

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€

Έξω νοσοκομειακή καρδιακή ανακοπή και δημόσιοι αυτόματοι άπινιδωτές.

Μάριος Κολιός

Καρδιολόγος – Στρατιωτικός Ίατρος, Έπιστημονικός Συνεργάτης Α' Καρδιολογικής Κλινικής
Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ίωαννίνων.

Ίωάννης Γουδέβενος

Καθηγητής Καρδιολογίας Ίατρικής Σχολής Ίωαννίνων, Έκλεγείς Πρόεδρος Έλληνικής
Καρδιολογικής Έταιρείας.

Στην Κατερίνη, πρόσφατα, με πρωτοβουλία του τοπικού Ίατρικού Συλλόγου, του ΕΚΑΒ και του Δημοτικού Συμβουλίου έγινε ένημερωτική εκδήλωση στο κοινό για την χρήση των δημόσιων αυτόματων άπινιδωτών, δηλαδή των άπινιδωτών, που μπορεί να έχει πρόσβαση το κοινό.

Ήδη σε διάφορα σημεία της πόλης έχουν τοποθετηθεί 8 τέτοιοι άπινιδωτές. Παρόμοιες πρωτοβουλίες έχουν παρθεί εδώ και 1-2 χρόνια και σ' άλλες πόλεις, όπως τα Ίωάννινα (60 άπινιδωτές) και τα Τρίκαλα (10 άπινιδωτές). Οι έρωτήσεις από το κοινό πολλές, ό ένθουσιασμός μεγάλος, αλλά και οι προσδοκίες ακόμη περισσότερες.



Σήμα που δείχνει την παρουσία δημόσιου αυτόματου άπινιδωτή.

Τι είναι ό άπινιδωτής και πού χορηάζεται;

Ό άπινιδωτής είναι μία συσκευή που χορηγεί ρεύμα στην καρδιά (άπινιδώνει), με σκοπό να έπαναφέρει τη λειτουργία της, σε συνδυασμό με καρδιοαναπνευστική άναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ), στην περίπτωση ξαφνικής διακοπής (άνακοπή) της λειτουργίας της. Οι αίτίες καρδιακής άνακοπής είναι πολλές, αλλά ή πιο συχνή είναι ή στεφανιαία νόσος (70%) και συνήθως όξυ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ό κοιλιακή μαρμαρυγή είναι ή άρρυθμία που συμβαίνει συνήθως στο όξυ έμφραγμα του μυοκαρδίου και είναι αυτή που άποκρίνεται καλύτερα στην άπινίδωση. Άν συμβεί κοιλιακή μαρμαρυγή και δέν υπάρχει



Αυτόματος έξωτερικός άπινιδωτής

διαθέσιμος άπινιδωτής, ό άσθενής θα πεθάνει (αίφνιδιος καρδιακός θάνατος). Κάθε χρόνο έκτιμάται ότι στη χώρα μας συμβαίνουν 7.000 έως 8.000 αίφνιδιοι καρδιακοί θάνατοι και στο 30-40% τών περιπτώσεων δέν ύπάρχει ιστορικό καρδιολογικού προβλήματος.

Κοιλιακή Μαρμαρυγή. Αυτή τή θανατηφόρο άρρυθμία άναγνωρίζει ό άπινιδωτής και τήν έπαναφέρει στο φυσιολογικό καρδιακό ρυθμό.

Έξωτερικοί άπινιδωτές ύπάρχουν στα νοσοκομεία, ιατρικές μονάδες (ίδιωτικά καρδιολογικά ίατρεία, άσθενοφόρα) και πολυσύχναστους χώρους (άεροδρομία, γήπεδα, πλατείες, γυμναστήρια, ξενοδοχεία). Οί δημόσιοι άπινιδωτές, πού μπορεί νά έχει πρόσβαση τó κοινό, είναι πού εύχρηστοι και προορίζονται για καρδιακές άνακοπές πού συμβαίνουν έξω άπό τó νοσοκομείο. Αυτού τού είδους οί άπινιδωτές, πού θα χορηγήσουν ρεύμα (shock), άναγνωρίζουν μόνο τήν κοιλιακή μαρμαρυγή. Αυτό δίνει άσφάλεια για κάποιον παρευρισκόμενο μάρτυρα, πού δέν είναι έξοικωμένος με τούς ρυθμούς τής καρδιάς. Στα πρόσωπα ύψηλου κινδύνου για καρδιακή άνακοπή, πού άναγνωρίζονται στην πορεία τής νόσου των, ό άκρωγονιαίος λίθος στην θεραπεία τους είναι ή έμφύτευση αυτόματου άπινιδωτή. Στη χώρα μας έμψτεύονται περίπου 1.800 τέτοιοι άπινιδωτές τó χρόνο.

Η συχνότητα καρδιακών άνακοπών έξω άπό τó νοσοκομείο ύπολογίζεται στις 60/100.000 πρόσωπα/χρόνο. Τó ποσοστό όπου γίνεται χρήση δημόσιου άπινιδωτή, στις προηγμένες χώρες είναι 10% και ή έπιβίωση αυτών, πού έγινε άπινιδωση στις 30 ήμερες, άγγίζει τó 10%. Οί λόγοι γι' αυτά τά χαμηλά ποσοστά είναι πολλοί. Οί κυριώτεροι είναι ότι οί περισσότερες (60%) έξωνοσοκομειακές άνακοπές συμβαίνουν στο σπίτι, δέν παρευρiscεται εκείνη τή στιγμή μάρτυρας και ή πρόσβαση άπό τó κοινό εκεί πού έχουν τοποθετηθεί, δέν είναι εύκολη. Άκόμη, λίγοι πολίτες είναι ένημερωμένοι για τή θέση τους. Έκτός άπό τόν άριθμό και τή θέση, ή χρήση τους εξαρτάται και άπό τόν άριθμό τών πιστοποιημένων πρόσώπων.

