

ΑΦΙΕΡΩΜΑ: 11 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ - ΗΜΕΡΑ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΑΦΙΕΡΩΜΕΝΗ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

# ΣΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ  
ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ  
**HELLENIC HEART FOUNDATION**



ΚΩΔΙΚΟΣ: 01-2510

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ  
ΤΕΛΟΣ  
Ταχ. Γραφείο  
ΚΕΜΠ, ΚΡ.  
Αριθμός Αδείας  
821



ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. Λεωφ. Βασ. Σοφίας 133, 115 21 Αθήνα  
ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ

Τιμή πώλησης 0,01€

## Άτμοσφαιρική ρύπανση και καρδιαγγειακά νοσήματα.

**Ήλιος Σανίδας**

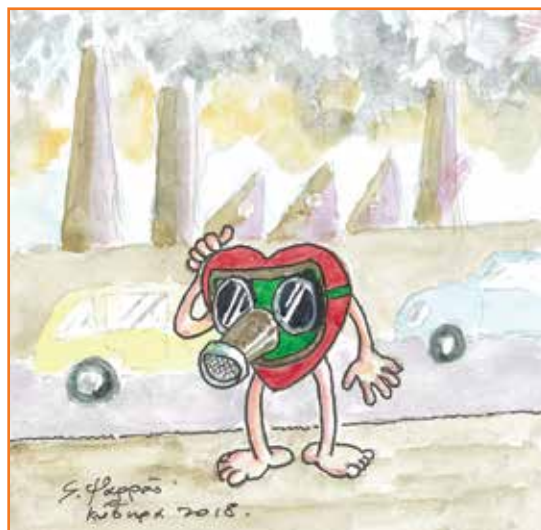
Έπαιμβατικός Καρδιολόγος, Έπιμελητής, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. "Λαϊκό".

**Η** άτμοσφαιρική ρύπανση αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα περιβαλλοντικά ζητήματα των ανεπτυγμένων χωρών με τις εμφανέστερες και άμεσότερες επιπτώσεις για τη δημόσια υγεία. Η οικονομική και βιομηχανική ανάπτυξη, καθώς και οι κλιματικές αλλαγές έχουν συμβάλει στην αύξηση της ρύπανσης, ή οποία ευθύνεται για περίπου 800.000 πρόωρους θανάτους ετησίως. Ειδικότερα σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, όπου οι συγκεντρώσεις των άτμοσφαιρικών ρύπων είναι ιδιαίτερες αυξημένες, θεωρείται ή 13η πιο συχνή αιτία θανάτων.

Δεδομένα από τη διεθνή βιβλιογραφία υπογραμμίζουν ότι ή συχνή έκθεση, ακόμη και σε χαμηλά επίπεδα άτμοσφαιρικής ρύπανσης, μπορεί να προκαλέσει σημαντική επιβάρυνση στην καρδιά, τόσο σε ύγιη άτομα όσο και σε άτομα που πάσχουν από άναπνευστικά ή/και καρδιαγγειακά νοσήματα.

### Ίστορική άναδρομή.

Η πρώτη μελέτη άναφορικά με την άτμοσφαιρική ρύπανση δημοσιεύτηκε τὸ 1872, κάνοντας λόγο για ιϊξινες βροχές. Άκολούθως, σοβαρά γεγονότα, που άποδόθηκαν στην άτμοσφαιρική ρύπανση, συνέβησαν κατά τή διάρκεια



του 20ου αϊώνα. Τὸ Δεκέμβριο του 1930, άτμοσφαιρικοί ρύποι από τὰ καυσάερια καμινάδων έγκλωβίστηκαν σε μία πυκνή όμίχλη και ένα τοξικό σύννεφο δημιουργήθηκε,

προκαλώντας 60 θανάτους στο Βέλγιο. Δύο δεκαετίες αργότερα, η συσσώρευση των βιομηχανικών ρύπων στην Πενσυλβάνια των ΗΠΑ προκάλεσε 20 θανάτους και 400 εισαγωγές σε νοσηλευτικά ιδρύματα. Όμοιος, το 1952 στο Λονδίνο, ο καπνός από τα τζάκια συνέβαλε στη δημιουργία αιθαλομίχλης, αυξάνοντας τις νοσηλείες κατά 48%. Ειδικότερα για τα αναπνευστικά νοσήματα ή παρατηρούμενη αύξηση άγγιξε το 163%. Έκτοτε, οι δυσμενείς επιπτώσεις της ατμοσφαιρικής ρύπανσης στην υγεία έχουν πολλαπλασιαστεί, προσβάλλοντας κατά κύριο λόγο το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα, με αυξημένα ποσοστά νοσηλείας και θανάτων.

### Όρισμός ατμοσφαιρικής ρύπανσης.

Ως ατμοσφαιρική ρύπανση ορίζεται η εισαγωγή στον αέρα των εξωτερικών, αλλά και των εσωτερικών χώρων, ουσιών (ρύπων) ικανών να μεταβάλουν τα φυσικά χαρακτηριστικά του. Η εξωτερική ατμοσφαιρική ρύπανση προέρχεται από τις εξελαίσεις των τροχοφόρων μέσων μεταφοράς, τα φουγάρα των εργοστασίων και άλλες βιομηχανικές εφαρμογές, την έναπόθεση σκουπιδιών στις χωματερές, τις κατασκευαστικές-κατεδαφιστικές δραστηριότητες, τις δασικές πυρκαγιές και τις έκρηξεις των ήφαιστίων. Πηγές ρύπανσης των εσωτερικών χώρων είναι τα στερεά καύσιμα που χρησιμοποιούνται στη θέρμανση και το μαγείρεμα, ή κακή λειτουργία των συστημάτων εξαερισμού, ή αεροστεγής κατασκευή των κτηρίων και το κάπνισμα.

Από τους κυριότερους ατμοσφαιρικούς ρύπους, και με τις δυσμενέστερες επιπτώσεις για την υγεία, θεωρούνται τα αιωρούμενα σωματίδια, το μέγεθος των οποίων ποικίλλει και κυμαίνεται από 0.1μm έως 10μm. Οι πηγές ρύπανσης δύνανται είτε να εκπέμπουν τα αιωρούμενα σωματίδια απευθείας στην ατμόσφαιρα, είτε να εκπέμπουν πρόδρομους ρύπους, όπως το διοξείδιο του θείου, τα οξείδια του άζωτου και τις πτηνικές οργανικές ενώσεις, οι οποίες μετασχηματίζονται σε αιωρούμενα σωματίδια.

### Οι επιπτώσεις της ατμοσφαιρικής ρύπανσης στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Οι ατμοσφαιρικοί ρύποι εισέρχονται στον οργανισμό, κυρίως μέσω του αναπνευστικού συστήματος. Οι μεγαλύτεροι σε διάμετρο ρύποι παγιδεύονται στο τραχειοβρογχικό δέντρο, άδυνατώντας να εισέλθουν στην κυκλοφορία του αίματος και, έπιμένοντας, δρουν στο καρδιαγγειακό σύστημα μέσω της άπελευθέρωσης προ-φλεγμονωδών διαμεσολα-

βητών-ουσιών. Αντιθέτως, οι μικρότεροι σε μέγεθος ρύποι εισέρχονται απευθείας στην κυκλοφορία του αίματος, επηρεάζοντας άμεσα το καρδιαγγειακό σύστημα.

Η ατμοσφαιρική ρύπανση δύναται να μεταβάλει την καρδιακή συχνότητα, τον καρδιακό ρυθμό, τον τόνο των αγγείων, την πήξη του αίματος και την αρτηριακή πίεση. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι μειώνει τα επίπεδα της «καλής» HDL χοληστερόλης, τροποποιώντας τη δομή της και μετατρέποντάς την σε προ-αθηρογόνο ή δυσλειτουργική.

Ο κίνδυνος των αρρυθμιών, άσταθους στηθάγχης και έμφραγματος του μυοκαρδίου είναι μεγαλύτερος σε πρόσωπα που εκτίθενται σε ύψηλές συγκεντρώσεις ατμοσφαιρικών ρύπων. Πρόσωπα που ζούν κοντά σε πολυσύχναστους και ρυπογόνους δρόμους, καθώς και εκείνοι που μένουν «κολλημένοι» στην κίνηση για αρκετή ώρα καθημερινά, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, έπειδή εκτίθενται σε τακτική βάση στους ρύπους των αυτοκινήτων.

Ο μηχανισμός πήξης του αίματος έندροχόμενος να επηρεαστεί, προδιαθέτοντας σε θρομβώσεις, και κυρίως σε έν τω βάθει φλεβοθρόμβωση. Τέλος, άσθενείς με καρδιακή άνεπάρκεια άπορρυθμίζονται πιο συχνά, με άποτέλεσμα να αυξάνονται τα ποσοστά νοσηλείας τους.

### Άρτηριακή υπέρταση.

Είναι έντυπωσιακό το γεγονός, ότι άκόμη και η βραχυχρόνια έκθεση στους ατμοσφαιρικούς ρύπους, τόσο στους έξωτερικούς όσο και στους έσωτερικούς χώρους, μπορεί να πυροδοτήσει ταχεία και σημαντική αύξηση της αρτηριακής πίεσης.

Η ρύπανση των έσωτερικών χώρων από την καύση ξύλων και άλλης βιομάζας (πέλετ) σε τζάκια και σόμπες για τη θέρμανση, άλλά και σε φούρνους για το μαγείρεμα, έχει ένοχοποιηθεί για την αύξηση της αρτηριακής πίεσης στις γυναίκες που άσχολούνται με το νοικοκυριό. Μεγαλύτερο κίνδυνο, ώστόσο, διατρέχουν οι γυναίκες άνω των 50 έτών σε σχέση με τις γυναίκες μικρότερης ηλικίας.

Έπιπρόσθετα, οι θόρυβοι που προέρχονται από άνθρωπινη δραστηριότητα επηρεάζουν δυσμενώς την υγεία της καρδιάς. Η ήχορύπανση, που δημιουργείται σε συνθήκες κυκλοφοριακής συμφόρησης, σε άεροδρόμια, κοντά σε γραμμές τρένων ή σε έπαγγελματικούς χώρους, φαίνεται ότι μπορεί να αυξήσει την αρτηριακή πίεση. Όστόσο, σε μεγαλύτερο κίνδυνο βρίσκονται άσθενείς με γνωστή

συνέχεια στη σελ. 86

### ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ:

Έλληνικό Έδρυμα Καρδιολογίας

Βασ. Σοφίας 133 - Τ. Κ. 115 21 Άθήνα

Τηλ.: (210) 6401477, 6450118, 6460522

Fax: (210) 6401478

E-mail: [elikar@elikar.gr](mailto:elikar@elikar.gr) <http://www.elikar.gr>

ΕΚΔΟΤΗΣ: Π. Τούτουζας

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Δ. Τούσουλης

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΥΛΗΣ: Γ. Γκουμάς

ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΥΛΗΣ: Β. Σπανός

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ: Alfa Grafico A.E.

Τηλ.: (210) 2314359, 2318113 - Fax: (210) 5738929

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: Γ. Άνδρικόπουλος, Γ. Γκουμάς,

Ι. Γουδέβενος, Κ. Θαμόπουλος, Γ. Κολοβού, Ι. Μπαρμπετσάς,

Ε. Παπαστεριάδης, Δ. Ρίχτερ, Β. Σπανός,

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Γ. Καλλιούπη, Μ. Πομόνη

Έπιτρέπεται η μερική ή όλική άναδημοσίευση άρθρων του περιοδικού άρκεί να άναφέρεται η πηγή τους.

## Κολπική μαρμαρυγή – συχνά έρωτήματα με δύσκολες απαντήσεις.

Άλέξανδρος Συκιώτης

Έπιμελητής Α΄, Τμήμα Ήλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδοτών, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center

**Η** κολπική μαρμαρυγή, ή συχνότερη καρδιακή άρρυθμία, είναι ό χαστικός και ένιοτε γρήγορος καρδιακός ρυθμός, που αύξάνει τον κίνδυνο έκδήλωσης άγγειακού έγκεφαλικού έπεισοδίου, καρδιακής ανεπάρκειας και άλλων καρδιολογικής φύσεως έπιπλοκών.

Κατά τη διάρκεια της οί κόλποι τής καρδιάς συστέλλονται χαοτικά, άρρυθμα και κυρίως χωρίς συγχρονισμό με τις κοιλίες. Τα παραπάνω έχουν ώς έπακόλουθο τήν έκδήλωση ποικίλων συμπτωμάτων, με κυριότερα τò άίσθημα παλμών, τή δυσκολία τής άναπνοής και τήν εύκολη κόπωση.

Τά έπεισόδια τής μαρμαρυγής, μπορούν να έχουν παροδικό χαρακτήρα. Συχνά όμως, δέν τερματίζονται αυτόματα, άπαιτώντας είδική θεραπεία και έπείγουσα ίατρική παρέμβαση.

Ή πιò συχνή και άπειλητική έπιπλοκή της είναι ή δημιουργία θρόμβων στίς καρδιακές κοιλότητες, που μπορούν, μέσω τής αίματικής κυκλοφορίας, να προκαλέσουν ίσχαμία, δηλαδή μείωση τής ροής αίματος πρòς κάποιο όργανο τού σώματος. Οί θεραπευτικές έπιλογές περιλαμβάνουν τή φαρμακευτική άγωγή και τήν έπεμβατική άντιμετώπισή της, που στοχεύουν στήν τροποποίηση τής ήλεκτρικής λειτουργίας τού μυοκαρδίου.

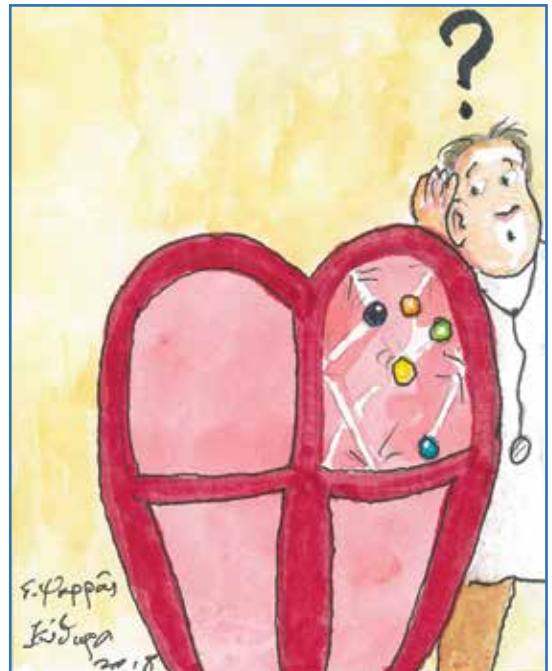
### Τί είναι ή κολπική μαρμαρυγή;

Ή καρδιά, άποτελείται άπό 4 κοιλότητες, 2 κόλπους και 2 κοιλίες. Στο άνωτερο σημείο τού δεξιού κόλπου ύπάρχει ένα σύνολο κυτάρων, που όνομάζεται φλεβόκομβος, που ώς γεννήτρια ρεύματος παράγει τò έρέθισμα για τήν έναρξη κάθε καρδιακής συστολής. Φυσιολογικά, κάθε τέτοιο έρέθισμα όδηγείται μέσω ένòς σύμπλοκου ήλεκτρικού δικτύου (κολποκοιλιακός κόμβος) στίς κοιλίες, που συστέλλονται και έξασφαλίζουν τήν παροχή αίματος στο ύπόλοιπο σώμα.

