγός για την πρόληψη και διαμόρφωση όρθων άντιλήψεων και πεποιθήσεων, μοιράστηκε ήδη στις

σχολικές μονάδες της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Ίδιαίτερο ένδιαφέρον για μās είχε, επίσης, ή άνταπόκριση έκατοντάδων παιδιών της ΣΤ τάξης δημοτικού διάφορων σχολείων της Άθήνας στο αίτημά μας να μās γράψουν την άποψή τους για το τσιγάρο. Ένα σταχυολόγημα αυτών των άπόψεων δημοσιεύτηκε στο τεύχος Μαΐου των «ρυθμών της καρδιάς» που ήταν άφιερωμένο στην παγκόσμια ήμέρα άντικαπνιστικής έκστρατείας. Καθένας βλέπει ότι τα παιδιά όχι μόνον έχουν πλήρως άντιληφθεί τους κινδύνους τόσο του ένεργητικού όσο και του παθητικού καπνίσματος αλλά και ότι άγωνιούν για τους δικούς τους που καπνίζουν και διαισθάνονται το πόσο δύσκολο είναι να κόψει κάποιος αυτή τη συνήθεια που τη χαρακτηρίζουν άνοησία, άσέβεια προς τους άλλους, “ίδεολογία”, ναρκομανία. Κι άπ’ την άλλη καθένας διαισθάνεται πόσο πολύτιμη όμάδα πίεσης μπορεί να άποτελέσουν αυτά τα παιδιά στο περιβάλλον τους.

Άφού, λοιπόν, ό σπόρος που έσπειραν οί παρεμβάσεις μας τόσα χρόνια στα σχολεία φαίνεται ότι δέν πήγε χαμένος, τώρα που θά... ξανακαθήσουμε στα θρανία νομίζουμε ότι ήρθε ή ώρα να άναπροσαρμόσουμε τις στρατηγικές μας. Σκεφτόμαστε ότι στην έποχή του διαδικτύου και με δεδομένη την έξοικείωση των παιδιών με τους ήλεκτρονικούς ύπολογιστές, ό προσφορότερος, ίσως, τρόπος να πλησιάσουμε αυτές τις ευαίσθητες ήλικίες του δημοτικού και όχι μόνον είναι άκριβώς μέσω του μέσου που άποτελεί

συνέχεια στη σελ. 150



και εσεις



Ένα τυχαίο γεγονός, όπως στην περίπτωση μου;

Τα συμπτώματα του έγκεφαλικού

Είμαι άνδρας 50 ετών και έχω υπέρταση. Ένα βράδυ ξύπνησα νύχτα και αισθανόμουν το πρόσωπό μου κόκκινο και ζεστό. Σε λίγα λεπτά αισθάνθηκα ένα μικρό μούδιασμα στο χέρι. Φοβήθηκα για έγκεφαλικό. Μετά από λίγη ώρα τα συμπτώματα υποχώρησαν και έτσι παρέμεινα σπίτι μου. Μπορείτε να μου περιγράψετε ποιά συμπτώματα δείχνουν ότι μπορεί να είναι έγκεφαλικό; Σε περίπτωση ύπαρξης αυτών των συμπτωμάτων (π.χ. μούδιασμα χεριού) πόσο μπορεί να περιμένει κάποιος στο σπίτι μήπως και είναι

Μαν. Μεν. - Περιστέρι

Μια σημαντική διαφορά μεταξύ έμφραγματος και έγκεφαλικού είναι ότι στο έμφραγμα ό πάσχων διαμαρτύρεται, πονάει, ενώ το έγκεφαλικό συχνά διαπιστώνεται από τον ή τη σύζυγο, γιατί ό πάσχων π.χ. ψευδίζει, δεν βαδίζει καλά και περιγράφει κάποια συμπτώματα, εάν βέβαια ή κατάσταση του το επιτρέπει. Το να ξυπνάει κάποιος τη νύχτα, είναι συχνό φαινόμενο. Το ζεστό ή και κόκκινο πρόσωπο, το μούδιασμα στο χέρι, είναι επίσης συνηθισμένα συμπτώματα, προβλήματα της καθημερινότητας. Σημαντικό ποσοστό των ανθρώπων που επισκέπτονται τα ιατρεία έχουν τέτοια νευροφυτικά συμπτώματα και ό ιατρός τους καθησυχάζει.

Έάν είναι πραγματικό έγκεφαλικό και το αναγνωρίσει ό ή σύζυγος, ό πάσχων πρέπει να σπεύσει σε νοσοκομείο που υπάρχει νευρολογικό και νευροχειρουργικό τμήμα, όπου θα γίνει άξονική ή μαγνητική τομογραφία.

