



στους ρυθμούς της καρδιάς

ΚΩΔΙΚΟΣ: 2510

ΤΟΜΟΣ 14

ΤΕΥΧΟΣ 161

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2005

Τιμή πώλησης 0,01 €

“Ο” μίνας χοληστερόλης” του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΡΙΧΤΕΡ, διευθυντής Β' καρδιολογικής κλινικής, Εύρωκλινικής Ἀθηνῶν.

Ἐπιστημονικός ὑπεύθυνος τοῦ προγράμματος «Μίνας χοληστερόλης» τοῦ Ἑλληνικοῦ Ἰδρυμάτος Καρδιολογίας

Μὲ ἀφετηρία τὴ δράση ποὺ ἀναλαμβάνεται σὲ ἄλλες κῶρες ἐδῶ καὶ πολλὰ χρόνια, τὸ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ ἀποφάσισε φέτος νὰ πραγματοποιήσει μία καινοτόμο γιὰ τὰ ἑλληνικά δεδομένα ἐνέργεια. Νὰ διοργανώσει ἕνα μαζικὸ ἔλεγχο τοῦ πληθυσμοῦ ὅσον ἀφορᾶ στὰ ἐπίπεδα χοληστερόλης, ὁ ὁποῖος ὀνομάστηκε “Μίνας χοληστερόλης” καὶ πραγματοποιήθηκε ἀπὸ τὶς 20 Μαΐου ἕως τὶς 20 Ἰουνίου 2005. Στόχος τῆς ἐνέργειας αὐτῆς ἦταν, παράλληλα, ἡ ἐνημέρωση ὅσων ἐκ τῶν ἐλεγχθέντων ἀνήκουν σὲ ὁμάδα ὑψηλοῦ καρδιαγγειακοῦ κινδύνου ὥστε νὰ μεταβάλλουν τὸ τρόπο ζωῆς τους καὶ νὰ μειώσουν τὸν κίνδυνο ποὺ διατρέχουν γιὰ νὰ ἐμφανίσουν στὸ μέλλον κάποιο καρδιαγγειακὸ ἐπεισόδιο. Τέλος, ὅπως προαναφέρθηκε, δόθηκε ἰδιαίτερη σημασία στὴν εὐαισθητοποίηση τοῦ κόσμου ὥστε τὸ μίνμα τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ νὰ ἀγγίξει ὅσο τὸ δυνατόν μεγαλύτερο κομμάτι τοῦ ἑλληνικοῦ πληθυσμοῦ.

Ὡς μέθοδος ἐλέγχου, ἐπιλέχθηκε ἡ πραγματοποίηση τῆς ἄμεσης ταχείας μέτρησης ὀλικῆς χοληστερόλης ἀπὸ μία σταγόνα αἵμα, μὲ αὐτόματο μηχανήμα ὅμοιο μὲ τοὺς μετρητὲς σακκάρου, τρυπώντας μὲ μία βελόνα τὸ δάκτυλο. Τὰ μηχανήματα αὐτὰ χρησιμοποιοῦνται εὐρέως ἀπὸ τοὺς ἀγροτικούς ἰατροὺς ἀνὰ τὴν Ἑλλάδα, ὅπου ὑπάρχει ἔλλειψη μικροβιολογικῶν ἐργαστηρίων, καὶ ἔχουν ἀποδειχθεῖ πολὺ ἀξιόπιστα.

Τὸ ἀποτέλεσμα τῆς μέτρησης ἦταν ἔτοιμο μέσα σὲ

τρία λεπτά καὶ δινόταν γραπτῶς στὸν ἐξεταζόμενο, σὲ μία κάρτα τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ ὅπου ἀναγράφονταν καὶ οἱ φυσιολογικὲς τιμὲς καὶ γενικὲς συμβουλὲς γιὰ τὴν ἀντιμετώπιση τῆς ὑπερχοληστερολαιμίας. Ζητήθηκε ἀπὸ ὅλους τοὺς ἐξεταζόμενους νὰ συμπληρώσουν ἕνα ἐρωτηματολόγιο στὸ ὁποῖο ἐκτός ἀπὸ στοιχεῖα τοῦ ἐξεταζόμενου, χρήσιμα, γιὰ δημογραφικὴ μελέτη (ἡλικία, βῆρος, ὕψος κ.τ.λ.), ὑπῆρχαν ἐρωτήσεις οἱ ὁποῖες θὰ βοηθήσουν τὸ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. καὶ τὴν ἑλληνικὴ ἐπιστημονικὴ κοινότητα νὰ ἐξάγουν συμπεράσματα γιὰ τὸ πὼς ἀντιλαμβάνεται ὁ Ἕλληνας τοὺς παράγοντες κινδύνου γιὰ τὴν καρδιά του. Μεταξὺ αὐτῶν τῶν ἐρωτημάτων ἦταν: Ποιὲς θεωρεῖτε ὅτι εἶναι οἱ φυσιολογικὲς τιμὲς τῆς χοληστερόλης στὸ αἷμα; Μὲ ποιά σειρά σημασίας ἀξιολογεῖτε τοὺς παρακάτω παράγοντες κινδύνου –κάπνισμα, ὑπέρταση, χοληστερόλη, σάκχαρο, παχυσαρκία. Αὐτὴ ἡ “ἱεράρχισή” ἔχει ἰδιαίτερη σημασία διότι ἂν δὲν κατανοήσουμε πλήρως τὶς τυχὸν λάθος ἀντιλήψεις τοῦ πληθυσμοῦ σχετικὰ μὲ τὰ θέματα ὑγείας τῆς καρδιάς, δὲν θὰ εἴμαστε σὲ θέση νὰ ἐπικεντρώσουμε στὶς λανθασμένες αὐτὲς ἀπόψεις τὶς μελλοντικὲς ἐνέργειές μας μὲ στόχο νὰ τὶς ἀποκαταστήσουμε, παρεμβαίνοντας θεραπευτικὰ στὶς ἀντιλήψεις περὶ τοῦ τρόπου ζωῆς.

Περὶ 16.000 ἄτομα στὴν Ἀθήνα καὶ στὴ Θεσσαλονικὴ προσῆλθαν γιὰ ἐξέταση, ποὺ πραγμα-

τοποιήθηκε από ιατρούς και νοσηλευτές της Ευρωκλι- νικής Ἀθηνῶν και τοῦ Διαβαλκανικοῦ Θεσσαλονίκης. Παρόντες ἦταν διαιτολόγοι οἱ ὁποῖοι παρείχαν διατρο- φικὲς ὁδηγίες στο κοινὸ γιὰ τὴν ἀντιμετώπιση τῆς δυ- σλιπιδαιμίας και τὴν υἰοθέτηση ἑνὸς ὑγιεινότερου τρό- που ζωῆς. Οἱ λόγοι πού ἐπιλέχθηκε ἡ συνεργασία μὲ δυὸ ἰδιωτικὰ ἰδρύματα και ὅχι μὲ κρατικούς φορεῖς εἶναι ἡ εὐελιξία και ταχύτητα δράσης πού παρουσιάζει, ὅταν θέ- λει, ὁ ἰδιωτικὸς τομέας, ἡ ἀφιλοκερδὴς προσφορά αὐτῶν, και τὸ γεγονός ὅτι τὸ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. δὲν διαθέτει δικούς του μισθωτοὺς ἰατροὺς ἀλλὰ βασίζε- ται σὲ ἕνα εὐρὸ φάσμα ἰατρῶν- συνεργατῶν οἱ ὁποῖοι προσφέ- ρουν ἀφιλοκερδῶς τὶς ὑπηρεσίες τους σὲ αὐτὸ.

Ἡ ἀπόφαση τῆς ἐπιστημο- νικῆς ἐπιτροπῆς τοῦ Ἰδρύματος ἦταν νὰ προσεγγίσει τὸ κοινὸ στὰ μέρη πού αὐτὸ συχνάζει και ὅχι σὲ ὀργανωμένα ἰατρεία (π.χ. δημοτικὰ ἰατρεία), και γιὰ τὸ λό- γο αὐτὸ ἐπιλέχθηκαν σημεῖα ὅπως εἴσοδοι τοῦ μετρώ, πλα- τεῖες, εἴσοδοι σουπερμάρκετ κ.τ.λ. Στόχος μας δὲν ἦταν ὁ εὐαισθητοποιημένος ἀσθενῆς πού προσέρχεται οἰκιοθελῶς σὲ ἕνα ἰατρεῖο γιὰ νὰ ἐξεταστῆ ἀλλὰ, κυρίως, αὐτὸς ὁ ὁποῖος τὸ ἀμελεῖ και δὲν θὰ ἐξεταστῆ παρὰ μόνον κατὰ τύχη. Ὅπως λέει και τὸ ρητὸ «ὅταν δὲν πάει ὁ Μωάμεθ στο βουνό, πάει τὸ βουνό στο Μωάμεθ».

Εἴμαστε ἰδιαίτερα χαρούμενοι γιὰ τὴ βοήθεια πού πα- ρεῖχαν διάφοροι φορεῖς στο δύσκολο αὐτὸ ἐγχεῖρημα τοῦ ἰδρύματος. Ἐπὶ χρόνια εἴχαμε τὴ στήριξη διάφορων κρατικῶν φορέων στο ἔργο τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ και μᾶς χαρο- ποίησε ὅτι σὲ αὐτὴ τὴν ἐνέργεια εἴχαμε σημαντικὴ στή- ριξη και ἀπὸ τὸν ἰδιωτικὸ τομέα. Τὰ δύο νοσοκομεία διέ- θεσαν ἰατρικὸ και νοσηλευτικὸ προσωπικὸ και οἱ διοι- κήσεις τῶν σουπερμάρκετ χώρους, μολοντί ἡ ἔρευνά μας και ἡ ἐνημέρωση πού παρείχαμε θὰ μπορούσε νὰ ἀποτρέψει τὸν καταναλωτὴ ἀπὸ τὴν ἀγορὰ πολλῶν προϊ- ὄτων πού διατίθενται στὰ σουπερμάρκετ.

Τὸ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ αἰσθάνεται ὑπερήφανο γιὰ τὸ «Μῆνα κοληστερόλης». Οἱ λόγοι εἶναι πολλοί.

- Ἡ πραγματικὰ μεγάλη συμμετοχὴ τοῦ κοινού. Δὲν ἀναφέρεται ἄλλη παρόμοια ἐπιστημονικὴ ἐνέργεια στὴν

Ἑλλάδα κατὰ τὴν ὁποία μέσα σὲ ἕνα μῆνα νὰ ἐξετα- στοῦν και νὰ συλλεχθοῦν στοιχεῖα ἀπὸ περισσότερα ἀπὸ 16.000 ἄτομα.

- Τὰ ἐπαινετικά σχόλια πού λάβαμε ἀπὸ τοὺς ἐξετα- ζόμενους και ἡ δυσaráρεσκεία τους γιὰ τὴ λήξη τοῦ προ- γράμματος, καθὼς οἱ περισσότεροι εἶχαν κάποιον συγ- γενην ἀκόμη τὸν ὁποῖο ἴθελαν νὰ φέρουν γιὰ ἔλεγχο.

- Ἡ δόλωση τοῦ προέδρου τῆς Ἑνωσῆς μικροβιολό- γων στὴν τηλεόραση ὅτι στὶς συνοικίες πού πραγμα- τοποιήθηκε ὁ ἔλεγχος αὐξήθηκε σημαντικὰ ἡ προσέλευ- ση τοῦ κοινού στὰ μικροβιολο- γικὰ ἐργαστήρια, γεγονός πού σημαίνει ὅτι ἄνθρωποι πού ἀπέ- φευγαν νὰ πᾶνε στὸν ἰατρὸ γιὰ νὰ ἐξεταστοῦν, ὅταν διαπίστω- σαν ὅτι ὑπάρχει πρόβλημα μὲ ὑψηλὴ ὀλικὴ κοληστερόλη, πῆγαν νὰ πραγματοποιήσουν στο μικροβιολόγο τους, τὸν πλήρη λιπιδαιμικὸ ἔλεγχο πού τὸ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ συνέστηνε (ὀλικὴ κο- ληστερόλη, LDL, HDL, τριγλυ- κερίδια). Ὑποθέτουμε ὅτι κάποι- οὶ ἀπὸ αὐτοὺς πραγματοποίησαν ἀλλαγὲς στὸν τρόπο ζωῆς τους (ἀσκησις, διατροφή, ὑπολιπιδαι- μικὰ φάρμακα) μειώνοντας τὶς πιθανότητες γιὰ μελλοντικὸ ἔμφραγμα ἢ ἀγγειακὸ ἐγκεφα- λικὸ ἐπεσόδιο. Δὲν πρέπει νὰ ξεχνᾶμε ὅτι σὲ παλαιότερη μελέτη τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ εἴχαμε διαπιστώσει ὅτι ἕνας στοὺς τρεῖς πάσχοντες ἀπὸ δυσλιπιδαιμία στὴν Ἑλλάδα δὲν τὸ γνωρίζει και ἂν αὐτὸ δὲν διορθωθεῖ δύσκολα θὰ δοῦμε τὴν πολυαναμενόμενη και εὐκατὰ μείωση τῶν καρδιαγ- γειακῶν συμβαμάτων στὸν ἐλληνικὸ πληθυσμό.

Τὰ ἀποτελέσματα τῆς μελέτης αὐτῆς θὰ ἀνακοινω-θοῦν στο ἐπίσιο διεθνὲς συνέδριο Παραγόντων Κινδύ- νου Στεφανιαίας Νόσου, πού πραγματοποιεῖ κάθε χρό- νο τὸ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ τὸ Δεκέμβριο και θὰ δημοσιευθοῦν σὲ ἰατρικὰ περιοδικὰ ὥστε νὰ ἔχουν πρόσβαση σὲ αὐτὰ ὅλα τὰ μέλη τῆς ἐλληνικῆς και διεθνούς ἐπιστημονικῆς κοι- νότητας πού ἀσχολοῦνται ἐρευνητικὰ μὲ τοὺς παράγο- ντες κινδύνου ἐκδήλωσης ἀθροματικῆς νόσου.