Στήν κολπική μαρμαρυγή, οί κόλποι έμφανίζουν μη όργανωμένη και χαοτική ήλεκτρική δραστηριότητα. Ή κολποκοιλιακός κόμβος προσπαθεί να έλέγξει τήν άπότομη αύξηση τών έρεθισμάτων ώς ένα φίλτρο προστασίας τών κοιλιών. Τα έρεθίσματα, που τελικά άγονται πρòς τις κοιλίες, έχουν ώς άποτέλεσμα τήν έκδήλωση τής γρήγορης και άρρυθμης ταχυκαρδίας, που όνομάζεται κολπική μαρμαρυγή. Τò εύρος τών παλμών έξαρτάται άπό πολλούς παράγοντες και κυμαίνεται συνήθως άπό 80-175 σφύξεις τò λεπτό.

### Συμπτώματα.

Μερικοί άσθενείς (σε ποσοστό 20%) δέν αναφέρουν



είδική συμπτωματολογία και δέν γνωρίζουν πòς πάσχουν άπό τή συγκεκριμένη άρρυθμία, προτού τήν ανακαλύψουν στα πλαίσια τυχαίας έξέτασης. Άντίθετα, εκείνοι που βιώνουν τὰ συμπτώματα αναφέρουν τὰ έξής:

- Άίσθημα παλμών.
- Άδυναμία.
- Εύκολη κόπωση.
- Ζάλη.
- Δυσκολία στήν άναπνοή.
- Θωρακικός πόνος.

### Τύποι μαρμαρυγής.

Ή άρρυθμία ταξινομείται ανάλογα με τή διάρκεια, τήν άνάγκη ίατρικής παρέμβασης και τή συνοδό συμπτωματολογία σε 4 τύπους.

- **Παροξυσμική.** Διάρκει άπό λίγα λεπτά έως 7 ήμερες και σταματάει (άνατάσσεται) άπό μόνη της, χωρίς φαρμακευτική άγωγή ή άλλη παρέμβαση.
- **Έμμένουσα.** Ή ρυθμός δέν επανέρχεται στο φυσιολογικό χωρίς ίατρική παρέμβαση.

- **Άπο μακροῦ ἐμμένουσα.** Ἡ ἀρρυθμία εἶναι συνεχῆς καὶ διαρκεῖ περισσότερο ἀπὸ 12 μῆνες.
- **Μόνιμη.** Στὸν τύπο αὐτὸ ὁ ἄσθενής, σὲ συνεννόηση μὲ τὸν ἰατρὸ ἀποδέχονται τὴν ἀδυναμία ἐπαναφορᾶς τοῦ φυσιολογικοῦ καρδιακοῦ ρυθμοῦ καὶ στοχεύουν μόνο στὴ χορήγηση φαρμακευτικῆς ἀγωγῆς γιὰ τὸν ἔλεγχο τῶν συμπτωμάτων.

### Πιθανές αἰτίες τῆς ἀρρυθμίας.

Εἰδικὰ σὲ ἄσθενεῖς μικρῆς ἡλικίας, δὲν ἀνακαλύπτουμε συχνὰ κάποια σχετιζόμενη καρδιακὴ ἢ ἐξωκαρδιακὴ πάθηση ποῦ νὰ θεωρεῖται πυροδότης τῆς ἀρρυθμίας, ἀκόμη καὶ μετὰ ἀπὸ ἐνδελεχῆ κλινικὸ καὶ ἀπεικονιστικὸ ἔλεγχο.

Ἡ ἡλικία καὶ τὸ θετικὸ οἰκογενειακὸ ἱστορικὸ, ἔχουν συσχετιστῆ μὲ αὐξημένο κίνδυνο ἐκδήλωσης κολπικῆς μαρμαρυγῆς.

Σὲ ἄλλες περιπτώσεις πιθανὰ συνυπάρχοντα νοσήματα εἶναι τὰ παρακάτω:

- Ἀρτηριακὴ ὑπέρταση.
- Σακχαρώδης διαβήτης.
- Μυοκαρδιοπάθειες.
- Στεφανιαία νόσος.
- Δυσλειτουργία τῶν καρδιακῶν βαλβίδων.
- Θυρεοειδοπάθειες.
- Παθήσεις τῶν πνευμόνων.
- Προηγούμενη καρδιοχειρουργικὴ ἐπέμβαση.
- Νεφρικές νόσοι.
- Σύνδρομο ὑπνικῆς ἄπνοιας.
- Παχυσαρκία.

### Ἐπιπλοκές.

Ἡ πιὸ συχνὴ καὶ ἀπειλητικὴ ἐπιπλοκὴ εἶναι ἡ ἐκδήλωση ἰσχαιμικοῦ ἀγγειακοῦ ἐγκεφαλικοῦ ἐπεισοδίου. Ὁ ἀνοργάνωτος καρδιακὸς ρυθμὸς εὐδώνει τὴν ἀνάπτυξη θρόμβων, ποῦ μποροῦν νὰ ἀποσπαστοῦν ἀπὸ τὸ μυοκάρδιο καὶ νὰ ἀποφράξουν τὴν ἐγκεφαλικὴ αἱματικὴ ροή. Τὰ σχετιζόμενα μὲ μαρμαρυγὴ ἐγκεφαλικά ἐπεισόδια εἶναι τὰ πλέον ἐκτεταμένα καὶ μποροῦν νὰ προκαλέσουν ἀναπηρία. Ὁ κίνδυνος αὐτὸς μπορεῖ νὰ υπολογιστῆ μὲσφ εἰδικῶν ἀλγορίθμων, ποῦ προσμετροῦν τὴν ἡλικία καὶ συνυπάρχοντα νοσήματα καὶ τὸ κυριότερο μπορεῖ νὰ μετριάσῃ μὲ τὴν χρῆση εἰδικῶν ἀντιπηκτικῶν φαρμάκων, ποῦ μειώνουν ἀποτελεσματικὰ τὴ γένεση τῶν θρόμβων.

Ἐπίσης, ὅταν ἡ ἀρρυθμία δὲν ἐλέγχεται ἀποτελεσματικὰ, μπορεῖ νὰ ὀδηγήσει σὲ ἐκδήλωση καρδιακῆς ἀνεπάρκειας. Στὴν περίπτωσή αὐτῆ, τὸ μυοκάρδιο ἀδυνατεῖ νὰ ἀντλήσει καὶ νὰ ἐξωθήσει τὴν ἀναγκαία ποσότητα αἵματος γιὰ τὴν κάλυψη τῶν μεταβολικῶν ἀναγκῶν τοῦ σώματος.

### Διάγνωση.

Ἡ ἀσφαλὴς διάγνωση εἶναι προϋπόθεση τόσο γιὰ τὴν ἀντιμετώπιση, ὅσο καὶ γιὰ τὴ λήψη σωστῆς ἱατρικῆς συμβουλῆς. Ὁ ἰατρός, ἐκτὸς ἀπὸ τὴ λεπτομερῆ λήψη ἱστορικοῦ καὶ τὴ φυσικὴ ἐξέταση, στηρίζεται καὶ σὲ ἀπεικονιστικὲς ἐξετάσεις, προκειμένου νὰ διασφαλίσῃ τὴν ἔγκαιρη καὶ ἔγκυρη διάγνωση.

- ΗΚΓγράφημα. Ἀποτελεῖ τὴν πιὸ εἰδικὴ ἐξέταση διάγνωσης,

καθὼς καταγράφει ἄμεσα τὸν καρδιακὸ ρυθμὸ.

- 24ωρη περιπατητικὴ ΗΚΓγραφία (Holter monitor). Καταγράφει τὸν ρυθμὸ γιὰ 24 ὥρες τουλάχιστον, ἐνῶ μπορεῖ νὰ ἐπεκταθεῖ καὶ πλεόν τῶν 24 ὥρων, ἀνάλογα μὲ τὴν κλινικὴ ὑπόψια καὶ τὸ ἱστορικὸ. Ἐπιπλέον, δίνει πληροφορίες γιὰ συνυπάρχουσες ἀρρυθμίες.

• Συσκευὲς μακροχρόνιας παρακολούθησης. Σὲ ἄσθενεῖς ποῦ ὑπάρχει ἰσχυρὴ ὑπόψια ὑπαρξῆς τῆς ἀρρυθμίας, ποῦ θὰ ἐπηρεάσει τὶς θεραπευτικὲς μας ἐπιλογές, ἔχουμε τὴ δυνατότητα καταγραφῆς τοῦ ρυθμοῦ γιὰ μεγαλύτερο χρονικὸ διάστημα.

• Ὑπερηχογράφημα καρδιάς. Δίνει χρήσιμες πληροφορίες γιὰ τὴ δομικὴ κατάσταση τοῦ μυοκαρδίου. Εἰδικοί δέικτες μποροῦν νὰ τροποποιήσουν τοὺς θεραπευτικὸς στόχους.

### Θεραπευτικὲς ἐπιλογές.

Ἡ ἀντιμετώπιση τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς ἀπαιτεῖ τὴν ὀλισθητικὴ προσέγγιση τοῦ ἄσθενους, τὴν ὀρθὴ καὶ ἀντικειμενικὴ ἐνημέρωσή του καὶ ἐξαρτᾶται ἀπὸ πολλὰς παραμέτρους. Ἡ ἡλικία, ὁ τύπος καὶ τὰ συμπτώματα, ποῦ αὐτὴ προκαλεῖ, καθὼς καὶ τὰ συνυπάρχοντα νοσήματα, διαδραματίζουν κεντρικὸ ρόλο στὴ λήψη τῆς ἀπόφασης. Γενικά, δύο εἶναι οἱ κύριοι στόχοι:

#### 1. Ἐπαναφορὰ τοῦ φυσιολογικοῦ ρυθμοῦ. Ἐλεγχος καρδιακῆς συχνότητας.

Ἰδανικά, ἡ ἐπαναφορὰ τοῦ φυσιολογικοῦ ρυθμοῦ εἶναι ὁ κύριος στόχος. Αὐτὸ μπορεῖ νὰ ἐπιτευχθεῖ εἴτε μὲ φάρμακα εἴτε μὲ ἠλεκτρικὴ, ὅπως λέγεται, ἀνάταξη. Στὴν τελευταία, μετὰ ἀπὸ ὑπνωση τοῦ ἄσθενους μὲ τὴ χορήγηση εἰδικῶν φαρμάκων, ἐπιχειρεῖται μὲ τὴ χορήγηση ἠλεκτρισμοῦ, μὲσφ καλωδίων στὸ θώρακα, ἡ διακοπὴ τῆς ἀρρυθμίας.

Στὴν περίπτωσή χορήγησης ἀνταρρυθμικῶν φαρμάκων, ὁ ἄσθενής ἐνημερώνεται πλήρως γιὰ δυνητικὲς παρενέργειες αὐτῶν καὶ μὲ συγκεκριμένα δοσολογικὰ σχήματα, στοχεύουμε στὸν ἔλεγχο τῆς ἀρρυθμίας. Ἄν ἡ διατήρηση τοῦ καρδιακοῦ ρυθμοῦ δὲν εἶναι ἐφικτὴ, συστήνουμε φάρμακα γιὰ τὴ μείωση τῆς καρδιακῆς συχνότητας στὴ διάρκειά τῆς ἀρρυθμίας, ἐφόσον αὐτὰ εἶναι ἀνεκτά. Ἡ ἀποτελεσματικότητα τῶν φαρμάκων δὲν ξεπερνᾶ τὸ 40%.

Στὶς ἡμέρες μας ὀλοένα ἐξελίσσεται ἡ ἐπεμβατικὴ ἀντιμετώπιση τῆς ἀρρυθμίας, ἡ περίφημη κατάλυση (ablation) τῆς κολπικῆς μαρμαρυγῆς. Μὲ τὴ χρῆση εἰδικῶν ἐνδοαγγειακῶν καθετήρων, ποῦ χρησιμοποιοῦν εἴτε ἐνέργεια ραδιοσυχνότητας εἴτε κρουσηγία, γίνεται προσπάθεια ἀπομόνωσης ἐστῶν, ποῦ ἔχει ἀποδειχθεῖ πὼς προοδοτοῦν τὴ μαρμαρυγὴ. Οἱ ἐστῆες αὐτὲς βρίσκονται στὶς πνευμονικὲς φλέβες, ἀγγεῖα ποῦ ἐκβάλλουν στὸν ἀριστερὸ κόλπο τῆς καρδιάς. Ἡ ἐπιτυχὴς κατάλυση ἀπομονώνει τὶς πνευμονικὲς φλέβες ἀπὸ τὸν ἀριστερὸ κόλπο καὶ πιστεύεται πὼς ὀδηγεῖ τόσο στὴν ἀποτροπὴ τῆς ἐπανεμφάνισης τῆς μαρμαρυγῆς, ὅσο καὶ στὴν τροποποίηση τῶν ἠλεκτρικῶν ἰδιοτήτων τοῦ μυοκαρδίου. Ἡ ἐπιτυχία τῆς ἐπέμβασης κρίνεται σὲ ἓνα χρονικὸ διάστημα 2 περίπου μηνῶν μετὰ καὶ κυμαίνεται, στὴ διεθνή βιβλιογραφία, μετὰξὺ τοῦ 70-75%.



## Τροχαΐα ατυχήματα με παιδιά.

Σπυριδούλα Παπανικολάου, MSc

Νοσηλεύτρια Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ύγείας (Π.Φ.Υ.)

Σύμφωνα με τη Γενική Συνέλευση του Όργανισμού Ήνωμένων Έθνών (Ο.Η.Ε.), πάνω από 186.000 παιδιά χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο από τροχαΐα ατυχήματα, ενώ υπάρχουν χιλιάδες άλλα που τραυματίζονται σοβαρά. Τα στοιχεία του Παγκόσμιου Όργανισμού Ύγείας (Π.Ο.Υ) δείχνουν ότι οι τραυματισμοί από τροχαΐα συγκαταλέγονται ανάμεσα στις 4 πρώτες αιτίες παιδικής θνησιμότητας για ηλικίες άνω των 5 ετών, ενώ είναι η πρώτη αίτια θνησιμότητας για ηλικίες 14-17 ετών.