Πρόληψη για την πρόπτωση

Είμαι γυναίκα 42 ετών. Έχω μικρή πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας και ό καρδιολόγος μου είπε ότι έχω, επίσης, μικρή ανεπάρκεια της τριγλώχινας. Μου είπε κατηγορηματικά ότι δεν χρειάζεται να άνησυχώ καθόλου και να συνεχίσω κανονικά τη ζωή μου και τη γυμναστική μου. Θα ήθελα τη δική σας γνώμη για τό τί προβλήματα μπορεί να δημιουργηθούν στο μέλλον και άν ναι, υπάρχουν τρόποι πρόληψης αυτών των ένδεχόμενων προβλημάτων, και ποιοί;

Μαργ. Μαν. - Πειραιάς

Έφ' όσον είναι φυσιολογικό τό μέγεθος της άριστερης κοιλίας και του άριστερου κόλπου, ή μικρή πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας έχει άριστη πρόγνωση. Μετά τό 50 προβλέπεται να ζήσετε άρκετές δεκαετίες χωρίς προβλήματα παίρνοντας μόνο άντιβιοτικό (άμοξυκιλίνη 2 gr) μία ώρα πριν, κάθε φορά που θα έχετε όδοντιατρική επέμβαση κατά την όποία τραυματίζονται τό ούλα. Να ξεχάσετε και τη μικρή ανεπάρκεια της τριγλώχινας που στην περίπτωση σας έχει πάλι άριστη πρόγνωση. Μπορείτε λοιπόν να γυμνάσετε κανονικά. 🍏

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

- > Έδουάρδου Μάρτιν, οί οικογένειες Κ. Καλδή και Σ. Πριφτάκη, τό ποσό των € 100
- > Του πατέρα, της μητέρας και της νονάς της καθώς επίσης και εις μνήμην Καλλιόπης και Δημητρίου Νομικού, ή κ. Ειρήνη Σαρόγλου-Τσάκου τό ποσό των € 250.
- > διακεκριμένου παιδιάτρου Λεβαδείας Κομνηνού Γαμβρούλη, ό κ. Θεμιστοκλής Γαμβρούλης, τό ποσό των € 50

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ

- > Ό κ. Χρήστος Καραγιάννης, τό ποσό των € 100
- > Ό κ. Δημήτριος Χαλικιάς, τό ποσό των € 200

ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

Τά καρδιαγγειακά νοσήματα άποτελούν σήμερα την πρώτη αίτία θανάτου στο Δυτικό κόσμο και την Έλλάδα. Κι όμως! Υπάρχουν λύσεις.

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

Δώστε σε γνωστούς και φίλους αυτό τό άπαντητικό δελτίο για να γίνουν συνδρομητές του περιοδικού «Στούς ρυθμούς της καρδιάς» ή άνοιξετε τό δρόμο κάνοντάς τους δώρο την 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 της οικογένειάς σας καρδιολογικά προβλήματα; ΝΑΙ.....ΟΧΙ.....

Άποστείλατε την ταχυδρομική επίταγή στη διεύθυνση του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ συμπληρώνοντας τό ποσό.

€ 15

€ 30

Υπογραφή.....

οικονομικοί παλμοί

Τò στρες στην εργασία

ΓΑΛΗΝΗ ΦΟΥΡΑ, δημοσιογράφος

Οι επιπτώσεις του στρες στην εργασία κρίνονται ολέθριες για την υγεία των εργαζομένων και εξαιρετικά δαπανηρές για τις υπηρεσίες υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία. Ο Ευρωπαϊκός Όργανισμός για την Ύγεια και την Ασφάλεια (Bilbao, Ισπανία) δημοσίευσε σχετικά πρόσφατα μία έκθεση σχετικά με το κόστος για την κοινωνία από τα προβλήματα υγείας λόγω της εργασίας. Οι επιμέρους εκτιμήσεις από όρισμένα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κυμαίνονταν μεταξύ του 2,6 και 3,8 του Άκαθάρτου Έθνικου Προϊόντος και το συνολικό ποσό υπολογίστηκε μεταξύ 185 και 269 δισεκατομμυρίων ευρώ κατ' έτος, για το σύνολο των δεκαπέντε χωρών - μελών. Σύμφωνα με εκτιμήσεις ειδικών (Έθνικο Ίνστιτούτο Έρευνας και Ασφάλειας της Γαλλίας) τουλάχιστον το 10% του κόστους αυτού συνδέεται με το στρες στην εργασία που ισοδυναμεί με το ποσό των 20 δισεκατομμυρίων ευρώ το χρόνο. Τα προβλήματα άφορουν όλες τις κατηγορίες των εργαζομένων και συνδέονται με το 50%-60% των απουσιών από την εργασία.