Η Δανία με 5,5 έκατομμύρια κατοίκους, τó 2011, είχε 300.000 πιστοποιημένα πρόσωπα και μέχρι τó 2013 είχαν τοποθετηθεί 15.000 δημόσιοι άπινιδωτές. Στην Ίαπωνία, με 130 έκατομμύρια κατοίκους, ό άριθμός τους αύξήθηκε άπό 10.961, τó 2005, σε 428.821 τó 2013. Στη χώρα μας, εκτός άπό τήν Έλληνική Καρδιολογική Έταιρεία, άλλες 10 έταιρείες ένεργοποιούνται στην εκπαίδευση διασωστών. Πληροφορίες για τόν άριθμό διασωστών και δημόσιων άπινιδωτών στη χώρα μας άπουσιάζουν. Τó 2017 ή Έλληνική Καρδιολογική

Έταιρεία εκπαίδευσε 1.500 διασωστές και συνεχίζει σε ίδιο ρυθμό, τόσο στα γραφεία της στην Άθήνα όσο και σε εκδηλώσεις της στην περιφέρεια. Πληροφορίες για άνάλογα προγράμματα στο www.hcs.gr.

Οί δημόσιοι άπινιδωτές έρχονται νά βοηθήσουν στο έργο τού ΕΚΑΒ, με τήν έννοια ότι ή άπινιδωση μπορεί νά γίνει πού γρήγορα άπ' ότι όταν φτάσει τó ΕΚΑΒ. Αυτό όμως εξαρτάται άπό τή νομοθεσία κάθε χώρας. Στην Ίταλία, πού ή νομοθεσία έπιτρέπει μόνο πιστοποιημένους διασωστές, στο 6% τών περιπτώσεων προηγήθηκε δημόσιος άπινιδωτής, ενώ σε άλλες χώρες, όπως ή Έλβετία, ή Δανία, ή Σουηδία, ή Όλλανδία, πού έπιτρέπουν χρήση άπινιδωτή άπό κάθε πολίτη (ό νόμος τού Καλού Σαμαρείτη), τó ποσοστό αυτό κυμαίνεται περίπου στο 15-20%. Είναι βασικό ή άπινιδωση νά χορηγείται άμεσα μετά τήν καρδιακή άνακοπή. Έάν ή καρδιά δέν άναταχθεί σε φυσιολογικό ρυθμό έντός 5-7 λεπτών, ή κοιλιακή μαρμαρυγή θα άποβεί μοιραία. Έάν άπινιδωθεί έντός τού πρώτου λεπτού, άπό τήν καρδιακή άνακοπή, οί πιθανότητες έπιβίωσης τού άσθενούς είναι περίπου 90%. Για κάθε λεπτό πού καθυστερεί ή άπινιδωση, ή έπιβίωση μειώνεται κατά 7-10%. Έάν καθυστερήσει πάνω άπό 10 λεπτά, οί πιθανότητες έπιβίωσης στους ένήλικες είναι κάτω τού 5%.

Η έξωνοσοκομειακή καρδιακή άνακοπή άποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας ύγείας, έπειδή είναι σχετικά συχνό συμβάν, έχει ως συνέπεια τόν αίφνιδιο καρδιακό θάνατο και ή έπίπωσή της, τά τελευταία χρόνια, παραμένει σταθερή. Ό σκοπός τών δημόσιων αυτόματων άπινιδωτών είναι ή μείωση τών θανάτων και φαίνεται όπι πράγματι βελτιώνουν τήν έπιβίωση. Τó κύριο χαρακτηριστικό τής έξωνοσοκομειακής άνακοπής, όπως και κάθε άνακοπής, είναι ό χρόνος πού θα γίνει ή άνάνηψη. Όσο πού γρήγορα τόσο καλύτερα τά άποτελέσματα. Η άπρόβλεπτη και χρονοευαίσθητη φύση τής έξωνοσοκομειακής άνακοπής τήν καθιστά μοναδική ως έπείγουσα κατάσταση. Σε καμμία άλλη ιατρική περίπτωση δέν έχει δοθεί τόσο ζωτικής σημασίας έμπιστοσύνη στο κοινό. Η άπλή τοποθέτηση άπινιδωτών είναι ένα πρώτο σημαντικό βήμα. Η παρακολούθησή τους άπό έξωτερικές φθορές και ή άντικατάσταση τής γεννήτριας κάθε 2 χρόνια είναι μερικές άπό τίς ύποχρεώσεις. Κεντρικά Συστήματα, πού θα είδοποιούν τόν διασώστη μαζί με τó ΕΚΑΒ (τηλ. 166) για τήν άνακοπή και άλλες πρωτοπορίες πού θα άναπτυχθούν στις τοπικές κοινωνίες, θα βοηθήσουν στην άντιμετώπιση τού πολύπλοκου αυτού προβλήματος τής έξωνοσοκομειακής

συνέχεια στη σελ. 52 ▶

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ:

Έλληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας

Βασ. Σοφίας 133 - Τ. Κ. 115 21 Άθήνα

Τηλ.: (210) 6401477, 6450118, 6460522

Fax: (210) 6401478

E-mail: 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. Ανδρικόπουλος, Γ. Γκουμάς,

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

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

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Γ. Καλλιούπη, Μ. Πομόνη

Έπιτρέπεται ή μερική ή όλική άναδημοσίευση άρθρων τού περιοδικού άρκεί νά άναφέρεται ή πηγή τους.

"Καρδιοογκολογία: πού συναντώνται οι δύο κύριες επιδημίες;"

Πέγκυ Κωστάκου MD, PhD

Καρδιολόγος, Ίατρείο Καρδιοογκολογίας και Προληπτικής Καρδιολογίας, Γ.Ν. 'Ελευσίνας "Θριάσιο".

