

## Θρομβοεμβολικά επεισόδια. 'Ο άγνωστος κίνδυνος.

**Βασίλειος Χατζηπαντωνίου, MD, PhD, Αιματολόγος - Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Είδικός στην Αιματολογία της κύησης και τη Θρομβοεμβολική νόσο.**

Τα θρομβοεμβολικά επεισόδια αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας παγκοσμίως. Μόνο στην Ευρώπη και την Αμερική 10 εκατομμύρια άνθρωποι παθαίνουν θρόμβωση και 600 χιλιάδες άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο, 1.600 κάθε μέρα με αίτια τα θρομβοεμβολικά επεισόδια! Δυστυχώς, όμως, στο σοβαρό αυτό θέμα δεν είναι καλά ενημερωμένο το ευρύ κοινό.

### Τί είναι οι θρομβώσεις;

Το αίμα φυσιολογικά πήζει, γίνεται θρόμβος κακάδι για να σταματήσει μια αιμορραγία, π.χ από τη μύτη. Θρόμβωση προκαλείται και μέσα στα άγγεια, όπου το αίμα πήζει σε μικρο-τραυματισμούς, π.χ. όταν υπάρχει αθηρωματική πλάκα στον αυλό της αρτηρίας. Αντίστοιχα θρόμβοι μπορεί να εμφανισθούν στις φλέβες. Όποτε όταν το αίμα πήζει δημιουργεί άγγειακούς θρόμβους και αυτό είναι παθολογικό φαινόμενο μέσα στα άγγεια. Σε τέτοιες άγγειακές αιτίες - θρομβώσεις στις αρτηρίες οφείλονται παθήσεις, όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, και το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, ενώ σε θρομβώσεις στις φλέβες μπορεί να συμβεί άπελευθέρωση του θρόμβου με αποτέλεσμα θρομβοεμβολικά επεισόδια και αυτό είναι το αντικείμενο το οποίο θα αναπτύξουμε.

Το συχνότερο σημείο εμφάνισης μιας θρόμβωσης είναι στα πόδια και ειδικά στις βαθιές φλέβες, που δεν φαίνονται εξωτερικά, όποτε η πάθηση αναφέρεται ως «έν τῷ βάθει φλεβοθρόμβωση». Αν εμφανιστεί στις επιφανειακές φλέβες ονομάζεται «επιπολής φλεβοθρόμβωση» και το πρόβλημα συνήθως είναι μικρότερο, πιο ήπιο, κλινικά θα λέγαμε το συμβάν λιγότερο σημαντικό. Θρομβώσεις μπορεί να συμβούν και σε άσυνήθιστα σημεία, π.χ. στις φλέβες των χεριών, της κοιλιάς, των ματιών ή του έγκεφάλου, αν και αυτές είναι σπάνιες και συχνά σχετιζόμενες με ύποकेίμενα νοσήματα. Αν η θρόμβωση αναπτυχθεί στο αγγειακό δίκτυο των πνευμόνων ή αν ένα κομμάτι θρόμβου από το πόδι ταξιδέψει με το αίμα ως τους πνεύμονες, όπου και συνήθως «σφηνώνεται» σε κλάδο της πνευμονικής αρτηρίας, τότε αναφέρεται ως **Πνευμονική Έμβολή**. Αυτό είναι και το πλέον άνησυχ-

τικό συμβάν, καθώς μεγάλοι θρόμβοι στα πνευμονικά άγγεια μπορεί να είναι ταχύτατα θανατηφόροι. Για το λόγο αυτό πρέπει να γνωρίζουμε τα συμπτώματα μιας θρόμβωσης, ώστε με έγκαιρη διάγνωση να ελαττώσουμε την πιθανότητα αυτή να εξελιχθεί σε Πνευμονική Έμβολη.

### Συμπτώματα μιας θρόμβωσης.

Στην έν τῷ βάθει φλεβοθρόμβωση, ή οποία, ως ελέχθη, συμβαίνει σε φλέβες που είναι στο βάθος του ποδιού, ο ασθενής παρουσιάζει στην περιοχή αυτή οίδημα-πρήξιμο, πόνο, που μπορεί να είναι ήπιος και συνήθως μοιάζει με κράμπα ή μυϊκή θλάση. Κατά την ψηλάφηση το δέρμα στην περιοχή αυτή είναι θερμότερο και παρουσιάζει ερυθρότητα (κοκκίνισμα) του ποδιού. Όλα αυτά συμβαίνουν με το πρήξιμο στο ένα πόδι. Αν η θρόμβωση συμβεί σε άσυνήθιστες περιοχές, τα συμπτώματα ποικίλουν ανάλογα με το σημείο και μπορεί να είναι π.χ. πόνος και οίδημα στο χέρι, πόνος στην κοιλιά, διαταραχές όρασης, έντονος πονοκέφαλος ή και εικόνα εγκεφαλικού επεισοδίου.

Η Πνευμονική Έμβολη συνήθως εκδηλώνεται με πόνο, δύσπνοια (δυσκολία στην αναπνοή) και ταχύπνοια (γρήγορη αναπνοή). Ακόμα μπορεί κανείς να παρατηρήσει ταχυκαρδία, να αισθανθεί ζάλη ή και να λιποθυμήσει. Ο πόνος εντοπίζεται στο στήθος ή την πλάτη και συχνά είναι έντονος, διαξιφιστικός (σαν μαχαιριά) και μπορεί να επιδεινώνεται στη βαθιά αναπνοή, αν και μπορεί να έχει οποιονδήποτε χαρακτήρα, π.χ. ήπιος ή περιστασιακός πόνος. Αν η Πνευμονική Έμβολη είναι εξέλιξη μια θρόμβωσης στο πόδι, τότε μπορεί να συνυπάρχει και οποιοδήποτε από τα συμπτώματα της έν τῷ βάθει φλεβοθρόμβωσης, ως άνεφέρθη.

Είναι σημαντικό να θυμάστε ότι τα θρομβοεμβολικά επεισόδια δεν εκδηλώνονται συνήθως με όλα τα παραπάνω συμπτώματα. Πολλές φορές εμφανίζονται με ήπια συμπτώματα και η διάγνωση καθυστερεί. Έτσι, όμως, αυξάνει ο κίνδυνος εξέλιξης σε Πνευμονική Έμβολη και είναι συχνό φαινόμενο η διάγνωση τέτοιων επεισοδίων όταν πλέον έχουν ήδη εξελιχθεί. Κρατήστε, συνεπώς, τα συμπτώματα στο μυαλό σας και άπευθυνθείτε άμεσα σε



έμπειρο γιατρό για να διαγνώσει ή να αποκλείσει ένα θρομβοεμβολικό επεισόδιο.

### **Παράγοντες που προδιαθέτουν στις θρομβώσεις.**

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες μπορούν να διακριθούν σε παροδικούς, κληρονομικούς και επίκτητους, δηλαδή που προέκυψαν κάποια στιγμή στη ζωή του πάσχοντος και δεν περνάνε στους απογόνους του.

Οι **παροδικοί** παράγοντες που οδηγούν σε άγγειακή θρόμβωση είναι: νοσηλεία σε νοσοκομείο ανεξαρτήτως διάγνωσης, χειρουργικές επεμβάσεις, μεγάλοι τραυματισμοί, παρατεταμένη άκνησσία, πολύωρα ταξίδια, ιδιαίτερα με αεροπλάνο, έγκυμοσύνη, λήψη σκευάσματος οιστρογόνων, π.χ. αντισυλληπτικό.

Οι **κληρονομικοί** παράγοντες περιλαμβάνουν κατά σειρά βαρύτητας: οικογενειακό ιστορικό θρόμβωσης, έλλειψη Αντιθρομβίνης, έλλειψη Πρωτεΐνης S και C, μεταλλάξεις του Παράγοντα 5 (Factor V Leiden) και Προθρομβίνης.

Οι **επίκτητοι** παράγοντες περιλαμβάνουν: ηλικία (πάνω από 65 ετών), καρκίνο, καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνια πνευμονική νόσο, αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, παχυσαρκία, κάπνισμα.

Ένας μόνο παράγοντας συνήθως δεν αρκεί για την πρόκληση θρόμβωσης. Ο συνδυασμός παραγόντων, όμως, αυξάνει τον κίνδυνο θρόμβωσης. Αν κάποιος, λοιπόν, γνωρίζει ότι έχει προδιαθεσικούς παράγοντες και παρατηρήσει ύποπτα συμπτώματα, τότε να ζητήσει άμεσως ιατρική συμβουλή.

### **Διάγνωση των θρομβοεμβολικών επεισοδίων.**

Η εν τώ βάθει φλεβοθρόμβωση διαγιγνώσκεται με υπερηχογράφημα της ύποπτης περιοχής, το γνωστό Triplex φλεβών, ενώ η Πνευμονική Έμβολη με Άξονική Τομογραφία/Πνευμονική Άγγειογραφία (CTPA) ή με το σπινθηρογράφημα πνευμόνων (V/Q scan).

Για μια έγκυο γυναίκα με ύποψια Πνευμονικής Έμβολης άρχικά γίνεται Triplex φλεβών και αν εντοπιστεί εν τώ βάθει φλεβοθρόμβωση τεκμαίρεται χωρίς άξονική ή ύπαρξη και Πνευμονικής Έμβολης. Αν το υπερηχογράφημα είναι αρνητικό, συνήθως η άξονική είναι αναπόφευκτη, αλλά ο κίνδυνος από την ακτινοβολία, που βλάπτει ως επί το πλείστον τη μητέρα και όχι το έμβρυο, είναι ελάχιστος συγκριτικά με το να μείνει αδιάγνωστη μια Πνευμονική Έμβολη.

Είναι πολύ σημαντικό ο έλεγχος για θρομβοεμβολικό επεισόδιο να γίνει άμεσα, δηλαδή μέσα σε 4-8 ώρες από την εμφάνιση του ασθενούς, επειδή, όπως είπαμε, ο κίνδυνος της πνευμονικής έμβολης είναι μεγάλος. Αν ο έλεγχος καθυστερεί για οποιοδήποτε λόγο, θα πρέπει ο ασθενής να καλυφθεί με αντιπηκτικά, μέχρι να αποδειχθεί ότι δεν υπάρχει θρόμβωση.

### **Θεραπεία των θρομβώσεων.**

Τα διαθέσιμα φάρμακα είναι κυρίως η ήπαρίνη, τα κουμαρινικά και τα νεότερα από το στόματος αντιπηκτικά, όπως η δαβιγκατράνη, η ριβαροξαμπάνη και η απιξαμπάνη.

Η θεραπεία διακρίνεται σε όξεια και χρόνια. Η όξεια είναι η άμεση θεραπεία άμεσως μετά το θρομβοεμβολικό επεισόδιο και κατά κανόνα διαρκεί 3 μήνες. Η

ανάγκη χρόνιας άγωγής μετά τους πρώτους 3 μήνες και ένιστε έφ' όρου ζωής αποφασίζεται από έμπειρον στις θρομβώσεις ιατρών και πρακτικά συζίζει τον κίνδυνο ύποτροπής της θρόμβωσης έναντι του κινδύνου αιμορραγίας από τη χρόνια αντιπηκτική άγωγή. Ο προσδιορισμός του κινδύνου για κάθε ασθενή περιλαμβάνει το συνηπολογισμό πολλών ατομικών παραγόντων και σε όρισμένες περιπτώσεις απαιτεί και τόν έλεγχο θρομβοφιλίας. Έάν αποφασιστεί χρόνια άγωγή, αυτή γίνεται είτε με κουμαρινικά, είτε με τα νεότερα αντιπηκτικά που έχουν την ευκολία ότι δεν χρειάζονται συνεχή εργαστηριακή παρακολούθηση.

### **Πρόληψη των θρομβώσεων.**

Περιλαμβάνει τα μηχανικά μέσα και τη φαρμακευτική άγωγή, διακρίνεται, δέ, σε πρωτογενή προς άποφυγή ανάπτυξης πρώτης θρόμβωσης και σε δευτερογενή προς άποφυγή της ύποτροπής, με νέα θρόμβωση.

Τα μηχανικά μέσα είναι ή συχνή κίνηση των ποδιών, ή καλή ένυδάτωση με κατανάλωση νερού και άναψυκτικών, όχι όμως καφέ και όισοπνευματώδων, ή χρήση άνετων ρούχων και ή χρήση αντιθρομβωτικών καλτσών. Τα μηχανικά μέσα εφαρμόζονται τόσο ως πρωτογενής όσο και ως δευτερογενής πρόληψη, λόγω της ευκολίας τους και της άπουσίας παρενεργειών. Δεν έπαρκούν, όμως, για την προστασία άτόμων ύψηλου κινδύνου και σ' αυτές τις περιπτώσεις απαιτούνται φαρμακευτικά μέσα.

Αυτά περιλαμβάνουν κυρίως την προληπτική χορήγηση ήπαρίνης. Αυτή γίνεται είτε ως πρωτογενής πρόληψη, π.χ. μετά από ένα μεγάλο χειρουργείο, είτε ως δευτερογενής, π.χ. όταν ένα πρόσωπο με ιστορικό θρόμβωσης έκτίθεται ξανά στόν ίδιο παράγοντα κινδύνου που προκάλεσε την πρώτη θρόμβωση. Δευτερογενής πρόληψη είναι και ή χρόνια αντιπηκτική άγωγή που προαναφέρθηκε.