Από ένα μεγάλο αριθμό επιστημονικών μελετών διαπιστώνεται ότι το στρες στην εργασία, συνδέεται με την εμφάνιση παθολογικών καταστάσεων (κατάθλιψη, καρδιαγγειακές παθήσεις, μυοσκελετικές διαταραχές, όσφυαλγίες κ.τ.λ.), όμως ελάχιστες μελέτες έχουν γίνει για το κοινωνικό κόστος του στρες.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο εκτιμάται, (Sigman 1992), ότι περίπου οι μισές απουσίες από την εργασία μπορούν να αποδοθούν άμεσα ή έμμεσα στο στρες. Αυτό μεταφράζεται σε μία απώλεια 180 εκατομμυρίων ημερών εργασίας και σε ένα κόστος 11 δισεκατομμυρίων ευρώ για τις επιχειρήσεις.

Μεταξύ των μελετών που έχουν γίνει παρουσιάζονται σημαντικές αποκλίσεις ως προς τα αποτελέσματα, οι οποίες οφείλονται κυρίως στο διαφορετικό εύρος που δίνουν οι επιστήμονες στον όρισμό της έννοιας του στρες.

Νεότερη μελέτη στις Σκανδιναβικές χώρες (Lunden

Jensen και Levi, 1996) έδειξε ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις που οφείλονται στο στρες από το συνδυασμό υψηλών απαιτήσεων και περιορισμένης αυτονομίας στην εργασία, αντιπροσωπεύουν το 4% του κόστους των εργατικών άτυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών. Υπάρχουν όμως και άλλα γενεσιουργά αίτια στρες, που δεν έχουν συμπεριληφθεί στη συγκεκριμένη εργασία, όπως ο θόρυβος, ή νυχτερινή εργασία κτλ.

Στην Ελβετία το κόστος του επαγγελματικού στρες εκτιμήθηκε από 2,9 δισεκατομμύρια ευρώ καθαρό οικονομικό κόστος, έως και 9,5 δισεκατομμύρια ευρώ, έφ' όσον ενσωματωθεί και το ανθρώπινο (άφανές) κόστος.

Σε μία πρόσφατη μελέτη που έγινε στη Γαλλία, με τη συμμετοχή έρευντων από το Έθνικο Ίνστιτούτο Έρευνας και Ασφάλειας, οι επιστήμονες θεώρησαν ως στρεσογόνο παράγοντα το «job strain», το οποίο συνδυάζει την έντονη πίεση κατά την εργασία, (εργασίες οι οποίες εκτελούνται σε γρήγορους ρυθμούς μέσα σε περιορισμένες προθεσμίες), με την απουσία αυτονομίας στην οργάνωση της εργασίας. Όσον αφορά στις παθολογικές επιπτώσεις του στρες, ελήφθησαν υπ' όψιν οι καρδιαγγειακές παθήσεις και οι μυοσκελετικές διαταραχές, οι οποίες έχουν αποδειχθεί με μία σειρά σοβαρών επιστημονικών μελετών. Για την εκτίμηση του κοινωνικού κόστους του στρες προτάθηκαν δυο μέθοδοι. Η μία, αφορά τη σκοπιά της επίχειρησης και λαμβάνει υπ' όψιν τις απουσίες από την εργασία, τους πρόωγους θανάτους σε σχέση με την ηλικία συνταξιοδότησης κ.τ.λ. Η δεύτερη μέθοδος, περιλαμβάνει και την ήθικη διάσταση του προβλήματος, διότι λαμβάνει υπ' όψιν το κόστος για την υγεία, καθώς και το κόστος των πρόωγων θανάτων σε σχέση με το προσδόκιμο ζωής των πολιτών.

Βάσει των δυο αυτών μεθόδων διαπιστώθηκε, ότι σε έναν πληθυσμό 23,5 εκατομμυρίων Γάλλων, 220.500 έως 335.000 άτομα, (1%-1,4%), παρουσιάζουν παθολογικά

συνέχεια στη σελ. 152 ▶



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Κοινοφελές Ίδρυμα

Βασ. Σοφίας 133 - 115 21 Αθήνα

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

Ώφελι από τήν άσκηση στο νερό

NANCY AYGSBURGER, γυμνάστρια, ειδική σέ water aerobics

Κάθε χρόνο χιλιάδες άνθρωποι διαπιστώνουν πώς έχουν κάποιο λόγο για να στραφούν στην άσκηση μέσα στο νερό. Γιατί; Γιατί η αίσθηση είναι πολύ ωραία, γιατί υπάρχουν άποτελέσματα και γιατί η αίσθηση του νερού ελκύει και όσους αισθάνονται τη γυμναστική ως καταναγκασμό.