Τὸ Ἰδρυμα, καθὼς γίνεται ἡ ἐπεξεργασία τῶν δεδο- μένων πού συνέλεξε, σχεδιάζει ἤδη τὶς μελλοντικὲς ἐνέργειές του γιὰ τὴν ἐνημέρωση τοῦ κοινού, μὲ στόχο μία ὑγιή καρδιά. 🍏



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

ΕΚΔΟΤΗΣ: Π. Τούτουζας
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Δ. Σταμάτης
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΥΛΗΣ: Ντίκη Μακαρίου
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΥΛΗΣ: Βασίλειος Σπανός
ΥΠΕΥΘ. ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ: Alta Grafico AE - Τηλ.: (210) 2314359, 2318113 - Fax: (210) 2317705
ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: Γ. Γκουμάς, Σπ. Καρράς, Π. Κόκκινος, Ζ. Κυριακίδης, Ε. Παπαστεριάδης,
Ἄθ. Πηλιῆς, Δ. Ρίχτερ, Β. Σπανός, Δ. Χατοῦρας,
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.

«Μήνας Χοληστερόλης» – Μιά μάχη του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ στον πόλεμο για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων

ΓΕΩΡΓΙΟΣ Κ. ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΣ, MD, FESC, *έπιστημονικός συνεργάτης ΕΛ.Ι.ΚΑΡ., αντιπρόεδρος ομάδας εργασίας προληπτικής καρδιολογίας Έλληνικής Καρδιολογικής Έταιρείας, έπιμελητής ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

Έπιστημονικός υπεύθυνος του προγράμματος «Μήνας Χοληστερόλης» του Έλληνικού Ίδρύματος Καρδιολογίας

“Αν ή επανάληψη είναι μπρέρα της μάθησης, τότε άξίζει τον κόπο να επαναλάβουμε για μία άκόμα φορά ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα άποτελούν την κυριότερη αίτια θανάτου στη χώρα μας. Άξίζει άκόμα να υπενθυμίσουμε ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, κυρίως με τη μορφή των έμφραγμάτων και των έγκεφαλικών έπεισοδίων, προκαλούν ένα δυσβάσταχτο οικονομικό βάρος στην κοινωνία καθώς αναλώνονται πόρουι που θα μπορούσαν να διατεθούν σε πιο παραγωγικούς τομείς της οικονομίας.

Συνεπώς, είναι σαφές ότι ή πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων, που άποτελεί κύριο στόχο του ΕΛΙΚΑΡ, άποσκοπεί όχι μόνο στην παράταση άλλα και στην ποιικητή άναβάθμιση της ζωής όλων μας. Η τεράστια σημασία της πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων που γεννήθηκε στο φώς του άρχαιοελληνικού πολιτισμού με την Ίπποκράτειο ρήση «Κάλλιον προλαμβάνειν ή θεραπεύειν», έγινε έγκαιρα κατανοητή στις πιο προηγμένες οικονομικά χώρες του βιομηχανοποιημένου κόσμου. Πριν τριάντα περίπου χρόνια έγινε άντιληπτό στις ΗΠΑ άλλα και τη Φινλανδία ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα είχαν μετατραπεί σε πανδημία που άπειλούσε την ευζωία των άκμαζόντων κοινωνιών των χωρών τους. Ποιά ήταν ή αντίδρασή τους; Και στις δυο χώρες οργανώθηκαν έκστρατείες ενημέρωσης του κοινού προκειμένου να γίνει ευρύτερα γνωστό το μέγεθος του προβλήματος και οί τρόποι επίλυσής του. Ήδη άπο τότε γνωρίζαμε ότι το κάπνισμα και ή υπερκολληστερολαιμία άποτελούσαν τις κυριότερες αίτιες εκδήλωσης καρδιαγγειακών νοσημάτων καί, όπως ήταν έπόμενο, άπέτελεσαν και τους πρώτους στόχους στην προσπάθεια καταπολέμησης παθήσεων της καρδιάς.

Κομβικό και διδακτικό σημείο της προσπάθειας αυτής άπέτέλεσε το έθνικό πρόγραμμα έκπαίδευσης για τη χοληστερόλη (National Cholesterol Educational Program), που ξεκίνησε το 1985 στις ΗΠΑ. Στόχος του προγράμματος αυτού ήταν να γίνει γνωστός στο ευρύ κοινό άλλα και στο ιατρικό σώμα ο βαθμός στον όποιο οί ύψηλές τιμές χοληστερόλης επηρεάζουν την πιθανότητα προσβολής άπο καρδιαγγειακά νοσήματα. Το πρόγραμμα αυτό μετέδωσε στους πολίτες τη γνώση για το βλαπτικό ρόλο της υπερκολληστερολαιμίας με πολλούς

τρόπους. Δράση σε τοπικό επίπεδο, όπως ή όργάνωση μαθημάτων και διαλέξεων, άλλα και ή διείσδυση του μηνύματος σε έθνική κλίμακα με τη βοήθεια των μέσων μαζικής ενημέρωσης άξιοποιήθηκαν με ποικίλους τρόπους άπο τους υπευθύνους του προγράμματος. Καί, βέβαια, ήταν μία προσπάθεια που άνάλωσε σημαντικούς ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους. Τουλάχιστον 1,5 εκατομμύριο δολάρια και πολλές ώρες έθελοντικής εργασίας ήταν το επίσης κόστος του προγράμματος κατά την πρώτη δεκαετία.

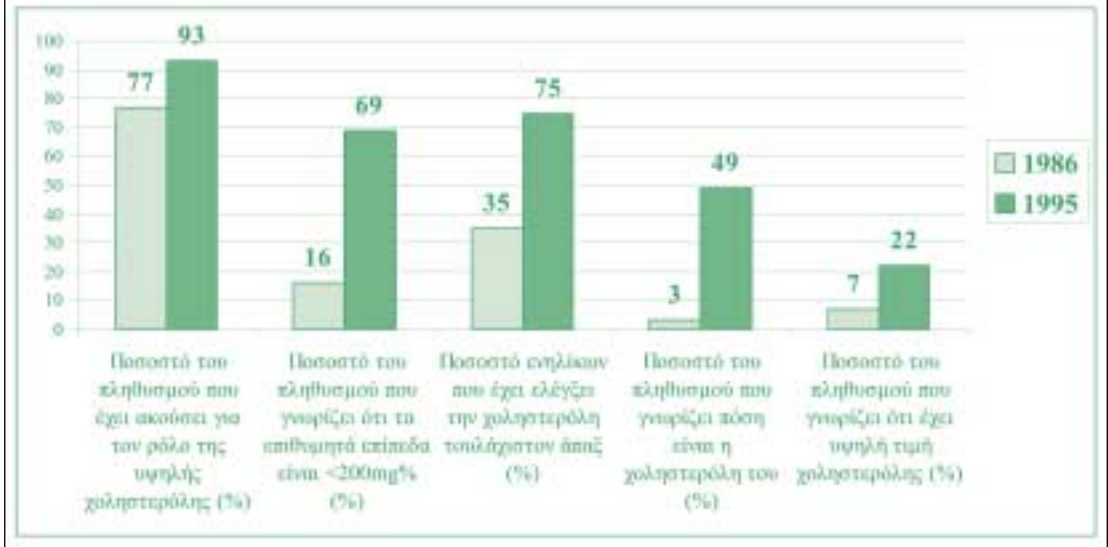
Όραία όλα αυτά, άλλα τί προσφέρουν αυτές οί πρωτοβουλίες; Μήπως είναι άπλως μία δαπανηρή διαφήμιση μειωμένης άποτελεσματικότητας και τίποτα παραπάνω; Την άπάντηση σε αυτά τα έρωτήματα την πληροφορηθήκαμε δέκα χρόνια μετά την έναρξη του προγράμματος. Τα πρώτα άποτελέσματα άνακοινώθηκαν το 1996 και ήταν πραγματικά έντυπωσιακά. Όπως φαίνεται στο σχετικό πίνακα, το ποσοστό του πληθυσμού που γνώριζε τα επίπεδα της χοληστερόλης του αύξήθηκε άπο 3 σε 49% και το ποσοστό αυτών που γνώριζαν ότι τα έπιθυμητά επίπεδα είναι χαμηλότερα άπο 200 mg/% αύξήθηκε άπο 16 σε 69%!! Δέκα χρόνια μετά την έναρξη του προγράμματος, το 93% του πληθυσμού γνώριζε λεπτομέρειες για το ρόλο της χοληστερόλης στην εκδήλωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Συγχρόνως, τα στοιχεία των μεγάλων επιδημιολογικών μελετών, τόσο στις ΗΠΑ όσο και στις άλλες χώρες που άντιμετώπιζαν σοβαρό πρόβλημα με τη ραχδαία εξέλιξη των καρδιαγγειακών νοσημάτων, έδειχναν για πρώτη φορά μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο σημαντική μείωση της συχνότητας εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η μείωση αυτή ήταν ιδιαίτερα φανερή στις χώρες που είχαν επενδύσει σε παρόμοια προγράμματα ενημέρωσης και εκπαίδευσης του κοινού.

Η έμπειρία, λοιπόν, διδάσκει ότι ή ενημέρωση του κοινού είναι ένας έφικτός και άποτελεσματικός τρόπος άντιμετώπισης του προβλήματος. Όμως κάθε χώρα, έθνική ομάδα και τοπική κοινωνία έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που επιβάλλουν την προσαρμογή των μεθόδων που θα χρησιμοποιηθούν προκειμένου να έπιτευχθεί το μέγιστο όφελος με την καλύτερη σχέση κόστους-άποτελεσματικότητας. Για παράδειγμα, στη χώρα



Μετρήσιμες μεταβολές στην ευαισθητοποίηση του κοινού από το πρόγραμμα NCEP στις ΗΠΑ σε διάστημα μιάς δεκαετίας.



μας γνωρίζαμε από προηγούμενες μελέτες ότι η συχνότητα των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι, ακόμα, σχετικά χαμηλή, ενώ η συχνότητα των παραγόντων κινδύνου (δηλαδή του καπνίσματος, της υπερχοληστερολαιμίας, της υπέρτασης και του σακχαρώδους διαβήτη) σχετικά υψηλή. Ο αισιόδοξος θα σχολίαζε ότι προφανώς η ... Θεία χάρις μās προστατεύει. Ο απαισιόδοξος θα μπορούσε να ισχυριστεί ότι κάνουμε λάθος στο μέτρημα. Ο πραγματιστής επιστήμων θα μπορούσε να υποθέσει ότι τα χειρότερα μās περιμένουν στο μέλλον, γιατί είναι γνωστό ότι η αύξηση της συχνότητας των καρδιαγγειακών νοσημάτων ακολουθεί μερικές δεκαετίες μετά την αύξηση της συχνότητας των παραγόντων κινδύνου. Βλέπετε, τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι νοσήματα φθοράς που εξελίσσονται για δεκαετίες πριν αποκαλύψουν το αποτρόπαιο πρόσωπό τους με τη μορφή του εμφράγματος, του έγκεφαλικού έπεισοδιου ή του αίφνιδιου καρδιακού θανάτου. Η μεταβολή του τρόπου ζωής μας κατά τις τελευταίες δεκαετίες, όταν υιοθετήσαμε όλα τα αρνητικά πρότυπα του δυτικού τρόπου διαβίωσης, αποφεύγοντας την έναρμόνιση με τις θετικές πλευρές αυτού, φαίνεται ότι "αφόπλισε" τον ελληνικό πληθυσμό από έγγενη πλεονεκτικά χαρακτηριστικά του όπως είναι η μεσογειακού τύπου διατροφή. Οι ανησυχιακές επιπτώσεις του γεγονότος τούτου απεικονίζονται στη δραματική αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού με σακχαρώδη διαβήτη, παχυσαρκία, υπέρταση και υπερχοληστερολαιμία, ενώ τo κάπνισμα συνεχίζει να αυξάνει μεταξύ των γυναικών.

Οι παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα είναι ένα δύσκολο κουβάρι, όπου η μιά κλωστή είναι άναρχα μπλεγμένη με την άλλη. Το ΕΛ.Ι.ΚΑΡ διαβλέποντας τόν διαρκώς αυξανόμενο κίνδυνο για την ελληνική κοινωνία αποφάσισε να παρέμβει μία ακόμη φορά, έστιάζοντας στην ανάγκη ευαισθητοποίησης του κοινού στο πρόβλημα της υπερχοληστερολαιμίας. Δια-

λέξαμε την υπερχοληστερολαιμία γιατί είναι ο κυριότερος παράγων καρδιαγγειακού κινδύνου αλλά και γιατί οι επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι η συχνότητά της είναι πολύ υψηλή στον ελληνικό πληθυσμό, αντανακλώντας τα άνθυγεινά διαιτητικά πρότυπα που έχουμε υιοθετήσει. Διαλέξαμε αυτή την κλωστή, γιατί είναι γνωστή και ξεχωρίζει, έπομένως μπορεί να γίνει άφορμή για να υπενθυμίσουμε στον ελληνικό πληθυσμό την ύπαρξη όλου του κουβαριού. Τέλος, πιστεύουμε ότι η δράση είναι άπαραίτητη και η άπραξία άδικαιολόγητη. Γνωρίζοντας τα επιδημιολογικά δεδομένα του πληθυσμού μας, συνειδητοποιούμε ότι αν δέν κάνουμε κάτι σήμερα, θα έχουμε άσχημα νέα αύριο. Η γνώση δημιουργεί ευθύνη και η ευθύνη πρέπει να κινητοποιεί την παραγωγή νέας γνώσης και να όδηγει σε κατάλληλη δράση. Η μέτρηση των επιπέδων χοληστερόλης που αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί σε ένα μεγάλο δείγμα του ελληνικού πληθυσμού δέν είναι μία καινοτόμος δράση. Παρόμοια προγράμματα έχουν πολλές φορές πραγματοποιηθεί σε άλλες χώρες της Ευρώπης. Ήταν όμως μία καινοτόμος δράση για τή χώρα μας, τόσο όσον άφορα στην όργάνωση και τή μεθοδολογία όσο και τή έκταση του έγχειρματος.