Όποιος έχει παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη θρομβώσεων πρέπει να εφαρμόζει αυτές τις γενικές οδηγίες πρόληψης. Είναι σημαντικό, όμως, να θυμάστε ότι θρομβώσεις εμφανίζονται και σε πρόσωπα χωρίς τέτοιους παράγοντες κινδύνου, όποτε καλό είναι να υπάρχει έπαρκής πρόληψη από όλους όταν βρισκόμαστε σε καταστάσεις που μάς προδιαθέτουν σε μια θρόμβωση. Προλάβετε καταστάσεις που εξαρτώνται από έσας, π.χ. κινήστε τα πόδια σας και πίνετε άφθονα ύγρά όταν είστε στο άεροπλάνο. Μάλιστα σε πολύωρο άεροπορικό ταξίδι κάντε μία υποδρία ένεση ήπαρίνης μία ώρα πριν έπιβίβαστε στο άεροπλάνο. Τέλος, ρωτήστε το γιατρό σας αν θα χρειαστεί κάλυψη με ήπαρίνη μετά από ένα χειρουργείο ή κατά την εισαγωγή σας σε νοσοκομείο για όποιοδήποτε λόγο. 🍷

# στην Ελλάδα ...και τον κόσμο

## Τρόποι μείωσης τής αρτηριακής πίεσης χωρίς φάρμακα.

**Πέτρος Καλογερόπουλος, Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γενικό Ώγκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς.**

Υπέρταση ονομάζεται ή κατάσταση στην οποία ή αρτηριακή πίεση είναι αυξημένη. Η πίεση του αίματος μετράται συνήθως σε χιλιοστά ύδραργύρου (mmHg) και καταγράφεται ως δύο πιέσεις: 1) **συστολική** πίεση (ή μεγάλη) και 2) **διαστολική** (μικρή), π.χ. 140/90 mmHg, τὸ 140 είναι ή συστολική και τὸ 90 ή διαστολική. Όσοι έχουμε πίεση μεγαλύτερη ἀπὸ 140/90 εἴμαστε υπέρτασικοί και ἐδὼ μπορεί νὰ εἶναι αυξημένη μόνο ή συστολική, μόνο ή διαστολική, ἢ και οἱ δύο. Στους 100 υπέρτασικούς μόνο σὲ πέντε (5) μπορούμε νὰ βρούμε τὴν αἰτία και νὰ τὴν θεραπεύσουμε, στους ὑπολοίπους 95 μειώνουμε τὰ ἐπίπεδα τῆς αρτηριακῆς πίεσης κάτω ἀπὸ 140/90, ὥστε νὰ ἀποφύγουμε τὶς ἐπιπλοκές.

Ἡ ὑπέρταση εἶναι κύρια αἰτία καρδιακῶν, ἐγκεφαλικῶν και νεφρικῶν παθήσεων. Δυστυχῶς εἶναι ἀσυμπτωματική και ἀρκετὰ συχνή. Ἐνας στους τέσσερις ἐνήλικες και ἕνας στους δύο ἡλικίας ἄνω τῶν 65 ἐτῶν εἶναι υπέρτασικός. Μόνο ἐὰν μετῶμε τὴν πίεσή μας γνωρίζουμε ἂν εἴμαστε υπέρτασικοί ἢ ὄχι. Ἐχει μεγάλη σημασία ὁ τρόπος πὺ μετῶμε τὴν πίεσή μας σχετικὰ μὲ τὸ πιεσόμετρο, π.χ. νὰ ἔχει περιχειρίδα πὺ καλύπτει ὅλο τὸ βραχίονα και ἐδὼ πρόβλημα συνήθως εἶναι οἱ παχῆς γιὰ τοὺς ὁποίους χρειάζεται μεγαλύτερη περιχειρίδα. Σημασία ἐπίσης κατὰ τὴ μέτρηση ἔχει τὸ περιβάλλον και ή ψυχική κατάσταση τοῦ ἐξεταζομένου. Πρὶν τὴ μέτρηση θὰ πρέπει νὰ ἐπικρατῆ ἡρεμία ἐπὶ ἀρκετὸ χρόνο, μὲ τὸν ἐξεταζόμενο καθιστὸ και τὸ βραχίονα νὰ στηρίζεται σὲ τραπέζι, στὸ ὕψος περιῖπου τῆς καρδιάς του. Πρέπει νὰ γνωρίζουμε ὅτι ή αρτηριακή πίεση, ἔστω και ἔλαφρά, μεταβάλλεται διαρκῶς και σὲ συνεργασία μὲ τὸν γιατρὸ μας θὰ κάνουμε τὴ σωστή ἐπιλογή και ἀξιολόγηση.

Στὸ ἐρώτημα ἂν μόνο μὲ φάρμακα μπορῶ νὰ μειώσω τὴν αρτηριακή πίεση, ή ἀπάντηση εἶναι ὄχι. Ὑπάρχει ὑψηλοῦ βαθμοῦ τεκμηρίωση μὲσφ μελετῶν γιὰ τὰ βήματα πὺ θὰ κάνει ὁ υπέρτασικός, ὥστε νὰ μειώσει τὴν πίεση χωρὶς φάρμακα ἢ νὰ τὴν ρυθμίσει λαμβάνοντας λιγότερα. Βασικοί παράγοντες πὺ πρέπει νὰ βρίσκονται στὸ φυσιολογικὸ εἶναι τὸ σωματικὸ βάρος, ή ὑγιεινὴ διατροφή, ή μείωση τῆς πρόσληψης ἄλατος μὲ τὸ φαγητὸ, ὄχι περισσότερο ἀπὸ 2 ποτήρια κρασί ἡμερησίως, νὰ ὑπάρχει

σωματικὴ δραστηριότητα ἐντὸς τῶν ὁρίων τοῦ φυσιολογικοῦ και φυσικὰ ὄχι κἀνισμα. Ἐὰν μάθουμε νὰ ζοῦμε μὲ αὐτὸ τὸν τρόπο, τότε ἔχουμε ὄφελος γιὰ τὴν ὑγεία μας καί, πέραν τῆς ὑπέρτασης, ἀντιμετωπίζουμε ἀποτελεσματικὰ τὶς γνωστὲς σοβαρὲς παθήσεις τῶν ἀναπτυγμένων χωρῶν. Ἐτσι, πέραν τῆς ὑπέρτασης, ἐλαττώνονται πολὺ οἱ πιθανότητες παχυσαρκίας, σακχαρώδη διαβήτη, ὑπερχοληστερολαιμίας και ἐπιτυγχάνεται πρόληψη τῆς ἀθηροσκλήρωσης τῶν στεφανιαίων και ἄλλων ἀρτηριῶν, ὡς ή στηθάγχη, τὸ ἔμφραγμα, ἐγκεφαλικὸ κ.ἄ.

Ἐπὶ παχυσαρκίας ή ἀπώλεια βάρους 5-10 κιλῶν μπορεί νὰ μειώσει τὴν πίεση τόσο, ὅσο και ή λίψη ἐνδὸς φαρμάκου. Σὲ συνεργασία μὲ τὸν ἰατρὸ τους, οἱ παχύσαρκοι θὰ μπορούσαν γιὰ ἕνα διάστημα νὰ δοκιμάσουν νὰ χάσουν μερικὰ κιλά πρὶν ἀρχίσουν φαρμακευτικὴ ἀγωγή. Ἡ ἀπώλεια βάρους ἀπαιτῆ μείωση πρόσληψης θερμίδων και ἀυξημένη κατανάλωση θερμίδων μὲ σωματικὴ ἄσκηση. Ἀποφεύγουμε τὴν ἀπότομη και ταχεῖα ἀπώλεια βάρους, ἐπειδὴ εὐκόλα ξαναπαίρνουμε τὸ χαμένο βάρος και μάλιστα περισσότερο. Μεθοδικὰ, ἀργὰ και σταθερὰ μειώνουμε τὸ βάρος μας. Ἐκτὸς ἀπὸ τὸ ὄφελος στὴν αρτηριακή

πίεση, βελτιώνονται τὸ σάκχαρο και τὰ λιπίδια αἵματος, ὁ ἄνθρωπος κοιμάται καλύτερα χωρὶς σοβαρὲς ἀπνοικὲς κρίσεις κατὰ τὸν ὕπνο και βέβαια προλαμβάνονται παθήσεις τῶν ὀστέων.

Ὑπάρχουν πολλοὶ τρόποι νὰ παραμείνουμε ὑγιεῖς, ἀλλὰ ή διατροφή θὰ εἶναι πάντα τὸ θεμέλιο τῆς καλῆς ὑγείας. Ἡ μεσογειακὴ διατροφή, αὐτὴ ή διατροφή τῶν προγόνων μας δοκιμασμένη σὲ βάθος χρόνου, μας χαρίζει ὑγεία, γευστικὴ ἱκανοποίηση και μακροζωία. Τροφὲς πλούσιες σὲ Κ (κάλιο) ἄφθονα φρούτα λαχανικά, πράσινα φυλλῶδη λαχανικά, ἀποξηραμένα φρούτα, πατάτες. Ἐπίσης, ἀνάλατοι ξηροὶ καρποὶ (καρῦδια, ἀμύγδαλα, φουντούκια), ψάρια πλούσια σὲ ω-3 λιπαρὰ ὀξέα ἐπιφέρουν μείωση τῆς αρτηριακῆς πίεσης (ΑΠ) σὲ μικρὸ διάστημα, π.χ. μὲ μία μερίδα ψάρια τῶν 100 γρ., τέσσερις ἢ περισσότερες φορές τὴν ἑβδομάδα.

**ΘΥΜΗΘΕΙΤΕ:** ὑγιεινὴ διατροφή σημαίνει ὄχι μόνο ἀγορὰ ὑγιεινῶν τροφίμων, ἀλλὰ και ὑγιεινὴ μαγειρική. Χρησιμοποιοῦμε φρέσκα προϊόντα γιὰ νὰ βελτιώσουμε



τή γεύση, προσθέτουμε κρεμμύδια, άρωματικά χορταρικά, μπακαρικά, λεμόνι, ξύδι, ΟΧΙ άλάτι και ζωικό βούτυρο, εϋλογημένο ελαιόλαδο, αλλά λίγο διότι έχει πολλές θερμίδες.

Σύμμακό σας στην προσπάθεια για υγιεινή διατροφή θά έχετε τή δύναμη τής συνήθειας. Σωστή διατροφή είναι κάτι πού συνηθίζεται. Δέν πειράζει εάν μερικές φορές ξεφεύγουμε από τόν καθιερωμένο τρόπο διατροφής μας. Αϋξηση τής πρόσληψης άλατιού μάς βλάπτει μέσω τού μηχανισμού ανάπτυξης υπέρτασης και άμεσα, άσκώντας τοξική δράση στη καρδιά, τó τοίχωμα τών άγγείων και τούς νεφρούς. Συνήθως επιτρέπεται να καταναλώσουμε ένα κουταλάκι τού γλυκού άλατι τήν ημέρα περί τά 5 γρ., σέ παγκόσμιο επίπεδο καταναλώνουν οί άνθρωποι πολύ περισσότερο.

Βασικές πηγές άλατος είναι τά επεξεργασμένα, τυποποιημένα, προπαρασκευασμένα τρόφιμα. Τό ψωμί συχνά έχει περισσότερο άλάτι από όσο λένε οί κανόνες τού Ύπουργείου Ύγείας, ως επίσης τά τυριά, τά έτοιμα φαγητά: πίτσα, κράκερ, μπισκότα, άλλαντικά, τσίπς, άλατισμένοι ξηροί καρποί, κονσερβοποιημένα τρόφιμα, παστά τρόφιμα. Αϋτά όλα πρέπει να αποφεύγονται, όχι μόνο από τούς υπέρτασικούς, αλλά και τούς φυσιολογικούς για να μην παρουσιάσουν προβλήματα.

Τά φρέσκα τρόφιμα και τά θαλασσινά περιέχουν μικρότερες ποσότητες άλατος, ώστε με τήν κατανάλωσή τους να μην ξεπερνάμε τó ανώτερο όριο. Τό πρόβλημα λοιπόν είναι τó κρυμμένο άλάτι, αϋτό θά μάθουμε να αποφεύγουμε. Καταναλώνουμε φρέσκα φρούτα, λαχανικά, ψάρια, κρέας, μη επεξεργασμένα δημητριακά, ελέγχουμε τīs επικέτες τροφίμων, αγοράζουμε ότι γράφει περιεκτικότης νατρίου (άλατι) μικρότερη τού 5%, όταν τρώμε έξω ζητάμε τά φαγητά τής ώρας και τīs σαλάτες χωρίς άλάτι, ώστε να προσθέσουμε έμεις όσο θέλουμε. Άντικαθιστούμε τά τρόφιμα με ψηλή περιεκτικότητα σέ νάτριο με άλλα χαμηλής. Τρόφιμα, όπως πατάτες, πορτοκάλια, λεμόνια, μπανάνες, πράσινα φυλλώδη λαχανικά είναι πλούσια σέ κάλιο και ανταγωνίζονται τή βλαπτική δράση τού άλατος.

Προσοχή άκόμη και στό έμφιαλωμένο νερό, επειδή περιέχει άλάτι. Προσοχή στό νόστιμο ψωμί. Όπως είπαμε, τó άλκοδλ πρέπει να λαμβάνεται σέ μικρή δόση, οί άνδρες μέχρι δυό ποτά τήν ημέρα, οί γυναίκες ένα ποτό. Στην πράξη τά δύο ποτήρια ίσοδυναμούν με μιá μεγάλη μπόρα (750 ml), 300 γρ. κρασί ή 60 γρ. ούισκι ή τσίπουρο για τούς άνδρες και τή μιση ποσότητα για τīs γυναίκες.