Σέ σύγκριση με τήν άσκηση στο έδαφος τò νερό είναι πιό διασκεδαστικό, δημιουργεί πιό άνετη αίσθηση του σώματος και, επίσης, είναι πιό ασφαλές και άποτελεσματικό για όλους και ειδικά για ανθρώπους με μυοσκελετικά προβλήματα και άλλα προβλήματα υγείας.

Ή άσκηση στο έδαφος είναι γνωστό πώς έχει πολλά όφελι. Συχνά όμως συνοδεύεται από πόνο, ιδρώμα, έξωση και αίσθημα κόπωσης. Τò νερό μάς επιτρέπει να έχουμε τὰ ίδια καλά άποτελέσματα τής άσκησης χωρίς τής "παρενέργειες". Μετά τη γυμναστική στο νερό αισθανόμαστε άνανεωμένοι και γεμάτοι ενέργεια. Ή άσκηση μέσα στη θάλασσα ή τήν πισίνα αυξάνει τήν αυτοπεποίθηση γιατί καθώς κανείς δέν μπορεί να διακρίνει καθαρά τής κινήσεις, ό ασκούμενος παύει να έχει αίσθημα άποτυχίας και ένδεχόμενες άπορριψης.

Ύπάρχουν πολλοί λόγοι που η άσκηση στο νερό είναι τόσο άποτελεσματική. Ό σημαντικότερος, ίσως, είναι η άωση που παρέχει τò νερό. Με τò πέρασμα τής ηλικίας πολλοί άνθρωποι δέν είναι ίκανοί να ασκηθούν με τής παραδοσιακές μεθόδους λόγω μικρών ή μεγάλων αλλαγών στο σώμα. Ήν δέν είχαν ξεκινήσει ήδη νωρίτερα, αυτή η ηλικία είναι ιδανική για να στραφούν στο νερό. Ή άωση επιτρέπει να κινείται κάποιος χωρίς τò ένδεχόμενο κάκωσης άρθρώσεων ή μυών. Επίσης, για κάθε κίνηση μπορεί να διαθεθεί τόσο σφρίγος όσο κανένας θέλει ή μπορεί να διαθέσει χωρίς να αισθάνεται τήν πίεση που ύφιστается στις ασκήσεις εδάφους. Όταν κάποιος βυθίζεται στο νερό μέχρι τούς ώμους έχει «άπώλεια» βάρους τής τάξης του 90%. Αυτό σημαίνει ότι εάν κάποιος έχει βάρος 75 κιλά, μέσα στο νερό θα αισθάνεται περίπου 7,5! Αυτό τò γεγονός και μόνον ξελαφρώνει τής άρθρώσεις. Γι' αυτό τò λόγο, για πολλούς ανθρώπους η άσκηση στο νερό είναι η πλέον ασφαλής σωματική δραστηριότητα.

Τὰ όφελι

- Καλύτερη σωματική δομή και πιό σφριγηλό σώμα
- Άπαλλαγή από τò stress και τò άγχος
- Καλύτερη στάση σώματος
- Περισσότερη ενεργητικότητα και ζωντάνια
- Περισσότερη ήρεμία και θετική προσαρμογή
- Αύξηση τής αυτοεκτίμησης και τής αυτοπεποίθησης
- Καλύτερος ύπνος
- Μεγαλύτερη άντοχή σε άσθένειες και τραυματισμούς
- Υιοθέτηση καλύτερων διαιτητικών συνηθειών
- Άπώλεια βάρους σε περίπτωση παχυσαρκίας



• Βελτίωση τής λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος. Δηλαδή:

- Μείωση του καρδιακού ρυθμού στην ήρεμία και τής άρτηριακής πίεσης

- Μείωση του επιπέδου των λιπιδίων στο αίμα

- Αύξηση τής κυκλοφορίας

- Αύξηση του μεγέθους των άρτηριών

Θυμηθείτε πάντως ότι καλό θα ήταν πριν ξεκινήσετε τήν άσκηση να συμβουλευτείτε τò γιατρό σας εάν είστε άνω των 35 έτων ή αν αντιμετωπίζετε οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας.