Ο Π.Ο.Υ., βασιμμένος στα στοιχεία που προαναφέρθηκαν διαμόρφωσε οδηγίες προς την κατεύθυνση αυτή, με τίτλο: «Οί 10 Στρατηγικές για την ασφάλεια των παιδιών στο δρόμο».

Σημαντικό είναι, στο πλαίσιο των εν λόγω στρατηγικών του Π.Ο.Υ., να δοθεί έμφαση στη διαμόρφωση ασφαλών οδικών δικτύων και λοιπών υποδομών, που σχετίζονται με σχολικές μονάδες, με χώρους εμπορικής χρήσης (καταστήματα, εμπορικά κέντρα, λαϊκές αγορές, κ.λπ.), πλατείες, πεζόδρομους, παιδικές χαρές, παραλίες (πλάζ, άναψυκτήρια, ανοικτούς παιδότοπους), χώρων άναψυχής κ.ά., όπου ή αυξημένη κίνηση πεζών, καταναλωτών, παραθεριστών οδηγεί στην αύξηση των ατυχημάτων. Είναι απαραίτητο να δίνεται έμφαση στην απαγόρευση χρήσης κινητών τηλεφώνων, φορητών συσκευών μουσικής με χρήση ακουστικών κατά την οδήγηση, καθώς και αντίστοιχη άποφυγή χρήσης αυτών από παιδιά και ενήλικους πεζούς, γεγονός που ελαττώνει την προσοχή και την έγρηγορη για την αντιμετώπιση των κινδύνων. Ιδιαίτερα, τονίζεται, η σημασία της προσεκτικής οδικής συμπεριφοράς οδηγών και πεζών, σε περιοχές που είναι άγνωστες, π.χ. προορισμοί διακοπών, όπου φυσικά, τεχνητά και άλλα εμπόδια, που αποτελούν ανθρώπινα δημιουργήματα, έγερουν σοβαρούς κινδύνους ασφάλειας. Έπιτακτική είναι ή χρήση κατάλληλων ένδυμάτων, που άναδεικνύουν την παρουσία των όδοιπόρων κατά τις νυχτερινές ώρες, ώστε αυτοί να άνιχνεύονται έγκαιρως από τους οδηγούς.

Η άναφορά των Στρατηγικών του Π.Ο.Υ. γίνεται στις ακόλουθες παραμέτρους:

**1.** Έλεγχος ταχύτητας. Άποτελεί καθοριστικό παράγοντα κινδύνου, κυρίως στα θανατηφόρα τροχαΐα ατυχήματα. Συνεπώς, συνιστάται μείωση τής ταχύτητας σε δρόμους κοντά σε σχολεία και κατοικίες, έπιβάλλοντας κατάλληλα όρια ταχύτητας (30 χλμ/ώρα), φωτεινούς σηματοδότες, κυκλικούς κόμβους και "σαμαράκια".

**2.** Περιορισμός τής οδήγησης υπό την έπιρεια άλκοόλ.



Ένας μεγάλος κίνδυνος για τα παιδιά, ως πεζοί, για ποδηλάτες αλλά και έπιβάτες είναι όταν οι όδηγοί είναι υπό την έπιρεια του άλκοόλ. Η κατανάλωση άλκοόλ αυξάνει όχι μόνο την πιθανότητα οδικού ατυχήματος, αλλά και την πιθανότητα τόν λόγω άτυχημα να καταλήξει σε θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό. Κατά συνέπεια, συνιστάται μείωση των έπιτρεπόμενων όριων οίνοπνεύματος στον οργανισμό κατά την οδήγηση, αυστηρότερο νομοθετικό πλαίσιο και ένισχυση των έλέγχων.

**3.** Χρήση προστατευτικού κράνους για ποδηλάτες και μοτοσικλετιστές. Για τα παιδιά ποδηλάτες, ή χρήση προστατευτικού κράνους είναι ή πιο άποτελεσματική μέθοδος μείωσης του κινδύνου κρανιακών κακώσεων. Άντίστοιχα, για τους μοτοσικλετιστές, ή κατάλληλη χρήση κράνους μειώνει τόν κίνδυνο θανάτου κατά 40% και τόν κίνδυνο σοβαρού τραυματισμού στο κεφάλι κατά 70%. Έπομένως, προτείνεται ή έπιβολή και ή άυστηρή έφαρμογή κανόνων για τη χρήση κατάλληλου προστατευτικού κράνους άνά ήλικιακή όμάδα, ή έφαρμογή διεθνώς άναγνωρισμένων κατασκευαστικών προτύπων που διασφαλίζουν την ασφάλεια των παιδιών, ή έκπαίδευση των γονέων σχετικά με τη χρήση κράνους και ή ένισχυση τής διαθεσιμότητας και τής πρόσβασης (μέσω

οικονομικής ενίσχυσης) στον κατάλληλο εξοπλισμό.

**4.** Χρήση κατάλληλων συστημάτων ασφαλείας για παιδιά στο αυτοκίνητο. Για καλύτερη προστασία των παιδιών στο αυτοκίνητο συνιστάται η χρήση ειδικών παιδικών καθισμάτων και ζωνών ασφαλείας και η σχετική ενημέρωση-ευαισθητοποίηση, καθώς και εκπαίδευση των γονέων για το θέμα αυτό.

**5.** Ενίσχυση τής ορατότητας των παιδιών, αλλά και τής αναγνώρισής τους από τους οδηγούς. Η σχετικά μικρή σωματική διάπλαση των παιδιών τά καθιστά εύαλτα σε τροχαίες συγκρούσεις, καθώς συχνά δυσκολεύονται να δουν στο δρόμο, αλλά και να γίνονται αντιληπτά από διερχόμενους οδηγούς. Για το λόγο αυτό συνιστώνται μέτρα βελτίωσης τής ορατότητας, όπως χρήση αντανακλαστικών ταινιών, ανοιχτόχρωμη ένδυμασία, χρήση προβολέων σε ποδηλάτα και βελτίωση του φωτισμού των δρόμων.

**6.** Βελτίωση οδικών υποδομών. Παραδοσιακά, οι οδικές όδοι κατασκευάστηκαν πρωτίστως με γνώμονα την εξυπηρέτηση και την απόρροση κυκλοφορία μηχανοκίνητων οχημάτων, χωρίς ιδιαίτερη φροντίδα για τις ανάγκες των πεζών, αλλά και γενικότερα τις ανάγκες των κοινοτήτων τις οποίες διασχίζουν. Κατά συνέπεια είναι αναγκαίες οι τροποποιήσεις, όπως η εγκατάσταση «φυσικών» μέτρων (π.χ. φωτεινοί σηματοδότες, κυκλικοί κόμβοι κ.τ.λ.), ο διαχωρισμός των διαφορετικών χρήσεων κυκλοφορίας (π.χ. δημιουργία ποδηλατοδρόμων, ανύψωση των πεζοδρομίων για καλύτερη προστασία των πεζών και εγκατάσταση διαχωριστικών νησίδων μεταξύ αντίθετων ρευμάτων κυκλοφορίας), ή καθιέρωση ειδικών ζωνών κυκλοφορίας κοντά σε σχολεία, με χαμηλά όρια ταχύτητας και ειδικά σημεία διέλευσης πεζών, και η επένδυση σε ασφαλή μέσα μαζικής μεταφοράς.

**7.** Κατάλληλος σχεδιασμός οχημάτων. Ο βέλτιστος σχεδιασμός οχημάτων και η χρήση ειδικών υλικών και συστημάτων ασφαλείας μπορούν να ενισχύσουν την ασφάλεια των παιδιών τόσο εντός όσο και εκτός οχήματος, αλλά και να συμβάλουν στην ασφάλεια ποδηλατών και μοτοσικλετιστών. Ένδεικτικά, αναφέρεται η εγκατάσταση συστήματος με κάμερες και ανιχνευτές για τον έντοπισμό μικρών αντικειμένων και η κατασκευή άμαξωμάτων με υψηλή ικανότητα απορρόφησης ενέργειας κατά την πρόσκρουση.

**8.** Μείωση κινδύνων για νέους οδηγούς. Οι νέοι, άπειροι οδηγοί αντιπροσωπεύουν ένα μεγάλο αριθμό στις τροχαίες συγκρούσεις παγκοσμίως. Σε αυτό το γεγονός συμβάλλουν παράγοντες όπως η υπερβολική ταχύτητα, η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών και η χρήση κινητών τηλεφώνων κατά την οδήγηση. Έτσι, προτείνεται ένα αυστηρότερο νομοθετικό πλαίσιο, π.χ. αυστηρή εφαρμογή του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας με μηδενική ανοχή σε παραβάσεις, αλλά και η εφαρμογή προγραμμάτων ειδικά για άπειρους οδηγούς, κατά τη διάρκεια των οποίων, οι νέοι οδηγοί αποκτούν σταδιακά και μέσω παρακολούθησης πλήρη pronόμια οδήγησης.

**9.** Παροχή κατάλληλης φροντίδας σε τραυματισμένα παιδιά. Η ενίσχυση τής υγειονομικής περίθαλψης και των υπηρεσιών αποκατάστασης, αποτελεί γενικότερα την πιο αποτελεσματική προσέγγιση για την καλύτερη αποκατάσταση των τραυματιών από τις τροχαίες συγκρούσεις. Πα-

ράλληλα, όμως, προτείνονται στοχευμένα μέτρα για την καλύτερη διαχείριση και αποκατάσταση τραυματισμένων παιδιών, όπως η εκπαίδευση γονέων και εκπαιδευτικών στην παροχή πρώτων βοηθειών, στον εξοπλισμό άσθενοφόρων με ιατροφαρμακευτικό υλικό κατάλληλο και για παιδιά, στην παροχή ειδικών παιδιατρικών υπηρεσιών αποκατάστασης, στην ενίσχυση τής πρόσβασης σε ειδικές υπηρεσίες συμβουλευτικής για τη διαχείριση τυχόν ψυχολογικών προβλημάτων, που προκάλεσε ο τραυματισμός.

**10.** Έπιβλεψη παιδιών κοντά σε δρόμους. Δεδομένου ότι τα μικρά παιδιά έχουν περιορισμένη ικανότητα αξιολόγησης κινδύνου, ο έμποπτικός ρόλος των γονέων και των κηδεμόνων γενικότερα είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την ασφάλεια των παιδιών, κυρίως σε πολύπλοκους οδικούς χώρους. Γεγονός είναι, ότι η έπoptεία δεν μπορεί να αντικαταστήσει τα προαναφερόμενα μέτρα, μπορεί όμως να επιδράσει συμπληρωματικά και να ενισχύσει την αποτελεσματικότητά τους. ☉

► συνέχεια από τη σελ. 81

καρδιαγγειακή νόσο, άνδρες, καθώς και όσοι εκτίθενται σε θόρυβο πάνω από 55dB, όπως το κουδούνισμα του τηλεφώνου (ήχος έντασης περίπου 80dB).

Είναι έντυπωσιακό, ότι η έκθεση σε δυνατούς θορύβους τη νύχτα συμβάλλει περισσότερο στην εκδήλωση αρτηριακής υπέρτασης συγκριτικά με την ημέρα. Ύπο φυσιολογικές συνθήκες κατά τη διάρκεια τής νύχτας, παρατηρείται μείωση τής ΑΠ (dipping). Όστόσο, σε συνθήκες ήχορρύπανσης προκαλούνται διαταραχές ύπνου, καταργώντας το φυσιολογικό dipping. Η έκθεση σε θορύβους κατά τη διάρκεια του βραδινού ύπνου, όπως ο ήχος που προκαλείται από το βηματισμό των ένοικων του διαμερίσματος του επάνω όρόφου μίας πολυκατοικίας, μπορεί να αυξήσει τη συστολική και τη διαστολική αρτηριακή πίεση κατά 5-7mmHg και 3-7mmHg, αντίστοιχα, εφόσον βέβαια ξεπερνά το όριο των 55dB.

### Όμάδες υψηλού κινδύνου.

Οί ηλικιωμένοι και τα πρόσωπα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου είναι πιο έπιρρεπείς στην εκδήλωση καρδιαγγειακής νόσου, λόγω τής έκθεσης στην άτμοσφαιρική ρύπανση. Άσθενείς με χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια και σακχαρώδη διαβήτη διατρέχουν, επίσης, μεγαλύτερο κίνδυνο.

### Συμπεράσματα.

Η άτμοσφαιρική ρύπανση συμβάλλει στην εκδήλωση καρδιαγγειακής νόσου, καθώς θεωρείται παράγοντας κινδύνου αρρυθμιών, έμφράγματος του μυοκαρδίου, έν τώ βάθει φλεβοθρόμβωσης και αρτηριακής υπέρτασης. Ο κίνδυνος είναι ακόμη μεγαλύτερος σε άσθενείς με στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια και χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις. Έπομένως, η λήψη μέτρων για τη μείωση των άτμοσφαιρικών ρύπων κρίνεται πιο έπιτακτική από ποτέ, ώστε να διασφαλιστεί η δημόσια υγεία. ☉

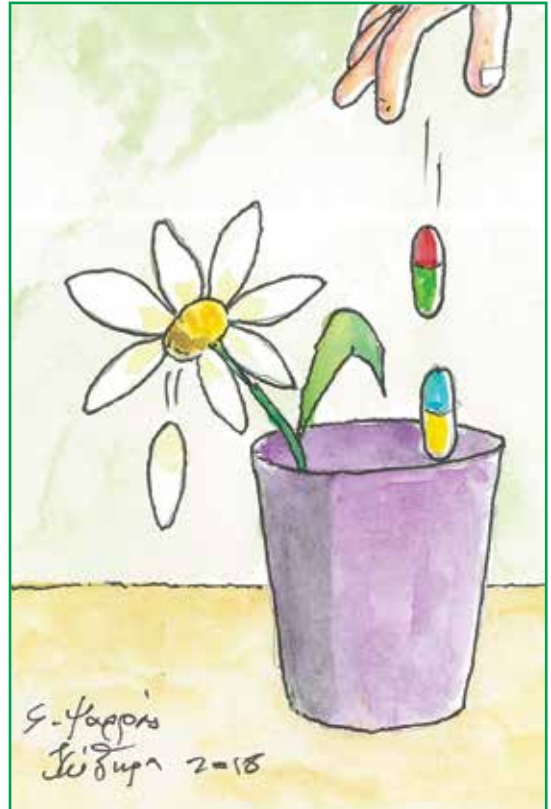
## Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης στην έμμηνόπαυση.