Μολοντί σχεδιάστηκε για να ενημερώσει χιλιάδες άτομα για τα επίπεδα της χοληστερόλης και τους λοιπούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, είναι εύνoπτο ότι η μεγαλύτερη πιθανότητα να αποδώσει καρπούς είχε σχέση με τή διάχυση των πληροφοριών του προγράμματος από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Για πρώτη φορά στη χώρα μας ένα τέτοιας έκτασης πρόγραμμα προσπάθησε να αξιοποιήσει τις δυνατότητες της συνεργασίας πολλών φορέων, προκειμένου να φέρει τo μήνυμα σε όσο δυνατόν μεγαλύτερο αριθμό ατόμων. Άλλωστε, η προσπάθεια για πρόληψη είναι ύποχρέωση όσων γνωρίζουν και η γνώση δικαίωμα όσων κινδυνεύουν. Δηλαδή όλων μας. 🍏

Ίπποκράτης και καρδιολογία

ΣΩΤΗΡΙΟΣ Π. ΠΑΤΣΙΛΙΝΑΚΟΣ

Ήπιμελητής Β΄, καρδιολογικής κλινικής, Κωνσταντοπούλειο νοσοκομείο.

Υπάρχουν στοιχεία, κυρίως από τα γραφόμενα του Πλάτωνα, που αποδεικνύουν ότι η ιατρική είχε αναπτυχθεί πριν από την εμφάνιση του Ίπποκράτη. Ο Ίπποκράτης όμως ήταν ο πρώτος που ανέπτυξε την ιατρική ως επιστήμη απαλλαγμένη από δεισιδαιμονίες και προλήψεις. Παρ' ότι είχε λοιπόν αναγνωρισθεί ως ο πατέρας της ιατρικής, έχουν πολύ λιγότερο εκτιμηθεί οι ειδικές παρατηρήσεις του στην καρδιολογία, που όπως θα δούμε είναι άκρως εντυπωσιακές καθώς σ' αυτές βρίσκονται μερικές από τις ακριβέστερες κλινικές περιγραφές που έχουν καταγραφεί στην ιστορία. Οι περιγραφές της καρδιάς, των αγγείων των παθήσεών τους και οι μέθοδοι εξέτασής τους, δείχνουν ότι ο Ίπποκράτης και άλλοι Έλληνες ιατροί του 5ου π.Χ. αιώνα είχαν εμπειρίες από άρκετες παθήσεις της καρδιάς.

«*Η Καρδιά*» είναι ένα εξέχον έργο της Ίπποκρατικής συλλογής και αποτελεί την πρώτη διασωθείσα πραγματεία που αναφέρει το περικάρδιο, τις τέσσερις καρδιακές κοιλότητες και τις τέσσερις βαλβίδες της καρδιάς και των μεγάλων αγγείων. Η καρδιά περιγράφεται με σχήμα πυραμίδας ενώ το περικάρδιο σαν μεμβράνη που περιβάλλει την καρδιά. Αναγνωρίζονται τα δυο πέταλά του και η παρουσία του περικαρδιακού υγρού (που μοιάζει με «τά ούρα»), καθώς και η προστατευτική του άξια. Περιγράφεται η συστολή της καρδιάς, αλλά το εντυπωσιακό είναι ότι διακρίνεται η ανεξάρτητη συστολή των κόλπων. Το ένδοκάρδιο αναφέρεται σαν μεμβράνη που περιέχει ίνες και απλώνεται σαν «ίστος άράχνης» έσωτερικά της καρδιάς, ενώ οι τέσσερις βαλβίδες παρουσιάζονται σαν ανακάμψεις αυτής της μεμβράνης, που όταν είναι κλειστές διαχωρίζουν τείλια και κλείνουν στεγανά τις καρδιακές κοιλότητες και τα στόμια των μεγάλων αγγείων. Ο Ίπποκράτης πιθανώς δεν διαχώριζε τις αρτηρίες από τις φλέβες και άποκαλούσε όλα τα αγγεία «φλέβες». Οι παρατηρήσεις του για τη φυσική εξέταση, που δεν περιελάμβανε όργανα, άποτελούν παραδείγματα άκρον και σήμερα. Χαρακτηριστική είναι η περιγραφή της «Ίπποκρατικής ρίσεως» για την έντοπιση της πλευριτικής συλλογής: «Ο άσθενής κάθεται σε ένα σταθερό σκαμνί, ένας βοηθός κρατά τα χέρια του, και ο ιατρός κουνά τον άσθενή από τους ώμους προσπαθώντας να ακούσει από ποιά πλευρά προέρχεται ο χαρακτηριστικός ήχος». Η πλευριτική τριβή περιγράφεται ως ήχος που μοιάζει σε «δερμάτινα λουριά που τρίβονται μεταξύ τους». Οι άναπνευστικοί ρόγοι αναφέρονται σαν ήχοι που μοιάζουν με το «βρασιμό του ξυδιού» και που γίνονται άντιληπτοί όταν κάποιος τοποθετήσει το αυτί του στο θώρακα και παραμείνει να ακούει για λίγη ώρα. Οι τελευταίες αυτές περιγραφές μνημονεύονται στα γραπτά του Laennec και



είσι βγαίνει το συμπέρασμα ότι πιθανώς τον ένεπνευσαν στην άνακάλυψη του σπηθοσκοπίου. Χαρακτηριστικές, επίσης, είναι οι περιγραφές για την πληκτροδακτυλία («Ίπποκράτειος δάκτυλος») που πάντως άποδιδόταν σε περιπτώσεις έμπυήματος και όχι σε κυανωτικές συγγενείς καρδιοπάθειες, για την άναπνοή Cheyne-Stokes καθώς και για το «Ίπποκράτειο προσωπείο» (προθανάτιο προσωπείο).

Η σπηθάγχη είχε γίνει άντιληπτή από τον Ίπποκράτη, άναφερόταν ως «κυνάγχη» και οι περιγραφές δε διαφέρουν από τις έως σήμερα γνωστές. Αναφέρεται ότι πρόκειται για όξυ πόνο βραχείας διάρκειας που άκτινοβολεί στα άκρα και στο στήθος και που άνακουρίζεται με την άνάπαυση (*Άφορισμοί ΙΙ*). Άν και μερικοί μελετητές άναφέρουν ότι ο Ίπποκράτης δεν είχε καθορίσει σαφώς σαν σημείο προέλευσης του συμπτώματος την καρδιά, έμμεσα συμπεραίνεται ότι αυτό έννοούσε καθώς περιγράφει ότι αν αυτό το σύμπτωμα δε συνοδεύεται από βλάβες στο φάρυγγα, τότε είναι σοβαρό και συχνά θανατηφόρο. Επίσης, άναγνωρίζεται ότι η μεγάλης διάρκειας σπηθάγχη που άντανανκλά στη ράχη (άναφέρεται άραγε σε σοβαρή σπηθάγχη ή μήπως σε διαχωρισμό της άορτης;), ή τα συχνά επεισόδια καρδιαλγίας σε ήλικωμένους προμηνύουν άκνίδιο θάνατο. Είχε, επίσης, διαπιστωθεί ή πιθανή έκδήλωση της σπηθάγχης ως δύσπνοια χωρίς πόνο, κάτι που άντιστοιχεί στο σήμερα γνωστό ίσοδύναμο σπηθάγχης. Η έπισήμανση άκονη ότι οι καρδιακές παθήσεις είναι μία «φλεγμονή της καρδιάς» είναι πιθανώς ή άναγνώριση της φλεγμονώδους διαδικασίας που συμβαίνει στην άθηροσκλήρυνση. Ο Ίπποκράτης χωρίς τυχαιοποιημένες μελέτες και στατιστικά προγράμματα, είχε καταλήξει στο συμπέρασμα ότι ή παχυσαρκία είναι παράγοντας κινδύνου, καθώς έλεγε ότι οι παχύ-

σαρκοι και αυτοι που τρωνε πολυ ζουν λιγοτερο.

Οι βαλβιδοπάθειες ήταν επίσης πεδίο παρατηρήσεων του Ήποκράτη, ενώ αρκετά από τα σήμερα χρησιμοποιούμενα μείζονα (υπόδωρια όζιδια, μεταναστευτική αρθρίτιδα) και ελάσσονα (πυρετός, αρθραλγία, η προηγούμενος ρευματικός πυρετός) κριτήρια για το ρευματικό πυρετό καθώς και η συσχέτισή τους με καρδιακή ανεπάρκεια είχαν επισημανθεί κατά τις περιγραφές περιπτώσεων που κατέγραψε, όπως αυτή που αναφέρεται στην αδελφή της Άρπαλίδας που είχε πιθανώς περάσει ρευματικό πυρετό και κατά τον 4ο ή 5ο μήνα της εγκυμοσύνης της παρουσίασε συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας με δύσπνοια και οίδημα. (*Επιδημιολογία VII*). Οι περισσότερες πάντως από τις επισημάνσεις του Ήποκράτη καθώς και αρκετοί άφορισμοί του βασίζονταν σε παρατηρήσεις κλινικών περιπτώσεων, οι επαναλήψεις των οποίων τον οδηγούσαν σε όριστικά συμπεράσματα. Έτσι χωρίς να διαθέτει υπερηχογράφημα καρδιάς ή έστω ακτινογραφία, είχε καταφέρει να διακρίνει σαν διαφορετική μορφή καρδιακής ανεπάρκειας αυτήν που εμφανίζεται με δύσπνοια (άριστερή καρδιακή ανεπάρκεια) από αυτήν που εμφανίζεται με οίδημα (δεξιά ανεπάρκεια). Τη δύσπνοια την αντιλαμβανόταν ως «φλέγμα» (ψυχρό υγρό ή χυμός) που πέρανε από τον εγκέφαλο στην καρδιά. Στις «*Εσωτερικές παθήσεις*» περιγράφεται με λεπτομέρεια η εμφάνιση του οίδηματώδους ασθενούς, που όταν τράει ή αναπνοή του γίνεται ταχύτερη και που ενώ προσωρινά μπορεί, μερικές φορές, να φαίνεται καλύτερα, όμως, συνήθως, τις επόμενες στιγμές φαίνεται να υποφέρει όξως και να πλησιάζει το θάνατο. Το οίδημα δεν αποδιδόταν πάντα σε καρδιακή ανεπάρκεια, αφού είχε γίνει αντιληπτή η διαφορά του μαλακού οίδηματος που άφηνε έντοπωμα, από το σκληρυνθέν οίδημα της όξειας κυτταρίτιδας, ενώ η χρονιότητα του καρδιακού οίδηματος (έπιδουνο, μεγάλο και σκληρό) αναγνωριζόταν σαν προγνωστικό στοιχείο θανάτου που επρόκειτο να επέλθει στο κοντινό μέλλον. Κάποιοι από τις θεραπείες που πρότεινε ο Ήποκράτης για την καρδιακή ανεπάρκεια είναι η αφαίμαξη, οι ειδικές διαιτητικές οδηγίες και οι παρακεντήσεις θώρακα και κοιλίας τις οποίες και περιέγραψε με άκρως έντυπωσάκη ακρίβεια και λεπτομέρεια. Οι παρακεντήσεις γινότουσαν με «τρύπανο» και οι θέσεις ήταν ή τρίτη από το τέλος πλευρά για το θώρακα και η περιοχή δίπλα από τον όμφαλο ή η λαγόνιος περιοχή για την κοιλιακή χώρα. Είχε δε καθορισθεί ως κανόνας η βραδεία αφαίρεση του υγρού, καθώς η ταχύτατη αφαίρεση μεγάλης ποσότητας υγρού είχε αποδειχθεί θανατηφόρα. Η παρουσία δε οίδηματος στα γεννητικά όργανα και τους μηρούς οδηγούσε σε σκασίση της περιοχής. Η «καρδιακή καχεξία» επίσης, είχε περιγραφεί σαν απόδειξη προχωρημένης ανεπάρκειας.

Ο Γαληνός ανέφερε ότι ο Ήποκράτης ήταν ο πρώτος που ανέφερε τη λέξη «σφυγμός». Ήταν όμως και ο πρώτος που κατανοήσε τις αρρυθμίες τις οποίες και χαρακτηρίριζε σαν «βίαιους παλμούς» της καρδιάς (*Επιδημιολογία III*). Η καρδιογενής συγκοπή είχε περιγραφεί σε κάποιον από τους άφορισμούς του Ήποκράτη: «Αυτοί που υποφέρουν από συχνά και σοβαρά λιποθυ-

μικά επεισόδια, χωρίς κάποια προφανή αιτία, μπορεί να πεθάνουν αιφνίδια».

Ο Ήποκράτης ήξερε ότι οι εποχές επηρέαζον τον ανθρώπινο οργανισμό και τις διάφορες φυσιολογικές λειτουργίες του, ενώ είχε παρατηρήσει την εποχιακή κατανομή μερικών παθήσεων, κάτι που πιθανότατα αποτελεί πρόδρομο της σημερινής ιδέας του κίρκαδιανού ρυθμού αλλά και της εποχιακής εμφάνισης αρκετών σημερινών παθήσεων. Χωρίς να αντιπαρatiθείται στην άποψη των ρομαντικών ότι η καρδιά επηρεάζει το εγκέφαλο, πίστευε ότι και το αντίθετο είναι αλήθεια. Άρκετοι πιστεύουν ότι ίσως είχε κατανοήσει με κάποιο τρόπο την επίδραση του σήμερα γνωστού αυτόνομου νευρικού συστήματος αλλά και των επιδράσεων των ορμονών στην καρδιακή λειτουργία.