1. Εισαγωγή

Η Καρδιοογκολογία είναι ένας καινούργιος τομέας της Καρδιολογίας, που εστιάζει στην ανίχνευση, παρακολούθηση και θεραπεία της καρδιακής βλάβης (καρδιοτοξικότητας), που εμφανίζεται εξαιτίας της χημειοθεραπείας και/ή της ακτινοθεραπείας στα πλαίσια της θεραπείας κάποιου καρκίνου. Οι εξελίξεις, που έχουν σημειωθεί τα τελευταία χρόνια στον τομέα της χημειοθεραπείας, έχουν βελτώσει τη θεραπεία του καρκίνου, επιτρέποντας στους ασθενείς να ελπίζουν σε μία καλύτερη ποιότητα ζωής ή ακόμη και σε πλήρη ίαση. Όμως, φαίνεται, ότι τόσο η χημειοθεραπεία όσο και η ακτινοθεραπεία είναι θεραπευτικές μέθοδοι που σχετίζονται με καρδιακή βλάβη και αναδύονται σε μία από τις βασικές αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας μεταξύ των ασθενών με καρκίνο, σε τέτοιο σημείο, που ασθενής σήμερα μπορεί να επιβιώσει από τον καρκίνο και να πεθάνει από την καρδιά του. Η βλάβη στην καρδιά, που μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου, όσο και μετά τη λήξη αυτής, μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή ανεπάρκεια, στεφανιαία νόσο, άρρυθμίες, περικαρδίτιδα, βαλβιδική νόσο και φλεγμονή/ίνωση του περικαρδίου ή/και του μυοκαρδίου. Έτσι, στις μέρες μας, ένας σημαντικός αριθμός νοσοκομείων έχουν αναπτύξει εξειδικευμένες κλινικές ή ιατρεία Καρδιοογκολογίας.

2. Καρδιακή ανεπάρκεια που εμφανίζεται στα πλαίσια της θεραπείας του καρκίνου

Τα τελευταία χρόνια, ενώ νέα θεραπευτικά σχήματα έχουν έλαττώσει έντυπωσιακά τη θνητότητα των ασθενών με καρκίνο, κάποιες χημειοθεραπευτικές παράγοντες φαίνεται ότι προκαλούν σημαντική καρδιοτοξικότητα. Οι άνθρακυκλίνες ("Doxorubicin, Daunorubicin, Epirubicin"), τα αλκυλιωμένα σκευάσματα (Κυκλοφωσφαμίδη), τα μονοκλωνικά αντισώματα ("Trastuzumab") και οι αναστολείς της κινάσης της τυροσίνης έχει αποδειχθεί ότι προκαλούν καρδιακή δυσλειτουργία. Υψηλές συσσωρευμένες δόσεις από άνθρακυκλίνες σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιακής ανεπάρκειας. Φαίνεται δέ, ότι η καρδιοτοξικότητα που προκαλείται από τις άνθρακυκλίνες είναι μόνιμη, καθώς οφείλεται σε έκτεταμένη καταστροφή των μυοκαρδιακών κυττάρων και χαρακτηρίζεται ως τύπου I καρδιοτοξικότητα. Ένώ, από την άλλη μεριά, η καρδιοτοξικότητα, που εμφανίζεται χαρακτηριστικά μετά τη θεραπεία με "trastuzumab" ("Herceptin"), είναι συνήθως αναστρέψιμη και χαρακτηρίζεται ως τύπου II καρδιοτοξικότητα. Η διαφορά ανάμεσα στις δύο κατηγορίες είναι ότι στη δεύτερη περίπτωση η βλάβη



είναι αναστρέψιμη. Δηλαδή, μετά το τέλος της χημειοθεραπείας και με τη βοήθεια των κατάλληλων φαρμάκων ή καρδιακή βλάβη υποχωρεί.

Η δυσλειτουργία του μυοκαρδίου μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας μπορεί να εμφανιστεί αιφνιδιαώς, πρώιμα -μέσα στον πρώτο χρόνο- ή όψιμα. Η παρουσία παραγόντων κινδύνου όπως σακχαρώδης διαβήτης ή στεφανιαία νόσος μπορεί να αύξησουν τη συχνότητα εμφάνισης της. Η συνδυασμένη χορήγηση άνθρακυκλίνης με "trastuzumab" διπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας, σε σύγκριση με τη μεμονωμένη χορήγηση της άνθρακυκλίνης (5.2% έναντι 2.5% στην πενταετία), όμως ένα διάστημα μεταξύ της χορήγησης των δύο φαρμάκων, που είναι μεγαλύτερο των τριών μηνών, φαίνεται να είναι πιο άσφαλής επιλογή. Υπάρχουν όμως φάρμακα, όπως οι ανταγωνιστές του μετατραπικού ενζύμου της αγγειοτασίνης, οι β-άναστολείς, οι στατίνες αλλά και η "dexrazoxane", που φαίνεται να έχουν σημαντικό προστατευτικό ρόλο.

Επιπρόσθετα, η ακτινοθεραπεία στους ασθενείς με νεοπλάσματα μπορεί να προκαλέσει ευρέως φάσματος καρδιακή βλάβη, συμπεριλαμβανομένης και της καρδιακής ανεπάρκειας. Με τις παλαιότερες μεθόδους ακτινοβολήσης, ή προκαλούμενη καρδιακή βλάβη ήταν συχνότερη και πιο έκτετατη, τα τελευταία όμως χρόνια, η έντοπισμένη και προσεκτικά σχεδιασμένη ακτινοβολήση μίας περιοχής, από εξειδικευμένους ακτινοθεραπευτές, έχει έλαττώσει ση-

μαντικά την καταστροφή τών μυοκαρδιακών κυττάρων.

3. Καρδιολογική εκτίμηση του όγκολογικού ασθενούς πριν την έναρξη της θεραπείας.

Ός εδώ γίνεται κατανοητό πόσο σημαντική είναι η καρδιολογική εκτίμηση του ασθενούς πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας. Για τὰ ἄτομα μάλιστα ὑψηλοῦ κινδύνου πρέπει νὰ σχεδιαστῆ ἕνα λεπτομερὲς καὶ κατάλληλα προσαρμοσμένο πλάνο διαχείρισης τόσο κατὰ τὴ διάρκεια ὅσο καὶ μετὰ τὸ πέρασ τῆς θεραπείας. Τὸ πρῶτο βῆμα εἶναι νὰ ἐντοπιστοῦν τὰ ἄτομα ὑψηλοῦ κινδύνου, ὅπως ἄσθενεῖς μὲ μὴ εὐνοϊκὸ τρόπο ζωῆς - κάπνισμα, παχυσαρκία, ἔλλειψη φυσικῆς ἀσκήσης - ἢ σημαντικὲς συννοσηρότητες - ἄρτηριακὴ ὑπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, στηθάγχη, καρδιακὴ ἀνεπάρκεια, ἄτομα μὲ προηγούμενο ἱστορικὸ στεφανιαίας νόσου ἢ ἐγκεφαλικὸ ἐπεισοδίον, ὅπως ἐπίσης ἄσθενεῖς ποὺ ἔχουν ὑποβληθεῖ σὲ χημειοακτινοθεραπεία μὲ αὐξημένη πιθανότητα ἐμφάνισης καρδιοτοξικότητας. Θὰ πρέπει νὰ γίνεται αἱματολογικὸς ἔλεγχος σὲ συνδυασμὸ μὲ μέτρηση τῆς ἄρτηριακῆς πίεσης, ἠλεκτροκαρδιογράφημα καὶ ὑπερηχοκαρδιογραφικὸς ἔλεγχος τῆς καρδιάς. Ἀκόμη καλύτερα εἶναι νὰ γίνεται ὑπερηχοκαρδιογράφημα καρδιάς (triplex καρδιάς) μὲ τὴ χρήση νεότερων τεχνικῶν ἀπεικόνισης (τρισιδιάστατη ὑπερηχοκαρδιογραφία), προκειμένου νὰ ὑπολογιστῆ μὲ ἀκρίβεια ἡ λειτουργία τῆς καρδιάς πρὶν τὴν έναρξη ὁποιασδήποτε θεραπείας.