Τί είναι ευξία:

Ευξία είναι η ικανότητα να διεκπεραιώνει κάποιος τής καθημερινές του δραστηριότητες χωρίς αίσθημα κόπωσης. Επίσης, η ικανότητα να ανταποκρίνεται σε ξαφνικό σωματικό ή συναισθηματικό stress χωρίς υπερβάλλουσα αύξηση τής άρτηριακής πίεσης και του έργου τής καρδιάς. Ευξία είναι, επίσης, τò αίσθημα άντοχής και άναζωογόνησης που προέρχεται από τήν καλή λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος. Ή ευξία σχετίζεται επίσης με τήν ικανότητα τής καρδιάς και των άρτηριών να ίκανοποιούν τής ανάγκες των ιστών και των όργάνων του σώματος σε όξυγόνο. Με άλλα λόγια, η ικανότητα να δουλεύει ή να άσκείται κάποιος περισσότερο και έντονότερα, με λιγότερη προσπάθεια, σε σύγκριση με έναν άνθρωπο που δέν έχει καλή φυσική κατάσταση.

Θυμηθείτε: Σ.Ε.Δ.Ε για τήν καρδιά μας

Σ: Συχνότητα: 3-5 φορές τήν εβδομάδα και άπαιρτίως μία μέρα άνάπαυσης

Ε: Ένταση: 60-80% τής καρδιακής σας συχνότητας, δηλ. 220 - (τήν ηλικία σας) X 60-80%

Δ: Διάρκεια: 20-40 λεπτά κάθε φορά

Ε: Είδος: Άεροβική άσκηση (κολύμπι, ποδήλατο, χορός, περπάτημα, τρέξιμο, σχοινάκι, άνεβασμα σκάλας, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, βόλεϊ, τένις κλπ)

συνέχεια στη σελ. 150

φαρμακολογία

Φαρμακευτική αγωγή υπέρτασης: ποιά; πότε; σε ποιούς;

I. ΣΚΙΑΔΑΣ, ειδικευόμενος καρδιολογικού τμήματος, Ίπποκράτειο ΓΝΑ

ΚΩΝ. ΤΣΙΟΥΦΗΣ, επιμελητής Α΄, καρδιολογικό τμήμα, υπεύθυνος αντιυπερτασικού ιατρείου, Ίπποκράτειο ΓΝΑ

Η υπέρταση, ο λεγόμενος και σιωπηλός δολοφόνος, είναι ο συχνότερος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου που είναι, με τη σειρά της, η πρώτη αιτία θανάτου στο δυτικό κόσμο. Παρατηρείται περίπου στο ένα τρίτο των ενήλικων άνω των 50 ετών. Το πόσο σημαντικό θέμα είναι η αντιμετώπισή της, φαίνεται από το γεγονός ότι και μόνο κατά 2 mmHg να μειωθεί η αρτηριακή πίεση μειώνονται τα αγγειακά έγκεφαλικά επεισόδια κατά 10% και τα έμφράγματα κατά 7%.

Η έναρξη αντιυπερτασικής αγωγής προϋποθέτει, πρώτα από όλα, την επιβεβαίωση της επίμονης υψηλών τιμών αρτηριακής πίεσης του ασθενούς, τόσο στο σπίτι όσο και στην εργασία, με πολλαπλές μετρήσεις, σε περίοδο ακόμα και εβδομάδων, εκτός και αν οι τιμές και η κλινική κατάσταση του ασθενούς επιβάλλουν άμεση έναρξή της. Τα υγιεινοδιατροφικά, μη φαρμακευτικά μέσα (δίαιτα, τακτική άσκηση, απώλεια βάρους, περιορισμός αλκοόλ, διακοπή καπνίσματος, αποφυγή στρές) είναι αναπόσπαστο μέρος της αντιμετώπισης της υπέρτασης, αποτελώντας το πρώτο και διαχρονικό βήμα της θεραπείας. Οί τιμές-στόχοι της αντιυπερτασικής θεραπείας έχουν οριοθετηθεί σε ακόμα χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με παλαιότερα και εξατομικεύονται ανάλογα με το συνολικό κίνδυνο για εκδήλωση καρδιαγγειακής νόσου, τις συνυπάρχουσες παθήσεις (π.χ. σακχαρώδη διαβήτη ή νεφροπάθεια) και την παρουσία βλαβών στα όργανα στόχους της υπέρτασης, που είναι η καρδιά, τα αγγεία και οι νεφροί.

Εκτός όμως από αυτές τις γνωστές ομάδες υψηλού κινδύνου, ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να δοθεί στους υπερήλικες. Κι αυτό γιατί όχι μόνο είναι μία δυναμικά «άνερχομενη» ομάδα, αλλά φαίνεται ότι αποκομίζουν τα σημαντικότερα όφελη από την αντιυπερτασική αγωγή, όπως έχουν δείξει πρόσφατες πολυκεντρικές μελέτες. Έτσι αν και παλαιότερα αντιμετωπιζόταν με το σκεπτικό ότι είναι «φυσιολογικό» να έχουν υψηλή πίεση, σήμερα είναι σοβαρή παράλειψη να αφήνουμε αθεράπευτη την υπέρταση των υπερηλικών.