Ο Ήποκράτης λοιπόν, εκτός από πατέρας της ιατρικής είναι, από ότι φαίνεται, και της καρδιολογίας αυτής καθαυτής. Και είναι μὲν βέβαιο ότι, όπως λέει ο Γαλιλαίος, μπορούμε σήμερα να βλέπουμε μακριά γιατί στεκόμαστε σε ώμους γιγάντων, όμως ίσως να μην μπορεί να άντξει ο νους μας να συνειδητοποιήσει το μέγεθος και την αξία των επιστημονικών παρατηρήσεων και άφορισμών του Έλληνα Ήποκράτη που έγιναν περίπου 2500 χρόνια πριν. 🍎



συνέχεια από τη σελ. 136

C-άντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP)

Είναι δείκτης υποκλινικής φλεγμονής και άθηροσκληρυνσης. Άσθενείς με υψηλές τιμές CRP διατρέχουν κίνδυνο για όξυ ισχαιμικό, αγγειακό έγκεφαλικό επεισόδιο, αιφνίδιο θάνατο και διάχυτη αγγειακή νόσο, ανεξαρτήτως των καθιερωμένων παραγόντων κινδύνου. Επίπεδα CRP < 1 mg/l αντιστοιχούν σε χαμηλό κίνδυνο, από 1 έως 3 mg/l σε μέσο κίνδυνο και άνω των 3 mg/l σε υψηλό κίνδυνο για καρδιαγγειακά συμβάντα. Εάν βρεθούν τιμές μεγαλύτερες από 10 mg/l ο άσθενής πρέπει να διερευνηθεί για τυχόν έστια λοίμωξης ή άλλη συστηματική νόσο (ρευματικές νόσοι κ.ά.), όποτε η CRP σε αυτήν την περίπτωση δεν χρησιμοποιείται για διαστρωμάτωση κινδύνου.

Μείωση της CRP έχουμε με την απώλεια βάρους, την τακτική άσκηση και τη διακοπή καπνίσματος. Ο σακχαρώδης διαβήτης αυξάνει την CRP και άτομα με υψηλές τιμές της τελευταίας πρέπει να εξετάζονται για το εάν είναι διαβητικοί. Οι στατίνες και η άσπιρίνη ελατώνουν την CRP, ωστόσο δεν έχει ακόμα δειχθεί ότι άτομα άνευ λοιπών παραγόντων κινδύνου αλλά με αυξημένη CRP πρέπει να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά.

Λιποπρωτεϊνική φωσφολιπάση A2 (Lp-PLA2)

Είναι μία προσφάτως αναγνωρισμένη λιπάση που προάγει την οξειδωση μορίων στο αγγειακό τοίχωμα συμβάλλοντας στην εξέλιξη της άθηροσκληρυνσης. Αύξησεις των επιπέδων της Lp-PLA2 σχετίζονται με μεγαλύτερο κίνδυνο σχηματισμού άθηροσκληρυντικών πλακών και ρήξη αυτών, ανεξάρτητα από τις τιμές λιπιδίων και την CRP. 🍎

Ἐξετάσεις αἵματος καὶ καρδιά: Τί πρέπει νὰ γνωρίζει ὁ ἀσθενής;

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΤΣΙΟΥΦΗΣ, ἐπιμελητὴς
καρδιολογικοῦ τμήματος, ὑπεύθυνος ἀντιυπερτασικοῦ
ἰατρείου, «Ἱπποκράτειο» ΓΝΑ

ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, συνεργάτης
ὑπερτασικοῦ ἰατρείου κρατικῆς καρδιολογικῆς κλινικῆς,
«Ἱπποκράτειο» ΓΝΑ

Πληθώρα ἐργαστηριακῶν ἐξετάσεων χρησιμοποι-
οῦνται τόσο γιὰ τὴν ἐκτίμηση τοῦ καρδιαγγειακοῦ κινδύ-
νου, ὅσο καὶ γιὰ τὴν παρακολούθηση τῶν ἀσθενῶν μὲ
καρδιακὰ νοσήματα. Ὡστόσο εἶναι δύσκολη ἡ κατανόη-
ση τῆς σημασίας τῶν παθολογικῶν τιμῶν στὶς ἐξετάσεις
αἵματος ἀπὸ τὸν ἴδιο τὸν ἀσθενῆ. Αὐτὸ δυσχεραίνει ση-
μαντικὰ καὶ τὴ συμμόρφωσή του στὴν ἐφαρμοζόμενη
ὕγειοδιαιτητική καὶ φαρμακευτικὴ ἀγωγή. Παρακάτω
ἀναφέρονται βασικὲς παράμετροι ποὺ ἀξιολογοῦνται
στὴν καθημερινὴ κλινικὴ πράξη καθὼς καὶ νέοι δείκτες
ποὺ σχετίζονται μὲ διεργασίες ὑποκλινικῆς φλεγμονῆς
καὶ θρομβογένεσης. Πρέπει μάλιστα νὰ σημειωθεῖ ὅτι τὰ
τελευταῖα χρόνια ὑπάρχει μία στροφή τοῦ ἐνδιαφέροντος
στοὺς τελευταίους καθὼς τὸ 30% τῶν στεφανιαίων ἐπι-
σοδίων παρατηρεῖται σὲ ἄτομα μὲ φυσιολογικὲς τιμὲς τῶν
καθιερωμένων παραγόντων κινδύνου.

Γλυκόζη νηστείας

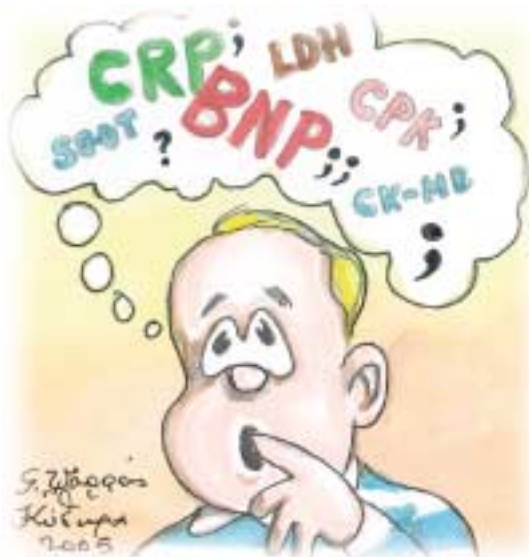
Οἱ ὑψηλὲς τιμὲς σχετίζονται εἴτε μὲ ἀνεπαρκῆ νη-
στεία πρὸ τῆς αἱμοληψίας, εἴτε μὲ τὴν παρουσία σακχα-
ρώδη διαβήτη. Οἱ φυσιολογικὲς τιμὲς κυμαίνονται μεταξὺ
60-109 mg/dl. Σύμφωνα μὲ τὰ κριτήρια τῆς Ἀμερικανι-
κῆς Ἐταιρείας Διαβήτη, τίθεται ἡ διάγνωση τοῦ διαβή-
τη ὅταν οἱ τιμὲς τῆς γλυκόζης «νηστείας» εἶναι 126 ἢ πε-
ρισσότερο. Μία μέτρηση σὲ ἐπίπεδα 110-125 σημαίνει
διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας καὶ ἀποτελεῖ προδιαθε-
σικὸ παράγοντα γιὰ ἀνάπτυξη διαβήτη. Σὲ ὀρισμένες πε-
ριπτώσεις χρειάζεται νὰ πραγματοποιηθεῖ μία «καμπύλη
γλυκόζης» (τέστ ἀνοχῆς γλυκόζης) ὥστε νὰ διαλευκαν-
θεῖ ἐὰν ἓνα ἄτομο πάσχει ἀπὸ σακχαρώδη διαβήτη.

Κρεατινίνη

Ἀποτελεῖ προῖον καταβολισμοῦ τῶν μυῶν καὶ εἶναι
βασικὴ παράμετρος ἐκτίμησης τῆς λειτουργίας τῶν νε-
φρῶν. Ὑψηλὲς τιμὲς κρεατινίνης σὲ συνδυασμὸ μὲ αὐξη-
μένη οὐρία σηματοδοτοῦν πιθανὴν νεφρική βλάβη. Χρει-
άζεται προσοχὴ στὴν χορήγηση φαρμάκων (π.χ. διουρη-
τικά) σὲ ἄτομα μὲ ὑψηλὴ κρεατινίνη διότι εἶναι δυνατὸ νὰ
ὀδηγήσουν σὲ περαιτέρω νεφρική δυσλειτουργία.

Οὐρία

Ἀποτελεῖ προῖον καταβολισμοῦ καὶ αὐξημένες τιμὲς
σημαίνουν ὅτι οἱ νεφροὶ δὲν λειτουργοῦν ἐπαρκῶς. Ἐπί-
σης, οἱ τιμὲς οὐρίας ἀπηρεάζονται ἀπὸ τὴ δίαιτα ὑψηλῆς
περιεκτικότητας σὲ πρωτεΐνες καὶ μετὰ ἀπὸ ἔντονη ἄσκηση.



Ἡλεκτρολύτες

Τὰ ἐπίπεδα καλίου εἶναι σημαντικὰ γιὰ τὴν ὀμαλὴ
καρδιακὴ λειτουργία. Ὅποιαδήποτε ἀπόκλιση ἀπὸ τὶς
φυσιολογικὲς τιμὲς χρήζει ἰατρικῆς ἀντιμετώπισης. Τὸ τε-
λευταῖο γίνεται ἐπιτακτικότερο σὲ περιπτώσεις ποὺ ὁ
ἀσθενὴς λαμβάνει διουρητικὰ ἢ δακτυλίτιδα.

Οἱ τιμὲς νατρίου στὸ πλάσμα μποροῦν νὰ μεταβλη-
θοῦν ἀπὸ τὴ χρήση διουρητικῶν σκευασμάτων, ἀντιδια-
βητικῶν δισκίων καὶ ἐξαρτάται ἀπὸ τὴ συνολικὴ πρό-
σληψη ὑγρῶν.

Ἀσβεστιο

Ἡ συγκέντρωση τοῦ ἀσβεστίου στὸ αἷμα ἐλέγχεται
ἀπὸ τοὺς παραθυροειδεῖς ἀδένες καὶ τοὺς νεφρούς.
Εἶναι ἀπαραίτητο γιὰ τὴν πήξη τοῦ αἵματος καὶ τὴ φυσι-
ολογικὴ λειτουργία τοῦ νευρικοῦ συστήματος. Ὑψηλὲς
τιμὲς ἀσβεστίου παρατηροῦνται σὲ ἄτομα μὲ ὑπερδρα-
στηριότητα τῶν παραθυροειδῶν, διαταραχὲς τοῦ μετα-
βολισμοῦ τῆς βιταμίνης D, νεφρική δυσλειτουργία καὶ σὲ
περιπτώσεις λήψης θειαζιδικῶν διουρητικῶν. Οἱ χαμηλὲς
τιμὲς ἀσβεστίου στὸ αἷμα μπορεῖ νὰ ὀφείλονται σὲ βλάβη
παραθυροειδῶν καὶ σὲ ἀσθενεῖς ποὺ λαμβάνουν
φουροσεμίδη.

Οὐρικό Ὄξι

Αὐξημένες τιμὲς σχετίζονται μὲ τὴν ἐμφάνιση
οὐρικής ἀρθρίτιδας καὶ νεφρικής δυσλειτουργίας. Τελευ-
ταῖα δεδομένα δείχνουν ὅτι ἀποτελεῖ ἀνεξάρτητο παρά-
γοντα καρδιαγγειακοῦ κινδύνου.

Ἡπατικά ἐνζυμα

Ὑψηλὲς τιμὲς τῶν ἥπατικῶν ἐνζύμων (SGOT, SGPT,
γGT, ALP) παρατηροῦνται σὲ πληθώρα νόσων τοῦ ἥπα-
τος, τῶν χοληφόρων, τραυματισμὸ μυῶν, σὲ ἄτομα ποὺ
ὑπερκαταναλώνουν ἀλκοὸλ κ. ἄ. Σὲ περίπτωσι ποὺ ἓνας
ἀσθενὴς λαμβάνει στατίνες πρέπει νὰ ἐλέγχει τὰ ἐπίπεδα
αὐτῶν ἐνζύμων καὶ ἐὰν εἶναι αὐξημένα νὰ συμβου-
λεῖται τὸν ἰατρὸ του. Ἡ κρεατινική φωσφοκινάση (CPK)
αὐξάνεται σὲ 4-6 ἄρες μετὰ ἀπὸ ὄξι ἰσχυαϊκὸ ἐπιεσό-
διο, ἐνῶ σὲ περίπτωσι ποὺ δὲν συντρέχει καρδιολογικῆς
φύσεως πρόβλημα σχετίζεται μὲ βλάβη τῶν μυῶν.

Λιπίδια

Οι αύξημένες τιμές όλικής χοληστερόλης συσχετίζονται στενά με κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο. Σύμφωνα με το Άμερικανικό Έθνικό Ίνστιτούτο Καρδιάς και Πνευμόνων (National Heart, Lung and Blood Institute) ιδανικές τιμές χοληστερόλης θεωρούνται οί κάτω των 200 mg/dl (με ύψηλές, χρήζουσες, θεραπείες τις άνω των 240 mg/dl) και για την χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (LDL) οί κάτω των 100 mg/dl. Τα επίπεδα αυτά δέν είναι άσθενή οί άταρός θέτει τή θεραπευτικό στόχο.

Η LDL-χοληστερόλη θεωρείται ώς ή «κακή» χοληστερόλη γιατί προάγει τή σχηματισμό άθηρωματικών πλακών. Τιμές κάτω των 130 mg/dl θεωρούνται φυσιολογικές ενώ πάνω άπό 160 mg/dl είναι παθολογικές και χρήζουν άγωγής. Ίδιαίτερα σέ στεφανιαίους άσθενείς ή LDL πρέπει νά είναι σέ επίπεδα χαμηλότερα των 100 mg/dl.

Η ύψηλης πυκνότητας (HDL)-χοληστερόλη είναι ή λεγόμενη «καλή» χοληστερόλη διότι συμβάλλει στήν άπομάκρυνση των έναποθέσεων χοληστερόλης άπό τή άρτηριακό δίκτυο, παρουσιάζει άντιαθηρογενετικές ιδιότητες και δρ ά προστατευτικά στή ένδοθήλιο. Ύψηλά επίπεδα HDL συνοδεύονται άπό μικρή πιθανότητα στεφανιαίων συμβαμάτων. Άνδρες με τιμές HDL-χοληστερόλης κάτω των 40 mg/dl και γυναίκες κάτω των 46 mg/dl πρέπει νά άκολουθήσουν ύγιεινοδιαιτητικά μέτρα.