4. Καρδιαγγειακὸς ἔλεγχος κατὰ τὴ διάρκεια τῆς θεραπείας τοῦ καρκίνου.

Στὴ συνέχεια ὁ ἄσθενὴς παρακολουθεῖται σὲ τακτὰ χρονικὰ διαστήματα μὲ ἠλεκτροκαρδιογράφημα, ὑπερηχοκαρδιογράφημα καὶ τὸν ὑπολογισμὸ στὸ αἷμα βιοδεικτῶν ὅπως ἡ τροπονίνη καὶ τὰ νατριουρητικὰ πεπτιδία. Ἡ παραπάνω παρακολούθηση σκόπιμο καὶ ὠφέλιμο εἶναι νὰ πραγματοποιεῖται σὲ ἐξειδικευμένα ἱατρεῖα Καρδιοογκολογίας, ποὺ ἔχουν ἀρχίσει νὰ λειτουργοῦν τὰ τελευταῖα χρόνια καὶ στὴν Ἑλλάδα στὰ μεγάλα Νοσοκομεία τῆς χώρας, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένα πρωτόκολλα.

Μὲ αὐτὸ τὸν τρόπο μπορούμε νὰ διαγνώσουμε ἐγκαίρως τὴν καρδιακὴ βλάβη ποὺ μπορεῖ νὰ προκληθεῖ ἀπὸ τὴ θεραπεία τοῦ καρκίνου καὶ νὰ ἐπέμβουμε γρήγορα εἴτε μὲ φάρμακα, ποὺ προαναφέρθηκαν, ἢ επεμβατικά, γιὰ νὰ προλάβουμε τὴν ἀνάπτυξη σοβαρῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας.

5. Πρόληψη καὶ ἀντιμετώπιση τῆς καρδιακῆς βλάβης ποὺ προκαλεῖται ἀπὸ τὴ θεραπεία τοῦ καρκίνου.

Ἡ πρὸ σημαντικὴ στρατηγικὴ γιὰ τὴν πρωτογενῆ πρόληψη εἶναι ἡ ἀποφυγὴ ἢ ἐλαττωμένη χρήση χημειοθεραπευτικῶν οὐσιῶν μὲ δυνητικὰ καρδιοτοξικὴ δράση, ἂν ὑπάρχει κατάλληλη ἐναλλακτικὴ θεραπεία. Στους ἄσθενεῖς μὲ ἔνδειξη γιὰ ἀκτινοθεραπεία, προσπαθοῦμε νὰ μειώσουμε τὴν ἐκθεση στὴν ἀκτινοβολία, χρησιμοποιώντας τὶς σύγχρονες μεθόδους σχεδιασμοῦ τοῦ πεδίου ποὺ θὰ ἀκτινοβοληθεῖ. Ἡ προφυλακτικὴ χορήγηση τῶν φαρμάκων ποὺ προαναφέρθηκαν, ἀποτελεῖ αὐτὴ τὴ στιγμὴ ἀντικείμενο συνεχιζόμενης μελέτης. Ὑπάρχουν μελέτες, ποὺ ὑποστηρίζουν τὴν προφυ-

λακτικὴ χορήγησή τους σὲ καρκινοπαθεῖς, ὅμως τὰ στοιχεῖα εἶναι περιορισμένα, λόγω τοῦ μικροῦ ἀριθμοῦ ἄσθενῶν καὶ τῆς ἔλλειψης ἐπαρκoῦς παρακολούθησης. Σίγουρα, ὅμως, εἶναι μία ἐπιλογὴ γιὰ τὴν προφύλαξη ἄσθενῶν μὲ καρκίνου καὶ ὑψηλὸ κίνδυνο γιὰ ἐπιβεβλημένη καρδιακὴ βλάβη.

Ἄν, ὅμως, διαπιστωθεῖ σημαντικὴ ἐλάττωση τῆς λειτουργικότητας τῆς καρδιάς, θὰ πρέπει οἱ ἄσθενεῖς νὰ ξεκινήσουν κανονικὴ ἀγωγή, ὅπως συμβαίνει κλασικὰ σὲ ἄλλους τοὺς ἄσθενεῖς μὲ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια. Τὸ χρονικὸ διάστημα, ποὺ μεσολαβεῖ μετὰ τοῦ τέλους τῆς χημειοθεραπείας καὶ τῆς έναρξης τῆς καρδιολογικῆς θεραπείας, εἶναι κρίσιμο γιὰ τὴν ἀναστροφή τῆς καρδιακῆς βλάβης. Δυστυχῶς, ὅταν ἐμφανιστοῦν τὰ συμπτώματα τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας, κατὰ τὴ διάρκειά της ἢ μετὰ τὸ τέλος τῆς θεραπείας τοῦ καρκίνου, ἡ βλάβη τῆς καρδιάς φαίνεται ὅτι ἀντίστανται στὴν παραδοσιακὴ ἀγωγή καὶ σχετίζεται μὲ φτωχὴ πρόγνωση (ἡ ἐπιβίωση φαίνεται ὅτι εἶναι μικρότερη ἀπὸ 45%).