Γεώργιος Γκουμᾶς

Ἄν. Διευθυντής Καρδιολογικῆς Κλινικῆς, Εὐρωκλινική Ἀθηνῶν

Οἱ καρδιαγγειακές παθήσεις εἶναι ἡ κυρίαρχη αἰτία θανάτου στὶς γυναῖκες, στὶς ἀναπτυγμένες χώρες. Ἄν και ὁ ἐπιπολασμός τῶν καρδιαγγειακῶν παθήσεων δὲν εἶναι μεγαλύτερος στὶς γυναῖκες συγκριτικά μὲ τὸ γενικὸ πληθυσμό, ὥστόσο οἱ ἀντίστοιχοι θάνατοι εἶναι περισσότεροι (53%). Εἶναι χαρακτηριστικὸ, ὅτι τὸ 50% τῶν γυναικῶν θὰ πεθάνει ἀπὸ καρδιαγγειακὰ αἴτια, ἐνῶ μόνο τὸ 4% θὰ πεθάνει ἀπὸ καρκίνου τοῦ μαστοῦ. Σὲ ὅτι ἀφορᾷ τὴ στεφανιαία νόσο, ὑπάρχουν ἀνάμεσα στὶς γυναῖκες καὶ τοὺς ἄνδρες διαφορὲς στὸ χρόνο τῆς κλινικῆς ἐμφάνισης, ποὺ ὀφείλεται κατὰ κύριο λόγο στὴν προστατευτικὴ δράση τῶν ἐνδογενῶν οἰστρογόνων, ἔτσι ὥστε, πρὶν τὴν ἐμμηνόπαυση, οἱ γυναῖκες ἔχουν πολὺ χαμηλὰ ποσοστὰ στεφανιαίας νόσου, πλεονέκτημα ποὺ ὅμως στὴ συνέχεια χάνουν. Αὐτὸς εἶναι ἀκριβῶς ὁ λόγος, γιὰ τὸν ὁποῖο, τὰ τελευταῖα χρόνια, ἔχουν γίνῃ ἀρκετὲς μελέτες γιὰ τὸ ρόλο τῆς θεραπείας ορμονικῆς υποκατάστασης στὶς γυναῖκες, μετὰ τὴν ἐμμηνόπαυση, μὲ στόχο τὴ μείωση τοῦ κινδύνου γιὰ στεφανιαία νόσο ἀλλὰ καὶ ἄλλες χρόνιες παθήσεις.

Ἡ πρὸ μεγάλη μελέτη ορμονικῆς υποκατάστασης, ποὺ ἔχει γίνῃ, εἶναι ἡ Women's Health Initiative Study, μία μελέτη ποὺ ἀρχικὰ εἶχε προγραμματιστεῖ νὰ διαρκέσει 9 χρόνια, ἀλλὰ τὸ 2002 τερματίστηκε πρόωρα τὸ σκέλος τῆς υποκατάστασης μὲ συνδυασμὸ οἰστρογόνων καὶ προγεστερόνης, λόγω μέτριας αὐξησης τοῦ κινδύνου γιὰ καρκίνου τοῦ μαστοῦ. Παράλληλα, διαπιστώθηκε μικρὴ πρὸς μέτρια αὐξηση τοῦ κινδύνου γιὰ στεφανιαία νόσο καὶ μέτρια αὐξηση τοῦ κινδύνου γιὰ φλεβικὴ θρομβοεμβολικὴ νόσο, ἀγγειακὸ ἐγκεφαλικὸ ἐπείσπδιο, χολοκυστοπάθεια, ἄνοια καὶ ἀκράτεια οὐρῶν. Τὰ ὀφέλη ἦσαν μέτρια μείωση τοῦ κινδύνου γιὰ κατάγματα καὶ μικρὴ μείωση τοῦ κινδύνου γιὰ καρκίνου τοῦ παχέος ἐντέρου καὶ σακχαρώδη διαβήτη, ποὺ ὅμως, δὲν ἦταν ἀρκετὰ γιὰ νὰ ἀναστρέψουν τὸ ἀρνητικὸ κλίμα ποὺ δημιουργήθηκε τὴν ἐποχὴ ἐκείνη γιὰ τὴ θεραπεία ορμονικῆς υποκατάστασης. Ὑποαναλύσεις τῆς μελέτης αὐτῆς, ἀλλὰ καὶ ἄλλων μελετῶν, ἔδειξαν ὅτι τὰ ἀποτελέσματα τῆς θεραπείας ορμονικῆς υποκατάστασης εἶναι ἴσως εὐνοϊκότερα στὶς γυναῖκες ποὺ τὰ λαμβάνουν πρὸ κοντὰ στὸ χρόνο τῆς ἐμμηνόπαυσης καὶ σὲ ἡλικία μικρότερη τῶν 60 ἐτῶν. Ὅμως, παραμένει τὸ γεγονός ὅτι ἀπουσιάζουν τὰ στοιχεῖα ἀπὸ μεγάλες μελέτες, ποὺ νὰ ἐπιβεβαιώνουν τὶς ὑποαναλύσεις αὐτὲς καὶ ὡς ἐκ τούτου ἡ χορήγηση εἴτε συνδυασμοῦ οἰστρογόνων καὶ προγεστερόνης, εἴτε μόνο οἰστρογόνων δὲν συστήνεται νὰ γίνῃ σὲ γυναῖκες μετὰ τὴν ἐμμηνόπαυση, μὲ σκοπὸ τὴν πρωτογενῆ πρόληψη χρόνιων παθήσεων.



Ποιὲς ὅμως εἶναι οἱ ἐνδείξεις χορήγησης θεραπείας ορμονικῆς υποκατάστασης, σὲ γυναῖκες ποὺ βρίσκονται στὴν ἐμμηνόπαυση; Ἡ πρώτη ἐνδειξη εἶναι ἡ ἐμφάνιση ἰδιαιτέρως ἐνοχλητικῶν ἀγγειοκινητικῶν συμπτωμάτων, ὅπως εἶναι οἱ ἐξάψεις, οἱ νυχτερινοὶ ἰδρώτες, ἡ ἀϋπνία, ἡ ἀδυναμία συγκέντρωσης, πόνοι καὶ δυσκαμψία στὶς ἀρθρώσεις καὶ τοὺς μύες, ἀλλαγὲς στὴ διάθεση μὲ ἐμφάνιση κατάθλιψης. Ἡ δευτέρη ἐνδειξη εἶναι ἡ ἐμφάνιση συμπτωμάτων ἀπὸ τὸ γεννητικὸ καὶ τὸ οὐροποιητικὸ σύστημα, μὲ κυρίαρχη τὴν κολπικὴ ξηρότητα καὶ τὴ μείωση τῆς σεξουαλικῆς ἐπιθυμίας, κυρίως λόγω τῆς ἀτροφίας τοῦ κολπικοῦ βλεννογόνου. Ὅλα τὰ παραπάνω συμπτώματα ἐμφανίζονται περίπου στὴν ἡλικία τῶν 51 ἐτῶν, ποὺ εἶναι ἡ μέση ἡλικία ἔναρξης τῆς ἐμμηνόπαυσης, μὲ τὸ 10% τῶν γυναικῶν νὰ εἶναι συμπτωματικὲς ἀκόμη καὶ μετὰ ἀπὸ 10 χρόνια ἀπὸ τὴν τελευταία τους ἐμμηνόρρηση. Τὰ ἀγγειοκινητικὰ συμπτώματα διαρκοῦν γιὰ περίπου 2 μὲ 5 χρόνια, ἐνῶ τὰ συμπτώματα ἀπὸ τὸ γεννητικὸ

και το ουροποιητικό για την υπόλοιπη ζωή της γυναίκας. Το 80% των γυναικών παρουσιάζει κάποιο σύμπτωμα, με το 45% να βρίσκει τα συμπτώματα πολύ ενοχλητικά και το 20% να αναζητά ιατρική βοήθεια. Στις γυναίκες αυτές είναι λογικό να χορηγηθεί θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, είτε από το στόμα είτε με αυτόκόλλητη διαδερμικής χορήγησης, ενώ σε αυτές που έχουν συμπτώματα μόνο από το γεννητικό σύστημα ή καλύτερη και πιο ασφαλής λύση είναι η χορήγηση μικρών δόσεων οιστρογόνων σε μορφή κολπικού υπόθετου ή ένδοκολπικής κρέμας.

Μία άλλη κατηγορία γυναικών, όπου η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης έχει νόημα, είναι οι γυναίκες σε έμμηνόπαυση που θα θεωρηθούν ότι βρίσκονται σε πολύ υψηλό κίνδυνο καταγμάτων, λόγω οστεοπόρωσης, και ειδικά αυτές που είναι νεότερες των 60 ετών και πριν τα δέκα χρόνια από την έναρξη της έμμηνόπαυσης. Η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης μπορεί να αποτελέσει τη βασική θεραπεία πρόληψης της οστεοπόρωσης και των καταγμάτων, ειδικά όταν συνυπάρχουν και αγγειοκινητικά συμπτώματα, όμως δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι υπάρχουν και άλλες αποτελεσματικές και ίσως ακόμη πιο ειδικές θεραπείες για την οστεοπόρωση, κάθε μία από τις οποίες έχει τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους της. Ο γυναικολόγος, ο ορθοπαιδικός και ο παθολόγος ή ο καρδιολόγος της ασθενούς θα πρέπει να συνεργαστούν και να αποφασίσουν όλοι μαζί για την καλύτερη επιλογή.

Τέλος, η τελευταία έγκριμένη ένδειξη για τη χορήγηση ορμονικής υποκατάστασης αφορά στις γυναίκες με πρόωμη έμμηνόπαυση, δηλαδή έμμηνόπαυση πριν από την ηλικία των 40-45 ετών, ή οποία μπορεί να οφείλεται σε κληρονομικές παθήσεις, αυτοάνοσες παθήσεις, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή γυναικολογικές χειρουργικές επεμβάσεις. Οι γυναίκες αυτές έχουν 80% μεγαλύτερο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο και 50% μεγαλύτερο κίνδυνο καταγμάτων. Η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης στην περίπτωση αυτή στοχεύει στην πρόληψη της οστεοπόρωσης και των καταγμάτων και συστήνεται να συνεχίζεται μέχρι τη μέση ηλικία της έμμηνόπαυσης, δηλαδή τα 51 χρόνια.

Κάθε φορά που μία γυναίκα εισέρχεται στην έμμηνόπαυση και αποτελεί υποψήφια έναρξης θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης, θα πρέπει από την πλευρά μας να αναζητούμε κάποιες πληροφορίες. Κατ' αρχήν θα πρέπει να διερευνούμε την παρουσία παραγόντων κινδύνου για στεφανιαία νόσο, καρκίνου του μαστού και οστεοπόρωσης. Οί παρακάτω περιπτώσεις αποτελούν απόλυτη ένδειξη για έναρξη της συγκεκριμένης θεραπείας: ιστορικό καρκίνου του μαστού, ενεργός καρκίνος του ένδομητρίου, ενεργή φλεβική θρομβοεμβολική νόσος, ενεργός καρδιοπάθεια και μη ρυθμιζόμενη αρτηριακή υπέρταση. Πολύ προσεκτικοί πρέπει να είμαστε και όταν υπάρχει ιστορικό καρκίνου του ένδομητρίου, φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου και καρδιοπάθειας.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε, ότι η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης με οιστρογόνα από το στόμα αυξάνει λίγο τον κίνδυνο φλεβικών θρομβώσεων, ενώ η συνδυασμένη θεραπεία με προγεστερόνη τριπλασιάζει το συγκεκριμένο κίνδυνο.

Ο κίνδυνος αυτός εμφανίζεται μεγαλύτερος, κυρίως το πρώτο έτος της θεραπείας και ενισχύεται ακόμη περισσότερο όσο αυξάνει η ηλικία, αλλά και παρουσία παχυσαρκίας, μειωμένης κινητικότητας, θρομβοφιλίας και καπνίσματος. Αυτό που έχει μεγάλη σημασία, είναι ότι ο κίνδυνος για θρόμβωση ξεμαρτάται πολύ από την όδo χορήγησης της θεραπείας, αφού η χορήγηση από το στόμα οδηγεί σε μεταβολές του ήπατικού μεταβολισμού, που αυξάνουν τη θρομβογένεση. Αυτόs είναι ένας βασικός λόγος που θα πρέπει να προτιμούμε τη χορήγηση ορμονικής υποκατάστασης με τη μορφή αυτόκόλλητων διαδερμικής χορήγησης ή τη μορφή κολπικών υπόθετων ή κρέμας, όταν αυτό είναι δυνατό. Άλλοι λόγοι είναι η άποφυγή παρενεργειών, όπως η ναυτία, ο πονοκέφαλος και η ευαισθησία του στήθους, ή παρουσία δυσσπορόφησης, δυσανεξίας στη λακτόζη, ιστορικού χοληδοχολιθίας, ήμικρανιών, σακχαρώδη διαβήτη, αυξημένων τριγλυκεριδίων και αρτηριακής υπέρτασης. Είναι πολύ δυσάρεστο, ότι στην Ελλάδα δεν είναι διαθέσιμες οι ασφαλέστερες επιλογές ορμονικής υποκατάστασης και οι περισσότερες γυναίκες στην έμμηνόπαυση, που έχουν τις ένδειξεις για παρέμβαση, λαμβάνουν θεραπεία από το στόμα.

Και βέβαια σε κάθε περίπτωση, και πριν πάρουμε την απόφαση να χορηγήσουμε σε μία γυναίκα θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, θα πρέπει να έχουμε εξαντλήσει όλες τις διαθέσιμες μη ορμονικές και μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, προκειμένου να την ανακουφίσουμε από τα βασανιστικά συμπτώματα της έμμηνόπαυσης. Η τακτική άσκηση, ο νυχτερινός ύπνος σε ένα δροσερό δωμάτιο, ή μείωση ή πλήρης άποφυγή του αλκοόλ, της καφεΐνης και των καυτερών τροφών, ή διακοπή του καπνίσματος και η απώλεια σωματικού βάρους, αν είναι απαραίτητη, είναι συστάσεις που πρέπει πάντα να προηγούνται και σίγουρα σε ένα σημαντικό ποσοστό περιπτώσεων θα πετύχουν πολύ καλά αποτελέσματα. ☺

➤ συνέχεια από τη σελ. 84

## 2. Μείωση κινδύνου εκδήλωσης θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

Η μαρμαρυγή πενταπλασιάζει τον κίνδυνο θρομβοεμβολής σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Τα κουμαρικά και τα άμεσης δράσης αντιπηκτικά μειώνουν αποτελεσματικά τον κίνδυνο. Η ένδελεχής ενημέρωση από τον ιατρό, για τη σημασία λήψεως των φαρμάκων και τις πιθανές παρενέργειες (π.χ. αιμορραγία), είναι καθοριστική για τη συμμόρφωση των ασθενών.