Οί άκριβεις παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί συσχετίσος τής υπερτριγλυκεριδαιμίας με τήν άθηροσκληρωτική νόσο, δέν έχουν έπακριβώς καθοριστεί. Ώστόσο είναι γενικά άποδεκτό ότι τριγλυκερίδια σέ τιμές άνω των 500 mg/dl παρατηρούνται σέ άτομα ιδιαίτερα ύψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου και αύξηση των τιμών πάνω των 150 mg/dl χρήζει άγωγής. Άτομα με μεταβολικό σύνδρομο, ύπέρταση, διαβήτη, παχυσαρκία, τά όποια καταναλώνουν μη έπαρκείς ποσότητες φρούτων και λαχανικών, χαρακτηρίζονται άπό υπερτριγλυκεριδαιμία.

Lp (a)

Είναι μία χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη στήν όποία είναι προσκολλημένη μία έπιπλέον πρωτεΐνη ή όποια όνομάζεται άπολιποπρωτεΐνη (a). Άν και δέν είναι γνωστός ή άκριβής παθοφυσιολογικός τής ρόλος, ύψηλές τιμές Lp(a) (>30 mg/dl), οί όποιες μάλιστα δέν είναι εύκολα τροποποιήσιμες με άντιλιπιδαιμική άγωγή, συσχετίζονται με αύξημένο κίνδυνο για άθηροσκληρωση.

* Άπολιποπρωτεΐνη A1 και B

Η άπολιποπρωτεΐνη A1 άποτελεί τή κύριο συστατικό τής HDL. Χαμηλές συγκεντρώσεις παρατηρούνται σέ άτομα ύψηλού κινδύνου, ώστόσο δέν έχει καθιερωθεί άκόμη ή μέτρησή τής. Η άπολιποπρωτεΐνη B είναι ή βασική πρωτεΐνη τής LDL, VLDL, IDL χοληστερόλης και των χυλομικρών. Η συγκέντρωση τής άπολιποπρωτεΐνης B άντανακλά άμεσα τήν συγκέντρωση των άθηρογενετικών λιποπρωτεϊνών στή πλάσμα. Άποτελεί ένα χρήσιμο δείκτη σέ άσθενείς με υπερτριγλυκεριδαιμία και σέ άτομα με φυσιολογικές τιμές LDL χοληστερόλης. Τιμές άνω των 150 mg/dl συσχετίζονται με αύξημένο κίνδυνο.

Πρέπει νά σημειωθεί ότι στις εξετάσεις ρουτίνας πε-

ριλαμβάνεται και ή γενική αίματος. Σέ αυτήν άξιολογούμε τά λευκά αίμοσφαίρια τά όποια όταν αύξάνονται σημαίνουν κατά κανόνα φλεγμονή ή διαταραχές τού αίμοποιητικού συστήματος. Έπίσης, σημαντικό είναι ή αιματοκρίτης ή όποιος είναι χαμηλός σέ άπώλεια αίματος, διατροφικές διαταραχές ή σέ μειωμένη παραγωγή άπό τή μυελό των όστών. Άντίθετα σέ υπερπαραγωγή έρυθρών, σέ πνευμονικές νόσους κ.ά παρατηρούμε αύξηση τού αίματοκρίτη. Αύξηση τού άριθμού των αιμοπεταλίων έχουμε σέ άτομα πού καπνίζουν ή σέ διαταραχές τής αίμοποίησης. Χαμηλές τιμές παρατηρούνται στήν ιδιοπαθή θρομβοκυτταροπενία, στήν όξεία άπώλεια αίματος και λόγω φαρμακευτικών σκευασμάτων (π.χ ήπαρίνης), σέ καταστάσεις σήψης κ.ά

Έπιπροσθέτως ιδιαίτερης σημασίας είναι ή προσδιορισμός των θυρεοειδικών όρμονών σέ κάθε άσθενή, επειδή όποιαδήποτε δυσλειτουργία τού άδνα επηρεάζει συνολικά τή καρδιαγγειακό σύστημα. Η μέτρηση των τιμών τής θυροξίνης (T4), τής T3, των έλεύθερων κλασμάτων των τελευταίων και τής TSH πρέπει πάντα νά εκτιμώνται άπό τή θέρáποντα άτρώ.

Νέοι δείκτες καρδιαγγειακού κινδύνου

Οί κάτωθι παράμετροι τά τελευταία χρόνια κερδίζουν συνεχώς έδαφος στήν ολοκληρωμένη προσέγγιση τού άσθενή με καρδιαγγειακή νόσο. Όρισμένες άπό τις εξετάσεις αυτές, βέβαια, δέν είναι διαθέσιμες στήν καθημέρα πράξη, ώστόσο είναι πιθανό μέσα στή έπόμενη χρόνια νά καταστούν εξετάσεις ρουτίνας, εάν άποδειχθεί ή κλινική τους σημασία.

* Όμοκυστεΐνη

Είναι ένα άμινονξύ πού φυσιολογικά εύρίσκεται σέ χαμηλές συγκεντρώσεις στή αίμα. Ύψηλές τιμές σχετίζονται με αύξημένο κίνδυνο άπό τή καρδιαγγειακό σύστημα. Τά επίπεδα αύξάνονται σέ έλλειψη φυλλικού όξέως ή βιταμίνης B12, λόγω κληρονομικότητας, σέ νεφρική νόσο ή μετά άπό τή χορήγηση φαρμάκων. Οί άνδρες έχουν τήν τάση για μεγαλύτερες τιμές, με τά φυσιολογικά όρια νά κυμαίνονται μεταξύ 4-15 μmol/l, ενώ σέ περίπτωση πού ένα άτομο πάσχει άπό άγγειακή νόσο χρήζει άγωγής για μείωση κάτω των 10 μmol/l.

* Ίνωδογόνο

Συμμετέχει στούς μηχανισμούς συσσώρευσης των αιμοπεταλίων και τής ένδοθηλιακής δυσλειτουργίας, προάγοντας τή διεργασία τής θρομβογένεσης και τή μυοκαρδιακή ίσχαίμια. Στή μελέτη Framingham επίπεδα άνω των 312 mg/dl συσχετίζονται με 6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για έμφραγμα, ενώ πληθώρα μελετών εξετάζουν εάν οί θεραπείες μείωσης των επιπέδων ίνωδογόνου βελτιώνουν τήν καρδιαγγειακή πρόγνωση.

* Άναστολέας τού ένεργοποιητή τού πλάσμινογόνου-1 (PAI-1)

Έρευνητικά δεδομένα έδειξαν ότι άποτελεί αίτιολογικό παράγοντα εξέλιξης και ρήξης άθηροσκληρωτικών πλακών. Παρουσιάζει στενή συσχέτιση με διεργασίες ύποκλινικής φλεγμονής, με τήν αντίσταση στήν ίνσουλίνη και με ύψηλό κίνδυνο για καρδιαγγειακά συμβάντα.

Κέντρο Ύγείας Νέας Μηχανιώνας

ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΤΣΟΛΑΚΙΔΗΣ

Παθολόγος, διευθυντής ΕΣΥ.

Ἡ Νέα Μηχανιώνα Θεσσαλονίκης κτίστηκε τὸ 1923 ἀπὸ πρόσφυγες, οἱ ὁποῖοι ἀποχώρησαν ἀπὸ τὴν Μηχανιώνα τῆς χερσονήσου Κυζίκου, στὴ θάλασσα τῆς Προποντίδας, μὲ τὴν ἀνταλλαγὴ πληθυσμῶν στὶς 29 Ἀπριλίου 1922.

Κυρίως ψαράδες καὶ γεωργοί, τὴν κτίσανε στὴ θέσπ Τουμπαρλί καὶ τὴν ὀνόμασαν Νέα Μηχανιώνα γιὰ νὰ θυμοῦνται τὴ χαμένη πατρίδα. Εἶναι ἓνα παραθαλάσσιο μέρος, ἀνατολικά τῆς πόλης τῆς Θεσσαλονίκης ἀπὸ τὴν ὁποία ἀπέχει 30 χιλιόμετρα.

Στὴ Νέα Μηχανιώνα Θεσσαλονίκης βρίσκεται ὁ μεγαλύτερος ἀλιευτικὸς στόλος τῆς χώρας.

Τὸ χωριὸ ἐκεῖνο τοῦ 1923, σήμερα εἶναι μία κωμόπολη 7.500 κατοίκων, ἡ ὁποία ἐπιλέχθηκε γιὰ νὰ ἀνεγερθεῖ τὸ Κέντρο Ὑγείας τῆς περιοχῆς τὸ 1984.

Τὸ Νοέμβριο τοῦ 1986 πρωτολειτούργησε ὀργανωμένα τὸ Κέντρο Ὑγείας καὶ ἀπὸ τότε μέχρι σήμερα προσπαθεῖ νὰ ἀντιμετωπίσει ὅσο μπορεῖ καλύτερα τὰ πολλὰ καὶ ποικίλα προβλήματα υγείας τοῦ πληθυσμοῦ.

Στὴ ζώνη εὐθύνης τοῦ Κέντρου Ὑγείας ὑπάγονται :

- ὁ δῆμος Θερμαϊκοῦ, ὁ ὁποῖος ἀπαρτίζεται ἀπὸ τὰ δημοτικά διαμερίσματα Περαίας, Ν. Ἐπιβατῶν καὶ Ἀγίας Τριάδας.

- ὁ δῆμος Νέας Μηχανιώνας μὲ τὰ δημοτικά διαμερίσματα Ν. Μηχανιώνας, Κερασίας καὶ Ἀγγελοχωρίου

- τὸ δημοτικὸ διαμερίσμα Ἐπανομῆς τοῦ δήμου Ἐπανομῆς καὶ

- τὰ δημοτικά διαμερίσματα Τριλόφου καὶ Πλαγιαρίου τοῦ δήμου Μίκρας.

Ὁ πληθυσμὸς τῆς ἐν λόγω περιοχῆς ἔχει πολλαπλασιασθεῖ τὰ τελευταῖα χρόνια ἐκρηκτικά. Ἰδίως τοῦ δήμου Θερμαϊκοῦ γιὰ τὸν ὁποῖο ἔχουμε προτείνειν στὴν Πολιτεία νὰ δημιουργηθεῖ Κέντρο Ὑγείας ἀστικού τύπου, δηλώνοντας ἀδυναμία νὰ ἀντεπεξέλθουμε στὸ ὑγειονομικὸ πρόβλημα μὲ τὴν ὑπάρχουσα στελέχωση τοῦ Κέντρου Ὑγείας.

Ἐξάλλου στὴ ζώνη εὐθύνης τοῦ Κέντρου Ὑγείας, ὑπάρχουν πέντε λύκεια , ἔξι γυμνάσια , 14 δημοτικά , 15 δηπαγωγεῖα, ἓνα ΤΕΛ , ἓνα ΙΕΚ, καὶ τὸ ἰδιωτικὸ σχολεῖο "Κοραῆς" μὲ νηπιαγωγεῖο, δημοτικὸ, γυμνάσιο, λύκειο.

Τὸ Κέντρο Ὑγείας στελεχώνεται ἀπὸ τέσσερις παθολόγους, δέκα ἰατροὺς γενικῆς ἱατρικῆς, πέντε παιδίατρος, τέσσερις ὀδοντίατρος καὶ ἓναν μικροβιολόγο. Ὑπάρχει μικροβιολογικὸ καὶ ἀκτινολογικὸ ἐργαστήριον καθὼς καὶ φυσικοθεραπευτήριον.

Στὸ Κέντρο Ὑγείας ὑπηρετοῦν ἔξι νοσηλεύτριες, ἑπτὰ μαῖες καὶ τέσσερις ἀδερφές νοσοκόμες. Ὑπάρχουν δὲ καὶ 16 ἄτομα διοικητικὸ προσωπικόν.

Μία φορὰ τὴν ἑβδομάδα ἐπισκέπτονται τὸ Κέντρο Ὑγείας εἰδικοὶ ἰατροὶ ἀπὸ τὸ ΓΝΘ Ἰπποκράτειο στὸ



ὁποῖο ἀνήκουμε διοικητικά, ὅπως ὀρθοπαιδικός, ὠτορινολαρυγγολόγος, γυναικολόγος, χειρουργός, ἀκτινολόγος.

Στὸ Κέντρο Ὑγείας λειτουργεῖ καθημερινὰ καὶ ἐπὶ 24ῶρου βάσεως ἱατρεῖο ἐπείγοντων.

Πρόληψη καὶ ἀγωγή υγείας

Δυὸ φορὲς τὴν ἑβδομάδα στὸ Κέντρο Ὑγείας καὶ ἀπὸ μία φορὰ τὴν ἑβδομάδα στὰ Περιφερειακὰ Ἰατρεῖα Ἐπανομῆς, Περαίας, Νέων Ἐπιβατῶν πραγματοποιεῖται ὁ ὑποχρεωτικὸς ἐμβολιασμὸς τῶν παιδιῶν.

Οἱ ὀδοντίατροι τοῦ Κέντρου Ὑγείας ἐπισκέπτονται τὰ σχολεῖα καὶ συζητοῦν μὲ τοὺς μαθητῆς γιὰ τὴ στοματικὴ υγεία. Σὲ ὅλα τὰ παιδιὰ τῶν δημοτικῶν σχολειῶν ἐλέγχεται ἡ στοματικὴ κοιλότητα, καταγράφεται ἡ κατάσταση τῆς υγείας τῶν δοντιῶν καὶ γίνεται ἡ φθοριώσι τος.

Κάθε χρόνο ὑλοποιεῖται πρόγραμμα ἀγωγῆς υγείας στὰ σχολεῖα, τοὺς συλλόγους γονέων καὶ κηδεμόνων, στὰ ΚΑΠΗ μὲ ἐκλαϊκευμένα θέματα, ὅπως γιὰ τὰ σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (AIDS, ἥπατιτιδες κλπ.) ἢ γιὰ νοσήματα φθορᾶς (σακχαρώδης διαβήτης, στεφανιαία νόσος, ὑπέρταση κλπ

Συνεχιζόμενη ἐκπαίδευση

Κάθε χρόνο ἀπὸ Ὀκτώβριο μέχρι Μάιο ὑλοποιεῖται ἐκπαιδευτικὸ πρόγραμμα στὸ Κέντρο Ὑγείας γιὰ τὸ ἱατρικόν, ὀδοντιατρικόν καὶ νοσηλευτικόν προσωπικόν ποὺ περιλαμβάνει θέματα γενικοῦ ἐνδιαφέροντος.