Ός έλέχθη, ή σωματική δραστηριότητα συμβάλλει πολύ στην πρόληψη και άντιμετώπιση τής υπέρτασης. Κατ' επέκταση ή άσκηση αϋτή μειώνει τόν κίνδυνο καρδιακών παθήσεων, ως επίσης ύψηλά παθολογικά επίπεδα σακχάρου και λιπιδίων. Συνιστάται άσκηση, συνήθως με ζωηρό βάδισμα επί μιση-μία ώρα τήν ημέρα, 5-7 φορές τήν εβδομάδα. Άσφαλώς συμβάλλουν και οί μικροδουλειές τού σπιτιού, οί άθλητικές δραστηριότητες, επί τó απλούστερον άνεβαίνουμε από τīs σκάλες και όχι με τó ασανσέρ. Φυσικά δέν είναι δυνατόν να περιμένουμε 5-10 λεπτά ή περισσότερο να έρθει τó λεωφορείο να μάς μεταφέρει 1-2 στάσεις, πρέπει να προτιμάς τó βάδισμα. Έπομένως αφίνουμε και τó αυτοκίνητο λίγο μακριά από τήν εργασία μας και οί ζωόφιλοι βγάζουν περίπατο τó σκύλο τους κάθε ημέρα. Κρίμα να χάνουμε τά όφελή τής σωματικής δραστηριότητας. Με τήν άσκηση έχουμε, επίσης, βελτίωση τής λειτουργικής μας ικανότητας με αϋξηση τής μυϊκής δύναμης και άντοχής, βελτίωση ίσορροπίας και κινητικότητας, διατήρηση τής όστικής πυκνότητας (λιγότερη όστεοπόρωση), μείωση άγχους και στρές, μείωση συμπτωμάτων κατάθλιψης, βελτίωση τής αυτοπεποίθησης και τής ψυχικής διάθεσης.

Τέλος, ή διακοπή τού καπνίσματος άποτελει άκρογωνιαίο λίθο τού συνόλου τής υγείας μας και όχι μόνο τής υπέρτασης. Τό κάπνισμα αϋξάνει στιγμιαία τήν πίεση, μερικά λεπτά από τή χρήση καπνού, γι' αϋτό τó λόγο δέν κάνει να τήν μετράμε όταν καπνίζουμε. Η χρήση καπνού επιδεινώνει και τούς άλλους παράγοντες κινδύνου. Ό υπέρτασικός καπνιστής δύσκολα θά ρυθμίσει τήν πίεση και με περισσότερα φάρμακα. Στόν καπνιστή τριπλασιάζεται ο κίνδυνος καρδιοιάθειας σέ άσθενείς με υπερχοληστερολαιμία. Και αϋτά όλα χωρίς να αναλύσω τή βλαπτική επίδραση τού καπνού σέ καρκίνο, όχι μόνο στούς πνεύμονες, αλλά σέ όλα τά όργανα και να τονίσω τή βλαπτική του δράση στη γήρανση και ρυτίδωση τού δέρματος, καθώς και τήν άπόδοση στη γενετήσια λειτουργία. Ό καπνιστής με περισσότερα φάρμακα θά ρυθμίσει ένδεχομένως τήν πίεσή του, θά χάσει όμως 12 χρόνια από τή ζωή του.

Εάν εφαρμόσουμε έναν υγιεινό τρόπο ζωής, δέν θά γίνουμε άθάνατοι, μπορούμε όμως να είμαστε δραστήριοι και χρήσιμοι σέ βάθος χρόνου χωρίς φάρμακα και να κάνουμε χρήση τών φαρμάκων μετά τήν έβδομη δεκαετία τής ζωής μας, άντιμετωπίζοντας κατά μέτωπο τήν άθηροσκληρυνση στη ρίζα τής και όχι τīs επιπλοκές τής, π.χ. έμφραγμα ή έγκεφαλικό, πού μερικές φορές μάς καθιστούν άνάπηρους. 🍎

## Ο μακροβιότερος καρδιακός βηματοδότης στον κόσμο διάρκειας μεγαλύτερης των 32 ετών σε Έλληνίδα ασθενή.

Ευάγγελος Παπαστεριάδης, τ. Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ.

Η μόνιμη καρδιακή βηματοδότηση μπήκε στην κλινική πράξη το 1958. Έκτοτε η τεχνολογική πρόοδος, σε σχέση και με την αποκτηθείσα εμπειρία στο θέμα αυτό, υπήρξε ραγδαία και θεαματική. Έτσι σήμερα εκατομμύρια ασθενείς σ' όλο τον κόσμο επωφελοούνται από την εφαρμογή αυτής της μεθόδου θεραπείας, επιτυγχάνοντας ευζωία και μακροζωία με παράταση του προσδόκιμου επιβίωσης.

Οι μπαταρίες υδραργύρου της πρώτης εποχής της δεκαετίας του '60 σύντομα αντικαταστάθηκαν από αυτές του λιθίου και οι βηματοδότες εξελίχθηκαν σε ένα μικρό ηλεκτρονικό υπολογιστή με τεράστιες δυνατότητες αυτοματισμού. Έν προκειμένω έχουμε και τη δυνατότητα αναίμακτου προγραμματισμού για πολλές παραμέτρους λειτουργίας των, όπως α) πόσους σφυγμούς το λεπτό θα είναι καλύτερα να έχει ο πάσχων, β) ο προσδιορισμός δυναμικού εξόδου, γ) προγραμμάτων ημέρας και νύκτας κ.ά.

Ο πρώτος μόνιμος βηματοδότης που εμφυτεύτηκε στον άνθρωπο έγινε στη Σουηδία στις 08/10/1958 και η θεωρητική διάρκεια λειτουργίας του ήταν 18 μήνες. Στην πράξη αντικαταστάθηκε στους 6 μήνες λόγω προβλημάτων. Ο ασθενής αυτός απεβίωσε από μελάνωμα του δέρματος σε ηλικία 86 ετών, ύστερα από 26 αντικαταστάσεις και είχε την υπομονή και τη θέληση να βηματοδοτείται με όλους σχεδόν τους σύγχρονους τύπους των βηματοδοτών της εποχής του. Με τις μπαταρίες λιθίου η θεωρητική διάρκεια λειτουργίας των βηματοδοτών είναι πάνω από έξι χρόνια, με μέση διάρκεια γύρω στα έννέα χρόνια, εφόσον ο βηματοδότης εργάζεται χωρίς καμία τροποποίηση του προγράμματος λειτουργίας του, έτσι όπως αυτό υπάρχει από το εργοστάσιο κατασκευής του.

Μετά την εμφύτευση ενός βηματοδότη συνιστάται η παρακολούθηση των ασθενών αυτών. Πρακτικά η παρακολούθησή των αρχίζει από την επομένη ημέρα της εμφύτευσης του βηματοδότη. Έτσι, την επομένη συνιστάται ο έλεγχος της κατάστασης του τραύματος για ύπαρξη τυχόν αιματώματος κ.ά., και η λήψη ακτινογρα-

φίας θώρακος για τον έλεγχο της καλής θέσης του ηλεκτροδίου ή των ηλεκτροδίων, έφ' όσον τοποθετούνται περισσότερο του ενός και η διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος για τον έλεγχο της καλής λειτουργίας του συστήματος.

Εφόσον όλα αυτά είναι καλά, όπερ συμβαίνει σε ποσοστό >98%, ο ασθενής εξέρχεται του νοσοκομείου με τη σύσταση για επανέλεγχο σε 8 ημέρες για την κοπή των ραμμάτων, τον έλεγχο του τραύματος για τυχόν επιμόλυνση και τη διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος για την καλή λειτουργία του συστήματος. Ο έλεγχος αυτός επαναλαμβάνεται στο μήνα και στους 3 μήνες και έφ' όσον όλα είναι καλά (συνήθως >95% των περιπτώσεων) ή συστηματικά πλέον, χρόνια παρακολούθηση, συνιστάται για μὲν τοὺς βηματοδοτές μίας κοιλότητας (VVI με ένα ηλεκτρόδιο) μιὰ φορά τὸ χρόνο, και πὼς συχνά, κάθε ἕξι μῆνες, γιὰ τὰ πλέον πολὺπλοκα συστήματα βηματοδότησης δύο κοιλότητων (DDD) ἢ ἀμφικοιλιακῆς βηματοδότησης.

Τὴ δεκαετία τοῦ '80, στὶς δυνατότητες προγραμματισμοῦ τῶν βηματοδοτῶν, προστέθηκε τὸ σύστημα VARIO στὸ λογισμικὸ τους ἀπὸ τὴν ἑταιρεία SIEMENS - ELEMA τῆς Σουηδίας. Μὲ τὸ σύστημα αὐτὸ, εφόσον ἦταν σὲ λειτουργία (ON), μπορούσε ὁ ἐλέγχων, εἰδικὸς πλέον ἰατρός, νὰ μετρήσει εὐκόλα και ἀναίμακτα πόση ἐνέργεια χρειάζεται ἡ καρδιά τοῦ ἀσθενῆ γιὰ νὰ διενεργηθεῖ και νὰ τὸν κρατᾷ ἀσφαλῆ και ἀκμαῖο, χωρὶς τὰ συμπτώματα ποὺ ὑπῆρχαν πρὶν τὴν ἐμφύτευση τοῦ βηματοδότη, ὅπως ζάλη, λιποθυμικὰ ἐπεισόδια κ.ά.

Σήμερα, ὅλα σχεδὸν τὰ ἐργοστάσια κατασκευῆς βηματοδοτῶν ἐνωματῶνουν στὸ λογισμικὸ τῶν συσκευῶν τους πρόγραμμα ἀναίμακτου ἐλέγχου τοῦ ποσοῦ τῆς ἐνέργειας, ποὺ χρειάζεται γιὰ τὴ διέγερση (βηματοδότηση) τῆς καρδιάς, καθὼς και ἄλλα πολυπλοκότερα προγράμματα. Ἡ ἐνεργοποίηση τῶν προγραμμάτων αὐτῶν ἔγκειται στὴν ἀπόφαση τοῦ θεράποντος ἰατροῦ, ὁ ὁποῖος γνωρίζει τὸν συγκεκριμένο ἀσθενῆ και συγκεκριμένα τὴν κατάσταση τοῦ μυοκαρδίου, τὴν αἰτία ἐμφύτευσης



του βηματοδότη και την εξάρτηση που μπορεί να έχει ο πάσχων από το βηματοδότη. Έτσι ο Ιατρός προγραμματίζει τη συσκευή, εξασφαλίζοντας πρωτίστως την αρμονική "συνεργασία" της τεχνητής διέγερσης, δηλαδή βηματοδότηση της καρδιάς, και τυχόν υπάρχοντος αυτόχθονου ρυθμού του ασθενή, δηλαδή ρυθμό που παράγει ή ίδια η καρδιά του. Με τον τρόπο αυτό έχουμε παράταση της διάρκειας ζωής της γεννήτριας, εξοικονομώντας ενέργεια.

Στις 10/10/1983 εμφυτεύθηκε, από τον υπογράφο-ντα το άρθρο, στην ασθενή K.Z., σε ηλικία 45 ετών τότε, ένας μόνιμος καρδιακός βηματοδότης με το σύστημα VARIO, λόγω διαταραχών του ρυθμού της καρδιάς με λιποθυμικά επεισόδια. Η εμφύτευση έγινε στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο Ευαγγελισμός" και η παρακολούθηση, με την έναρξη της λειτουργίας του Ε.Σ.Υ., συνεχίζεται στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο της Νίκαιας. Η ασθενής, μαζί με αρκετούς άλλους της ίδιας κατηγορίας, είχε συστηματική ιατρική παρακολούθηση, όπως αναφέρεται ανωτέρω. Χάριν του πρωτοποριακού, για την εποχή εκείνη, προγραμματισμού της συσκευής

(βηματοδότη) που πραγματοποιήθηκε, η κατανάλωση ενέργειας για την ασφαλή καρδιακή βηματοδότηση της ασθενούς, καθ' όλη τη διάρκεια των ετών αυτών, ήταν σημαντικά μειωμένη σε σχέση με την από τη συσκευή διατιθέμενη ενέργεια. Ο ανωτέρω προγραμματισμός είχε ως αποτέλεσμα ή διάρκεια ζωής του βηματοδότη αυτού, αλλά και του ηλεκτροδίου, να φθάσει τα 32 και πλέον έτη, χωρίς άκωμα και σήμερα να παρουσιάζονται στοιχεία εξάντλησης ή δυσλειτουργίας και να συνιστάται ή αντικατάστασή του.

Το περιστατικό αυτό δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό περιοδικό *Case Reports in Cardiology* (vol. 2015, Article ID 796954) και αποτελεί μοναδική περίπτωση στη βιβλιογραφία τόσο μακράς διάρκειας ζωής και καλής λειτουργίας μόνιμου βηματοδότη, από την εποχή της εφαρμογής αυτής της μεθόδου θεραπείας στη σύγχρονη καρδιολογία.

Στο τελευταίο έλεγχο (Οκτώβριος 2015) ο βηματοδότης αυτός βρέθηκε να λειτουργεί κανονικά και στην ασθενή συστήθηκε επανέλεγχος μετά ένα έξιμηνο (Μάρτιος 2016). 🍏

## Μπορεί τὸ κινητὸ μας νὰ ξεχωρίσει τὶς «βελονιὲς στὴν καρδιά» ἀπὸ τὸ ἔμφραγμα;

**Βασίλης Σπανός**, Διευθυντὴς Αἰμοδυναμικοῦ Ἐργαστηρίου Ἱατρικοῦ Κέντρου Ἀθηνῶν, Ἀν. Διευθυντὴς Γ' Καρδιολογικῆς Κλινικῆς Εὐρωκλινικῆς.