Συνεκτιμώντας τα ανωτέρω ο θεράπων ιατρός συχνά προβαίνει σε φαρμακευτική αντιμετώπιση επιλέγοντας ανάμεσα σε πλήθος σκευασμάτων, τα οποία ομαδοποιούνται κυρίως στα διουρητικά, τους β-άναστολείς, τους αναστολείς του μετααρτηρικού ενζύμου της αγγειοτασίνης (α-MEA), τους αναστολείς των υποδοχέων της αγγειοτασίνης (ΑΤ), τους αναστολείς των διαύλων ασβεστίου (αναστολείς Ca) και τα κεντρικώς δρώντα. Μερικές φορές η πίεση ρυθμίζεται καλύτερα με συνδυασμό δυο ή και



περισσότερων φαρμάκων. Έχει αποσαφηνιστεί ότι δεν έχει σημασία με ποιο φάρμακο ξεκινά κάποιος ή πόσα κάπια παίρνει, αλλά στόχος είναι να ρυθμιστεί η πίεση σε χαμηλές, ιδανικές τιμές (κάτω από 140/90 mmHg ή κάτω από 130/80 για τους διαβητικούς). Άσυμπτωματικοί ασθενείς ωστόσο, μπορεί να μη συμμορφώνονται στην αγωγή, ιδιαίτερα αν τους κάνει να αισθάνονται αδυναμία, ύπνηλία, τους μειώνει την libido ή επηρεάζει πνευματικές ή φυσικές τους δραστηριότητες. Με τη χρήση μικρών δόσεων και με το συνδυασμό φαρμάκων φαίνεται να περιορίζονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες.

Οί διεθνείς επιστημονικοί οργανισμοί συγκλίνουν λοιπόν στην άποψη ότι όλες οι κατηγορίες αντιυπερτασικών φαρμάκων είναι το ίδιο κατάλληλες και ανεκτές ως αρχική φαρμακευτική αγωγή. Τα διουρητικά, σαν το παλιό καλό κρασί, διατηρούν την αξία τους είτε ως μονοθεραπεία σε ανεπιλόκους ασθενείς, με προτέρημα το χαμηλό κόστος τους, είτε σε συνδυασμό με άλλες κατηγορίες αντιυπερτασικών φαρμάκων, μειώνοντας τα καρδιακά επεισόδια και τη θνητότητα. Μειονεκτήματά τους, που έχει περιοριστεί με τη χρήση μικρών δόσεων, αποτελεί ο κίνδυνος εμφάνισης διαβήτη και η επιδείνωση των επίπεδων των λιπιδίων και του ουρικού οξέος. Πρέπει να ελέγχονται οί ηλεκτρολύτες κατά τη διάρκεια της αγωγής και περιστασιακά το καλοκαίρι να μειώνονται οί δόσεις τους.

Σχεδόν το ίδιο συχνά με τα διουρητικά έχουν χρησιμοποιηθεί και οί β-άποκλειστές που μειώνουν την πίεση, αναχαιτίζοντας, κυρίως, τη σφοδρότητα της καρδιακής συστολής. Είναι φάρμακα έκλογής για υπερδραστήρια άτομα, μετεμφραγματικά και σε παρουσία στηθάγχης, ενώ θέλουν προσοχή σε διαβητικούς, αθηματικούς και σε περιφερική αγγειοπάθεια. Στα μειονεκτήματά τους συμπεριλαμβάνεται η μείωση της έρωτικής επιθυμίας και η στυτική δυσλειτουργία.

Οί α-MEA αν και κάποτε απέυθύνονταν στην άνθεκτική υπέρταση, κυρίως νεφρικής αιτιολογίας, σήμερα έχουν πλέον πρωταγωνιστικό ρόλο. Χρησιμοποιούνται παράλληλα στην καρδιακή ανεπάρκεια, στην αναδιαμόρ-

φιλοξενούμενος ...