Ἐχουν γίνεῖ ἀρκετὰ καὶ ὑπάρχει ἀναγκαιότητα νὰ γίνουιν πολλὰ ἀκόμη στὴν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Ὑγείας.

Πληρέστερη καὶ καταλληλότερη στελέχωση, διοικητικὴ καὶ οικονομικὴ αὐτοτέλεια τῶν Κέντρων Ὑγείας καὶ ὁ θεσμὸς τοῦ οικογενειακοῦ ἱατροῦ εἶναι τομεῖς οἱ ὁποῖοι θὰ πρέπει νὰ ἀναπτυχθοῦν ὥστε νὰ ὑπάρχει καλύτερη προσφορὰ υγείας στοὺς πολίτες.

Ἐμεῖς θὰ εἴμαστε ἐδῶ γιὰ νὰ ὑπηρετοῦμε τὸν πολίτη, ἐλπίζοντας πάντα γιὰ τὸ καλύτερο. 🍎

ΕΜΕΙΣ ... και ΕΣΕΙΣ

“Δεν καπνίζω, επενδύω στο μέλλον της καρδιάς μου”



ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ

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

«Έλέγξτε το βάρος σας - κρατηθείτε σε φόρμα. Καρδιά για μία ζωή»

Με αυτό το μήνυμα η Παγκόσμια Ύργάνωση Καρδιάς γιορτάζει την Παγκόσμια Ήμέρα Καρδιάς, την τελευταία Κυριακή του Σεπτεμβρίου, δηλαδή στις 25 του μηνός. Τα στοιχεία που δίνει η Παγκόσμια Ύργάνωση άξίζουν την προσοχή μας: Παγκοσμίως ο αριθμός των υπέρβαρων γυναικών ξεπερνά κατά πολύ εκείνον των υποσιτισζόμενων. Πολλοί άνδρες και, δυστυχώς, πολλά παιδιά, ιδίως στον οικονομικά ανεπτυγμένο κόσμο, είναι παχύσαρκοι. Η παχυσαρκία, ιδίως στην κοιλιακή χώρα, θεωρείται μείζων παράγων κινδύνου για έμφραγμα και έγκεφαλικό. Η παχυσαρκία συνήθως «συνδυάζεται» με υπέρταση και υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, δηλαδή με δυο ακόμα παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση καρδιαγγειακής νόσου.

Η Παγκόσμια Ύργάνωση Καρδιάς όχι απλώς δέ συσιπνεί αλλά μάς άποτρύπει άπό τις δίαιτες. Άντιθέτως, συσιπνεί θερμά την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου διαβίωσης με σωστή διατροφή, καθημερινή σωματική άσκηση και άποφυγή του καπνίσματος και τονίζει ότι σύμφωνα με τις νεότατες μελέτες ή υιοθέτηση ενός τέτοιου τρόπου ζωής άποδίδει όφελή για την καρδιά μας μέσα σε μόλις έξι εβδομάδες. Οι μελέτες αυτές δημοσιεύτηκαν πρόσφατα σε εύρειας κυκλοφορίας έπιστημονικά περιοδικά.

Τό πόσο και τί τρώμε άπαιτεί γνώση. Άπαιτεί όμως έπίσης και ίσορροπίες που σχετίζονται με τη δουλειά που κάνουμε, την ηλικία, τό φύλο και τις συνθήκες ζωής μας. Πάντως, ένας γενικός κανόνας είναι, πολλά φρούτα και λαχανικά, δημητριακά όλικής άλεσης, όσπρια, ψάρια και άπαχα ζωικά προϊόντα στα όποια περιλαμβάνονται και τά γαλακτοκομικά. Αυτό τό μοντέλο διατροφής πρέπει να υιοθετηθεί άπό όλους ώστε να κληροδοτηθεί στις έπόμενες γενιές.

Η 25η Σεπτεμβρίου θα γιορταστεί σε 100 χώρες με τό μήνυμα «**έλέγξτε τό βάρος σας - κρατηθείτε σε φόρμα. Καρδιά για μία ζωή**» και ή Παγκόσμια Ύργάνωση Καρδιάς έλπίζει πως κάποια πράγματα θα γίνουν

έπιτέλους συνείδηση για έκατοντάδες έκατομύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο.

Άς κάνουμε τό τέστ:

- Πόσο άλάτι και ζάχαρη καταναλώνετε;
- Τρώτε πρωνό, τουλάχιστον ένα κύριο γεύμα και τουλάχιστον «δυό μικρά» ή τρώτε στο πόδι ότι ώρα να 'ναι, συνήθως σε ταχυφαγεία;
- Βράζετε, ψήνετε, μαγειρεύετε στο φούρνο ή τον άτμο ή μήπως καταφεύγετε στη γρήγορη λύση του τηγανίσματος;
- Πόσα γλυκά καταναλώνετε;
- Προτιμάτε τό νερό, 6-8 ποτήρια την ήμέρα, ή αναψυκτικά ή άλκοολούχα;
- Θα θεωρούσατε τον έαυτό σας λαίμαργο;
- Βουτάτε στις σάλτσες;
- Περπατάτε τουλάχιστον 30' την ήμέρα;
- Τά παιδιά σας δραστηριοποιούνται σωματικά, με ζωηρό τρόπο, για τουλάχιστον 60' καθημερινά;
- Άνεβοκατεβαίνετε με τις σκάλες ή με τό άσανσέρ;
- Κατεβαίνετε μία-δυό στάσεις πριν τη δουλειά σας ώστε να περπατήσετε λίγο;
- Έχετε γύρω σας ένα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον ή μήπως τό αισθάνεστε έπιθετικό ή άνεπαρκές;
- Έχετε κόρους άθλησης και ποδηλασίας στη γειτονιά σας;
- Πόσες άρες τηλεθέσης άφορούν έός και τά παιδιά σας;
- Συζητάτε συνήθως για θέματα υγείας ... ή άσθένειας;
- Έχετε φίλους με τους όποιους να αναλάβετε δημιουργικές δραστηριότητες; Συζητάτε με τους φίλους σας;
- Πότε έλέγξατε για τελευταία φορά τό βάρος, την πίεση και τά επίπεδα χοληστερίνης και σακχάρου στο αίμα σας;
- Ξέρετε ποιδ είναι τό φυσιολογικό και ποιδ τό ιδανικό σας βάρος σε σχέση με τό ύψος σας;

Είστε "μήλο" ή "άχλάδι;"

«Μήλο» είναι οι άνθρωποι, άνδρες και γυναίκες, που συγκεντρώνουν τό περιττό λίπος, όταν παχαίνουν, στην πε-



ριοχή του στομαχιού και της κοιλιάς.

«Αχλάδι» είναι οι άνθρωποι στο σώμα των οποίων το λίπος συγκεντρώνεται στους γλουτούς και τους μηρούς.

Τα «μήλα» διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο από τα «αχλάδια» να εκδηλώσουν καρδιαγγειακά νοσήματα. «Μήλα» και «αχλάδια» πρέπει να μειώσουν το βάρος τους. Μετρηθείτε λοιπόν. Μετρώντας τη μέση σας μετράτε και τον κίνδυνο που διατρέχετε. Με μία μεζούρα στο ύψος ακριβώς πάνω από τον αφαλό και καθώς θα κρατάτε την πλάτη σας σε όρθια θέση ανακαλύψτε το μέγεθος του κινδύνου που διατρέχετε. Εάν είστε άνδρας και η μεζούρα δείξει πάνω από 94 εκατοστά, πρέπει σιγά-σιγά να αλλάξετε τρόπο ζωής. Εάν η μεζούρα δείξει πάνω από 102 εκατοστά πρέπει να λάβετε μέτρα άμεσα και ταχύτατα. Τα αντίστοιχα νούμερα για τις γυναίκες είναι 80 εκατοστά και 88 εκατοστά.

Άς σώσουμε τα παιδιά μας

Η «ρίζα» της παχυσαρκίας βρίσκεται στην παιδική ηλικία. Παγκοσμίως, περίπου 22 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας κάτω των πέντε ετών είναι παχύσαρκα. Έκατοντάδες εκατομμύρια περισσότερα είναι υπέρβαρα. Δύο τρίτα των παιδιών παγκοσμίως έχουν ανεπαρκή σωματική δραστηριότητα. Αυτά τα παιδιά διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο να γίνουν παχύσαρκα και στην


ενήλικη ζωή να εκδηλώσουν καρδιαγγειακά νοσήματα.

Το κάπνισμα αυξάνεται μεταξύ των παιδιών και ιδιαίτερος μεταξύ των νεαρών κοριτσιών.

Τα παιδιά περισσότερο απ' όλους μας χρειάζονται ενημέρωση. Ενημερωθείτε και διδάξτε τα σωστούς τρόπους διατροφής. Μάθετέ τα να αποφεύγουν το αλάτι, τη ζάχαρη, τα λιπνά και τη λαιμαργία.

Ενθαρρύνετέ τα να άθλούνται. Περπάτημα, ποδήλατο, κολύμπι, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, βόλεϊ, χορός... είναι όλα καλά. Δείτε τους με το παράδειγμά σας τί σημαίνει αυτοέλεγχος. Συζητήστε το θέμα του καπνίσματος. Μην είστε «διδασκαλικοί». Ενημερώστε με εντιμότητα τα παιδιά, εξηγήστε τους να καταλάβουν το ρόλο της διαφήμισης και των στερεοτύπων και ώθηστε τα να πάρουν συνειδητές αποφάσεις ζωής. Έξασφαλίστε τους περιβάλλον χωρίς καπνό.

Συζητήστε το θέμα της τηλεθέας. Δώστε τους να καταλάβουν τη διαφορά ανάμεσα στη διασκέδαση και την καθήλωση μπροστά στην οθόνη. Κάντε τα να αισθανθούν τί σημαίνει δημιουργικότητα και τί σημαίνει ανία.


Δώστε στον ύπνο την άξια που έχει για το νευρικό μας σύστημα, την υγεία και τον ψυχισμό μας. 



συνέχεια από τη σελ. 142

HDL κατά 2-8 mg%. Αυτό αντιστοιχεί περίπου σε ενεργειακή δαπάνη 1200-2200 kcal την εβδομάδα. Στον πίνακα παρουσιάζονται οι όξεις προσαρμογές της άσκησης, που εξανεμίζονται γρήγορα, και οι μακροχρόνιες προσαρμογές που βοηθούν λειτουργικά τον οργανισμό.

Σχετικά με τη σωματική άσκηση αν δεν μπορείτε να παρακολουθήσετε τα οργανωμένα προγράμματα που προσφέρει το Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης στα πλαίσια του ΕΠΕΑΕΚ, σε συνεργασία με το

Δημοτικό Όργανισμο Νεολαίας και Άσκησης του Δήμου Κομοτηνής μέσω της πρακτικής άσκησης φοιτητών του ΤΕΦΑΑ, τότε κάθε συστηματικό πρόγραμμα άσκησης καθώς επίσης και το προσιτό σ' όλους περπάτημα έντονης μορφής για 45 λεπτά, μπορεί να σας προσφέρει θεαματικά αποτελέσματα. Έξάλλου η άσκηση δεν ρυθμίζει μόνο τις δυσλιπιδαιμίες, βελτιώνει τη φυσική κατάσταση και την υγεία και εφαρμόζεται εύρως ως μέσο πρόληψης και θεραπείας σε μία σειρά από χρόνιες ασθένειες όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η στεφανιαία νόσος, ή όποτε ούτως κ.ά. 

ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν σήμερα την πρώτη αιτία θανάτου στο Δυτικό κόσμο και την Ελλάδα.

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 το απαντητικό δελτίο για να γίνουν συνδρομητές του περιοδικού «**Στους ρυθμούς της καρδιάς**» ή ανοίξτε το δρόμο κάνοντάς τους δώρο την πρώτη ετήσια 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.....

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

€ 15

€ 30

Υπογραφή.....

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΛΜΟΙ

Περί "χημείας" και "φυσικής"

ΓΑΛΗΝΗ ΦΟΥΡΑ, δημοσιογράφος

Έμπλουτισμένα τρόφιμα και συμπληρώματα διατροφής αποτελούν έμβλαματικές λύσεις ανάγκης και σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τους θαυμαστούς συνδυασμούς που μας προσφέρει η φύση: Όσπρια, λαχανικά, μαγειρεμένα με ελαιόλαδο, μαιντανό, άνηθο και άλλα μυρωδικά, ψωμί με υψηλή σύνθεση φυτικών ινών, ανάλατοι ξηροί καρποί, μη ραφιναρισμένα δημητριακά, ψάρι, ελεγχόμενες ποσότητες γαλακτοκομικών και πολύ λιγότερο κρέας, μαγειρεμένα με τις πατροπαράδοτες συνταγές... Τα αποτελέσματα των χημικών αναλύσεων, οι οποίες έγιναν στο Πανεπιστήμιο Αθηνών (καθηγήτρια ή κ. Αντωνία Τριχοπούλου), με ένα ένδεικτικό εβδομαδιαίο διαιτολόγιο μεσογειακής διατροφής, είναι απόλυτα συμβατά με τις διατροφικές συστάσεις της επιστημονικής επιτροπής της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όχι μόνο όσον αφορά στα αναγκαία θρεπτικά συστατικά αλλά και σε πολύτιμες ουσίες, όπως οι διάφορες στερόλες, τα ικνστοιχεία και τα αντιοξειδωτικά, που συμβάλλουν στη μείωση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακές παθήσεις και καρκίνο. Ένώ τα χόρτα έχουν πολλά φλαβονοειδή, τα όσπρια έχουν πολλά φυτοοιστογόνα, στανόλες και στερόλες. Οι ουσίες αυτές με τις οποίες εμπλουτίζονται τεχνητά διάφορες μαργαρίνες, οι οποίες διαφημίζονται για τη μείωση της χοληστερόλης, είναι άφθονες στα φασόλια, τα ρεβύθια και τις φακές. Η χημική ανάλυση έδειξε ότι η ήμερησία πρόσληψη στερολών μέσω της σωστής διατροφής, είναι ανάλογη των δόσεων που συνιστά η Ευρωπαϊκή Ένωση. Κάθε τρόφιμο μεμονωμένα δεν έχει εμφανώς ευνοϊκή δράση. Όμως η μορφή με την οποία λαμβάνουμε τις διάφορες τροφές, ο συνδυασμός τους και ο τρόπος παρασκευής τους δημιουργούν, λόγω συνεργείας ή ανταγωνιστικής δράσης των διαφόρων θρεπτικών συστατικών, ένα έξαιρετικό αποτέλεσμα. Η ευεργετική επίδραση είναι έντυπωσιακή στην πρωτογενή πρόληψη καθώς βρέθηκε ότι η μεσογειακή διαίτα, και ειδικότερα η παραδοσιακή ελληνική