Ἔνα ἀπὸ τὰ θέματα πού διαχρονικὰ ἀπασχολεῖ τοὺς καρδιολόγους σὲ ὄλον τὸν κόσμο εἶναι οἱ αἰφνίδιες ἀπώλειες συνανθρώπων μας, οἱ ὁποῖοι δὲν ἦταν ἀσθενεῖς, ἀπὸ ὅσα τουλάχιστον γνῶριζαν οἱ ἴδιοι καὶ μποροῦσε νὰ ξέρει καὶ ὁ γιατρός τους. Ἡ μεγάλη πλειοψηφία αὐτῶν τῶν ἀπωλειῶν ὀφείλεται στὴ νόσο τῶν ἀρτηριῶν τῆς καρδιάς (*στεφανιαία νόσος*) καί, εἰδικότερα, σὲ ὄξεια ἔμφραξη μιᾶς ἀρτηρίας, μὲ συνέπεια ἀρχόμενη νέκρωση ἐνὸς τμήματος τῆς καρδιάς (*ὄξυ ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου*). Οἱ συνέπειες ἀπὸ τὴν ἀναπάντεχη ἔμφραξη τῆς ἀρτηρίας καὶ τὴ συνακόλουθη νέκρωση τμήματος τῆς καρδιάς εἶναι δραματικὲς καὶ μπορεῖ νὰ ὀδηγήσουν σὲ δημιουργία ἀνώμαλων ἠλεκτρικῶν ρευμάτων, πού προκαλοῦν ἐπικίνδυνες ταχυκαρδίες (*κοιλιακὴ ταχυκαρδία, κοιλιακὴ μαρμαρυγὴ*). Ἡ μειωμένη αἰμάτωση τμημάτων τῆς καρδιάς μπορεῖ ἐπίσης νὰ ἐμποδίσει τὴν κυκλοφορία τοῦ ἠλεκτρικοῦ ἐρεθίσματος, μὲ ἀποτέλεσμα μεγάλη βραδυκαρδία ἢ καὶ παύση τῆς λειτουργίας τῆς καρδιάς. Τόσο ἡ τελευταία περίπτωση (*παύση τῆς καρδιάς*), ὅσο καὶ ἡ ἐντελῶς

ἀκανόνιστη πολὺ γρήγορη ταχυκαρδία (*κοιλιακὴ μαρμαρυγὴ*) ἐμποδίζουν τὴ μηχανικὴ λειτουργία τῆς καρδιάς, ἢ ὁποῖα δὲν προωθεῖ πλέον αἷμα, κατάσταση ἀσυμβίβαστη μὲ τὴ ζωὴ. Ἡ δημιουργία μονάδων ἐντατικῆς θεραπείας, γιὰ τὴ νοσηλεία τῶν ἔμφραγματιῶν, κατὰ τὴν δεκαετία τοῦ 1960 ὀδήγησε σὲ ἐντυπωσιακὴ μείωση τῶν ἀνθρώπων ἀπώλειῶν, χάρις στὴν ἄμεση ἀντιμετώπιση τῆς κοιλιακῆς μαρμαρυγῆς, τὸ πολὺ γρήγορου, χαώδους καρδιακοῦ ρυθμοῦ, μὲ ἄμεση διοχέτευση μικρῆς ποσότητας ἠλεκτρικοῦ ρεύματος (*ἠλεκτρικὴ ἀπινίδωση*). Ἡ ἠλεκτρικὴ ἀπινίδωση εἶναι σωτήρια, φτάνει νὰ μὴ ἀργήσει, τὸ ἠλεκτρικὸ αὐτὸ σοκ μπορεῖ νὰ γίνῃ ἀπὸ τὴ νοσηλεύτρια τῆς μονάδας καὶ ἀποκαθιστᾷ τὸν κανονικὸ ρυθμὸ τῆς καρδιάς - σώζεται ὁ ἀσθενής.

Ἡ ἀντιμετώπιση τῶν πασχόντων ἀπὸ ἔμφραγμα ἔχει βελτιωθεῖ πολὺ περισσότερο σήμερα, πρῶτον χάρις στὴν χρησιμοποίηση φαρμάκων πού διαλύουν τὸν θρόμβο (*θρομβόλυση* - ἀπὸ τὴ δεκαετία τοῦ 1980) καὶ ἀπελευθερώνουν τὴ ροὴ τοῦ αἵματος, διασώζοντας τὸ μυοκάρδιο

καί, δεύτερον, χάρις στὴν ἄμεση διάνοιξη τῆς φραγμένης ἀρτηρίας μὲ «μπαλονάκι» καὶ τοποθέτηση «stent» (*πρωτογενής, ἐπέιγουσα ἀγγειοπλαστικὴ* - ἀπὸ τὴ δεκαετία τοῦ 1990). Τὴν ἴδια στιγμὴ ὅμως πού οἱ ἀπώλειες μειώθηκαν ἐντυπωσιακὰ γιὰ τοὺς ἀσθενεῖς πού ἔφταναν στὸ νοσοκομεῖο, ἐξακολουθοῦμε νὰ ἔχουμε ὑψηλότες ἀπώλειες σὲ ὅσους παρουσιάζουν αἰφνίδια ἀπώλεια τῆς καρδιακῆς λειτουργίας (*καρδιακὴ ἀνακοπή*) ἐκτὸς νοσοκομείου.

Τὶς τρεῖς τελευταῖες δεκαετίες ὑπῆρξαν πολλὲς προσπάθειες διεθνῶς γιὰ τὴ διάσωση ἀνθρώπων πού χάνονται ἀπὸ χαώδη καρδιακὴ ἀρρυθμία (*κοιλιακὴ μαρμαρυγὴ*), οἱ ὁποῖοι ἀποτελοῦν τὴ μεγάλη πλειοψηφία τῶν ἀπωλειῶν λόγῳ καρδιάς ἐκτὸς νοσοκομείου (*αἰφνίδιος καρδιακὸς θάνατος*). Σὲ αὐτὸ τὸ πλαίσιο ὑπῆρξαν ἐκτεταμένα προγράμματα ἐνημέρωσης καὶ ἐκπαίδευσης στὴν ὑποκατάσταση τῶν βασικῶν λειτουργιῶν (*καρδιακὴ καὶ ἀναπνευστικὴ λειτουργία*) ἀκόμα καὶ σὲ ἐθελοντές, οἱ ὁποῖοι μποροῦν νὰ βοηθήσουν συνανθρώπους μας μὲ *καρδιακὴ ἀνακοπή* μέχρι τὴν

προσέλευση ἀσθενοφόρου καὶ ἐξειδικευμένου προσωπικοῦ. Αὐτὲς οἱ προσπάθειες δὲν ἀπέδωσαν ιδιαίτερα ἀκόμα καὶ σὲ χώρες μὲ μακρὰ παράδοση στὴν καλὴ ὀργάνωση τῶν ὑπηρεσιῶν ὑγείας καὶ ἱκανὰ οἰκονομικὰ μέσα. Ἡ πλέον ἀποδοτικὴ προσέγγιση ἀφορᾷ στὴν τοποθέτηση μηχανημάτων *ἠλεκτρικῆς ἀπινίδωσης* σὲ πολυσύχναστους δημόσιους χώρους μὲ παράλληλη ἐκπαίδευση ἐθελοντῶν στὴ χρήση τους, ἀφοῦ τὰ μηχανήματα αὐτὰ εἶναι ἐξαιρετικῶς ἀπλοποιημένα καὶ εὐκόλα στὴ χρήση ἀπὸ τὸν μὴ εἰδικό.

Τελικῶς ὅμως τὸ ποσοστὸ ἀνθρώπων πού σώζονται ἀπὸ τὸ σύνολο αὐτῶν τῶν προσπαθειῶν στὶς πλέον ἀναπτυγμένες καὶ ὀργανωμένες χώρες εἶναι μικρό. Στὶς Η.Π.Α., γιὰ παράδειγμα, ἐπιτυγχάνεται ἡ διάσωση πασχόντων μὲ *καρδιακὴ ἀνακοπή* σὲ ποσοστὸ μόλις 7%, μὲ τὸν ἐπίσιο ἀριθμὸ ἀπωλειῶν νὰ ξεπερνᾷ τὶς 500.000, ἀποτελώντας τὴν πλειοψηφία τῶν ἀπωλειῶν ἀπὸ καρδιακὸ ἢ ἀγγειακὸ αἶτιο.

Θὰ μπορούσαμε ἴσως νὰ τὰ καταφέρουμε καλύτερα,



άν προσπαθούσαμε να έχουμε περισσότερους πάσχοντες εντός νοσοκομείου την ώρα της καρδιακής ανακοπής. Μία πρόσφατη μελέτη από το Όρεγκον των Η.Π.Α. (*Oregon Sudden Cardiac Death Study*) πιστοποιεί πως η πλειοψηφία των ανθρώπων που παρουσίασαν καρδιακή ανακοπή είχαν συμπτώματα πριν το επεισόδιο: οί περισσότεροι το τελευταίο είκοσιτετράωρο, κάποιοι και ενωρίτερα (*Ann Intern Med.* 2016;164(1):1-22. doi: 10.7326/P16-9001). Η μελέτη άπλως επιβεβαιώνει την καθημερινή εμπειρία ήμων των καρδιολόγων σε αντίστοιχες άτυχεις περιπτώσεις.

Μιλώντας με τη σύζυγο του έκλιπόντος πολύ συχνά ανακαλύπτουμε πως «**έτριβε το στήθος του**» την προηγούμενη ήμερα ή πως είχε ξυπνήσει μέσα στη νύχτα με «**ένα σίδερο πάνω στο στήθος**». Παρά την έπιμονή της όμως εκείνος ανέβαλλε την ένασκόληση με το πρόβλημα, άφου την επόμενη ήμερα ήταν καλά. Η ίδια μελέτη επιβεβαιώνει παλαιότερες ως προς την άξια που έχει ή άμεση άναζήτηση ιατρικής βοήθειας σε αντίστοιχες περιπτώσεις, που στο Όρεγκον των Η.Π.Α. συνίσταται στην κλήση της ύπηρεσίας επειγόντων (911) και παρ' ήμιν συνήθως μεταφράζεται ως άμεση μεταφορά του πάσχοντος σε έφημερεύουσα καρδιολογική κλινική, άπο τη σύζυγο (ή τον σύζυγο). Το πρόβλημα και στις δύο περιπτώσεις προέρχεται άπο ένδεχόμενη υπερβολική αντίδραση των πολιτών: συμφόρηση της ύπηρεσίας επειγόντων (911) του Όρεγκον ή συνωστισμός στα Έπειγοντα των έφημερευόντων νοσοκομείων της Άθήνας άπο κάθε λογής «τσιμπήματα» στο στήθος και άρκετους κατά φαντασίαν άσθενείς! Άυτό που συχνά επαναλαμβάνουμε, έμεις οί καρδιολόγοι, όταν άναφερόμαστε στη *σπινθάχη*, το προκάριο ένόχλημα που προκαλεί ή *στεφανιαία νόσος*, είναι ή άναγνώρισή του άπο τον πάσχοντα ως κάτι διαφορετικό άπο κάθε λογής «τσιμπήματα» ή «βελονιές» που μπορεί να είχε κατά καιρούς. Συχνά περιγράφεται ως «πλάκωμα» ή σαν «ένα σίδερο που κάθισε στο στήθος» και ποτέ δέν σέβεται τον ύπνο μας, ένω επιδεινώνεται σε έλάχιστη προσπάθεια, όποτε δέν ύποχωρεί άν άρχίσουμε να περπατάμε, για παράδειγμα, αντίθέτως μεγαλώνει.

Άποτελεί (άναπόδεικτο) πεποίθηση του γράφοντος πως θα έχουμε πολύ καλύτερα άποτελέσματα στην επείγουσα νοσηλεία περισσότερων πασχόντων και στην άποφυγή, τελικώς, αίφνίδιων άπωλειών, με ταυτόχρονη άποτροπή συνωστισμού των ύπηρεσιών ύγείας, άν χρησιμοποιήσουμε δυνατότητες, που προσφέρουν οί νέες τεχνολογίες.

Τά τελευταία χρόνια εξαπλώνονται πολλές διαφορετικές έφαρμογές, οί όποιες μπορούν να καταγράψουν άξιόπιστα το ήλεκτροκαρδιογράφημα μέσω κινητού τηλεφώνου, καθώς και διάφορες έργαστηριακές παραμέτρους (όπως το σάκχαρο). Άισως άποτελεί θέμα χρόνου ή δημιουργία σχετικών άλγορίθμων για την άξιολόγηση της σημαντικότητας ένός προκάριου έννοχλήματος. Θα μπορούσε, για παράδειγμα, ό *πάσχων να άπαντά σε άπλές προτυποποιημένες έρωτήσεις*, που άφορούν στα χαρακτηριστικά του έννοχλήματος, καθώς και σε ένδεχόμενη παρουσία παραγόντων που αύξάνουν την πιθανότητα έμφράγματος (παράγοντες κινδύνου), ένω παράλληλα καταγράφονται το ήλεκτροκαρδιογράφημα και έργαστηριακές εξετάσεις άπο τις αντίστοιχες έφαρμογές. Η προσθήκη της δυνατότητας άμεσης επικοινωνίας με τον ίατρο, μέσω σχετικών έφαρμογών (όπως το «skype»), οδηγεί σε πολύ καλύτερη άξιολόγηση, άφου ό τελευταίος θα μπορεί να άποκτά πληρέστερη είκόνα τόσο του έννοχλήματος όσο και του άσθενους.

Υπάρχουν πολλές μελέτες οί όποιες μας έχουν οδηγήσει να πιστέψουμε πως οί άσθενείς με όξυ έμφραγμα δέν όφελούνται άπο την άξιολόγησή τους σε κάποιο καρδιολογικό ίατρείο, έπειδή χάνουν πολύτιμο χρόνο, και πρέπει να άπευθυνθούν σε επείγουσες ύπηρεσίες (911 στις Η.Π.Α., έφημερεύουσα Καρδιολογική Κλινική στην Άθήνα).

Η προσέγγιση που περιγράφουμε, με χρησιμοποίηση της νέας τεχνολογίας, ένδέχεται να καταστήσει την έπαφή με τον καρδιολόγο έποικοδομητική, άναιρώντας την άπώλεια πολύτιμου χρόνου, ένω ταυτόχρονα άποφεύγεται υπερβολικός φόρτος άσθενοφόρων και έφημερευόντων νοσοκομείων άπο τη διαλεύκανση κάθε προκάριου έννοχλήματος. Το τελευταίο θα άπέβαινε άρνητικό για την ταχεία και άποτελεσματική αντιμετώπιση των έμφραγματιών.