6. Μακροπρόθεσμη παρακολούθηση καὶ ἀντιμετώπιση τῶν ἄσθενῶν ποὺ ἔχουν ἐπιβιώσει μετὰ τὴν θεραπεία γιὰ καρκίνου.

Καθὼς τὰ τελευταῖα χρόνια ὁ συνολικὸς ἀριθμὸς τῶν ἄσθενῶν μὲ καρκίνου, οἱ ὁποῖοι ἐπιβιώνουν ἀπὸ τὴ νόσο, αὐξάνει συνεχῶς, αὐξάνει, ἀντίστοιχα, καὶ τὸ ποσοστὸ μετὰ αὐτῶν ποὺ παρουσιάζει καρδιοτοξικότητα. Ἐμεῖς μάλιστα διαπιστωθεῖ, ὅτι ἡ καρδιακὴ νόσος εἶναι ἡ κύρια αἰτία θανάτου στους ἄσθενεῖς ποὺ ἔχουν ἐπιβιώσει μετὰ τὴν θεραπεία κάποιου καρκίνου κατὰ τὴν παιδικὴ ἡλικία, ὅπως καὶ καρκίνου τοῦ πνεύμονα ἢ τοῦ μαστοῦ ἢ λεμφώματος Hodgkin στους ἐνήλικες. Εἶναι ἐπομένως πολὺ σημαντικό, νὰ υἱοθετήσουμε στρατηγικὲς σὲ μακροπρόθεσμο ἐπίπεδο, μὲ στόχο τὴ βελτίωση τῆς καρδιαγγειακῆς ὑγείας τῶν ἄσθενῶν ποὺ ἔχουν ὑποβληθεῖ σὲ θεραπεία γιὰ καρκίνου, κάποια στιγμὴ τῆς ζωῆς τους. Κι αὐτὸ γιατί μπορεῖ, στὶς περισσότερες περιπτώσεις, ἡ καρδιοτοξικότητα ποὺ ἐμφανίζεται μετὰ ἀπὸ χημειοθεραπεία, μὲ ἀνθρακυκλίνες, γιὰ παράδειγμα, νὰ ἐμφανίζεται μέσα στὸν πρῶτο χρόνο, ὅμως ἐνίοτε ἔχει ἐμφανιστεῖ ἀργότερα, ἀκόμη καὶ μετὰ ἀπὸ 10 χρόνια. Περιοδικὴ παρακολούθηση τῶν ἄσθενῶν μὲ ὑπερηχοκαρδιογραφικὴ ἀπεικόνιση καὶ προσδιορισμὸ βιοδεικτῶν στὸ αἷμα, ὅπως ἡ τροπονίνη, εἶναι ἀπαραίτητη. Πρῶτὴν διακοπὴ τῆς προστατευτικῆς ἀγωγῆς γιὰ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια σὲ ἄσθενεῖς ὑψηλοῦ κινδύνου δὲν συιστᾶται. Τέλος, ὄχι ὅλα ἐμφανιστὴ ἀνάγκη γιὰ συνεργασία μετὰ τῶν ὀγκολόγων καὶ τῶν ἐξειδικευμένων πιά καρδιολόγων, γιὰ νὰ ἀντιμετωπιστοῦν τὰ ζητήματα αὐτὰ στὸ μέλλον, μὲ στόχο πάντα τὴν ὀλιστικὴ προσέγγιση τοῦ ἄσθενoῦς μὲ καρκίνου. 📍

 **συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 50**

καρδιακῆς ἀνακοπῆς (ἀλυσίδα ἐπιβίωσης). Ἡ τεχνολογία τῶν smartphones θὰ βοηθήσει πολὺ σ' αὐτὴ τὴν κατεύθυνση, μὲ πρῶτο τους διασῶστες νὰ ἐντοπίσουν τὸν ἄρρωστο καὶ τὸν πλησιέστερο δημόσιο ἀπινιδωτὴ τὸ συντομότερο δυνατόν. Τέλος, ἡ δημιουργία μητρώου ἐθνικῆς καταγραφῆς τῶν δημόσιων αὐτομάτων ἀπινιδωτῶν, ποὺ θὰ εἶναι προσβάσιμα στὸ κοινὸ, εἶναι πρωταρχικῆς σημασίας γιὰ κάθε ἐπιτυχία. 📍

Στένωση άορτικής βαλβίδας

Άγγελος Παπανικολάου

Καρδιολόγος, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, "Ιπποκράτειο" Γ.Ν.Α.

Κωνσταντίνος Π. Τούτουζας

Άν. Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, "Ιπποκράτειο" Γ.Ν.Α.

Η άορτική βαλβίδα βρίσκεται μεταξύ άριστερης κοιλίας και άορτής, και αποτελείται από τρεις πτυχές, ενώ μερικές φορές μπορεί να είναι δίπτυχη και σπανιότατα μονόπτυχη. Στην συστολή της καρδιάς ανοίγει και επιτρέπει στο όξυγονωμένο αίμα της άριστερης κοιλίας να ρεύσει διαμέσου της άορτής (του μεγαλύτερου αγγείου του σώματος) προς την περιφέρεια και στην διαστολή κλείνει και εμποδίζει την επιστροφή – παλινδρόμηση του αίματος από την άορτή στην καρδιά. Φυσιολογικά, το άνοιγμα της βαλβίδας είναι 3-4 τετραγωνικά εκατοστά. Εάν, από κάποια αιτία, το στόμιο της βαλβίδας γίνει μικρότερο, η κατάσταση αυτή ονομάζεται στένωση της άορτικής βαλβίδας.

Η μείωση του όγκου παλμού συμβαίνει, όταν το στόμιο της άορτικής βαλβίδας φθάσει στο μισό του φυσιολογικού και τα συμπτώματα σε άκόμα μικρότερη στένωση του στομίου. Λόγω του εμποδίου στην έξωθηση του αίματος, αύξάνεται η πίεση στην άριστερη κοιλία και δημιουργείται διαφορά πίεσης μεταξύ άριστερης κοιλίας και άορτής. Η φόρτιση της άριστερης κοιλίας προκαλεί συγκεντρική υπερτροφία, που οδηγεί σε μείωση της ένδοτικότητας αυτής και αύξηση της διαστολικής της πίεσης. Σε προχωρημένα στάδια η άριστερη κοιλία διατείνεται και προκαλείται καρδιακή ανεπάρκεια.