διατροφή, μειώνει τον αριθμό των θανατηφόρων καρδιαγγειακών επεισοδίων κατά 33% και τον αριθμό των θανάτων από καρκίνο κατά 24% στο γενικό πληθυσμό. Παράλληλα διαπιστώθηκε ότι η υιοθέτηση ενός υγιεινού διαιτολογίου μπορεί να αποτρέψει έναν στους τρεις θανάτους ασθενών που πάσχουν από στεφανιαία νόσο. Στην ίδια λογική κινούνται και οι συμβουλές της διατροφολόγου κ. Τζέιν Κλάρκ στους Times του Λονδίνου, για τη μείωση της χοληστερόλης:

- Τρώτε φυτικά τρόφιμα πλούσια σε αντιοξειδωτικές βιταμίνες (C, E, βήτα καροτίνη, σελήνιο) φρέσκα φρούτα, λαχανικά και καρύδια που εμποδίζουν την κακή χοληστερόλη να επικάθεται στα τοιχώματα των αγγείων.
- Το σκόρδο είναι πλούσιο σε αλλισίνη ή οποία θεωρείται ότι μπορεί να μειώσει την LDL ενώ οι αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες του άνανα πιστεύεται ότι βελτιώνουν την καρδιακή λειτουργία. Η καψαίνη που υπάρχει στις καυτερές πιπεριές θεωρείται ότι μπορεί να μειώσει την LDL και έχει ισχυρές αντιοξειδωτικές ιδιότητες.
- Από τη στεφανιαία νόσο μπορεί επίσης να προφυλάσσει ή κοερωσίτην, συστατικό που βρίσκεται στο κόκκινο κρασί, το πράσινο τσάι, τα μήλα, τα κρεμμύδια, τις ντομάτες, τις πατάτες, τα πράσινα φασόλια και τα σταφύλια.
- Τρώτε λιπαρά ψάρια πλούσια σε ωμέγα-3 λιπαρά οξέα (σολωμός, σαρδέλες, ρέγγες, σκουμπρί, φρέσκος τόνος) δυο φορές την εβδομάδα διότι αυξάνουν την ευαισθησία του οργανισμού στην ινσουλίνη και προλαμβάνουν το σχηματισμό θρόμβων.
- Πίνετε δύομιση λίτρα νερό την ημέρα γιατί βοηθάει την διόγκωση των φυτικών ινών, διεγείροντας έτσι την παραγωγή της καλής χοληστερόλης από το ήπαρ. Καταναλώνετε άφθονες φυτικές ίνες που υπάρχουν σε φρούτα, λαχανικά και όσπρια.
- Προτιμάτε τα μονοακόρεστα λίπη με πηγές το έλαιόλαδο, τα αμύγδαλα και τα φουντούκια, γιατί σχετιζό-

συνέχεια στη σελ. 141



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Κοινωφελές Ίδρυμα

Βασ. Σοφίας 133 - 115 21 Αθήνα

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

Με χοληστερίνη... 0

Παντζάρια σκορδαλιά

Υλικά

1 ½ κιλό παντζάρια
*Ελαιόλαδο, ξίδι, άλατι

Για τη σκορδαλιά

½ κιλό πατάτες
½ φλιτζάνι αμυγδαλόψιχα άσπρισμένη
και ξεφλουδισμένη
1 φλιτζανάκι ξίδι
1 φλιτζάνι ελαιόλαδο
1-3 σκελίδες σκόρδο
(ανάλογως πόσο δυνατή τη θέλετε)
*Άλατι

Εκτέλεση: Καθαρίζετε τo παντζάρια, χωρίζετε τoυς βoλβoυς άπο τá φύλλα, κόβετε τισ ρίζες τών βoλβών, τoυς πλένετε και τoυς βάζετε με τή φλούδα τoυς σέ μπόλικο άπαισιμένο νερό πoύ βράζει, άφoυ πρώτα τoυς χαράζετε ένα σαυρό βαθιά με τo μαχαίρι. Πλένετε καλά τá φύλλα και τá άφήνετε νά στραγγίσουν. Όταν μαλακώσουν άρκετά οί βoλβοί, βάζετε και τá φύλλα νά βράσουν μαζί. Σουρώνετε και άφήνετε νά στραγγίσουν σέ τρυπητό. Στρώνετε τá φύλλα σέ πιατέλα και ξεφλουδίζετε με ένα μαχαίρακι τoυς βoλβoυς φορώντας γάντια, τoυς κόβετε σέ φέτες και τoυς τοποθετείτε περιμετρικά στήν πιατέλα. Άλατίζετε και περιχύνετε με λαδόξυδο πρην σερβίρετε. Στο μεταξύ βράζετε και ξεφλουδίζετε τισ πατάτες. Χτυπάτε στo μπλέντερ τá άμύγδαλα νά γίνουν σκόνη, προσθέτετε τo σκόρδο, χτυπάτε νά ένωματωθεί, ρίχνετε τισ πατάτες και συνεχίζετε τo χτύπημα μέχρι νά γίνουν πoυρές. Άλατίζετε και προσθέτετε λίγο-λίγο τo ελαιόλαδο και τo ξίδι μέχρι νά τελειώσουν. Η πατάτα μπορεί νά άντικατασταθεί με τήν ψίχα ζυμωτού ψωμιού και ή άμυγδαλόψιχα με καρυδόψιχα.

*Η συνταγή στo σύνολό της περιέχει:

Θερμίδες: 3248 Kcal Πρωτεΐνες: 29 gr.
Λίπη: 263 gr. *Υδατάνθρακες: 214 gr.
Χοληστερόλη: 0 mgr.

Φθινοπωρινή σαλάτα με σταφύλια και φακές

Υλικά για 4 μερίδες

200 γρ. φακές ψιλές
100 γρ. φακές κόκκινες
200 γρ. φρέσκα, άσπρα σταφύλια
1 ξερo κρεμμύδι ψιλοκομμένο
½ κόκκινη, γλυκιά πιπεριά
1 μεγάλο καρoτo
Μερικά κλαράκια γλιστριδά
*Άλατι και πιπέρι


Για τη βινεγκρέτ

2 κουτ. τής σούπας μπλόξυδο
½ κουτ. τoυ γλυκού κύμινο
*Άλατι και πιπέρι
6 κουτ. τής σούπας ελαιόλαδο



Εκτέλεση: Σέ δυo ξεχωριστές κατσαρόλες βράζουμε τισ φακές, μέχρι νά μαλακώσουν, λαμβάνοντας ύπ' όψιν ότι οί κόκκινες φακές χρειάζονται λιγότερο χρόνο. Τισ στραγγίζουμε καλά. Πλένουμε τá λαχανικά και κόβουμε τo κρεμμύδι σέ λεπτές ροδέτες και τισ πιπεριές σέ πολú λεπτά μπασουνάκια. Τá ρίχνουμε σέ ένα μεγάλο μπόλ, προσθέτοντας τá δυo είδη φακής, άλατι και πιπέρι, και άνακατεύουμε καλά. Έτοιμάζουμε τή βινεγκρέτ άναμιγνύοντας σέ ένα μπόλ τo μπλόξυδο, τo κύμινο, άλάτι και πιπέρι, και προσθέτοντας τo ελαιόλαδο σέ άργη ροπή. Χτυπάμε με ένα πιρούνι τá όλικά, μέχρι νά έτοιμάσουμε λείο μίγμα. Πλένουμε καλά τá σταφύλια και τá χωρίζουμε στίς ρόγες τoυς. Τέλος, πλένουμε τή γλιστριδά και τή στραγγίζουμε καλά. Σερβίρουμε άπλώνοντας τή γλιστριδά σέ μεγάλη πιατέλα πασπαλισμένη με λίγο άλατι. Ρίχνουμε πάνω της τo μίγμα τής φακής, συμπληρώνουμε με τá σταφύλια και περιχύνουμε με τή βινεγκρέτ.

*Η συνταγή στo σύνολό της περιέχει:


Θερμίδες: 1474 Kcal Πρωτεΐνες: 42 gr.
Λίπη: 66 gr. *Υδατάνθρακες: 212 gr.
Χοληστερόλη: 0 mgr. 

συνέχεια άπο τή σελ. 140

νται με μειωμένο κίνδυνο άναπτύξεως στεφανιαίας νόσου και καρκίνου.

• Καταναλώνετε τρόφιμα πλούσια σέ βιταμίνη E πoύ προστατεύει τá αίμοφορά άγγελια άπο τή συσσώρευση χοληστερόλης: ελαιόλαδο, δημητριακά όλικής άλέσεως, καρύδια, άβοκάντο, λιαστές ντομάτες και τo σπιτικό πoύ κορν (χωρίς άλατι).

• Άποφεύγετε τá έπεξεργασμένα τρόφιμα.
• Η συστηματική άσκηση έλαττώνει τo στρες και τá έπίπεδα τής LDL - κακής χοληστερόλης.

• Τά όστρακοειδή και τá αυγά περιέχουν χοληστερόλη ή όποια όμος διασπάται άπο τόν οργανισμό και έπηρεάζει λίγο τá έπίπεδα τής LDL. Μπορείτε νά τρώτε δυo-τρία αυγά τήν έβδομάδα, συνυπολογίζοντας σ' αυτά και όσα περιέχονται σέ έτοιμες τροφές. 

Άσκηση και καλή χοληστερίνη

ΣΑΒΒΑΣ ΤΟΚΜΑΚΙΔΗΣ, καθηγητής εργοφυσιολογίας, αντιπρύτανης Δημοκριτείου Παν/μίου Θράκης

Η σωματική άσκηση δυναμώνει το σώμα, βελτιώνει την ευκαμψία και την ισορροπία, προάγει τις λειτουργίες του οργανισμού, χαρίζει ζωτικότητα, προσφέρει ποσότητα ενέργειας για τις απαιτήσεις της καθημερινής μας ζωής και παρέχει άγγειοπροστασία. Η τελευταία επιτυγχάνεται με τον έλεγχο της χοληστερίνης (ή χοληστερόλης) αλλά και άλλους σημαντικούς μηχανισμούς. Η συστηματική άσκηση, έφ' όσον συνδυαστεί με κατάλληλη διατροφή, συντελεί στη ρύθμιση της χοληστερίνης και μπορεί να προκαλέσει αύξηση της καλής (HDL) και μείωση της κακής χοληστερίνης (LDL).

Η καλή χοληστερίνη είναι αυτή που παρέχει άγγειοπροστασία και καθαρίζει τον αυλό του αγγείου, σε αντίθεση με την κακή που προσκολλάται στα τοιχώματά του και δημιουργεί την αθηρωματική πλάκα, φράσσει προοδευτικά τα στεφανιαία αγγεία προκαλώντας σοβαρά προβλήματα στην τροφοδοσία της καρδιάς. Παρ' όλο που η χοληστερίνη αντιμετωπίζεται ως κάτι το ανεπιθύμητο, οφείλουμε να ομολογήσουμε ότι χρειάζεται για την κατασκευή κυτταρικών μεμβρανών και τη σύνθεση στεροειδών ορμονών. Όταν βέβαια ξεπεράσει τα όρια των 220 mg% γίνεται επικίνδυνη και πρέπει να λάβουμε μέτρα για τη ρύθμισή της (σε ασθενείς τα 200 mg% ή και λιγότερο) επιστρατεύοντας και τη σωματική άσκηση, ως ένα απαραίτητο μέσο συμπληρωματικό της φαρμακευτικής ή διαιτητικής αγωγής. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η χοληστερίνη παράγεται και ενδογενώς από τον οργανισμό και η έξωγενής τροφοδοσία της μέσα από το κρέας, τον κρόκο του αυγού, το τυρί, το γάλα, το βούτυρο, τη μαγιονέζα, τις γαρίδες, τα καλαμαράκια, τα όστρακοειδή, το παγωτό θα πρέπει να είναι όσο μικρότερη γίνεται. Βέβαια, κάποιος που άσκειται συστηματικά και δαπανά μεγάλες ποσότητες θερμίδων μπορεί στα όρια του μέτρου και ανάλογα με τις προτιμήσεις του να γευτεί ορισμένες από τις παραπάνω τροφές σχετικά άφοβα.