Με την εύχη τά παραπάνω να γίνουν και πραγματικότητα, ώφελώντας την έγκαιρη άναγνώριση του έμφραγματία και άποτρέποντας ανθρώπινες άπώλειες, θυμίζουμε πως ζούμε καλύτερα και ζούμε περισσότερο όταν: τρώμε ύγιεινά, άσκούμαστε τακτικά και άποφεύγουμε τόν...σατανά! (όσοι διαβάζετε τούς «Ρυθμούς», ξέρετε ποιος είναι ό ...σατανάς). 🍎



## Κέντρο Ύγείας Μετσόβου.

Ίωάννης Ν. Πετοιμέρης, Γενικός Ίατρος.

Το Κέντρο Ύγείας Μετσόβου (Κ.Υ.Μ.) λειτουργεί στο Μετσοβο από το 1985. Βρίσκεται στην είσοδο της κομόπολης και σε υψόμετρο 1.100 μ. Πρόκειται για κτίριο σύγχρονο, ευρύχωρο και με πανοραμική θέα, με αποτέλεσμα όσοι εργάζονται σ' αυτό να νιώθουν τυχεροί για τις συνθήκες εργασίας.

Το Μετσοβο απέχει από τα Ίωάννινα 45 χλμ. και η πρόσβαση γίνεται δια της Έγνατίας Όδου. Η ταχύτητα μετακίνησης και η ασφάλεια που προσφέρει η Έγνατία Όδος είχαν πολλαπλή επίδραση στην περιοχή. Πρώτον μειώθηκαν δραματικά τα τροχαία ατυχήματα, που ήταν σε καθημερινή βάση στην παλιά Έθνική οδό Ίωαννίνων-Μετσόβου. Δεύτερον, η απομονωμένη Ήπειρος έγινε προσβάσιμη στους πληθυσμούς κυρίως της Βόρειας Ελλάδας. Έτσι αυξήθηκε έντυπωσιακά η διέλευση τουριστών και επισκεπτών. Μια τρίτη θετική συνέπεια της λειτουργίας της Έγνατίας Όδου είναι ότι απομονωμένα χωριά του γειτονικού νομού Τρικάλων φθάνουν εύκολα στο Μετσοβο και στο Κέντρο Ύγείας Μετσόβου.

Η περιοχή ευθύνης του Κ.Υ.Μ. περιλαμβάνει οικισμούς με μεγάλη γεωγραφική διασπορά στην καρδιά της οροσειράς της Πίνδου. Έτσι, λοιπόν, ο βορειότερος οικισμός Βοβούσα απέχει από το νοτιότερο Μεγάλη Γόστιστα 70 χλμ. και ο ανατολικός οικισμός Διόδια Μαλακασίου απέχει από το δυτικό Μπαλντούμα 40 χλμ.

Αν και η περιοχή ευθύνης (Π.Ε.) περιλαμβάνει τοποθεσίες μοναδικής όμορφιάς, το όρεινο της περιοχής δημιουργεί προβλήματα από κακοκαιρία, χιονόπτωση, παγετό κ.λπ. Όσον αφορά στην στελέχωση του Κ.Υ.Μ., αυτή είναι καλή. Υπηρετούν εντός του Κ.Υ. τέσσερις γενικοί ιατροί, ένας παιδίατρος, μία οδοντίατρος, ένας μικροβιολόγος, ένας χειρουργός ακτινολογικού, μία παρασκευάστρια μικροβιολογικού, μία επισκέπτρια υγείας και τέσσερις νοσηλεύτριες.

Τα περιφερειακά ιατρεία (Π.Ι.) του Κ.Υ.Μ. είναι επτά. Δύο εξ αυτών, Μπλιάς Μετσόβου και Γρεβενιτίου, είναι σε δυσπρόσιτες περιοχές. Παρ' όλα αυτά, όλα τα Π.Ι. στελεχώνονται από γενικούς ιατρούς, ενώ δεν υπάρχουν καθόλου ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου.

Βασικό πρόβλημα στη στελέχωση του Κέντρου Ύγείας είναι η παρουσία μόνο δύο οδηγών ασθενοφόρου. Παρά τις υπεράνθρωπες προσπάθειες των οδηγών, δεν καλύπτονται πολλές βάρδιες. Αυτό δημιουργεί τρομερά προβλήματα. Έτσι, δεν μπορούμε να εξυπηρετήσουμε ηλικιωμένους ή άλλους ασθενείς στο σπίτι τους, ενώ πολλές φορές οι ίδιοι δεν μπορούν να προσέλθουν μόνοι τους στο Κ.Υ.Μ. Συνήθως ζούν μόνοι τους και οί νοί που θα μπορούσαν να βοηθήσουν, λείπουν από τα χωριά. Προσθέτως, η απουσία ασθενοφόρου λόγω έλλειψης οδηγού, από ένα κομβικό σημείο της Έγνατίας Όδου, όπως είναι το Μετσοβο, στερεί πλήθος διερχομένων με τροχαία από συχνά πολύτιμες υπηρεσίες.



χομένων με τροχαία από συχνά πολύτιμες υπηρεσίες.

Αν, όμως η έλλειψη οδηγών ασθενοφόρου μας στενοχωρεί, η συνέχιση της ευγενούς παράδοσης των δωρητών-ευεργετών στο Μετσοβο, μας έχει λύσει πολλά προβλήματα υλικοτεχνικής υποδομής. Κατά χρονολογική σειρά, πριν από αρκετά χρόνια, δωρήθηκε στο Κ.Υ.Μ. από Σύλλογο του Μετσόβου αυτόματος φορητός απινιδωτής για ηλεκτρικό σόκ. Ακολούθησε δωρεά ασθενοφόρου από το ίδρυμα του Μετσοβίτη Νικολάου Λήχτου με έδρα την Αθήνα. Τέλος, από τον εξωραϊστικό σύλλογο Μετσόβου δωρήθηκε πρόσφατα στο Κ.Υ.Μ. ψηφιακό ακτινολογικό εμφανιστήριο τελευταίας τεχνολογίας. Όλα αυτά δείχνουν ότι οι Μετσοβίτες, οί ένταυθα και οί άπανταχοϋ, νοιάζονται και συμπαραστέκονται στο Κέντρο Ύγείας Μετσόβου.

Τέλος, ο πληθυσμός που καλύπτει το Κ.Υ.Μ. άζει από κάθε άποψη και τη δική μας ιατρική φιλοτιμία και αταπάρνηση. Πρόκειται για προσφορά ιατρικής βοήθειας σε ανθρώπους του μόχθου και της βιοπάλης. Εργαζόμενοι στην τουριστική βιομηχανία, στην κτηνοτροφία και στους άγρους, αγωνίζονται και δοκιμάζονται σκληρά κάθε μέρα. Με λίγη γη, με λίγα ζωά ή εργαζόμενοι πολλές ώρες στα τουριστικά καταλύματα, προσπαθούν να επιβιώσουν. Το βουνό όμως και η ζωή σ' αυτό είναι σκληρή και ευμετάβλητη. Έτσι, όταν καταφεύγουν στο Κ.Υ.Μ. για την επίλυση των προβλημάτων τους και εμείς αναγκάζομαστε να τους παραπέμψουμε στο Νοσοκομείο στα Ίωάννινα, πράγμα που συνεπάγεται γι' αυτούς απόλυτα χρόνια και χρήματα, νιώθουμε πολύ άσχημα.

Εκείνο που πρέπει να γίνει είναι να αναδιαμορφωθεί η ειδικότητα της Γενικής Ίατρικής που κυρίως, μαζί με παιδίατρος και οδοντίατρος, στελεχώνει τα Κέντρα Ύγείας. Ήδη η ειδικότητα αυτή μετράει 30 χρόνια ζωής. Όταν ιδρύθηκαν τα Κέντρα Ύγείας και θεοπίστηκε η Γενική Ίατρική (το 1985) περίπου, έγινε πραγματική επανάσταση στην παροχή υπηρεσιών υγείας για τον πληθυσμό της υπαίθρου. Το έργο αυτό, τόσο πολύτιμο για την έθνική οικονομία, αφού κατά βάση στήριζει τον πρωτογενή παραγωγικό τομέα, πρέπει να συνεχιστεί και να βελτιωθεί. Πρέπει, λοιπόν, οί γενικοί ιατροί να τύχουν ακόμα καλύτερης εκπαίδευσης, προκειμένου να μπορούν να ανταπεξέρχονται στα πάσης φύσεως προβλήματα, που τους θέτουν οί άνθρωποι του μόχθου και να περιορίζονται στο ελάχιστο οί παραπομπές προς το Νοσοκομείο Ίωαννίνων.

Η λέξη κλειδί λοιπόν που καθορίζει το στόχο για την ανάπτυξη των Κέντρων Ύγείας στο επόμενο διάστημα είναι η λέξη "εκπαίδευση" των Γενικών Ίατρών.

# ΕΜΕΙΣ ...και ΕΣΕΙΣ

“Δεν καπνίζω, επενδύω στο μέλλον της καρδιάς μου”



## ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ἀρχιεπίσκοπος Ἀθηνῶν  
& Πάσης Ἑλλάδος κ.κ. Ἱερώνυμος

ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ:

Γ. Κασιμάτης

Π. Τσάκος

Ἱ. Τσουήνης

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Π. Τούτουζας

ΤΑΜΙΑΣ: Ἀ. Γιατράκου

ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Κ. Τούτουζας

ΜΕΛΗ: Ε. Βορίδης, Ἀ. Δήμα,

Β. Κόκκινος, Δ. Ρίχτερ, Χρ. Στεφανάδης,

Δ. Τούσουλης, Στ. Ψυχάρης

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

Γ. Ἀνδρικόπουλος

Β. Βοττέας

Ἀ. Βούτσας

Γ. Γκουμάς

Ν. Κατσιλάμπρος

Ε. Παπαστεριάδης

Ν. Χούλης

## Τὸ μεταβολικὸ σύνδρομο.

Ἀγαπητὸ περιοδικό,

Πρὶν ἀπὸ λίγες ἡμέρες ἐπισκέφτηκα τὸν παθολόγο γιὰ τὸ συνηθισμέ-  
νο ἐπίσης ἔλεγο. Δὲν εἶχα κάποιο ἰδιαίτερο πρόβλημα, ἀλλὰ μόλις μὲ εἶδε  
καὶ διάβασε τὶς ἐξετάσεις μου εἶπε ὅτι πάσχω ἀπὸ **μεταβολικὸ σύνδρο-**  
**μο**. Μὲ τρόμαξε πραγματικά, ἐπειδὴ μού εἶπε ὅτι κινδυνεύω νὰ κάνω σάκ-  
χαρο καὶ νὰ πάθω ἔμφραγμα. Ἐντάξει, ἡ ἀλήθεια εἶναι ὅτι ἔχω πάρει κάποια  
κιλά τὸν τελευταῖο καιρὸ κι ἔχω κάνει κοιλίτσα, ἀλλὰ δὲν μπορεῖ αὐτὸ νὰ  
εἶναι τόσο κακό! Ἐκεῖ πού ἔπαιρνα μόνο ἓνα φάρμακο γιὰ τὸ οὐρικό ὄξύ,  
βρέθηκα μὲ ἄλλα δυὸ γιὰ τὴν πίεση καὶ τὴ χοληστερίνη, κι ἔχω πραγμα-  
τικά στενοχωρηθεῖ, πανικοβληθεῖ. Μπορεῖτε νὰ μὲ κατατοπίσετε λίγο κα-  
λύτερα;