Συμπερασματικά, η κολπική μαρμαρυγή είναι η συχνότερη καρδιακή άρρυθμία, που οδηγεί συχνά τον ασθενή στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας. Η μεταξύ τους συνεργασία είναι ουσιώδης για τη λήψη των κατάλληλων θεραπευτικών αποφάσεων. Έπιπλέον, η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας είναι άρρηκτα δεμένη με την έπιστήμη, οδηγώντας τόσο τη διάγνωση όσο και τη θεραπεία της σύμπλοκης αυτής πάθησης σε νέα μονοπάτια. ☺



## Πολυδύναμο Περιφερειακό Ίατρείο Έλαφονήσου.

**Σταυρούλα Άλεβίζου**

Γενική Ίατρός, Έπιμελήτρια Α'

**Γεώργιος Ντούνας**

Άγροτικός Όπλίτης Ίατρός

**Τ**ο Πολυδύναμο Περιφερειακό Ίατρείο (ΠΠΙ) Έλαφονήσου βρίσκεται στο νοτιοανατολικό άκρο τής Πελοποννήσου, στο νησί Έλαφονήσος. Με έκταση μόλις 19 τ.χλμ., ή Έλαφονήσος, ένα μέρος με πολιτισμό πολλών αιώνων, διαθέτει ιδιαίτερη φυσική όμορφοιά με μία από τις γνωστότερες παραλίες στον κόσμο, τόν Σίμο. Αυτά τα στοιχεία προσελκύουν κάθε καλοκαίρι επισκέπτες από κάθε γωνιά τής Γής.

"Ήδη, από τὰ αρχαία χρόνια, ο Πausanias κάνει αναφορά στο νησί αποκαλώντας το "όνου γνάθος", εξαιτίας του σχήματός του. Κατά τις ιστορικές πηγές, τὸ ὄνομά του προήλθε ἀπὸ ἕναν μεγάλο ἀριθμὸ ἐλαφίων πὺ κατακοιούσαν ἐδὼ στὴν ἀρχαιότητα.

Οἱ μόνιμοι κάτοικοι τοῦ νησιοῦ δὲν ξεπερνοῦν τοὺς χίλιους, ὅμως τὴν καλοκαιρινὴ περίοδο, ὁμαζὶ με τοὺς ἐπισκέπτες, τὸ νησί ἀριθμεῖ 7.000-10.000 ἀνθρώπους καθημερινά. Τοὺς καλοκαιρινούς μῆνες ἡ Έλαφονήσος ἀποτελεῖ τὴν πῖο τουριστικὴ περιοχή τής Λακωνίας. Ἀπέχει 328 χλμ. ἀπὸ τὴν Ἀθήνα καὶ 120 χλμ. ἀπὸ τὴν πρωτεύουσα τής Λακωνίας, τὴ Σπάρτη.

"Ὅπως προαναφέρθηκε, ἡ γνωστότερη παραλία τής Έλαφονήσου εἶναι ὁ Σίμος, πὺ ἔχει ἀποσπᾶσει διεθνεῖς διακρίσεις γιὰ τὴν ὁμορφιά του. Ὡστόσο, ὑπάρχουν καὶ ἄλλες, ἐξαιρετικὸ φυσικὸ κάλλους, παραλίες, ἀλλὰ λιγότερο γνωστές, ὅπως ἡ Λεύκη καὶ τὸ Κάτω Νησί. Σημαντικὸ ἀξιοθέατο τοῦ νησιοῦ ἀποτελεῖ ἐπίσης τὸ Παυλοπέτρι, μῖα βυθισμένη ἀρχαία πολιτεία, πὺ βρίσκεται στὸν ὑποθαλάσσιο χῶρο μεταξὺ τής ὁμώνυμης νησίδας καὶ τής παραλίας τής Πούντας.

Ἡ πρόσφατη ιστορικὴ διαδρομὴ τής ἱατρικῆς περιθάλψης στὸ νησί μπορούμε νὰ πούμε ὅτι ξεκινᾶ τὴ χρονικὴ περίοδο 1970-1980, ὅπου στὴν Έλαφονήσο ἐρχόταν ἐπισκέπτης ἱατρός ἀπὸ τὴ Νεάπολη Βοιῶν. Τὸ 1980, ὁ Ἑλληνικὸς Στρατὸς ἔστειλε στὸ νησί, μόνιμα, ὀπλίτη ἱατρὸ ἕως τὸ 1981, χρονιὰ κατὰ τὴν ὁποία διορίστηκε μόνιμα ἀγροτικὸς ἱατρός. Με δωρεὰ τοῦ Πολιτιστικοῦ Συλλόγου Έλαφονησιωτῶν τής Αὐστραλίας, οἰκοδομήθηκε τὸ 1989, σὲ οἰκόπεδο πὺ εἶχε δωρηθεῖ στὴν Ἐκκλησία, οἴκημα γιὰ τὴ στέγαση τοῦ ἱατρείου.

Τὸ ἔτος 2007 ἀναβαθμίστηκε σὲ Πολυδύναμο Περιφερειακὸ Ίατρείο.

Σήμερα, τὸ ΠΠΙ Έλαφονήσου βρίσκεται στὸ κέντρο τοῦ οἰκισμοῦ καὶ ἀποτελεῖ ἀποκεντρωμένη μονάδα τοῦ Κέντρου Ὑγείας Νεαπόλεως Βοιῶν. Ἐπανδρῶνεται ἀπὸ μῖα Γενικὴ Ίατρὸ καὶ ἕναν Ὀπλίτη Ίατρὸ. Τὸ ἱατρείο λειτουργεῖ σὲ εἰκοσιπεντάωρη βάση καὶ γίνεται μεγάλη προσπάθεια νὰ ἐξυπηρετηθοῦν κάτοικοι καὶ ἐπισκέπτες με τὸν καλύτερο δυνατό τρόπο. Μόνον κατὰ τὸν Αὐγουστο μῆνα ἐξετάστηκαν περισσότεροι ἀπὸ 550 ἀνθρώποι. Ἡ συνεχὴς λειτουργία τοῦ βασίζεται στὴς καθημερινὲς ἐφημερίες, εἰκοσιπεντάωρου ἐτοιμότητας, καὶ στὴς ἐνεργὲς ἐφημερίες τὰ Σαββατοκύριακα, πὺ καλύπτονται ἀπὸ τοὺς δύο ἱατροὺς. Οἱ συνθήκες εἶναι δύσκολες καὶ ὁ χρόνος ἐργασίας ἐξαντλητικὸς, ἰδιαίτερα τὸ καλοκαίρι, γεγονός πὺ ἐξηγεῖ τὸ λόγο γιὰ τὸν ὁποῖο οἱ προκηρῶξεις γιὰ τὴν ἐκπλήρωση τής ὑποχρέωσης ὑπηρεσίας ὡς ἱατροῦ ὑπαίθρου ἀπέβησαν



ἀγονες τὰ τελευταῖα δύο χρόνια. Ὡς ἐκ τοῦτου, τὸ περασμένο καλοκαίρι ἡ θέση καλύφθηκε ἀπὸ ὀπλίτη ἱατρὸ, ἐνῶ πρὸ μικροῦ χρονικοῦ διαστήματος νομοθετήθηκε ἡ ὑπαρξὴ δευτέρας θέσης ἀγροτικοῦ ἱατροῦ. Τὸ ὄργανόγραμμα πλέον δικαιολογεῖ μῖα θέση διευθυντῆ ἱατροῦ, μῖα ἐπιμελητῆ ἱατροῦ, δύο θέσεις ἱατρῶν ὑπαίθρου, μῖα θέση νοσηλευτῆ, τρεῖς βοηθῶν νοσηλευτῶν, μῖα βοηθοῦ ἀκτινολογίας, κ.ἄ. Δυστυχῶς, καλύπτονται μόνον οἱ θέσεις τοῦ ἐπιμελητῆ καὶ τοῦ ἐνὸς ἀγροτικοῦ ἱατροῦ (ὀπλίτης).

Τὸ ἱατρείο εἶναι ἐφοδιασμένο με νέας τεχνολογίας συσκευές, ὅπως ἠλεκτροκαρδιογράφο, monitor παρακολούθησης καρδιακῆς λειτουργίας, μικρὴ φορητὴ συσκευὴ ὑπερήχου, ἀπινιδωτῆ, συσκευὴ bibrar, φορητὴ συσκευὴ μέτρησης τροπονίνης καὶ ἑριῶν, καθὼς καὶ ἄλλο σύγχρονο ἱατροφαρμακευτικὸ ἐξοπλισμὸ. Δωρεές τοπικῶν συλλόγων σήμερα βοηθοῦν σημαντικὰ στὴν ἐπέκταση καὶ ἀναβάθμισή του. Ἰδιαίτερα σημαντικό εἶναι ὅτι ὑπάρχει ἀσθενοφόρο, τὸ ὁποῖο διατέθηκε ἀπὸ τὸ ΕΚΑΒ καὶ δίνει τὴ δυνατότητα διακο-

Αγαπητό περιοδικό,

Πρόσφατα πήγα στον καρδιολόγο και μου μέτρησε την πίεση. Έγώ δεν είχα ποτέ πρόβλημα, όμως αυτή τη φορά μου βρήκε υψηλή πίεση στο 150 με 95 και μου σύστησε να άρχισω φαρμακευτική αγωγή. Έχω άρχισει εδώ και λίγες ημέρες να παίρνω αυτό το φάρμακο, αλλά κυριολεκτικά σέρνομαι! Σήμερα, δανείστηκα το πιεσόμετρο τής μητέρας μου και η πίεση μου ήταν 90 με 60!!

Αγαπητέ αναγνώστη,

Είναι πολύ πιθανό να πάσχειται από αυτό που ονομάζεται υπέρταση της λευκής μπλούζας: δηλαδή την υπέρταση που ό ξεταζόμενος εμφανίζει στο ιατρείο, όταν ο ιατρός του μετράει την πίεση, που, όμως, δεν επιβεβαιώνεται στις αντίστοιχες μετρήσεις που κάνει μόνος του στο σπίτι. Η επιβεβαίωση λοιπόν τής υπέρτασης, ειδικά όταν μιλάμε για τιμές στο ιατρείο, που είναι λίγο πάνω από τις φυσιολογικές, καλά θα ήταν να γίνεται και με αντίστοιχη παρακολούθηση τής πίεσης στο σπίτι. Ποιός όμως είναι ο σωστός τρόπος να μετράει κάποιος την πίεση με ένα ηλεκτρονικό πιεσόμετρο; Αρχικά, θα πρέπει να τονιστεί, ότι η μέτρηση τής πίεσης σε

στιγμές που είμαστε άγχωμένοι ή σωματικά κουρασμένοι δεν έχει κανένα νόημα.

Πολλοί άνθρωποι νομίζουν, ότι όταν έχουν πονοκέφαλο ή βουίζουν τα αυτιά τους ή νοιώθουν ξαφνη έχει ανέβει η πίεσή τους. Αυτό όμως τις περισσότερες φορές δεν ισχύει, αφού δεν είναι η αύξηση τής πίεσης που προκαλεί τα συμπτώματα αυτά, αλλά το ψυχικό ή σωματικό στρες που είναι ή αιτία και για τα συμπτώματα, αλλά και για την αύξηση τής πίεσης. Η άνησυχία που προκαλείται στον άσθενή από τη διαπίστωση τής υπέρτασης, επιδεινώνει την κατάσταση, αυξάνοντας ακόμη περισσότερο την πίεση. Άρα, αυτό που πρέπει να γίνεται είναι να παρακολουθούμε την πίεση μας μόνο σε στιγμές ήρεμίας και αφού έχει προηγηθεί ένα χρονικό διάστημα 15-20 λεπτών ξεκούρασης σε οικείο περιβάλλον. Στη συνέχεια καθόμαστε σε μία άνετη θέση και τοποθετούμε την περιχειρίδα του ηλεκτρονικού πιεσόμετρου στον βραχίονα ή τον καρπό, φροντίζοντας να βρίσκεται στο ίδιο ύψος με την καρδιά μας.

Τέλος, μετρούμε τρεις διαδοχικές φορές την πίεση και καταγράφουμε ως τελικό αποτέλεσμα τον μέσο όρο τής δεύτερης και τρίτης μέτρησης. ●

► συνέχεια από τη σελ. 89



**ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ  
ΙΔΡΥΜΑ**

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Αρχιεπίσκοπος Αθηνών  
& Πάσης Ελλάδος κ.κ. Γερώνυμος  
ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ:

Γ. Κασμάτης

Π. Τσάκος

Γ. Τσούνης

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Π. Τούτουζας

ΤΑΜΙΑΣ: Α. Γιατράκου

ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Κ. Τούτουζας

ΜΕΛΗ:

Ε. Βορίδης, Α. Δήμα, Β. Κόκκινος,

Δ. Ρίχτερ, Χρ. Στεφανάδης,

Δ. Τούσουλης, Στ. Ψυχάρης

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

Γ. Ανδρικόπουλος, Β. Βοττιάς,

Α. Βούτσας, Γ. Γκουμάς,

Ν. Κατσιλάμπρος, Ε. Παπαστεριάδης



**Έπιτροπή Φίλων του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.**

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Α. Παπακωνσταντίνου

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ν. Συμβουλίδου

ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Ν. Στενού

ΤΑΜΙΑΣ: Μ. Μπατάκη

ΜΕΛΗ: Γ. Βαϊνά, Έ. Τούτουζα

μίδης του άσθενούς, από οποιοδήποτε σημείο του νησιού, σε Κέντρα Υγείας και Νοσοκομεία τής Πελοποννήσου, μειώνοντας σημαντικά το χρόνο μεταφοράς του άσθενούς. Η λειτουργία του άσθενοφόρου βασίζεται στο φιλότιμο των οδηγών των δημοτικών όχημάτων, οι οποίοι συνδράμουν, όποτε τούς ζητηθεί, βοηθώντας στην παροχή άμεσότερης περίθαλψης των άσθενών. Η μικρή απόσταση του νησιού από τη στεριά βοηθά στη διακομιδή των περιστατικών γρήγορα, ακόμη και σε αντίξοες καιρικές συνθήκες, όπως οι υψηλής έντασης άνεμοι που πνέουν κατά τούς χειμερινούς μήνες. Πρώτος σταθμός για έναν άσθενή είναι το ΚΥ Νεαπόλεως και στη συνέχεια, όπου χρζζει ανάγκης, το κοντινότερο νοσοκομείο.