Στη συνολική τιμή της ολικής χοληστερόλης έμπεριέχεται και η καλή χοληστερίνη, η οποία όταν πλησιά-



ζει ή ξεπερνά τα 60 mg% θεωρείται ότι προστατεύει τα αγγεία (οι γυναίκες έχουν συνήθως υψηλότερες τιμές σε σχέση με τους άνδρες). Ποιά είναι όμως η διαφορά μεταξύ της καλής και της κακής χοληστερίνης; Τόσο η καλή όσο και η κακή φέρουν την κοινή ονομασία λιποπρωτεΐνες με την πρώτη να χαρακτηρίζεται ως υψηλής πυκνότητας (HDL) και η δεύτερη ως χαμηλής (LDL). Η πρωτεΐνη βοηθά στη μεταφορά λιπιδίων και χοληστερόλης και η HDL έχει περισσότερες πρωτεΐνες (άπολιπρωτεΐνες) και λιγότερη χοληστερόλη, ενώ αντίθετα η LDL έχει υπερδιπλάσια χοληστερόλη και λιγότερες πρωτεΐνες. Η κακή, η LDL που έχει πολύ χοληστερόλη την έναποθέτει δημιουργώντας αθηρωμάτωση, και η καλή που έχει λίγη προσφέρεται να την «καθαρίσει», να την φορτώσει και να την μεταφέρει στο ήπαρ. Η συστηματική άσκηση δρά στους κατάλληλους μηχανισμούς απορρόφησης, βιοσύνθεσης, μεταφοράς και απομάκρυνσης της υπερβολικής χοληστερόλης με θεαματικά αποτελέσματα. Από σχετικές έρευνες έχει προκύψει ότι απαιτούνται περίπου 15-20 μίλια έντονου περπατήματος ή χαλαρού jogging την εβδομάδα για να αυξηθεί ή

συνέχεια στη σελ. 139 ▶

	Μετά από μία μεμονωμένη συνεδρία άσκησης	Μετά από συστηματική συμμετοχή σε πρόγραμμα
Τριγλυκερίδια	Μείωση μεταξύ 14-50% (μέση μείωση 20%)	Μείωση μεταξύ 4-37% (μέση μείωση 24%)
Χοληστερόλη	Μικρές αλλαγές εκτός αν η διάρκεια είναι πολύ μεγάλη	Μικρές αλλαγές εκτός αν μεταβληθούν το σωματικό βάρος και η διαίτα
LDL	Μικρές αλλαγές	Μικρή αλλαγή εκτός αν μεταβληθούν το σωματικό βάρος και η διαίτα
HDL	Αύξηση μεταξύ 4-18% (μέση αύξηση 10%)	Αύξηση μεταξύ 4-18% (μέση αύξηση 8%)

φαρμακολογία

Υπολιπιδαιμικά φάρμακα

Dr. ΖΩΗ ΨΩΜΑΔΑΚΗ, καρδιολόγος, αν. διευθύντρια ΜΕΘ, ΙΑΣΩ General

Η χοληστερόλη είναι μία λιπαρή ουσία που κυκλοφορεί στο αίμα και είναι απαραίτητη για τον οργανισμό διότι συμβάλλει σε τρεις λειτουργίες:

- α) Είναι απαραίτητη για την παραγωγή ορμονών π.χ κορτιζόλης, οιστρογόνων και ανδρογόνων.
- β) Βοηθά στο ήπαρ να παράγει τη χολή, που είναι απαραίτητη για τη πέψη των τροφών στο έντερο.
- γ) Αποτελεί δομικό συστατικό των ιστών.

Εξ αιτίας της περίσσειας χοληστερόλης στον οργανισμό, με ειδικούς μηχανισμούς, δημιουργείται ή άθροισκλήρυνση. Η περίσσεια χοληστερόλης οφείλεται είτε σε διατροφικές συνήθειες λήψης λιπαρών, είτε σε γονιδιακή δυσλειτουργία υποδοχέων δηλαδή σε κληρονομικά αίτια.

Εκτός από την όλικη χοληστερόλη, σημασία έχει η τιμή της LDL "κακής" χοληστερίνης στο αίμα, βάση της οποίας αποφασίζεται η λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Είναι σημαντικό να προηγηθεί σωστή δίαιτα 3-6 μήνες και άσκηση. Εφ' όσον επιμένουν οι υψηλές τιμές τότε αρχίζει η φαρμακευτική αγωγή.

Οι συνήθεις κατηγορίες υπολιπιδαιμικών φαρμάκων είναι:

- 1. Στατίνες
- 2. Ρητίνες
- 3. Φιμπράτες
- 4. Νικοτινικό όξύ και παράγωγά του
- 5. Προμπουκόλη

Οι στατίνες αναστέλλουν τη σύνθεση της χοληστερόλης σε πολύ πρώιμο στάδιο. Εύνοούν την υποτροφή της δημιουργίας αθηρωματικής πλάκας. Συνήθως αποβάλλονται μέσω των νεφρών αλλά η κύρια δόδος αποβολής είναι μέσω της χολής. Οι στατίνες έχουν επίσης αντιφλεγμονώδη, αντιοξειδωτική, αντιθρομβωτική και αντιστεοπορωτική δράση.

Οι ρητίνες δεσμεύουν τα χολικά όξέα στο έντερο. Μπορούν να χορηγηθούν άκομη και σε έγκους και παιδιά, πάντα με ιατρική οδηγία. Οδηγούν σε αύξηση των ήπατικών υποδοχέων της «κακής» LDL χοληστερόλης. Οι φιμπράτες βοηθούν στη μείωση των τριγλυκεριδίων. Το νικοτινικό όξύ και τα παράγωγά του είναι ουσίες για μικτές υπερλιπιδαιμίες, δηλαδή αυξημένες τιμές χοληστερόλης και αυξημένες τιμές τριγλυκεριδίων. Άκομη, μπορεί να μειώσουν κατά 30% την Lp(a).

Η προμπουκόλη είναι αντιοξειδωτική ουσία, γνω-



στη εδώ και 40 χρόνια, ή όποια δρᾶ κυρίως διαλύοντας τα ξανθώματα (υποδόρια ή στους τένοντες) μόνη αλλά και σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα.

Στόν έλεγχο της υπερλιπιδαιμίας έχουν χρησιμοποιηθεί υποκατάστατα ίχθυελαίων για τις περιπτώσεις σοβαρής υπερτριγλυκεριδαιμίας, πάντα μετά από σύσταση του θεράποντος ιατρού.

Τὰ φάρμακα κατά της υπερλιπιδαιμίας χορηγούνται σύμφωνα με κάποια κριτήρια, κυρίως τη συνύπαρξη ή όχι στεφανιαίας νόσου ή άλλων παραγόντων κινδύνου για εκδήλωση στεφανιαίας νόσου, όπως π.χ. ο σακχαρώδης διαβήτης ή η αρτηριακή υπέρταση, το κάπνισμα κλπ.

Άλλο ένα σημαντικό κριτήριο για τη λήψη φαρμάκων είναι οι τιμές της «κακής» LDL χοληστερόλης, όπως φαίνεται στον πίνακα.

Όπως όλα τα φάρμακα έτσι και τα υπολιπιδαιμικά μπορεί να έχουν παρενέργειες ή ανεπιθύμητες ενέργειες κυρίως από το πεπτικό σύστημα ή μυαλγίες, κλπ.

Συνήθως είναι καλώς ανεκτά, αλλά λόγω άλληλεπίδρασης πρέπει ο θεράπων γιατρός να γνωρίζει τι άλλα φάρμακα λαμβάνει ο ασθενής. Για παράδειγμα, ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά (sitrom) πρέπει να ξέρουν ότι ο χρόνος προθρομβίνης αυξάνεται όταν χορηγούνται ταυτόχρονα στατίνες.

Πρέπει να αναφέρουμε όλα τα νεοεμφανιζόμενα συμπτώματα στο γιατρό μας, όπως, επίσης, να ελέγχουμε κατά διαστήματα μαζί με τα λιπίδια- τα ήπατικά ένζυμα (τρανσαμινάσες) για καλύτερη προστασία μας.

Η σωστή διατροφή και η συστηματική άσκηση ενισχύουν τη φαρμακευτική αγωγή και, φυσικά, πριν την έναρξη λήψης φαρμάκων θά πρέπει να προηγηθεί δίαιτα για 3-6 μήνες. 🍎

	Έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας	Στόχος θεραπείας
Άτομα με σακχ. διαβήτη και στεφ. νόσο	LDL >130 mg/dl	LDL<100 mg/dl
Άτομα με δυο ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου	LDL >160 mg/dl	LDL<130 mg/dl
Άτομα χωρίς παράγοντες κινδύνου	LDL ≥190 mg/dl	LDL<160 mg/dl

Χοληστερίνη και παιδιά

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΣΚΟΥΜΑ

Παιδίατρος, επίσημη συνεργάτης του τμήματος μεταβολικών νοσημάτων, Α' παιδιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών Άγία Σοφία

Η εποχή μας, εποχή υπερκατανάλωσης και ευημερίας, επιστημονικής προόδου και ιατρικών επιτευγμάτων, χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση νοσημάτων που έχουν σχέση με τη διατροφή μας όπως και τον τρόπο ζωής.

Ένα από τα σημαντικότερα είναι και η άθροωματική νόσος, η πρόληψη της οποίας πρέπει να ξεκινά από την παιδική ηλικία. Ένας από τους παράγοντες κινδύνου που μελετάται στα παιδιά είναι και η χοληστερόλη.

Η χοληστερόλη είναι μία από τις βασικότερες ουσίες του ανθρώπινου οργανισμού, που χρησιμεύει για τη σύνθεση των κυτταρικών μεμβρανών, των ελύτρων της μυελίνης (πρωτεΐνη του νευρικού συστήματος), ορμονών και άλλων στοιχείων του οργανισμού (όπως χολικά όξέα). Τα αυξημένα της επίπεδα όμως είναι ιδιαίτερα βλαπτικά για τα αγγεία μας. Έναποτίθεται σε αυτά, με τη μορφή μιας λιποπρωτεΐνης της LDL (στο κοινό γνωστό ως "κακή" χοληστερίνη) και αποτελεί τον πυρήνα της άθροωματικής πλάκας, που είναι αίτια παθολογικών καταστάσεων, όπως το δόξ έμφραγμα του μυοκαρδίου και τα έγκεφαλικά επεισόδια στην ενήλικη ζωή. Η βλαπτική αυτή διαδικασία, έχει αποδειχθεί σε μελέτες ότι ξεκινά από την παιδική ηλικία. Για το λόγο αυτό πρέπει να γνωρίζουμε και να παρακολουθούμε τα επίπεδα της χοληστερόλης των παιδιών και ιδιαίτερα αυτών που:

1) Πάσχουν από νοσήματα ήπατος, νεφρών, ένδοκρινών αδένων (μεγαλοππατία, νεφρωσικό σύνδρομο, ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης, υποθυρεοειδισμό).

2) Έχουν συγγενείς πρώτου ή δευτέρου βαθμού με υπερκολληστερολαιμία οι οποίοι έχουν έκδηλωση πρώιμης στεφανιαίας νόσου, αγγειακό έγκεφαλικό επεισόδιο ή αιφνίδιο θάνατο από καρδιακό αίτιο (< 60 ετών)

3) Έχουν γονέα με υπερκολληστερολαιμία (μεγαλύτερη ή και 240 mg/dl).

4) Έχουν άλλους έπιβαρυντικούς παράγοντες (π.χ υπέρταση, παχυσαρκία, κάπνισμα, αυξημένη κατανάλωση προϊόντων κεκορεσμένου λίπους, γλυκισμάτων, λήψη φαρμάκων που μπορεί να προκαλέσουν υπερχοληστερολαιμία).

Ποιά είναι όμως τα φυσιολογικά επίπεδα της χοληστερίνης στα παιδιά; Αυτά διαμορφώνονται ανάλογα με τη χώρα, την ηλικία και το φύλο του παιδιού.

Φυσιολογικά χαρακτηρίζονται τα επίπεδα της χοληστερίνης που δεν υπερβαίνουν τα 160 mg/dl και για την LDL τα 100mg/dl. Ο έλεγχος των άσυμπτωματικών παιδιών πρέπει να γίνεται μετά τα δύο χρόνια της ηλικίας τους και καλύτερα μεταξύ 3-4 ετών.

Μιά από τις αιτίες αύξησης της χοληστερίνης στα παιδιά είναι η οικογενής υπερκολληστερολαιμία που κληρονομείται και είναι η συχνότερη γενετική νόσος με παιδιατρικό ενδιαφέρον. Τα χαρακτηριστικό της είναι η



αύξηση της LDL και της όλικής χοληστερίνης, χωρίς μεταβολή των τιμών των λοιπών λιπιδίων. Έχουν άνικνευθεί πολλές μεταλλάξεις του γονιδίου. Η πιο σοβαρή μορφή, που είναι και η πιο σπάνια, με συχνότητα 1:1000000, εμφανίζεται στη βρεφική ή νηπιακή ηλικία, με κλινική εικόνα που άναγνωρίζεται από τον παιδίατρο, ξανθώματα στις έκτατικές επιφάνειες χεριών και ποδιών καθώς και στους γλουτούς, άθροωμάωση της άορτης και των στεφανιαίων αρτηριών που συχνά έκδηλώνονται την πρώτη δεκαετία της ζωής και χοληστερίνη που κυμαίνεται μεταξύ 600-1200 και LDL μεταξύ 500-1000.

Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της υπερκολληστερολαιμίας περιορίζει τον κίνδυνο πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου. Η μείωση των αυξημένων επιπέδων της χοληστερόλης έπιτυγχάνεται με:

✓ Ύγιεινή διατροφή που πρέπει να ακολουθούν όλα τα παιδιά και οι έφηβοι ανεξάρτητα από τα επίπεδα χοληστερόλης. **Προσοχή!** Άπαγορεύεται όποιοσδήποτε άυστηρός περιορισμός του λίπους στα γαλακτοκομικά προϊόντα, με την προϋπόθεση ότι θα έφαρμάζουον ύγιεινή διατροφή (λαχανικά, ψάρια, φρούτα, όσπρια) σε παιδιά μικρότερα των δύο ετών. Επίσης, στα παιδιά δεν συνηθώνται δίαιτες χορτοφάγων. Το παιδί και η οικογένεια πρέπει να συνηθιστούν ότι η διατροφή είναι άπολύτως άπαραίτητη και πρέπει να τηρείται σε όλη τη ζωή!

✓ Φαρμακευτική άγωγή, υπό παρακολούθηση παιδίατρου έξειδικευμένου σε υπερκολληστερολαιμία.

Στο λιπιδαιμικό ίατρείο της Α' Πανεπιστημιακής παιδιατρικής κλινικής στο νοσοκομείο παιδών Άγία Σοφία, παρακολουθούνται περίπου 8000 παιδιά με κληρονομικά προβλήματα υπερκολληστερολαιμίας. Στο έργαστήριο δέ, των μεταβολικών νοσημάτων έργάζεται ομάδα μελέτης της οικογενούς υπερκολληστερολαιμίας, σχετικά με την άναγνώριση των υπεύθυνων μεταλλάξεων και τη μελέτη άποτελεσματικότητας των ύπολιπιδαιμικών φαρμάκων.

Το πρόβλημα της αυξημένης χοληστερίνης στο παιδί δεν πρέπει να προκαλεί πανικό, άλλα προσοχή, άλλαγή του τρόπου ζωής, βελτίωση της διατροφής, συνηχή έπαγρύπνηση και άναζήτηση συμβουλής από τον παιδίατρο. 🍏