Ἀγαπητὴ ἀναγνώστρι,

**Τὸ μεταβολικὸ σύνδρομο** οὐσιαστικά δὲν ἀποτελεῖ πάθηση, ἀλλὰ τὸ  
σύνολο κάποιων παραγόντων κινδύνου πού συχνὰ συνυπάρχουν. Ἡ κοι-  
λιακοῦ τύπου **παχυσαρκία**, δηλαδή αὐτὴ ἡ χαρακτηριστικὴ κοιλίτσα πού  
ἔχουν κυρίως οἱ ἄνδρες, ἀλλὰ δυστυχῶς τὰ τελευταῖα χρόνια καὶ οἱ γυ-  
ναῖκες, ἀποτελεῖ τὸ κεντρικὸ χαρακτηριστικὸ αὐτοῦ τοῦ συνδρόμου. Ἡ  
συσσώρευση λίπους στὴν κοιλιακὴ χώρα συχνὰ συνδυάζεται μὲ **διατα-**  
**ραχὲς τῶν λιπιδίων** τοῦ αἵματος, ὅπως εἶναι ἡ **ὕψηλὴ τιμὴ τῆς**  
**κακῆς-LDL χοληστερίνης**, ἡ **χαμηλὴ καλὴ HDL χοληστερίνη** καὶ τὰ  
**αὐξημένα τριγλυκερίδια**. Ἐπίσης συνδυάζεται μὲ **διαταραχὲς τῆς**  
**γλυκόζης** τοῦ αἵματος, πού μπορεῖ νὰ εἶναι ἥπια αὕξηση τῆς γλυκόζης  
νηστείας μέχρι διαγνωσμένο καὶ ὑπὸ φαρμακευτικὴ ἀγωγή σακχαρώδη  
διαβήτη. Ἡ βασικὴ πεντάδα τῶν χαρακτηριστικῶν τοῦ μεταβολικοῦ συν-  
δρόμου συμπληρώνεται ἀπὸ τὴν **αὕξηση τῆς ἀρτηριακῆς πίεσης** πάνω  
ἀπὸ 130 mmHg γιὰ τὴ μεγάλη (συστολική) καὶ πάνω ἀπὸ 85 γιὰ τὴ μικρὴ  
(διαστολική). Ἄλλες διαταραχὲς, πού φαίνεται νὰ παρουσιάζονται συχνότε-  
ρα σὲ πρόσωπα πού ἔχουν τὰ βασικὰ χαρακτηριστικὰ τοῦ μεταβολικοῦ  
συνδρόμου, εἶναι τὸ αὐξημένο οὐρικό ὄξύ καὶ οἱ διαταραχὲς τοῦ ὕπνου μὲ  
βασικὴ ἐκδήλωση τὸ σύνδρομο ἄπνοιας ὕπνου. Ποιὰ εἶναι ὁμως ἡ σημασία  
τοῦ μεταβολικοῦ συνδρόμου καὶ ποιὸς εἶναι ὁ καλύτερος τρόπος ἀντιμε-  
τώπισής του; Ὁ λόγος πού ἔχει δημιουργηθεῖ αὐτὴ ἡ κλινικὴ ὄντοτητα δὲν εἶναι γιὰ  
νὰ τρομάζουμε τοὺς ἀνθρώπους πού ἔρχονται στὸ ἱατρεῖο μας, ἀλλὰ γιὰ νὰ ἀναγνωρίζουμε  
εὐκολότερα αὐτοὺς πού βρίσκονται σὲ ὑψηλότερο κίνδυνο γιὰ μελλοντικὰ  
καρδιαγγειακὰ ἐπεισόδια. Ὁ ἱατρὸς πού σᾶς ἐξέτασε ἀσφαλῶς καὶ σᾶς ἐνημέρωσε  
σωστά, ἀφοῦ ἡ  
διάγνωση τοῦ μεταβολικοῦ συνδρόμου εἶναι ἀλήθεια ὅτι συνδυάζεται μὲ αὐξημένη  
πιθανότητα μελλοντικῆς ἐμφάνισης  
σακχαρώδη διαβήτη, ἀλλὰ καὶ καρδιαγγειακῶν ἐπεισοδίων, ὅπως εἶναι τὸ ἔμφραγμα  
καὶ τὸ ἀγγειακὸ ἐγκεφαλικὸ ἐπι-  
σόδιο. Ἡ γνώση αὐτὴ ὁμως δὲν πρέπει νὰ ἀποτελεῖ λόγο γιὰ νὰ τρομάζουμε  
αὐτοὺς στοὺς ὁποίους μαινεῖ ἡ διά-  
γνωση τοῦ μεταβολικοῦ συνδρόμου, ἀλλὰ ἀφορμὴ γιὰ νὰ κάνουμε ὅλα αὐτὰ πού  
εἶναι ἀπαραίτητα προκειμένου νὰ  
μειωθεῖ ἀποτελεσματικά ὁ μελλοντικὸς  
τους κίνδυνος. Πολὺ σωστά ὁ ἱατρὸς  
σας στόχευσε ἀμέσως στὴ μείωση  
τῆς ἀρτηριακῆς πίεσης καὶ τῆς  
χοληστερίνης σας. Στὰ πρόσωπα  
μὲ ὑψηλὸ μελλοντικὸ καρδιαγγειακὸ  
κίνδυνο πρέπει νὰ γίνε-  
ται ἄμεσα ἐπιθετικὴ μείωση ὅλων  
τῶν παραγόντων κινδύνου. Ἔτσι,  
ἂν ἡ πίεσή σας εἶναι ὑψηλὴ θὰ  
πρέπει νὰ λάβετε ἀγωγή μὲ  
κάποιο ἀντιυπερτασικὸ φάρμακο,  
ἐνῶ καὶ ἡ κακὴ χοληστερίνη σας  
θὰ πρέπει νὰ μειωθεῖ μὲ στατίν  
σὲ ἐπί-  
πεδα τουλάχιστον κάτω ἀπὸ 100 mg/dl.  
Αὐτὸ πού ὁμως δὲν ἀναφέρατε  
στὸ γράμμα σας εἶναι οἱ ἀλλαγὲς  
στὸν τρόπο  
ζωῆς σας, πού σίγουρα σύστησε ὁ  
ἱατρὸς σας καὶ πού ἴσως εἶναι ἡ  
πιο πολὺτιμη καὶ οὐσιαστικὴ  
παρέμβαση γιὰ τὴν  
ἀποτελεσματικὴ μείωση τῆς  
πιθανότητας γιὰ μελλοντικὰ  
καρδιαγγειακὰ ἐπεισόδια. Ἄν  
καπνίζετε θὰ πρέπει νὰ δια-  
κόψετε ἄμεσα τὸ κάπνισμα. Ἡ  
ἀπόλεια βάρους θὰ πρέπει νὰ  
γίνει ἄμεση προτεραιότητά σας  
καὶ αὐτὸ μπορεῖ νὰ ἐπι-  
τευχθεῖ μὲ τὸ συνδυασμὸ τῆς  
σωστῆς διαιτητικῆς παρέμβασης  
μὲ αὕξηση τῆς φυσικῆς δραστηρι-  
ότητας. Ἔτσι, ἂν στὸ  
μέλλον καταφέρετε νὰ χάσετε  
ἀρκετὰ κιλά καὶ ἡ κοιλίτσα  
μειωθεῖ ἢ καὶ ἐξαφανιστεῖ, εἶναι  
πολὺ πιθανὸ ἡ πίεσή σας  
καὶ τὸ οὐρικό ὄξύ νὰ εἶναι  
φυσιολογικά, χωρὶς τὴ λήψη  
φαρμάκων καὶ ὁ καρδιαγγειακὸς  
σας κίνδυνος νὰ μειωθεῖ σὲ  
τέτοια ἐπίπεδα πού νὰ μὴ  
χρειάζεται νὰ λαμβάνετε  
πιὰ φάρμακο γιὰ τὴ χοληστερίνη! 🍓



## Ἐπιτροπὴ Φίλων τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ἀ. Παπακωνσταντίνου

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ν. Συμβουλίδου

ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Ν. Στενοῦ

ΤΑΜΙΑΣ: Μ. Μπατάκη

ΜΕΛΗ: Γ. Βαϊνᾶ, Γ. Βαφάκη, Ἐ. Τούτουζα

# οικονομικοί παλμοί

## Βότανα της Έλληνικής φύσης: νοστιμίζουν το φαγητό, αλλά και θεραπεύουν.

Γαλήνη Φούρα, δημοσιογράφος.

Τα βότανα που φυτρώνουν μόνα τους σε κάθε γωνιά της ελληνικής γης είναι ένας άνεκμετάλλετος πλούτος. Ζούμε σε μιὰ προικισμένη φύση με άπιστευτη ποικιλία ένδημικων θεραπευτικών φυτών, περίπου 1.200, όταν σε άλλες χώρες, όπως η Αγγλία και η Γερμανία τα ένδημικά φυτά είναι γύρω στα τριάντα. Το ξερικό καλοκαιρινό κλίμα ευνοεί την ανάπτυξή τους, ενώ η μεγάλη ήλιοφάνεια, τα ιδιαίτερα χρώματα και το διαφορετικό τοπικό κλίμα συμβάλλει στην άριστη ποιότητά τους. Έχουν υπέροχο άρωμα και γεύση. Τα πίνουμε σαν άφέςημα, όταν τα βράζουμε σε νερό λίγα λεπτά και μετά το σουρώνουμε ή έγχυμα κυρίως τα άνθη, πέταλα και φύλλα- που τα ρίχνουμε μέσα σε βραστό νερό όταν το άποσύρουμε από τη φωτιά. Άλλα, δύσμος, ματζουράνα, ρίγανη, μάραθος τα χρησιμοποιούμε παραδοσιακά στο μαγείρεμα, σαν άρωματικά που δίνουν γεύση στην ελληνική κουζίνα. Το πιο πολύτιμο όμως χαρακτηριστικό τους, είναι οι φαρμακευτικές ιδιότητές τους, για όσους μπορούν να τα χρησιμοποιήσουν με γνώση και σωστή κρίση.

Πολλά άποτελούν το φυσικό μας σύμμαχο για το κλειώνα, τώρα που η γρίπη, οι ιώσεις και το κοινό κρυολόγημα μάς χτυπούν την πόρτα με συνάχι, βήχα και πονόλαιο. Τα γιατροσόφια της γιαγιάς έρχονται να μάς άνακουφίσουν και να ένισχύσουν το άνοσοποιητικό, χαμομήλι, τσάι του βουνού, φασκόμυλο, τίλιο, μέντα...

Που όφελούν;

Το χαμομήλι χρησιμοποιείται για την καταπολέμηση στομαχικών διαταραχών αλλά και μολύνσεων. Έξωτερικά με τη μορφή κομπρέσας θεραπεύει δερματικά έξανθήματα, εγκαύματα και φλεγμονές ματιών.

Το άφέςημα του τίλιου θεωρείται ήρεμιστικό, διουρητικό και ένεργητικό για τα αίμοφόρα άγγεια. Λέγεται μάλιστα ότι μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη της υπέρτασης και της άρτηριοσκλήρυνσης. Το φασκόμυλο έχει άντιμικροβιακές και στυπτικές ιδιότητες. Το έγχυμά του χρησιμοποιείται για την δυσπεψία, ενώ είναι κατάλληλο για γαργάρες και στοματικές πλύσεις.

Το άφέςημα της ματζουράνας θεωρείται όρεκτικό και διουρητικό, είναι άντισπασμωδικό ως κάνει καλό στο στομάχι. Διουρητικές ιδιότητες άποδίδονται στο έγχυμα της ρίγανης, το όποιο θεωρείται κατάλληλο για ένδοκλήσεις στην κοιλιακή χώρα, συνιστάται κατά του βήχα και των παθήσεων του άναπνευστικού.

Άπό τα σπουδαιότερα φαρμακευτικά φυτά της Κρήτης είναι και το δίκταμο, γνωστό άπό την Μινωική έποχή. Πίνεται ως άφέςημα, είναι άντιοξειδωτικό στυπτικό και θεωρείται ότι καταπραίνει τους πόνους του στομάχου και του έντέρου. Είναι χωνευτικό και άνακουφίζει άπό τους νευρικούς πονοκεφάλους.

Ό μάραθος και η ρίζα του, που είναι γνωστή στην Ελλάδα άπό την ιταλική λέξη «φινόκιο», χρησιμοποι-

είται -ιδίως στη γειτονική χώρα- κατά κόρον στη μαγειρική. Είναι ένα άυτοφύες φυτό που το βρίσκουμε παντού στην Ελλάδα, το έγχυμα και το άφέςημα του όποιο χρησιμοποιείται κατά της δυσπεψίας, των στομαχικών πόνων και των κολικών.

Στην καταπολέμηση της γαστρίτιδας των κολικών και της δυσπεψίας χρησιμοποιείται και το έγχυμα του δύσμου. Η είσπνοη των ύδρατιμών άπό το βράσιμο των φύλλων του είναι ευεργετική κατά του κρυολογήματος. Η ταπεινή τσουκνίδα, που βρίσκουμε στην Ελλάδα σε κάθε φράχτη και άκαλλιέργητο χωράφι, νοστιμίζει τις χορτόπιτες μας αλλά πίνεται και ως άφέςημα, γιατί θεωρείται πολύ καλό άντιοξειδωτικό που βοηθάει στο σακχαρώδη διαβήτη και την άναιμία.

Άλλα βότανα είναι λιγότερο γνωστά. Ό κράταιγος άναφέρεται και ως βότανο της καρδιάς, γιατί η χρήση του λέγεται ότι βελτιώνει τη ροή του αίματος στον καρδιακό μυ και συμβάλλει στην όμαλοποίηση του καρδιακού ρυθμού. Ένα άπό τα πολυτιμότερα θεωρείται και η πικραλίδα, η άγριοράδιο (ταραξάκο) που είναι διουρητικό, τονώνει τις λειτουργίες του συκωτιού και βοηθάει να κρατήσουμε τη κοιλιοτερήνη σε χαμηλά επίπεδα, κυρίως εάν τα φύλλα καταναλωθούν όμα σαν σαλάτα.

Χρειάζεται όμως προσοχή, μέτρο, γνώση και σύνεση. Τα βότανα δέν άντικαθιστούν τα φάρμακα, μπορούν μόνο να άνακουφίσουν άπό συνήθη συμπτώματα και να ένισχύσουν με φυσικό τρόπο την άμυνα του οργανισμού. Σε όρισμένες περιπτώσεις ένδέχεται να υπάρχουν άλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα ή βότανα και ιδίως εάν παίρνουμε κάποια φαρμακευτική άγωγή, καλό είναι να συμβουλευόμαστε το γιατρό μας.

Άυτά τα δώρα της ελληνικής φύσης μπορεί να συμβάλουν στην ύγεια, αλλά και στην ένθνηκή οικονομία. Σήμερα υπάρχει σημαντική ζήτηση για ελληνικά βότανα στο έξωτερικό, καθώς παρατηρείται μι άστροφή του καταναλωτικού κοινού σε πιο ύψηλα μοντέλα διατροφής. Το τσάι του βουνού με τα μοναδικά χαρακτηριστικά του, άνετα άνταγωνίζεται το πράσινο τσάι που κατακλύζει τα ράφια των καταστημάτων, όπως μοναδικά είναι και τα χαρακτηριστικά του δίκταμου και του φασκόμυλου.

Για πολλή λίγα προϊόντα, όπως ό κρόκος Κοζάνης, η μαστίχα Χίου, το τσάι βουνού της Βρύταινας, υπάρχει έδω και χρόνια οργανωμένη παραγωγή, τυποποίηση και διάθεση. Και αυτά παρ' όλων ότι τα άγρια βότανα είναι ποιοτικά άνώτερα, αλλά και τα καλλιεργημένα έχουν ένεργητικές ιδιότητες. Η άνταπόκριση στη ζήτηση είναι άκόμη μικρή, αν και έχουν ξεκινήσει κάποιες προσπάθειες καλλιέργειας ρίγανης, μέντας, βασιλικού, φασκόμυλου, μελισσόχορτου, δειντρολίβανου, λεβάντας, αλλά και για τσάι του βουνού, χαμομήλι και θυμάρι κυρίως στη Στερεά, τη Θεσσαλία και την Κεντρική Μακεδονία. 🍏

## Συνταγές με σουπες.

**Κωνσταντίνα Πάλλιου**, Κλινικός Διατροφολόγος  
- Διαιτολόγος MSc.

### Σούπα βελουτέ με ταχίνι και πλιγούρι.

(*Άκης Πετρετζίκης*)

#### Υλικά.

- 1 καρότο μεγάλο.
- 1 πράσο, το άσπρο μέρος του.
- 1 ντομάτα χωρίς φλούδα και σπόρους.
- 1 κρεμμύδι μέτριο.
- 1/4 από μία μέτρια σελινόριζα.
- 1 πατάτα μέτρια.
- 100 γρ. πλιγούρι.
- 60 γρ. ταχίνι.
- Ξύσμα από 1 λεμόνι και χυμό από 2.
- 1 κύβο ζωμό λαχανικών.
- 4 κλωνάρια θυμάρι, μόνο τα φύλλα ψιλοκομμένα.
- Άλατι, πιπέρι.