Η κυριότερη αιτία στένωσης της άορτικής βαλβίδας είναι η άσβεστοποιός της εκφύλιση, ή έναπóθεση δηλαδή, με την πάροδο του χρόνου, άλατων άσβεστίου στις πτυχές της (άσβεστοποιημένα όζδια), με άποτέλεσμα αυτές να παχύνονται και να χάνουν την εύκαμψία τους.

Πρόκειται δηλαδή για ένα έκφυλιστικό νόσημα, και καθώς ο πληθυσμός γηράσκει διαρκώς, ή άορτική στένωση έχει καταστεί ή συχνότερη βαλβιδοπάθεια στις ήμέρες μας (περίπου 40% στο σύνολο των βαλβιδοπαθειών, και σε άτομα πάνω από 85 ετών φθάνει το 30% του πληθυσμού). Είναι δέ, ή τρίτη συχνότερη καρδιαγγειακή νόσος, μετά την άρτηριακή υπέρταση και τη στεφανιαία νόσο. Πιθανολογείται μάλιστα, όπι στην εμφάνισή της συμβάλλουν ουσιαστικά οι ίδιοι παράγοντες, με αυτούς που προκαλούν την άθηροσκλήρωση των αγγείων (π.χ. διαταραχή των λιπιδίων του αίματος).

Άλλη αιτία της άορτικής στένωσης είναι ο ρευματικός πυρετός, συνηθισμένος παλαιότερα, αλλά όλοένα και μειούμενος, παρά την έπανεμφάνισή του τελευταία, λόγω της μετακίνησης των πληθυσμών. συνήθως προσβάλλει και άλλες βαλβίδες, όπως τη μιτροειδή. Συμβαίνει ή λόγω εκτε-

ταμένης συγκόλλησης ή λόγω δευτερογενούς έναπóθεσης άλατων άσβεστίου, λόγω του ρευματικού πυρετού.

Σε νεότερες ήλικίες, ή στένωση της άορτικής βαλβίδας άποδίδεται, τις περισσότερες φορές, σε δίπτυχη κατασκευή αυτής εκ γενετής, ή όποια εύνοεί την άσβεστοποιό της στένωση.

Μία στενωμένη άορτική βαλβίδα μπορεί να εκδηλωθεί με τη μορφή τριών κλινικών συνδρόμων:

Όωρακικός πόνος: ή στένωση άποτελεί ένα διαρκές έμπόδιο στην έξωθηση του αίματος από την άριστερη κοιλία της καρδιάς προς την άορτή και την περιφερική κυκλοφορία, με άποτέλεσμα ή καρδιά να υπερτρέφεται για να υπερνική τη μεγάλη αντίσταση, ή υπερτροφική καρδιά όμως χρειάζεται περισσότερο όξυγόνο για να λειτουργήσει από αυτό που της προσφέρεται, με άποτέλεσμα ισχαιμικό-στηθαγγικό πόνο. Η στηθαγγή είναι το συχνότερο σύμπτωμα και ή εμφάνισή της μειώνει την έπιβίωση στα 5 έτη.

Συγκοπικά έπεισόδια, δηλαδή έπεισόδια αίφνιδίας άπώλειας μυϊκού τόνου και αισθήσεων, καρδιακής αίτιολογίας, ή όποια έδώ όφείλεται είτε στη μειωμένη όδιοο αίματος διαμέσου της βαριά στενωμένης βαλβίδας, ώστε ό έγκεφαλος να ύποαιματώνεται και να έπέρχεται ή συγκοπή, είτε σε διαταραχές του καρδιακού ρυθμού. Η εμφάνισή τους μειώνει την έπιβίωση σε 3-4 έτη.

Δύσπνοια/συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας: Όφείλεται σε άριστερη καρδιακή ανεπάρκεια. Στην άρχή παρουσιάζεται στην κόπωση, και μετά στην ήρεμία (δύσπνοια προσπαθείας, όρθόπνοια, νυχτερινός βήχας και παροξυσμική νυχτερινή δύσπνοια). Όταν είναι σοβαρή, ή δύσπνοια μπορεί να εκδηλωθεί σαν όξύ πνευμονικό οίδημα. Η εμφάνισή της μειώνει το προσδόκιμο έπιβίωσης στα 2 έτη.

Τα τρία αυτά συμπτώματα είναι συνήθως ή άφορμή για τη διάγνωση της στένωσης της άορτικής βαλβίδας και άναφέρθηκαν παραπάνω με σειρά σπουδαιότητας, καθώς προβλέπουν κατά σειρά όλο και μικρότερο προσδόκιμο ζωής, αν ή βαλβιδοπάθεια άφεθεί χωρίς θεραπεία. Βέβαια, είναι δυνατόν να άπουσιάζουν (όπότε μιλούμε για άσυμπτωματική στένωση άορτικής). Ένα άλλο ένδεικτικό στοιχείο, από την κλινική εξέταση αυτή τη φορά, είναι ή εύρεση ενός έντονου φυσήματος - κατά τη διάρκεια της συστολής- στην καρδιά, κατά την άκρόαση από τον ίατρό. Το φύσημα αυτό έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και συνοδεύεται από μεταβολές των καρδιακών τόνων που, σε συνδυασμό με τα συμπτώ-

ματα του άσθενή (έπεισόδια θωρακικού πόνου, δύσπνοιας ή περιγραφείσα συγκοπή), οδηγούν τη διαγνωστική σκέψη προς την άορτική στένωση.

Η σφραγίδα της διάγνωσης, στη βαλβιδοπάθεια αυτή μπαίνει από τη μελέτη της καρδιάς με υπερήχους (υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη ή Triplex καρδιάς). Έκεί αποκαλύπτεται μία άριστερη κοιλία υπερτροφική, που συνοδεύει την άσβεστωμένη και παχυσμένη άορτική βαλβίδα, ή διάνοιξη των πυκλών της οποίας είναι περιορισμένη.