Έλλειψεις υπάρχουν σε ιατροφαρμακευτικό έξοπλισμό, αλλά κυρίως έντοπίζονται σε προσωπικό, οι οποίες καλύπτονται από τις προσπάθειες του ήδη υπάρχοντος. Άξίζει να αναφέρουμε την έκπληξη των ξένων επισκεπτών, στο γεγονός πώς οι υπηρεσίες υγείας που τούς παρέχονται είναι δωρεάν. Αυτό όφειλεται τόσο στη μη ύπαρξη διοικητικού ύπαλλήλου, όσο και σε ένα συγκεκριμένο σύστημα άμοιβής τής Έλληνικής πολιτείας.

Κλείνοντας, θα ήταν σημαντικό να υπογραμμίσουμε, ότι το πρόβλημα που υπάρχει εδώ, στην Έλαφόνησο, όπως και

► συνέχεια στη σελ. 91

στο μεγαλύτερο μέρος της ελληνικής ύπαιθρου, είναι η υποστελέχωση των δομών υγείας. Αυτό συμβαίνει λόγω της μη θεσμοθέτησης θέσεων για ειδικότητες που είναι αναγκαίες, αλλά ακόμη περισσότερο, λόγω της μη ύπαρξης ζήτησης για κάλυψη θέσεων, οι οποίες είναι απομακρυσμένες από

τά μεγάλα αστικά κέντρα. Συνεπώς, αποτελεί μάλλον μονόδρομο ή δημιουργία κινήτρων σε παραμεθόριες περιοχές, τόσο από την Πολιτεία όσο και από τους τοπικούς φορείς. Με αποφάσεις προς αυτή την κατεύθυνση, ίσως θα έπιλυθούν μία πληθώρα από αυτά τα προβλήματα. ☉

ρικά, σε άλατισμένο νερό για 1 λεπτό λιγότερο από όσο αναγράφεται στη συσκευασία. Ζεσταίνουμε το έλαιόλαδο σε βαθύ τηγάνι και σοτάρουμε τὸ κρεμμύδι, προσθέτουμε τὴν πιπεριά και σοτάρουμε για 2 λεπτά. Προσθέτουμε τὰ ντοματίνια κομμένα και τὰ ζεματισμένα φασολάκια. Αφήνουμε για 3-4 λεπτά σε δυνατή φωτιά, προσθέτουμε τὴν τριμμένη ντομάτα, τὴς ψιλοκομμένες ντομάτες και τὴς ἐλιές, ἀνακατεύουμε και βράζουμε για 8 λεπτά. Στραγγίζουμε τὸν τόνο ἀπὸ τὸ νερό. Τὸν θρυμματίζουμε και τὸν ρίχνουμε στὴ σάλτσα μὲ τὴς ἐλιές και τὴν κάρπαρη. Ὅπως στάζουν τὰ βρασμένα μακαρόνια, τὰ ρίχνουμε στὴ σάλτσα μὲ τὰ νερά πὺ στάζουν. Ἀνακατεύουμε σε δυνατή φωτιά για 1 λεπτό. Τέλος, πασπαλίζουμε ψιλοκομμένο μαιντανό και περιχύνουμε μὲ ἐλαιόλαδο. Τρίβουμε μπόλικο πιπέρι, ἀλατίζουμε και σερβίρουμε ἀμέσως.

**Θερμίδες** 3710

**Λίπη** 154 γρ.

**Χοληστερόλη** 97,5 χλγρ.

**Πρωτεΐνες** 128 γρ.

**Υδατάνθρακες** 485 γρ.

#### **Πατάτες γιαχνί με μελιτζάνες.**

**Υλικά:**

4 πατάτες.

4 μελιτζάνες.

2 σκελίδες σκόρδο.

1/2 φλ. ἐλαιόλαδο.

1 δαφνόφυλλο.

1 συσκευασία ντοματοπολτό.

1 πρέζα ζάχαρη.

Άλατι, φρεσκοτριμμένο πιπέρι.

**Εκτέλεση:** Για τὴς πατάτες γιαχνί με μελιτζάνες, πρῶτα πλένουμε και ἀφαιρούμε τὸ κοτσάνι ἀπὸ τὴς μελιτζάνες. Τὴς κόβουμε σε μεγάλες μπουκιές και τὴς αφήνουμε για 10' σε λεκάνη με νερό. Καθαρίζουμε τὴς πατάτες και τὴς κόβουμε στὰ τέσσερα. Ζεσταίνουμε τὸ ἐλαιόλαδο και σοτάρουμε τὸ σκόρδο για 2'. Προσθέτουμε τὴς πατάτες και τὴς μελιτζάνες, ἀφοῦ πρῶτα τὴς στύψουμε μὲ τὰ χέρια, και ἀνακατεύουμε τὰ ὑλικά, νὰ λαδωθοῦν καλά. Προσθέτουμε τὸν συμπυκνωμένο χυμὸ ντομάτας και τὴ ζάχαρη. Συμπληρώνουμε μὲ νερό, ἴσα πὺ νὰ καλύπτει τὸ φαγητό, περίπου 1 ποτήρι. Ἀλατοπιπερώνουμε και προσθέτουμε τὸ δαφνόφυλλο. Σιγοβράζουμε τὸ γιαχνί για 25', μέχρι νὰ μαλακώσουν καλά οἱ πατάτες και νὰ χυλώσει ἡ σάλτσα. Μόλις γίνει πηχτή, τὸ φαγητό εἶναι ἔτοιμο.

**Θερμίδες** 2870

**Λίπη** 201 γρ.

**Χοληστερόλη** 0 χλγρ ☉.

**Πρωτεΐνες** 33,5 γρ.

**Υδατάνθρακες** 250 γρ.

### **ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ**

- Συζύγου του Εύδοξίας, ό κ. Ευστάθιος Κεκριδης, τὸ ποσὸ τῶν 100€.
- Καθηγητὴ Ἰωάννη Μαρκαντώνη, ό κ. Θεόδωρος Παπακωνσταντίνου, τὸ ποσὸ τῶν 50€.
- Κωνσταντίνου Παπαδόπουλου:
  - Οἱ κ.κ. Γεώργιος και Ἐλένη Μένεγα, τὸ ποσὸ τῶν 50€.
  - Οἱ κ.κ. Εὐάγγελος και Ἀναστασία Τσίγκου, τὸ ποσὸ τῶν 50€.
- Κωνσταντίνου Σανταμούρη, οἱ κ.κ. Γεώργιος και Ἐλένη Μένεγα, τὸ ποσὸ τῶν 50€.

### **ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ**

- Ὁ κύριος Γεώργιος Κίκιζας, τὸ ποσὸ τῶν 200€.
- Ὁ κύριος Ἐμμανουήλ Καλδέλης, τὸ ποσὸ τῶν 100€.
- Ὁ κύριος Γεώργιος Καλαϊτζδάκης, τὸ ποσὸ τῶν 50€.
- Ὁ κύριος Κωνσταντίνος Παπαδόπουλος, τὸ ποσὸ τῶν 50€.

## Σωστή διατροφή και άσκηση από τήν κούνια... για ύγιή ένήλικη ζωή!

Γαλήνη Φούρα  
Δημοσιογράφος.

**Ε**να παιδί που ξεκινάει τή ζωή του υπέρβαρο ή παχύσαρκο έχει κάθε πιθανότητα να αντιμετωπίσει πρόβλημα με τὸ βάρος του αργότερα. Γι' αυτό και οί όποιοι παρεμβάσεις για τήν ύιοθέτηση ένός ύγιεινού τρόπου ζωής πρέπει να ξεκινούν πολύ νωρίς. Μία τέτοια παρέμβαση γίνεται από τήν έρευνητική ομάδα τής μελέτης Toy Box σε παιδικούς σταθμούς και νηπιαγωγεία σε πολλές χώρες του κόσμου. Στήν Ελλάδα τὸ πρόγραμμα έχει ξεκινήσει πιλοτικά σε 70 τουλάχιστον παιδικούς σταθμούς ή νηπιαγωγεία, από τήν έρευνητική ομάδα του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου. Τά παιδιά εκπαιδεύονται σε έναν ύγιεινό τρόπο ζωής με μικρά και έφικτά βήματα μέσα στο σχολικό πρόγραμμα. Ο εκπαιδευτικός μαθαίνει να λειτουργεί ο ίδιος ως πρότυπο, καταναλώνει ύγιεινά σνάκ και πίνει αρκετό νερό μπροστά στα παιδιά, ώστε να ακολουθήσουν τὸ παράδειγμά του. Κάθε τριάντα-σαράντα λεπτά οργανώνει μικρά και ευχάριστα διαλείμματα με μη ανταγωνιστικές φυσικές δραστηριότητες. Ευχάριστες δραστηριότητες, χωρίς νικητές και ήττημένους, όπως για παράδειγμα να κάνουν χορευτικές φιγούρες ή να κυνηγούν ένα μπαλόνι. Τὸ δικό τους ρόλο έχουν και οί γονείς στο σπίτι, από τούς όποιους ζητείται να θέτουν αύστηρους κανόνες στο χρόνο τηλεθέασης για όλη τήν οικογένεια.

Πολλές παγιωμένες συνήθειες τής καθημερινότητας, που συνοδεύονται με τὸν καναπέ και τήν καθιστική ζωή, πρέπει να αλλάξουν. Βρέθηκε ότι στην ηλικία τῶν τεσσάρων και πέντε ετών τά παιδιά μας κινούνται λιγότερο από τὰ συνομήλικά τους στη Γερμανία, τήν Ισπανία, τὸ Βέλγιο, τήν Πολωνία και τή Βουλγαρία, με τὰ όποια έγινε σύγκριση, ενώ βλέπουν περισσότερη τηλεόραση. Παρότι καταναλώνουν λιγότερα άνθυγιεινά σνάκ και άναψυκτικά, είναι παχύτερα. Περισσότερα από τὸ 20% τῶν παιδιών είναι υπέρβαρα και παχύσαρκα (14,9% υπέρβαρα και 5,7% παχύσαρκα, όταν ο μέσος όρος τῶν έξι χωρῶν είναι 11,3% υπέρβαρα και 3,2% παχύσαρκα). "Ένας σημαντικός λόγος είναι ότι βρισκόμαστε στην τελευταία θέση στο θέμα τής φυσικής άσκησης τόσο τις καθημερινές όσο και τὰ Σαββατοκύριακα. Στο έρώτημα πόσα βήματα κάνουν τὰ τετράχρονα ήμερησίως, βγήκαμε τελευταίοι, ίσως διότι θεωρούμε ότι όλα πάνε καλά όταν τὰ μικρά κάθονται ήσυχα στο δωμάτιό τους.

Σύμφωνα με τις κατευθύνσεις τῶν αρμοδίων οργανισμών, ένα τετράχρονο πρέπει να κάνει μέσα στην ήμερα 11.500 βήματα. Στήν Ελλάδα έπιτυγχάνει τὸ στόχο τις καθημερινές τὸ 26,5% τῶν παιδιῶν (60,7% στην Ισπανία) και τὰ

Σαββατοκύριακα τὸ 20%. Η καθιστική ζωή ύπονομεύει τήν ύγεία τους, αφού σημαντικά δομικά στοιχεία παχυσαρκίας έδραιώνονται έως τήν ηλικία τῶν πέντε ετών. Περίπου τὰ μισά παιδιά που ξεκινούν τὸ νηπιαγωγείο υπέρβαρα καταλήγουν παχύσαρκα στην ηλικία τῶν δεκατεσσάρων ετών. Πολλές συνήθειες συμβάλλουν σ' αυτό. Μεγάλες μερίδες "άμάσητου" φαγητού, χωρίς σωστό πρωινό και χωρίς να υπάρχει τὸ αίσθημα τής πείνας. Η χρήση του φαγητού ως κατευναστικό από τούς οικείους, τὸ χρόνιο στρες του παιδιού και τῶν γονιῶν και ή έλλειψη έπαρκούς ύπνου είναι μερικές από αυτές. Προδιαθεσικός παράγοντας για τήν παιδική παχυσαρκία θεωρείται ο δείκτης μάζας σώματος τής μητέρας κατά τήν έγκυμοσύνη, ενώ ο μητρικός θηλασμός δρᾷ προστατευτικά.

Έπιστήμονες και αρμόδιοι όργανισμοί έπικεντρώνουν τις δράσεις τους στα βλαπτικά ροφήματα και τὰ άναψυκτικά που κάνουν κακό στα παιδιά: γάλα με πρόσθετα και γεύσεις, φρουτοποτά με βάση χυμούς, τσάι με γλυκαντικές προσθήκες, ενεργειακά ποτά κ.ά. Με ύποδείξεις και παρεμβάσεις άποσκοπούν στην πρόληψη τής παιδικής και νεανικής παχυσαρκίας. Να βοηθήσουν τούς νέους να περιορίσουν τήν κατανάλωση φαγητῶν και ποτῶν με ύψηλή περιεκτικότητα σε σάκχαρα και λιπαρά, να τρώνε μικρότερες μερίδες φαγητού σε τακτά χρονικά διαστήματα, να συμπληρώνουν τή μερίδα τους με φρέσκα φρούτα και μη άμυλοχα λαχανικά και να άποφεύγουν τὰ τηγανητά. Παράλληλα με τήν ύγιεινή διατροφή προτείνουν τριάντα έως εξήντα λεπτά φυσικής δραστηριότητας, που να είναι διασκεδαστική, κομμάτι τής καθημερινής ζωής σε συνδυασμό με τή μείωση τῶν καθιστικών δραστηριοτήτων.

Η θεωρία τής ενεργειακής ίσορροπίας επανέρχεται ένεργά στο προσκήνιο. Διότι άν έλέγξουμε τὸ βάρος μας, πρέπει να κάνουμε άλλες, έστω και μικρές, τόσο στη διατροφή όσο και στην άσκηση. Στο Ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης για τήν τροφή και τή διατροφή 2015-2020, του Ευρωπαϊκού γραφείου τής Παγκόσμιας Όργανώσεως Υγείας, αναφέρεται ότι πάνω από τούς μισούς ένήλικες σε 46 χώρες τής Ευρώπης, κυρίως τής Άνατολικής, και στις άσθενέστερες κοινωνικές ομάδες, είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι. Για να γλυτώσουν χρόνο και χρήμα, άντι για σπικτικό φαγητό οί καταναλωτές στρέφονται στο έτοιμο φαγητό από έπεξεργασμένα τρόφιμα, που περιέχουν ύψηλά ποσοστά σακχάρων, λιπαρῶν, νατρίου και τεχνητῶν ύλων, με όλέθρια άποτελέσματα. ●



## Φθινοπωρινές συνταγές.

Κωνσταντίνα Πάλλιου

Κλινική Διατροφολόγος- Διαπολόγος MSc.