Μπούκοβο και σουσάμι για το σερβίρισμα (προαιρετικά.)

**Εκτέλεση:** Κόβουμε το καρότο, αφού το έχουμε καθαρίσει σε λεπτές κάθετες φέτες. Κόβουμε το πράσο σε φέτες πάχους 2 εκ. και τη ντομάτα σε κύβους. Τα ρίχνουμε όλα σε μία κατσαρόλα μαζί με τον κύβο λαχανικών, το θυμάρι και ρίχνουμε 1,5 λίτρο νερό. Βάζουμε την κατσαρόλα πάνω σε μέτρια προς δυνατή φωτιά και βράζουμε μέχρι να μαλακώσουν τα λαχανικά. Όταν βράσουν καλά, με μία κουτάλα παίρνουμε δόσεις από τη σούπα και ρίχνουμε μέσα σε ένα μικρό μπλέντερ και τα πολτοποιούμε και τα διαλύουμε τελείως. Κάθε δόση που ετοιμάζουμε την αδειάζουμε σε ένα μπόλ. Επιστρέφουμε το μείγμα με τα πολτοποιημένα λαχανικά στην κατσαρόλα και ρίχνουμε μέσα το πλιγούρι. Ανάβουμε πάλι το μάτι σε μέτρια φωτιά και σιγοβράζουμε για 15-20 λεπτά. Καλό θα ήταν να σκεπάσουμε με ένα καπάκι την κατσαρόλα. Μόλις βράσει και το πλιγούρι σβήνουμε το μάτι, αλατοπιπρώνουμε και ρίχνουμε και το ξύσμα λεμονιού. Στη συνέχεια σε ένα μπόλ ανακατεύουμε το ταχίνι με το χυμό λεμονιού και ρίχνουμε σιγά-σιγά με μία κουτάλα λίγο από τη σούπα μας μέσα στο μπόλ (όπως κάνουμε και με το αυγολέμονο). Αδειάζουμε το μείγμα του ταχινιού μέσα στην κατσαρόλα με τη σούπα και ανακατεύουμε με μία κουτάλα. Σερβίρουμε με μπουκόβο και λίγο καβουρδισμένο σουσάμι. Σε περίπτωση που η σούπα μας βγει πολύ πηχτή, προσθέτουμε λίγο νεράκι για να την αραιώσουμε.

Η συνταγή στο σύνολό της περιέχει:

Θερμίδες: 950      Πρωτεΐνες: 33 γρ.  
Λίπη: 35 γρ.      Υδατάνθρακες: 155 γρ.  
Χοληστερόλη: 0 χγρ.

### Σούπα με άρακά.

(*Άκης Πετρετζίκης*)

#### Υλικά.

- 1 κουτ. σούπας ελαιόλαδο.



- 1 κρεμμύδι, ψιλοκομμένο.
- 2 σκελίδες σκόρδο, ψιλοκομμένες.
- 3 κούπες ζωμό κοτόπουλου.
- 1/3 της κούπας φύλλα μέντας ή δυόσμο.
- 1 κιλό φρέσκα καθαρισμένα ή κατεψυγμένα μπιζέλια.
- Φύλλα κάρδαμου και ξέτρα ελαιόλαδο για σερβίρισμα.

**Εκτέλεση:** Ζεσταίνουμε το λάδι σε μια μεγάλη κατσαρόλα σε μέτρια-ύψηλη θερμότητα. Προσθέτουμε το κρεμμύδι και το σκόρδο. Μαγειρεύουμε, ανακατεύοντας συχνά, για 5 λεπτά ή μέχρι να μαλακώσει το κρεμμύδι. Προσθέτουμε το ζωμό και αφήνουμε να βράσει. Προσθέτουμε το δυόσμο και τα μπιζέλια. Καλύπτουμε με το καπάκι, αφήνουμε να φτάσουν σε σημείο βρασμού. Μαγειρεύουμε για 3 λεπτά ή μέχρι να μαλακώσουν τα μπιζέλια, αλλά το χρώμα τους να είναι έντονο πράσινο. Αφαιρούμε από τη φωτιά και άμεσα τη χτυπάμε μέσα στην κατσαρόλα με ένα ραβδομπλέντερ. Αλατοπιπρώνουμε. Σε περίπτωση που δεν έχουμε ραβδομπλέντερ μπορούμε να τη βάλουμε σε δόσεις και να τη χτυπήσουμε σε ένα κανονικό μπλέντερ. Όσο την αφήνουμε μέσα στη ζεστή κατσαρόλα ή σούπα μας θα χάσει το λαμπερό πράσινό της χρώμα. Οπότε σε αυτό το σημείο θέλει προσοχή και να δουλέψουμε όσο πιο γρήγορα μπορούμε. Με μια κουτάλα βάζουμε σε ατομικά μπόλ. Σερβίρουμε με ελαιόλαδο, πιπέρι και φύλλα κάρδαμου.

Η συνταγή στο σύνολό της περιέχει:

Θερμίδες: 1.000      Πρωτεΐνες: 58 γρ.  
Λίπη: 55 γρ.      Υδατάνθρακες: 77 γρ.  
Χοληστερόλη: 0 χγρ.

### Μαγειρίτσα για χορτοφάγους.

#### Υλικά.

- 1 κεσεδάκι φρέσκα μανιτάρια.
- 1 ματσάκι άνηθο.
- 1 ματσάκι κρεμμυδάκια φρέσκα.
- 1 κουταλιά της σούπας ρύζι.
- 2 αυγά.
- 1 λεμόνι.
- Άλατι, πιπέρι.

**Εκτέλεση:** Περνάμε τα μανιτάρια για λίγο από το

τηγάκι για να τὰ σωτάρουμε (προαιρετικά). Προσθέτουμε νεράκι και τὰ κρεμυδάκια ψιλοκομμένα σὲ ροδέλες. Μετὰ ἀπὸ 10 λεπτὰ προσθέτουμε καὶ τὸν ἄνηθο. Ὅταν τὰ ὑλικά αὐτὰ εἶναι σχεδὸν ἕτοιμα προσθέτουμε τὸ ρύζι. Χτυπάμε τὸ αὐγολέμονο καὶ ὅταν ἡ σουπα εἶναι ἕτοιμη τὸ προσθέτουμε μὲ τὸν γνωστὸ τρόπο.

Ἡ συνταγή στὸ σύνολό της περιέχει:

Θερμίδες: 680

Πρωτεΐνες: 30 γρ.

Λίπη: 15 γρ.

Ἵδρατάνθρακες: 112 γρ.

Χοληστερόλη: 420 χγρ.



# ασκηση - γυμναστική - σπορ

## Έπαναδιατυπώνοντας τους στόχους φυσικής δραστηριότητας για την υγεία.

**Άντωνης Χριστόδουλος, M.Sc., Ph.D., Διευθυντής Δημοτικού Σχολείου Πολυδενδρίου, Δ/νση Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Ανατολικής Αττικής.**

Το ανθρώπινο σώμα είναι προγραμματισμένο να κινείται και τα μεγάλα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, συμπεριλαμβανομένου του σκελετικού, του μυϊκού, του μεταβολικού, του κυκλοφορικού, δεν μπορούν να αναπυχθούν και να λειτουργήσουν σωστά, αν δεν υπάρχει συχνή και έπαρκής φυσική δραστηριότητα. Η συμβολή της φυσικής δραστηριότητας στην υγεία και την ποιότητα ζωής είναι γνωστή από την αρχαιότητα, και σήμερα έχει τεκμηριωθεί η ισχυρή αντίστροφη σχέση της με την καρδιαγγειακή θνητότητα και τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών/μεταβολικών παθήσεων, ως η στεφανιαία νόσος, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, το μεταβολικό σύνδρομο.

Σύμφωνα με τις διεθνείς συστάσεις για την υγεία, τα παιδιά θα πρέπει να είναι σωματικά δραστήρια τουλάχιστον για 60 λεπτά την ημέρα, ενώ οι ενήλικες να συμμετέχουν σε άσκηση μέτριας έντασης για 30 λεπτά/ημέρα, 5 ημέρες/έβδομάδα, ή σε δραστηριότητες υψηλής έντασης για 15 λεπτά/ημέρα, 5 ημέρες/έβδομάδα (βλ. πίνακα). Πρόσφατα διαπιστώθηκαν σημαντικά όφελη υγείας ακόμη και με μικρότερο εβδομαδιαίο χρόνο φυσικής δραστηριότητας (30 έως 60 λεπτά/έβδομάδα). Αυτό έχει ιδιαίτερη αξία για πρόσωπα, τα οποία λόγω της κλινικής τους εικόνας ή/και των συνοδών προβλημάτων υγείας δεν είναι σε θέση να ακολουθήσουν τις οδηγίες που αφορούν στο γενικό πληθυσμό σε σχέση με τη σωματική άσκηση, όπως π.χ. είναι οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Οι ασθενείς αυτοί θα μπορούσαν να βελτιώσουν την πρόγνυσή τους ακόμη και με 10-15 λεπτά καθημερινής φυσικής δραστηριότητας.

Συνεχώς κι επαναλαμβανόμενη έκθεση σε δραστηριότητες υψηλής φόρτισης, π.χ. τρέξιμο, άλματα, ιδιαίτερα κατά την εφηβεία, μπορεί να επιδράσει θετικά στην

οστική πυκνότητα και τη γεωμετρία του ισχίου, μειώνοντας την πιθανότητα των πτώσεων και των αναίτιων καταγμάτων του ισχίου στην ενήλικη ζωή. Επομένως, η σωματική άσκηση θα πρέπει να είναι συστηματική από την παιδική ηλικία, να διατηρείται στην ενήλικη ζωή και να περιλαμβάνει μεταξύ άλλων μορφές άσκησης που συμβάλλουν αποφασιστικά στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής οστικής πυκνότητας, στην αύξηση της μυϊκής δύναμης και στη βελτίωση της ικανότητας ισορροπίας.

Στα πρόσωπα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου απαιτείται εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου για να προσδιορισθεί ή συμμετοχή τους σε φυσική δραστηριότητα ή εξατομικευμένα προγράμματα άσκησης. Σε όρισμένες κατηγορίες ασθενών ενδέχεται να είναι απαραίτητη η άσκηση υπό επίβλεψη. Προσοχή χρειάζεται και για τα πρόσωπα που διαγνών καθιστική ζωή, επειδή πριν από τη συμμετοχή τους σε οποιαδήποτε δραστηριότητα ή οργανωμένη μορφή άσκησης, είναι απαραίτητο να υποβληθούν μεταξύ άλλων και σε εκτίμηση της ικανότητας για άσκηση, μέσω δοκιμασίας κόπωσης.

Συνοψίζοντας, οι τρέχουσες συστάσεις του Παγκόσμιου Όργανισμού Υγείας ενθαρρύνουν τον καθένα, ανεξάρτητα από την ηλικία ή την ικανότητα, να συμμετάσχει σε τακτική φυσική δραστηριότητα, εξασφαλίζοντας τη σωστή ανάπτυξη των οργανικών και ψυχικής υγείας σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το γεγονός ότι τα ελάχιστα απαιτούμενα επίπεδα σωματικής άσκησης, προκειμένου να έχει όφελη για την υγεία, φαίνεται πως μπορούν να επιτευχθούν εύκολα από την πλειοψηφία των ανθρώπων, με συμμετοχή σε δραστηριότητες μέτριας έντασης, όπως με ζωηρό βάδισμα ή παρόμοια δραστηριότητα, τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας. 🍏

**Πίνακας 1. Συστάσεις φυσικής δραστηριότητας για τη διατήρηση της υγείας.**

Ήλικία	5-17 ετη	18-64 ετη	Άνω των 65 ετών
<b>Συστάσεις</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 60 λεπτά/ημέρα σε δραστηριότητες μέτριας έως υψηλής έντασης.</li> <li>&gt; Περαιτέρω όφελη αναμένονται με δραστηριότητες &gt;60 λεπτά/ημέρα.</li> <li>&gt; Συνιστάται η εκτέλεση ασκήσεων ενδυνάμωσης μυών και οστών, 3 φορές/εβδομάδα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 150 λεπτά σε δραστηριότητες μέτριας έντασης ή 75 λεπτά σε δραστηριότητες υψηλής έντασης την εβδομάδα.</li> <li>&gt; Περαιτέρω όφελη αναμένονται με 300 λεπτά μέτριας έντασης ή με 150 λεπτά υψηλής έντασης την εβδομάδα.</li> <li>&gt; Συνιστάται η εκτέλεση ασκήσεων ενδυνάμωσης τουλάχιστον 2 φορές/εβδομάδα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Παρόμοια με τους ενήλικες 18-64 ετών, εφόσον είναι σωματικά ικανοί και οι συνθήκες το επιτρέπουν.</li> <li>&gt; *Ατομα με μειωμένη κινητικότητα θα πρέπει να εκτελούν ασκήσεις που βελτιώνουν την ισορροπία, 3 φορές/εβδομάδα, για την πρόληψη των πτώσεων.</li> <li>&gt; Συνιστάται η εκτέλεση ασκήσεων ενδυνάμωσης τουλάχιστον 2 φορές/εβδομάδα.</li> </ul>

## Συμπληρώματα διατροφής, καρδιαγγειακός κίνδυνος και θνητότητα: Νεότερα δεδομένα.

Δημήτριος Θ. Καραγιάννης, Τμήμα Διατροφής, Γ.Ν.Α. Ευαγγελισμός.