Τὰ ιατρικὰ laser στὴν Ἑλλάδα

Δρ ΔΗΜ. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ, *Γαστρεντερολόγος - Ἡπατολόγος, Ἱατρικὸ Κέντρο Ἀθηνῶν*

Ἡ ἱστορία τῶν lasers ξεκινáει στὶς ἀρχὲς αὐτοῦ τοῦ αἰῶνα καὶ πιὸ συγκεκριμένα τὸ 1917, ὅταν ὁ Albert Einstein ἐκπόνησε τὴ θεωρία τῆς “διεγερμένης ἐκπομπῆς ἀκτινοβολίας”. Τὸ 1960 ὁ Ἀμερικανὸς φυσικὸς Τ. Μαιμαν κατάφερε νὰ κατασκευάσει τὸ πρῶτο laser ἀπὸ ρουμπίνι (Ruby laser). Ὁ μηχανισμὸς ἐκείνου ὀνομάστηκε laser ἀπὸ τὰ ἀρχικὰ τῶν λέξεων Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation (ἐνίσχυση φωτὸς ἀπὸ διεγερμένη ἐκπομπὴ ἀκτινοβολίας). Τὸ ἀκρωνύμιο αὐτὸ ἐκφράζει ἀκριβῶς τὴν ἀρχὴ τῆς φυσικῆς στὴν ὁποία στηρίζεται ἡ παραγωγή τῆς δέσμης laser.

Οἱ πρῶτες δοκιμὲς στὴν ἱατρικὴ ἔγιναν μὲ ἐκεῖνο τὸ laser ρουμπινιοῦ καὶ ἀφοροῦσαν ἐφαρμογὲς στὴν ὀφθαλμολογία. Γρήγορα ἀποδείχτηκε χρῆσιμο ἐργαλεῖο γιὰ τὴν ὀφθαλμιατρικὴ καί, ἀφοῦ ἔγιναν πολλαπλὲς ἔρευνες γιὰ νὰ ἀποκλεισθεῖ ἡ ὁποιαδήποτε τοξικότητά του (καρκινογένεση ἢ ἄλλη), ἄρχισε νὰ ἐφαρμόζεται κλινικὰ. Ἀπὸ τότε (ἀρχὲς τῆς δεκαετίας τοῦ '60) μέχρι τώρα πολλὰ θέματα ἔχουν ἐρευνηθεῖ ἀλλὰ καὶ πολλὰ ἀκόμη μένουν νὰ ἐρευνηθοῦν. Τὸ laser εἶναι ἡ λύση πού ἀναζητᾶ ... πρόβλημα. Οἱ ἰδιότητές τους εἶναι πολλαπλὰ χρῆσιμες στὴν ἱατρικὴ, τόσο στὴ θεραπεία ὅσο καὶ στὴ διάγνωση. Κάθε ἡμέρα, ἐμφανίζονται νέα μηχανήματα, καινούργιες ἐφαρμογές, ἀλλάζει ἡ φιλοσοφία. Ἡ παγκόσμια ἐρευνητικὴ δραστηριότητα στὸν τομέα, καλύπτει σὲ κόστος, τὸν ἐπίσπιο προϋπολογισμὸ τῆς χώρας μας.

Ἡ ἐφαρμογὴ τῶν ἱατρικῶν laser στὴν Ἑλλάδα, ξεκίνησε στὶς ἀρχὲς τῆς δεκαετίας τοῦ '80 ἀπὸ τοὺς ὀφθαλμιάτρους. Πρὸς τὰ τέλη τῆς δεκαετίας αὐτῆς, ἄρχισαν νὰ χρῆσιμοποιοῦνται καὶ ἀπὸ ἄλλες ἐιδικότητες ὅπως ἡ γυναικολογία, ἡ γαστρεντερολογία, ἡ δερματολογία, ἡ χειρουργικὴ κ.ἄ. Ἀποκορύφωμα αὐτῆς τῆς δραστηριοποίησης τῶν Ἑλλήνων ἱατρῶν ἦταν ἡ δημιουργία τῆς Ἑλληνικῆς Ἑταιρείας Ἱατρικῶν Laser (ἐπιστημονικὴ ἑταιρεία) πού συστάθηκε τὸ 1988.

Ἡ εἰσαγωγή τῆς τεχνολογίας αὐτῆς στὴν παγκόσμια ἱατρικὴ ἄνοιξε νέους ὀρίζοντες στὴ θεραπευτικὴ καὶ ἰδιαίτερα σ' αὐτὸ πού σήμερα ὀνομάζουμε ἀνάιμακτες ἐπεμβάσεις.

Τὰ laser εἶναι ἓνα πολὺτιμο ἐργαλεῖο στὰ χέρια τοῦ ἔμπειρου ἱατροῦ, ἀλλὰ ἡ χρῆση του ἀπαιτεῖ ἰδιαίτερη ἐκπαίδευση καὶ μεγάλη ἐμπειρία. Ἐκπαίδευση γίνεται εἴτε κατὰ τόπους στὰ νοσοκομεία, εἴτε κατὰ τὴ διάρκεια συνεδριῶν, ὅπου καὶ διδάσκουν γνωστοὶ Εὐρωπαῖοι καὶ Ἀμερικανοὶ ἐμπειρογνώμονες. Τέτοια σεμινάρια/συνέδρια ἔχουν γίνει πολλὰ, ἀπὸ τὸ 1988 καὶ μέχρι σήμερα.