### Σολωμός με πικάντικες φακές και φασολάκια.

#### Υλικά:

#### Για το σολωμό και τις φακές:

- 2 κ.σ. έλαιόλαδο.
- 2 καρότα.
- 1 κρεμμύδι.
- 1 κλωνάρι σέλερι.
- 1 σκ. σκόρδο.
- 1 καυτερή πιπεριά.
- 1 κ.γ. κόλιανδρο.
- 1 κ.γ. κύμινο.
- 1 κ.γ. πάστα κάρυ.
- Άλατι - πιπέρι.
- 2½ φλ. φακές.
- 250 γρ. φρέσκα φασολάκια.
- 1 φλ. άποφλοιωμένα ντοματίνια.
- Μπόλικο ψιλοκομμένο μαϊντανό.
- 2 φιλέτα φρέσκο σολωμό.

#### Για τη σάλτσα:

- 1/3 φλ. έλαιόλαδο.
- 1 κ.γ. μουστάρδα.
- 1 λεμόνι (χυμό και ξύσμα).
- Λίγες σταγόνες κόκκινο ξύδι.
- Λίγο άλατι.

**Εκτέλεση:** Σε κατσαρόλα ζεσταίνουμε το λάδι και σοτάρουμε το ψιλοκομμένο κρεμμύδι, το καρότο, το σέλερι, το σκόρδο και την καυτερή πιπεριά. Ανακατεύουμε τακτικά να μαλακώσουν για 3'-4'. Προσθέτουμε το κόλιανδρο, το κύμινο και την πάστα κάρυ και ψήνουμε για 1'-2' να βγάλουν τα μπαχαρικά τα άρωματά τους. Προσθέτουμε τις φακές και 4 φλ. νερό. Αφήνουμε να πάρει βράση. Χαμηλώνουμε τη φωτιά, σκεπάζουμε και σιγοβράζουμε για 25' περίπου, μέχρι να μαλακώσουν οι φακές, αλλά να μην λιώσουν. Προσθέτουμε τότε άλατι, πιπέρι, τα φασολάκια, τα ντοματίνια όλοκληρα και λίγο έλαιόλαδο και βράζουμε δυνατά για 5'-7'. Σβήνουμε τη φωτιά και αφήνουμε να σταθούν και να κρυσώσουν για 10'. Στο μεταξύ, αλείφουμε τα φιλέτα σολωμού με σταγόνες έλαιόλαδο, αλατοπιπερώνουμε και ψήνουμε σε αντίκρολλητικό τηγάνι ή στη σχάρα, μέχρι ο σολωμός να λιώνει με πιρούνι σε φλούδες-κομματάκια. Περίπου για 6'-7' συνολικά. Για τη βινεγκρέτ χτυπάμε το έλαιόλαδο, τη μουστάρδα και το λεμόνι με λίγο άλατι. Ίσομοιράζουμε τις φακές σε πιάτα, βάζουμε λίγες φλούδες-κομματάκια σολωμού, περιχύνουμε με τη βινεγκρέτ και πασπαλίζουμε με ψιλοκομμένο μαϊντανό.

Θερμίδες 2.858

Πρωτεΐνες 170 γρ.



Λίπη 165 γρ.

Υδατάνθρακες 189 γρ.

Χοληστερόλη 350 χλγρ.

### Μακαρονάδα με σάλτσα τόνου.

#### Υλικά:

- 1 συσκευασία σπαγγέτι.
- 1 κρεμμύδι ψιλοκομμένο.
- 1 κόκκινη πιπεριά ψιλοκομμένη.
- 12 ντοματίνια κομμένα στη μέση (βελανίδα).
- 1 ντομάτα τριμμένη.
- 2 συσκευασίες ψιλοκομμένες ντομάτες.
- 4 κ.σ. έλαιόλαδο.
- 250 γρ. φρέσκα ψιλά φασολάκια.
- 1/2 φλ. έλιες φιλέτο.
- 1 συσκευασία τόνος σε νερό.
- 2 κ.σ. μαϊντανός ψιλοκομμένος.
- 1 κ.σ. κάπαρη ψιλή.
- Λίγο έλαιόλαδο.
- Άλατι, φρεσκοτριμμένο πιπέρι.

**Εκτέλεση:** Για τα μακαρόνια με τόνο και κόκκινη σάλτσα, ζεματίζουμε πρώτα τα φασολάκια, σε αλατισμένο νερό για 5 λεπτά, και τά στραγγίζουμε. Βράζουμε τα ζυμα-

## Δικαίωμα στὸ παιχνίδι γιὰ ὅλα τὰ παιδιά.

**Ἀντώνης Χριστόδουλος**

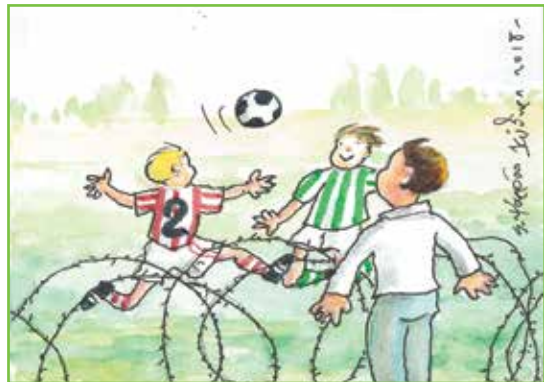
M.Sc., Ph.D., Διευθυντῆς 3<sup>ου</sup> Δημοτικοῦ Σχολείου Διονύσου

**Η** «Σύμβαση γιὰ τὰ Δικαιώματα τοῦ Παιδιοῦ» ἀποτελεῖ τὸ πλέον ἀποδεκτὸ κείμενο γιὰ τὰ ἀνθρώπινα δικαιώματα παγκοσμίως. Τὰ 54 ἄρθρα τῆς καλύπτουν ὅλα τὰ δικαιώματα τῶν παιδιῶν στοὺς τομείς τῆς Ἐπιβίωσης, τῆς Ἀνάπτυξης, τῆς Προστασίας καὶ τῆς Συμμετοχῆς. Ἡ ἐπικύρωση τῆς Σύμβασης ἀποτελεῖ δέσμευση τῶν κρατῶν-μελῶν νὰ συμμορφωθοῦν μὲ τὰ ἄρθρα τῆς Συνθήκης, νὰ προστατεύσουν καὶ νὰ ἐνισχύσουν τὰ θεμελιώδη δικαιώματα τῶν παιδιῶν μέσω πολιτικῶν, προγραμμάτων καὶ ὑπηρεσιῶν. Αὐτὴ ἡ ἐξαιρετικὰ περιεκτικὴ συνθήκη ἐνσωματώνει τὶς ἐπικρατεῖς ὀπίσφεις ἀναφορικὰ μὲ τὰ δικαιώματα τῶν παιδιῶν, ἐνῶ παράλληλα ἀπαίτεῖ ἀπὸ τὴν ὑφήλιο νὰ ἀναλογιστεῖ τὴ θέση τῶν παιδιῶν ὡς πολιτῶν καὶ γενικότερα τὴν ἀνάπτυξή τους.

Τὸ ἄρθρο 31 τῆς Συνθήκης ἀναφέρεται σὲ ἓνα θεμελιώδες δικαίωμα τῶν παιδιῶν καὶ σὲ μία σημαντικὴ παράμετρο τῆς ψυχικῆς καὶ σωματικῆς υγείας, τὸ δικαίωμα στὴν ἀνάπαυση, σὲ δραστηριότητες τοῦ ἐλεύθερου χρόνου, στὴν ἐνασχόληση μὲ ψυχαγωγικὰ παιχνίδια καὶ δραστηριότητες κατάλληλες γιὰ τὴν ἡλικία τους. Τὸ παιχνίδι ἀποτελεῖ βασικὸ χαρακτηριστικὸ τῆς πρώιμης παιδικῆς ἡλικίας. Ἡ ἀξία τοῦ δημιουργικοῦ παιχνιδιοῦ καὶ τῆς διερευνητικῆς μάθησης ἀναγνωρίζεται εὐρέως στὴν ἐκπαίδευση τῶν παιδιῶν, καθὼς, μέσα ἀπὸ τὸ παιχνίδι, τὰ παιδιά ἀνακαλύπτουν τὶς ἰκανότητές τους, μαθαίνουν νὰ ἐπικοινωνοῦν, νὰ φαντάζονται, νὰ μοιράζονται καὶ οὐσιαστικὰ νὰ ζοῦν.

Ἡ νομικὴ ἀναγνώριση καὶ κατοχύρωση τῆς σπουδαιότητος, ποῦ ἔχει τὸ παιχνίδι γιὰ τὰ παιδιά, δὲν εἶναι τυχαία. Τὸ παιχνίδι δὲν εἶναι ἀπλὴ ἀναψυχή, οὔτε ἀπλὰ ἓνας τρόπος γιὰ νὰ περνᾶνε τὴν ὥρα τους. Σὲ ὅποιαδήποτε ἡλικία, τὰ παιδιά παίζοντας ἐξασκοῦν τὸ σῶμα καὶ τὴ φαντασία τους, ἀναπτύσσουν ποικίλες ἰκανότητες καὶ ἐμπλέκονται σὲ σημαντικὴ κοινωνικοποίηση. Μέσα ἀπὸ τὸ παιχνίδι τὰ παιδιά αὐτονομοῦνται καὶ εἶναι σὲ θέση νὰ βιώσουν τὶς βασικὲς ἀρχές τῶν ἀνθρωπίνων δικαιωμάτων, ὅπως ὁ σεβασμὸς, ἡ ἀποδοχή, ἡ ἀξιοπρέπεια, ἡ ἰσότητα, ἡ ἐνσωμάτωση, ἡ δικαιοσύνη καὶ ἡ συνεργασία. Τὸ ἄρθρο 31 ἀφορᾷ συνεπῶς στὴ σωματικὴ καὶ ψυχικὴ εὐεξία τῶν παιδιῶν κι ἔχει ἐξέχουσα σημασία γιὰ τὴν ὑλοποίηση πολλῶν ἄλλων δικαιωμάτων.

Ὡστόσο, τὸ δικαίωμά τους στὸ παιχνίδι συχνὰ παρεμποδίζεται ἀπὸ τὴν ἔλλειψη εὐκαιριῶν νὰ συναντηθοῦν, νὰ παίξουν καὶ νὰ ἀλληλεπιδράσουν σὲ ἓνα ἀσφαλές καὶ ὑποστηρικτικὸ περιβάλλον, εἰδικὰ διαμορφωμένο γιὰ αὐτὰ. Οἱ πολυάριθμες ἐνδοσχολικὲς καὶ ἐξωσχολικὲς ἀκαδημαϊκὲς δραστηριότητες ἔχουν συρρικνώσει δραματικὰ τὸν ἐλεύθερο χρόνο τῶν παιδιῶν, ἐπιβάλλοντάς τους ἓνα εἶδος "κινητικῆς αἰχμαλωσίας" καὶ στερώντας τους τὸ δικαίωμα



στὸ παιχνίδι. Ἐπιπλέον, ὁ σχεδιασμὸς καὶ ἡ πυκνότητα τῶν κατοικιῶν σήμερα, ἰδιαίτερα στὶς ἀστικές περιοχές, τὰ μέσα μαζικῆς μεταφορᾶς, ἡ αὐξημένη κυκλοφορία τῶν ὀχημάτων, ἡ ἐγκληματικότητα, περιορίζουν τὴ δυνατότητα τῶν παιδιῶν γιὰ ἀσφαλές καὶ ἀνέμελο παιχνίδι.

Ἀκόμη μεγαλύτερα ἐμπόδια συναντοῦν τὰ παιδιά μὲ ἀναπηρίες, τὰ ὅποια θὰ πρέπει νὰ ἔχουν ἴσες εὐκαιρίες συμμετοχῆς σὲ παιχνίδια καὶ κινητικὲς δραστηριότητες. Αὐτές οἱ δραστηριότητες πρέπει νὰ θεωρηθοῦν ὡς μέσο ἔκφρασης, ἐνίσχυσης τῆς αὐτοπεποίθησης καὶ βελτίωσης τῆς ποιότητας ζωῆς. Ὅπως καὶ τὰ παιδιά μὲ φυσιολογικὴ ἀνάπτυξη, ἔτσι καὶ τὰ παιδιά μὲ ἀναπηρίες ἔχουν ἀνάγκη ἀπὸ κοινωνικὴ ἀποδοχή καὶ σεβασμὸ, γι' αὐτὰ ποῦ μποροῦν νὰ κάνουν καὶ ὄχι γι' αὐτὰ ποῦ δὲν μποροῦν. Ἡ συμμετοχή τους σὲ εἰδικὰ σχεδιασμένα (προσαρμοσμένα) παιχνίδια, πέρα ἀπὸ τὴ βελτίωση τῶν φυσικῶν καὶ κινητικῶν τους ἰκανοτήτων, συμβάλλει στὴν ἀνάπτυξη τῆς αὐτονομίας τους καὶ στὴν κοινωνικὴ τους ἐνσωμάτωση, ὥστε νὰ μποροῦν νὰ ἀπολαμβάνουν ἰσότιμη καὶ ἀξιοπρεπὴ ζωὴ.

Παρὰ τὰ διεθνῆ κείμενα προστασίας τῶν παιδιῶν, ἡ UNICEF διαπιστώνει, πῶς περισσότερο ἀπὸ τὰ μισὰ παιδιά, στὸν ἀναπτυσσόμενο κόσμο, ἀποστεροῦνται σὲ μεγάλο βαθμὸ ἓνα ἢ περισσότερα ἀπὸ τὰ ἀγαθὰ ἢ ὑπηρεσίες, ποῦ εἶναι στοιχειωδῶς ἀπαραίτητα στὴν παιδικὴ ἡλικία. Κατὰ συνέπεια καὶ περισσότερο ἀπὸ κάθε ἄλλη φορά, οἱ συνθήκες, ποῦ ἐπικρατοῦν παγκοσμίως, ἐπιβάλλουν τὴ συστράτευση ὅλων τῶν κοινωνικῶν καὶ πολιτικῶν δυνάμεων, γιὰ τὴ συγκρότηση μίας κοινωνίας, ποῦ νὰ δίνει προτεραιότητα στὸ παιδί, νὰ κατοχυρώνει καὶ νὰ προστατεύει τὰ δικαιώματά του ἀποτελεσματικὰ. Μία κοινωνία ποῦ νὰ μπορεῖ νὰ ὑποδέχεται τοὺς νέους, μέσα σὲ πνεῦμα εἰρήνης, ἀξιοπρέπειας, ἀνοχῆς, ἐλευθερίας καὶ ἀλληλεγγύης. ●

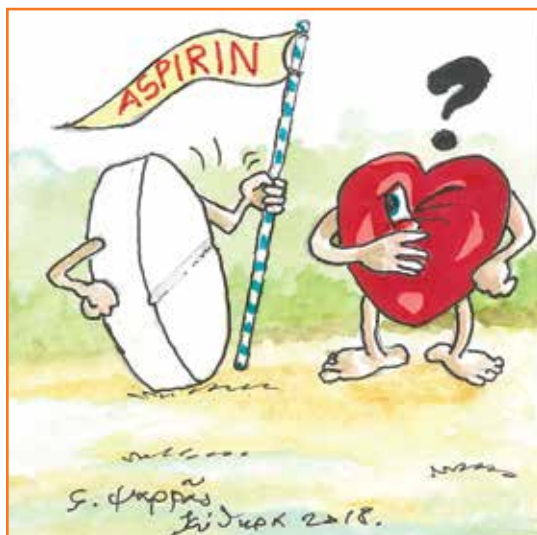
## Έχει θέση ή ασπιρίνη στην πρωτογενή πρόληψη; Νεώτερα από τὸ ESC 2018.