Η ήχοκαρδιογραφία μπορεί να μετρήσει την ταχύτητα του αίματος: αυτή βρίσκεται αυξημένη διαμέσου και άμεσως μετά τη στενωμένη άορτική βαλβίδα, σε σχέση με την ταχύτητα που έχει το αίμα ακριβώς πριν από αυτή. Συμβαίνει, δηλαδή, ό,τι και στην περίπτωση που μία ποσότητα νερού περνά μέσα από ένα σωλήνα που έχει δύο διαδοχικά τμήματα, ένα ευρύ και ένα στενό. Η ταχύτητα ροής του νερού στο στενό τμήμα του σωλήνα θα είναι αυξημένη.

Έκτος όμως από τη διάγνωση, ο υπέρηχος καρδιάς δίνει και πληροφορίες για τη βαρύτητα της νόσου και, κατ'έκταση, για τον τρόπο αντιμετώπισης. Οι καρδιολογικές εταιρείες Ευρώπης και Αμερικής έχουν καταλήξει σε υπερηχοκαρδιογραφικά και κλινικά (παρουσία ή όχι συμπτωμάτων) κριτήρια βαρύτητας, βάσει των οποίων ή στένωση άορτικής κατατάσσεται σε ήπια, μέτριας βαρύτητας, και σοβαρή, και προτείνεται ή χειρουργική, διαδερμική ή μόνο φαρμακευτική αντιμετώπιση της.

Η κάθε περίπτωση άσθενους είναι μοναδική, άρα οι οδηγίες αυτές έχουν καθοδηγητικό – συμβουλευτικό χαρακτήρα και βοηθούν τον κλινικό καρδιολόγο να λάβει μία απόφαση με βάση την εξατομικευμένη προσέγγιση, σε συνδυασμό με τη βούληση του ίδιου του άσθενους και των οικείων του.

Όταν απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση της στένωσης της άορτικής βαλβίδας, πρώτη επιλογή για πολλά χρόνια αποτέλεσε (και αποτελεί) ή χειρουργική αντικατάστασή της με προσθετική βαλβίδα. Αυτή μπορεί να είναι μεταλλική (άπαιτεί χρόνια λήψη αντιπηκτικών, αλλά έχει μεγάλη άντοχη στο χρόνο) ή βιολογική (μειάζει περισσότερο στη γηγενή βαλβίδα και δεν άπαιτεί αντιπηκτική άγωγή, αλλά έκφυλίζεται μετά μία δεκαπενταετία περίπου και άπαιτείται νέο χειρουργείο για αντικατάστασή της, γι' αυτό και σπάνια έμφυτοί σε άσθενείς ηλικίας μικρότερης των 60-65).

Πρόσ ταυ χειρουργείου, ό άσθενής πρέπει να υποβληθεί σε στεφανιογραφία, ώστε, αν υπάρχει σημαντική στένωση στα στεφανιαία άγγεια, να πραγματοποιηθεί και bypass μαζί με την αντικατάσταση της βαλβίδας. Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί όρισμένες μέθοδοι παρέμβασης στη στενωμένη άορτική βαλβίδα, που δεν άπαιτούν άνοιχτο χειρουργείο.

Πρόκειται για τη διαδερμική αντικατάσταση της βαλβίδας με τη βοήθεια καθεήρα (TAVI), πάνω στον όποιο είναι τοποθετημένη (σε σύμπτυξη, διπλωμένη) ή προσθετική βαλβίδα. Ο καθεήρας αυτός προωθείται έως την καρδιά μέσω της μηριαίας άρτηρίας (στο όριο κορμού και κάτω άκρου, όπως γίνεται στη στεφανιογραφία) και ή βαλβίδα άφήνεται να έκπτυχθεί (να ξεδιπλωθεί) με τρόπο που να παραμερίσει

τη στενωμένη βαλβίδα και να λάβει τη θέση της.

Έναλλακτικά, ό καθεήρας με την προσθετική βαλβίδα μπορεί, μέσω μίας μικρής τομής στο θώρακα, να οδηγηθεί έως την κορυφή της καρδιάς (περίπου κάτω από τη θηλή του άριστερου μαστού), την όποια και διαπερνά, εισέρχεται στην άριστερη κοιλία και προωθείται μέχρι έντος της γηγενούς βαλβίδας, την όποια και θα άντικαταστήσει.

Οί δύο αυτές μέθοδοι της διαδερμικής άντικατάστασης της άορτικής βαλβίδας προτείνονται σε περιπτώσεις, όπου ή άντικατάσταση της βαλβίδας είναι μεν άπαραίτητη (π.χ. βαριά στένωση με επανειλημμένα πνευμονικά οίδηματα), αλλά ή γενικότερη κατάσταση του άσθενους (προχωρημένη ήλικία, σακχαρώδης διαβήτης, νεφρική άνεπάρκεια κ.τ.λ.) καθιστά ύψηλου κινδύνου το άνοιχτο χειρουργείο. Η επιλογή των άσθενών γίνεται έπειτα από τη σύμφωνη γνώμη μίας όμάδας ιατρών, ή όποια περιλαμβάνει καρδιολόγους, καρδιοχειρουργούς και άναισθησιολόγους. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται από το 2009 στη χώρα μας, με άριστα άποτελέσματα. ●

➤ **συνέχεια από τη σελ. 63**

(cialis). Είναι άσφαλή, δεν σχετίζονται με αύξηση καρδιακών συμβαμάτων και είναι ιδιαίτερα άποτελεσματικά. Ο μόνος περιορισμός στην χορήγησή τους είναι ή συγχορήγηση με νιτρώδη, που μπορεί να προκαλέσει θανατηφόρα ύπόταση. Άντιθέτως, ή συγχορήγηση με άλλα ύποστατικά σκευάσματα, που χρησιμοποιούνται από αυτούς τους άσθενείς, είναι άσφαλής, με μία μικρή τροποποίηση της δοσολογίας αυτών των σκευασμάτων. Οί άναστολείς της φωσφοδιεστεράσης έχουν χρησιμοποιηθεί και σε γυναίκες, χωρίς να έχουν δείξει κάποιο άποτέλεσμα στις διαταραχές της έρωτικής διέγερσης, ενώ ή άσφάλειά τους δεν έχει μελετηθεί έπαρκώς στο γυναικείο πληθυσμό.

4) Όσον άφορα στο φαινόμενο "Nocebo", ή άντικατάσταση ενός φαρμάκου, που θεωρείται από τον άσθενή ύπεύθυνο για στυτική δυσλειτουργία από άλλο της ίδιας κατηγορίας, μπορεί να λύσει το πρόβλημα.