Τὰ laser, βέβαια, δὲν εἶναι πανάκεια. Εἶναι ἓνα χρῆσιμο ἐργαλεῖο στὰ χέρια τοῦ ἱατροῦ. Πολλὲς φορὲς οἱ τεχνικὲς πού ἀκολουθοῦνται γιὰ τὶς ἐπεμβάσεις δὲν διαφέρουν ἀπὸ τὶς ἤδη γνωστὲς, κλασικὲς τεχνικὲς, ἄλλοτε πάλι εἶναι τελείως διαφορετικὲς. Ὅπως, ὁμως, καὶ ἐὰν



ἔχουν τὰ πράγματα ἓνα εἶναι σίγουρο, ὅτι ὁ ἱατρὸς πού θέλει νὰ τὰ χρησιμοποιήσει πρέπει νὰ γνωρίζει καλὰ τὶς ἰδιαιτερότητες τοῦ συγκεκριμένου laser πού χρησιμοποιεῖ.

Τὰ laser πού χρῆσιμοποιοῦμε σήμερα στὴν ἱατρικὴ εἶναι πολλὰ. Τὸ CO₂, τὸ Argon, τὸ Nd-YAG, τὸ Nd-YAG/Q switched, τὸ Excimer, τὸ Argon-Dye, τὸ Ho-YAG, τὸ Alexandrite, τὸ Er-YAG, εἶναι μόνο μερικὰ ἀπὸ αὐτά. Ὅλα, βέβαια, διέπονται ἀπὸ κοινὲς ἀρχές, τὸ κάθε ἓνα ὁμως παρουσιάζει σημαντικὲς ἰδιαιτερότητες πού ἐξαρτῶνται ἀπὸ τὸ μῆκος κύματος πού ἐκπέμπει ἀλλὰ καὶ ἀπὸ ἄλλα χαρακτηριστικὰ (παλμικὸ ἢ συνεχὲς κλπ). Ἔτσι γίνεται κατανοητὸ γιατί δίνεται τόσο μεγάλη σημασία στὴν ἔρευνα καὶ τὴν ἐκπαίδευση.

Στὸν τομέα τῶν ἤδη ἐφαρμοσμένων θεραπειῶν, τὰ laser χρῆσιμοποιοῦνται σήμερα σὲ παρὰ πολλὲς ἐιδικότητες.

Στὴν ὀφθαλμολογία γιὰ τὴ διαβητικὴ ἀμφιβλοστροειδοπάθεια, τὸ δευτερογενὴ καταρράκτη, σὲ μερικὰ εἶδη γλαυκώματος καί, τελευταῖα, στὴν θεραπεία τῆς μυωπίας.

Στὴ δερματολογία χρῆσιμοποιοῦνται στὴν θεραπεία σπῖλων, κονδυλωμάτων, νεοπλασιῶν, ἀκόμη καὶ γιὰ αἵμαγγειώματα.

Στὴ γυναικολογία γιὰ τὴν θεραπεία τῆς τραχηλίτιδας, τοῦ ἔρπητα καὶ νεοπλασιῶν.

Στὴν ὀρθοπαιδικὴ γιὰ τὴν θεραπεία σὲ δυσμορφίες τῶν ὀστέων, ὅπως εἶναι τὰ κότσια.

Ἐνδοσκοπικὰ (γαστρεντερολογία, πνευμονολογία, οὐρολογία) τὰ laser χρῆσιμοποιοῦνται γιὰ τὴν καταστροφὴ καλοήθων ὄγκων (πολύποδες) καὶ κακοήθων ὄγκων, γιὰ διάνοιξη στενώσεων καθὼς καὶ γιὰ αἰμόσταση.

Στὴν ἀγγειοχειρουργικὴ γιὰ τὴν θεραπεία τῶν εὐρυαγγείων ἀλλὰ καὶ τὴν διάνοιξη ἀποφραγμένων ἀγγείων στὰ ἄκρα καὶ τὴν καρδιά.

Τέλος, στὴν χειρουργικὴ γιὰ τὴν αἰμορροϊδεκτομή, τὴν θεραπεία συρριγγίων καὶ κονδυλωμάτων καὶ τὴν λαπαροσκοπικὴ χολοκυστεκτομή. 🍎