Δημήτριος Ρίχτερ

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Εύρωκλινική Ἀθηνῶν.

**Η** θέση τῆς ασπιρίνης στην πρωτογενή πρόληψη ἀποτελεῖ ἀκόμα πεδίο ἐπιστημονικῆς διαφωνίας, με τὶς ἐπιστημονικὲς ἑταιρίες καὶ τὶς κατευθυντήριες ὁδηγίες, εἴτε νὰ τὴν ἀπορρίπτουν πλήρως εἴτε νὰ τὴν τοποθετοῦν στὶς ὁμάδες ἀσθενῶν ὑψηλοῦ κινδύνου. Τὸ βασικὸ πρόβλημα με τὴν ασπιρίνη δὲν εἶναι ἂν ὠφελεῖ μειώνοντας τὴν πιθανότητα σὲ ἓνα πρόσωπο νὰ ὑποστῆ ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου ἢ ἄγγειακὸ ἐγκεφαλικὸ ἐπείσῳδιο. Τὸ πρόβλημα εἶναι, ἂν τὸ ὄφελος, ποῦ παίρνει ἀπὸ τὴ λήψη ασπιρίνης, εἶναι μεγαλύτερο ἀπὸ τὴν πιθανὴ ζημιὰ! Διότι πρέπει νὰ γνωρίζουμε, ὅτι ἡ ασπιρίνη δὲν εἶναι ἓνα ἀθῶο φάρμακο, ἀλλὰ αὐξάνει τὸν κίνδυνο αἱμορραγιῶν, ὅπως εἶναι οἱ αἱμορραγίες τοῦ πεπτικού καὶ οἱ πολὺ πρὸ ἐπικίνδυνες ἐνδοεγκεφαλικὲς αἱμορραγίες. Ὅταν μιλάμε γιὰ πρωτογενὴ πρόληψη, ἐννοοῦμε τὴν πρόληψη στὰ πρόσωπα ἐκεῖνα ποῦ δὲν ἔχουν ὑποστῆ, κάποιον ἔμφραγμα ἢ ἐγκεφαλικὸ. Τὰ πρόσωπα αὐτὰ συνήθως δὲν ἔχουν τὸν πολὺ ὑψηλὸ κίνδυνο αὐτῶν ποῦ ἤδη ἔχουν ὑποστῆ κάποιον ἀντίστοιχο ἐπείσῳδιο καὶ ἡ λήψη ασπιρίνης μπορεῖ νὰ αὐξήσει τὸν κίνδυνο αἱμορραγίας πολὺ περισσότερο ἀπὸ ὅτι θὰ μειώσει τὸν καρδιαγγειακὸ κίνδυνο. Ἐπιπλέον, πολὺ συχνὰ εἶναι δύσκολο νὰ βάλουμε ὅλα τὰ στοιχεῖα σὲ μία ζυγαριά, προκειμένου νὰ ἀποφασίσουμε ποιά θὰ εἶναι ἡ πρὸ σωστῆ ἀπόφαση γιὰ τὸν ἄνθρωπο ποῦ ἔχουμε ἀπέναντί μας. Αὐτὸς εἶναι ὁ λόγος ποῦ εἶναι ἀπαραίτητες μεγάλες καὶ σωστὰ σχεδιασμένες μελέτες, προκειμένου νὰ ἀντλήσουμε τὰ στοιχεῖα ποῦ θὰ μᾶς βοηθήσουν νὰ παίρνουμε τὶς πρὸ σωστῆς ἀποφάσεις. Στὴ σύγχρονη ἐποχὴ ἄλλωστε, ἡ σωστὴ ἱατρικὴ εἶναι αὐτὴ ποῦ εἶναι «βασισμένη σὲ ἀποδείξεις»!

Στὰ πλαίσια αὐτά, δύο ἀκόμη μελέτες παρουσιάστηκαν στὸ πρόσφατο Εὐρωπαϊκὸ Συνέδριο Καρδιολογίας καὶ ταυτόχρονα δημοσιεύθηκαν στὸ ἔγκριτο περιοδικὸ New England Journal of Medicine. Ἡ πρώτη μελέτῃ ἦταν ἡ ASCEND, ἡ ὁποία πραγματοποιήθηκε σὲ ἀσθενεῖς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ), ὅπου 15.000 πρόσωπα με ΔΣ, ἀλλὰ χωρὶς στεφανιαία νόσο, τυχαιοποιήθηκαν νὰ λάβουν εἴτε ασπιρίνη εἴτε εἰκονικὸ φάρμακο γιὰ 7,4 ἔτη. Ἡ ασπιρίνη μείωσε τὰ καρδιαγγειακὰ ἐπείσῳδια κατὰ 12%, ἀλλὰ αὐξήσε ταυτόχρονα τὶς σοβαρὲς αἱμορραγίες (κυρίως γαστρεντερικὲς) κατὰ 29%. Γιὰ κάθε 91 ἀσθενεῖς, ποῦ ἐλάμβαναν ασπιρίνη, γλυτώναμε ἓνα καρδιαγγειακὸ συμβᾶν καὶ γιὰ κάθε 112 ἀσθενεῖς, ποῦ τὴν ἐλάμβαναν, εἶχαμε μίαν μείζονα αἱμορραγία. Μολονότι δὲν ἰσοδυναμοῦν σὲ ἐπίπεδο βαρύτητας τὸ ἰσχυρικὸ ἐπείσῳδιο με τὴν αἱμορραγία, ἡ ἰσορροπία αὐτὴ προβληματίζει γιὰ τὸ κατὰ πόσον πράγματι πρέπει νὰ χορηγοῦμε ασπιρίνη στὴν



πρωτογενὴ πρόληψη σὲ διαβητικούς ἀσθενεῖς. Νὰ ληφθεῖ ὑπόψη ἀκόμα, πὼς μόνον τὸ 25% τῶν ἀσθενῶν στὴ μελέτῃ ἐλάμβανε φάρμακα προστατευτικὰ γιὰ τὸ στομάχι, γεγονός ποῦ μᾶς κάνει νὰ προβληματιζόμαστε, κατὰ πόσο τὸ τελικὸ ἀποτέλεσμα θὰ ἦταν διαφορετικὸ ἐὰν ὅλοι οἱ ἀσθενεῖς ἐλάμβαναν γαστροπροστασία, ποῦ θὰ μπορούσε νὰ μειώσει ἀποτελεσματικὰ τὸν κίνδυνο αἱμορραγίας.

Στὴ δευτέρη μελέτῃ, 12.000 πρόσωπα με πολλαπλοὺς παράγοντες κινδύνου, ἀλλὰ χωρὶς στεφανιαία νόσο ἢ σακχαρώδη διαβήτη, τυχαιοποιήθηκαν σὲ ασπιρίνη 100 mg ἢ εἰκονικὸ φάρμακο καὶ τὸ τελικὸ ἀποτέλεσμα δὲν ἔδειξε καμμία στατιστικὰ σημαντικὴ διαφορά. Ἀπὸ τὴν ἄλλη μεριά, ὁμως, λόγω τοῦ ὅτι ἡ συμμόρφωση τῶν συμμετεχόντων στὴ μελέτῃ αὐτὴ ἦταν ἐξαιρετικὰ χαμηλὴ, ἐὰν λάβουμε ὑπόψη μόνον αὐτοὺς ποῦ πῆραν τελικὰ τὴν ασπιρίνη, γιὰ τουλάχιστον τὸ 60% τοῦ χρονικοῦ διαστήματος τῆς μελέτης, εἶχαμε σημαντικὴ μείωση τῶν ἔμφραγμάτων τοῦ μυοκαρδίου.

Συμπέρασμα τῶν μελετῶν αὐτῶν εἶναι, πὼς δὲν πρέπει νὰ χορηγοῦμε ἀλόγιστα ασπιρίνη στὴν πρωτογενὴ πρόληψη, ἀλλὰ μετὰ ἀπὸ πολὺ σκέψη καὶ ἀφοῦ ζυγίσουμε πολὺ καλά τὴ σχέση ὀφέλους-κινδύνου. Δὲν ὑπάρχει ἀμφιβολία, ὅτι στὴν ἱατρικὴ δὲν ὑπάρχει ἄσπρο καὶ μαῦρο, ἀλλὰ πολλαπλὲς ἀποχρώσεις τοῦ γκρι καὶ μέσα ἀπὸ αὐτὲς τὶς ἀποχρώσεις καλοῦμαστε κάθε μέρα νὰ παίρνομε τὶς πρὸ σωστῆς ἀποφάσεις γιὰ τοὺς ἀσθενεῖς μας. ●

## 10 πράγματα που πρέπει να γνωρίζουμε για την κατάποση ξένων σωμάτων στα παιδιά.

Χρήστος Καρέτσος

Χειρουργός Παιδών, Διευθυντής Παιδοχειρουργικής Κλινικής, Εύρωκλινική Παίδων

- 1. Πόσο συχνό φαινόμενο είναι;** Είναι αρκετά συχνό. Το 75% των παιδιών, που καταπίνουν ξένο σώμα, είναι ηλικίας έως 5 ετών. Το 98% είναι τυχαία περιστατικά.
- 2. Τι μπορεί να καταπιεί ένα παιδί;** Συνήθως αντικείμενα που βρίσκονται στο σπίτι όπως κέρματα, παιχνίδια, κοσμήματα, βελόνες, παραμάνες, μαγνήτες και μπαταρίες.
- 3. Ποιά συμπτώματα μπορεί να παρουσιάσει;** Συνήθως τα παιδιά δεν παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα και προσέρχονται στο νοσοκομείο λόγω της μαρτυρίας ή της υποψίας του συμβάντος από τους γονείς. Μπορεί όμως να εμφανίσουν συμπτώματα όπως πνιγμονή, συριγμό, σιελόρροια, δυσφαγία, έμετο, θωρακικό ή κοιλιακό άλγος, πυρετό, άρνηση λήψης τροφής και αναπνευστική δυσχέρεια.
- 4. Είναι πάντα αναγκαία η χειρουργική παρέμβαση;** Στο 80-90% των περιπτώσεων, τα ξένα σώματα αποβάλλονται αυτόματα με τις κενώσεις. Το 10-20% θα χρειαστεί ένδοσκοπική αφαίρεση και λιγότερο του 1% χειρουργική επέμβαση.
- 5. Τι εξετάσεις πρέπει να κάνει το παιδί;** Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού είναι πρωταρχικής σημασίας. Η άπλη άκτινογραφία συνήθως αρκεί και αναδεικνύει το μέγεθος, την έντοπιση, το σχήμα και τον αριθμό των ξένων σωμάτων. Υπάρχουν όμως και ξένα σώματα, που δεν αναδεικνύονται σ' αυτή, όπως το γυαλί, το αλουμίνιο, το ξύλο, τα πλαστικά και τα φαρμακευτικά σκευάσματα. Η άξονική τομογραφία και η ένδοσκόπηση μπορεί να βοηθήσουν σε τέτοιες περιπτώσεις.
- 6. Ποιό περιστατικό είναι επίγονο;** Όταν το ξένο σώμα απεικονίζεται στον οισοφάγο ή το παιδί εμφανίζει έντονη συμπτωματολογία. Η αφαίρεσή του σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι επτακτική.
- 7. Όταν το παιδί καταπιεί κέρμα;** Το 30% των κερμάτων αποβάλλονται μέσα σε 24 ώρες. Η παρακολούθηση και ο έλεγχος των κενώσεων είναι το μόνο που απαιτείται. Δεν είναι απαραίτητη η αλλαγή της δίαιτας ή η λήψη υπακτικών. Αν μετά την πάροδο 2-4 εβδομάδων δεν έχει βρεθεί, επαναλαμβάνεται η άκτινογραφία. Σε περίπτωση παραμονής του στο στομάχι, τότε αφαιρείται ένδοσκοπικά. Η έντοπιση του ξένου σώματος στο λεπτό έντερο χρήζει παρακολούθησης, ενώ παρέμβαση (έντεροσκόπηση ή χειρουργική αφαίρεση) διενεργείται μόνο όταν εμφανιστούν συμπτώματα.
- 8. Όταν το παιδί καταπιεί αίχμηρο αντικείμενο;** Συστήνεται η ένδοσκοπική αφαίρεσή του από το στομάχι, γιατί η διόδος



- του στο έντερο μπορεί να προκαλέσει ρήξη σε ποσοστό 15-35%. Έναλλακτικά, μπορούμε να το παρακολουθούμε καθημερινά με άκτινογραφίες. Αν έντοπιστεί άρχικά στο λεπτό έντερο, τότε ενδείκνυται η παρακολούθηση. Χειρουργική παρέμβαση έχει θέση, όταν το παιδί εμφανίσει συμπτώματα ρήξης του εντέρου ή όταν το ξένο σώμα δεν προωθείται στο πεπτικό σύστημα σε διάστημα 72 ωρών από τη στιγμή της κατάποσης.
- 9. Όταν το παιδί καταπιεί μπαταρία;** Η παρουσία της στο στομάχι μπορεί να παρακολουθηθεί για 48 ώρες. Επειγούσα ένδοσκόπηση διενεργείται, αν ο μικρός ασθενής παρουσιάσει συμπτώματα τραυματισμού του γαστρεντερικού συστήματος μέσα σ' αυτό το χρονικό διάστημα. Η παραμονή της στο στομάχι μετά την πάροδο των 48 ωρών χρήζει ένδοσκοπικής αφαίρεσης.
  - 10. Όταν το παιδί καταπιεί μαγνήτη;** Πρέπει να αφαιρείται ένδοσκοπικά. Ιδιαίτερος κίνδυνος για το έντερο (άποφραξη, συστροφή, ρήξη, συρίγγιο) υπάρχει, όταν το παιδί καταπιεί περισσότερους μαγνήτες ή έναν μαγνήτη και ένα μεταλλικό ξένο σώμα. ●