Η καρδιαγγειακή νόσος μαζί με τον καρκίνο αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Έκτός από τους κλασικούς μη τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου (ήλικία, φύλο, γενετική προδιάθεση κ.τ.λ.), σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν και άλλοι τροποποιήσιμοι παράγοντες, όπως η διατροφή και το κάπνισμα. Η διατροφή δρα μέσω αλλαγής στα επίπεδα διαφόρων βιοχημικών μορίων, δεικτών φλεγμονής και οξειδωτικού στρες, ενώ εμπλέκεται και στο μεταβολισμό της μεθειονίνης. Τα τελευταία χρόνια πληθαίνουν τα επιστημονικά στοιχεία σχετικά με την προστατευτική δράση που μπορεί να έχει στην υγεία μας η διαίτα. Και αυτό το καλό επειδή η διαίτα χαρακτηρίζεται από αυξημένη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και δημητριακών, μέτρια κατανάλωση ψαριών, μειωμένη πρόσληψη λιπών με έμφαση στα φυτικά έλαια και περιέχει χαμηλή ποσότητα κεκορεσμένων λιπαρών οξέων.

Επίσης, επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η μείωση εμφάνισης κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου έχουν μεγάλη συσχέτιση με μικρο- και μακροθρεπτικά στοιχεία της διαίτας και τις συνολικές διατροφικές συνήθειες. Τα εύρηματα αυτά σε συνδυασμό με στοιχεία *in vitro* και μελέτες σε ζώα έχουν δώσει ώθηση στη βιομηχανία παραγωγής συμπληρωμάτων διατροφής.

Η χρήση των συμπληρωμάτων διατροφής έχει αυξηθεί με την πάροδο των ετών παγκοσμίως, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες, όπως οι Ήνωμένες Πολιτείες. Με βάση την Έθνικη Μελέτη Διατροφής NHANES στις ΗΠΑ, η επικράτηση της χρήσης διατροφικών συμπληρωμάτων ήταν 28% στους άνδρες και 38% στις γυναίκες. Τα πιο πρόσφατα στοιχεία από τις ΗΠΑ δείχνουν ότι περίπου το ήμισυ του πληθυσμού και το 70% των ενηλίκων  $\geq 71$  ετών χρησιμοποιούν συμπληρώματα διατροφής. Στον Ευρωπαϊκό χώρο δεν υπάρχουν υψηλής ποιότητας δεδομένα και συγκρίσεις μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών.

Η Ευρωπαϊκή Προοπτική Μελέτη για τον Καρκίνο και τη Διατροφή, δείχνει ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην πρόσληψη συμπληρωμάτων διατροφής στην

Ευρώπη, με τη χρήση να κυμαίνεται από 2% στους άνδρες στην Ελλάδα μέχρι 66% των γυναικών στη Δανία. Συνολικά η χρήση συμπληρωμάτων διατροφής φαίνεται να είναι πιο διαδεδομένη στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης σε σχέση με τις χώρες του Νότου. Οι κοριάρ- κες μορφές συμπληρωμάτων που χρησιμοποιούνται

είναι οι πολυβιταμίνες και τα συμπληρώματα μεταλλικών στοιχείων και ιχνοστοιχείων, τα οποία αντιπροσωπεύουν περίπου το ένα τρίτο των πωλήσεων.

Τα αποτελέσματα από μετα-αναλύσεις τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών είναι αντιφατικά σχετικά με τα αποτελέσματα των συμπληρωμάτων διατροφής.

Μία από τις μεγαλύτερες αναλύσεις των διαθέσιμων στοιχείων έδειξε ότι η θεραπεία με βίτα-καροτένιο, βιταμίνη Α, βιταμίνη Ε μπορεί να αυξήσει την καρδιαγγειακή θνησιμότητα, ενώ τα συμπληρώματα βιταμίνης D φαίνεται να συνδέονται με μειωμένη θνησιμότητα. Τα συμπληρώματα βιταμινών του

σμπλέγματος Β φαίνεται να παρουσιάζουν σημαντική προστατευτική επίδραση στην πιθανότητα εμφάνισης εγκεφαλικού, αλλά δεν έχουν καμία επίδραση στη θνησιμότητα λόγω καρδιαγγειακής νόσου ή καρκίνου. Επίσης, η ήπια πρόσληψη ασβεστίου μέσω συμπληρωμάτων αυξάνει κατά πολύ τον κίνδυνο εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Τα Ω-3 λιπαρά οξέα είναι ίσως το πιο μελετημένο διατροφικό συμπλήρωμα: μέχρι πρόσφατα τα δεδομένα φαινόταν να υποστηρίζουν την ύπαρξη προστατευτικής επίδρασης στην καρδιαγγειακή νόσο. Ωστόσο, νεότερα δεδομένα από μεγάλες κλινικές μελέτες δείχνουν ότι δεν υπάρχει κάποια θετική επίδραση είτε στην πρωτογενή είτε στη δευτερογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Καταληκτικά, φαίνεται από τα διαθέσιμα δεδομένα, τα συμπληρώματα διατροφής δεν είναι αποτελεσματικά στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου και της θνησιμότητας, είτε σε υγιή είτε σε πάσχοντα άτομα.

Πιθανά αίτια είναι α) η ύπο ή υπερδοσολογία που χρησιμοποιείται στις έρευνες, β) οι προ-οξειδωτικές ιδιό-



ιπτες κάποιων αντιοξειδωτικῶν ὑπὸ συγκεκριμένες συν-  
θῆκες, γ) ἡ λανθασμένη ἐπιλογή δείγματος καὶ δ) οἱ δια-  
φορὲς στὴ φαρμακευτικὴ ἀγωγὴ σὲ πληθυσμοὺς μὲ ἤδη  
ἐγκατεστημένη καρδιαγγειακὴ νόσο. Ἄρα μὲ βάση τὰ  
μέχρι σήμερα δεδομένα μπορούμε νὰ διαπιστώσουμε ὅτι  
δὲν συνιστᾶται ἡ λήψη συμπληρωμάτων διατροφῆς γιὰ  
καρδιοπροστασία, ἐκτὸς ἂν κρίνει διαφορετικὰ ὁ θερά-  
πων καρδιολόγος σας. 🍏



## Τί είναι η ακμή, πού όφείλεται και πώς αντιμετώπιζεται;

Είναι μιá δερματοπάθεια πού όφείλεται σε έσωτερικούς ή έξωτερικούς παράγοντες. Συνήθως πλήττει τούς έφηβους, έπειδή τότε ξεκινά ή παραγωγή τών όρμονών, οί όποίες ρυθμίζουν τη λειτουργία τών σημηματογόνων αδένων και άρα την έκκριση σημηματος, ένω ό σημαντικότερος έσωτερικός παράγοντας είναι ή κληρονομικότητα. Όσον άφορά στους έξωτερικούς παράγοντες, εμφάνιση ακμής μπορεί να προκαλέσουν ή αύξημένη ύγρασία τού περιβάλλοντος, κάποια φαρμακευτική άγωγή ή έκθεση σε χημικές ουσίες, αλλά και άκατάλληλα καλλυντικά.

Τρεις είναι οί διαταραχές πού όδηγούν στην εμφάνιση τής ακμής. Ό υπερ-σημηματορροια, ή άπόφραξη τών πόρων τών σημηματογόνων αδένων και, ως συνέπεια αυτών, ό έκσεσημασμένος πολλαπλασιασμός μικροβίων, έκ τών όποιών προκύπτει φλεγμονή. Τά μικρόβια αυτά φυσιολογικά κατοικούν στο δέρμα μετά την έφηβεία με κυριότερο τó **προποκυανικό βακτηρίδιο** τής ακμής. Όρα ή ακμή δέν είναι μιá μόλυνση πού όφείλεται σε παθογόνα μικρόβια, π.χ. σταφυλόκοκκο.

Κλινικά βλέπουμε άρξικά αύξημένη λιπαρότητα τού δέρματος και μαύρα ή λευκά στίγματα, άνοιχτούς ή κλειστούς φαγέσωρες, αντίστοιχα, κατά τη δερματολογία. Στο έπόμενο στάδιο παρατηρούμε και κόκκινα σπυράκια με πύον-βλατιδοφυλκταινίδια και σε πιό βαριά ακμή με μεγαλύτερη φλεγμονή βαθεία σπυριά πού πονάνε-κύστεις ή όζίδια. Όνάλογα με τίς προεξάρχουσες βλάβες ή ακμή μπορεί να χαρακτηριστεί **φαγεσωρική, βλατιδοφυλκταινώδης και όζιδοκυτική**. Και άνάλογα με τόν άριθμό τών βλαβών πού υπάρχουν, ή ακμή χαρακτηρίζεται ως **ήπια, μέτρια ή σοβαρή**. Ό ακμή δέν παρουσιάζεται μόνο στο πρόσωπο, αλλά και στο στήθος, την πλάτη, τούς ώμους και τó λαιμό.

Τά τελευταία χρόνια όλο και πιό συχνά παρατηρείται μετεφηβική ακμή, ή όποία προσβάλλει κυρίως γυναίκες και ένοχοποιούνται όρμονικοί παράγοντες και ό σύγχρονος τρόπος ζωής μας με άγχος, μόλυνση, κάπνισμα, κακή διατροφή, ύπερβολική χρήση καλλυντικών. Τέλος είναι συχνό το φαινόμενο ένήλικες γυναίκες να εμφάνιζουν σπυράκια πριν άπό την έμμηνο ρύση.

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι έπιβαρυντικό ρόλο έχουν τρόφιμα, πού αυξάνουν άπότομα τη γλυκόζη τού

αίματος, όπως αυτά πού περιέχουν λευκή ζάχαρη και πολλά λιπαρά. Ός συνέπεια τής μεγάλης πρόσληψης σακχάρου, ό όργανισμός άναγκάζεται να έκκρινει μεγάλες ποσότητες ίνσουλίνης. Ό υπερίνσουλιναιμία τώρα κάνει την ακμή πιό φλεγμονώδη, δηλαδή προκαλεί περισσότερα και πιό έντονα σπυριά.

Ό υπάρχουν άρκετοί τρόποι αντιμετώπισης τής ακμής. Ό έγκαιρη θεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις πού μένουν σημάδια. Γι' αυτό καλό είναι να επισκέπτεσθε άμεσα τόν δερματολόγο σας, ό όποιος θα σας προτείνει την κατάλληλη άγωγή.

Στην ήπια ακμή προσπαθήστε να κρατάτε την έπιδερμίδα σας όσο πιό καθαρή γίνεται. Όποφύγετε προϊόντα πού κλείνουν τούς πόρους και έπιλέξτε **καλλυντικά** πού φέρουν την ένδειξη **«μη φαγεσωρώνες»**. Καθαρίστε τó πρόσωπό σας δύο φορές την ήμέρα με ειδικό σαπούνι και στη συνέχεια χρησιμοποιήστε τó πρωί ένα σημηματορρυθμιστικό δερμοκαλλυντικό και τó βράδυ μιá φαρμακευτική κρέμα, ειδική για ακμή πού θα σας προτείνει ό δερματολόγος σας. Οί κρέμες αυτές συνήθως περιέχουν άζελαϊκό όξύ, ύπεροξειδιο τού βενζολίου, ρετι-

νοειδή, τοπικά άντιβιοτικά ή συνδυασμούς αυτών.

Όνάλογα με τó μέγεθος και την αίτια τού προβλήματος, ό δερματολόγος μπορεί να σας προτείνει συμπληρωματική φαρμακευτική άγωγή με άντιβιοτικά ή αντισυλληπτικά, όταν συνυπάρχει όρμονικό πρόβλημα. Στη βαριά μορφής ακμή ή όταν δημιουργούνται ούλες, θεραπεία έκλογής είναι ή **ισοτρετινοίνη (παράγωγο τής βιταμίνης Α)**. Ό θεραπεία με την ίσοτρετινοίνη έφερε επανάσταση στην αντιμετώπιση τής ακμής. Πρόκειται για μιá άσφαλή θεραπεία όταν χορηγείται υπό ίατρική παρακολούθηση.

### Στό ίατρείο τού δερματολόγου.

Στη φαγεσωρική ακμή συνήθως κάνουμε καθαρισμό και διάνοξη τών φαγεσώρων. Ότσι άπεγκλωβίζεται τó φυλακισμένο σημηγμα και προλαμβάνεται ή δημιουργία φλεγμονωδών βλαβών - σπυριών με πύον. Τό άποτέλεσμα είναι άκόμα καλύτερο άν συνδυαστεί ό καθαρισμός με κάποιο peeling.

Στις περιπτώσεις πού υπάρχουν βλατιδοφυλκταινίδια peeling με AHA ή συνδυασμό A και BHA έχουν πολύ καλά άποτελέσματα είτε ως μονοθεραπεία είτε σε



συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή.

Σε περιπτώσεις που δεν ανταποκρίνονται οι πάσχοντες στη συμβατική αγωγή ή που δεν μπορούμε να χορηγήσουμε φάρμακα, τότε καινούριες τεχνολογίες προσφέρουν λύση. Υπάρχουν συσκευές που εκπέμπουν φως και συγκεκριμένα blue light και συστήματα lasers, όπως το V-beam και το Smooth-beam, τα οποία συχνά έχουν πολύ καλά αποτελέσματα με κλινική βελτίωση της ακμής. Τα κόκκινα σημαδάκια υποχωρούν σε σημαντικό βαθμό με V-beam laser. Οί ούλες μπορούν να βελτιω-

θούν με βαθύ χημικό peeling (τριχλωροξέικό οξύ/TCA), με εφαρμογή fractional lasers (CO2-fractional ή Erbium-fractional) και με την τεχνική του micro needling. Και στις τρεις αυτές μεθόδους ή μερική καταστροφή του δέρματος και ο τραυματισμός του οδηγούν στην αναγέννησή του. Καλύτερα βέβαια είναι να αναζητούμε άμεση θεραπεία για την ακμή και να προλαμβάνουμε την εμφάνιση ούλης. 🍏