5) Σημαντικό ρόλο μπορεί να παίξει και ή σεξουαλική συμβουλευτική, μέσω συγκεκριμένων μοντέλων, που βελτιώνουν τόσο την ψυχολογική διάθεση του άσθενους όσο και την σεξουαλική του λειτουργία.

Γενικά, άσθενείς με καλά ρυθμισμένη καρδιακή άνεπάρκεια, μπορούν, ένιοτε και με την βοήθεια φαρμάκων τύπου βιάγκρα, να έχουν μία άποδεκτή σεξουαλική ζωή και δραστηριότητα. Άντιθετα, όταν υπάρχει άπορρύθμιση της καρδιακής άνεπάρκειας, άπαιτείται άποχή από το σεξ. Χρειάζεται, τότε, άναπροσαρμογή της θεραπείας, έως ότου βελτιωθεί ό άσθενής. Πριν όμως γίνει επανέναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας, καλό είναι να γίνει διαστρωμάτωση του κινδύνου με άνάλογες εξετάσεις και δοκιμασίες (τέστ κοπώσεως, υπερηχογράφημα, δοκιμασία βαδίσματος 6 λεπτών).

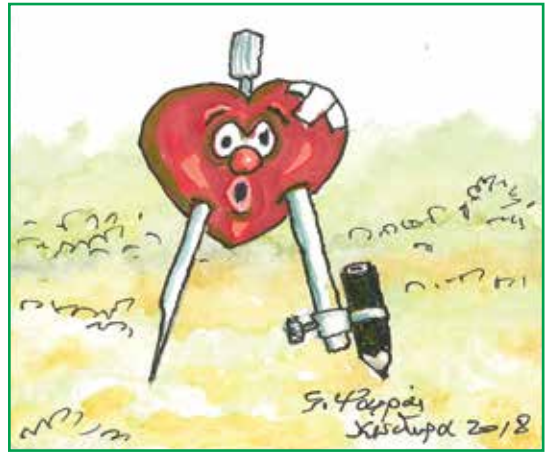
Ένας άποδεκτός, άπλος γενικός κανόνας που ίσχύει, είναι ότι άσθενείς με χρόνια, καλώς ρυθμιζόμενη καρδιακή άνεπάρκεια, που μπορούν να άνέβουν σκάλες δυο όρόφων χωρίς συμπτώματα, μπορούν να έχουν άσφαλή σεξουαλική δραστηριότητα. ●

Καρδιακή άνεπάρκεια στους διαβητικούς ασθενείς

Γεώργιος Γκουμάς

Άν. Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Εύρωκλινική Αθηνών, Έπembeτικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Αίμοδυναμικού Έργαστηρίου Ιατρικού Κέντρου Αμαρουσίου.

Οί ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 έχουν διπλάσιο με τριπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν καρδιακή άνεπάρκεια, άσχετα με την ηλικία ή το φύλο τους και άσχετα από το αν πάσχουν από στεφανιαία νόσο ή αρτηριακή υπέρταση. Έπιπλέον, οί ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, που αναπτύσσουν καρδιακή άνεπάρκεια, έχουν σημαντικά χειρότερη εξέλιξη και πρόγνωση, συγκριτικά με αυτούς που δεν έχουν διαβήτη, κάνοντας το συνδυασμό αυτών των παθήσεων ένα δύσκολο και άπαιτητικό κλινικό πρόβλημα. Γιατί όμως οί πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη παθαίνουν ευκολότερα καρδιακή άνεπάρκεια; Η άπάντηση φαίνεται να είναι αρκετά πολύπλοκη και περιλαμβάνει μηχανισμούς όπως ή αύξηση του σακχάρου και τής ινσουλίνης στο αίμα, ή άντοχή στην ινσουλίνη, οί μεταβολές στο μεταβολισμό των λιπιδίων στο μυοκάρδιο, ή ένδοθηλιακή δυσλειτουργία και ή αυτόνομη νευροπάθεια που προσβάλλει τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Βέβαια, στην Ιατρική δεν πρέπει να ξεχνάμε, ότι όταν πιθανολογούνται και διερευνούνται πολλές διαφορετικές αίτιες για μία πάθηση, αυτό συνήθως συμβαίνει γιατί δεν ξέρουμε με βεβαιότητα τη βασική αίτια. Έτσι, λοιπόν, και οί ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και καρδιακή άνεπάρκεια αντιμετωπίζονται όπως όλοι οί ασθενείς με καρδιακή άνεπάρκεια, αφού δεν υπάρχει κάποια ειδική θεραπεία για το συγκεκριμένο συνδυασμό παθήσεων. Ποιά είναι όμως τα συμπτώματα τής καρδιακής άνεπάρκειας στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη; Ασφαλώς δεν διαφέρουν από τα συμπτώματα με εκείνους που δεν έχουν σακχαρώδη διαβήτη. Το βασικό σύμπτωμα είναι ή δύσπνοια, δηλαδή το εύκολο λαχάνιασμα, ή αίσθηση ότι δεν μās φτάνει ο άέρας που αναπνέουμε και που στην άρχή έρχεται στην προσπάθεια και οφείλεται στην παλινδρόμηση υγρών στον πνεύμονα. Όταν ανεβαίνουμε μία σκάλα ή κανέλι πρόβλημα, ξαφνικά δυσκολευόμαστε και νοιώθουμε δυσφορία. Όσο το πρόβλημα τής καρδιακής άνεπάρκειας χειροτερεύει τόσο ευκολότερα μās πιάνει δύσπνοια και τόσο μικρότερη προσπάθεια χρειάζεται να καταβληθεί, προκειμένου να έμφανιστεί ή δυσκολία στην άνασα. Στις σοβαρές περιπτώσεις ή δύσπνοια έμφανίζεται σε ήρεμία, χειροτερεύει όταν ξαπλώνουμε για να κοιμηθούμε και μπορεί κατά τη διάρκεια τής νύχτας να μās ξυπνάει και να πρέπει να σηκωθούμε καθιστοί ή και όρθιοι για να νοιώσουμε καλύτερα. Ό ασθενής με βαριά καρδιακή άνεπάρκεια δεν μπορεί να ξαπλώσει το βράδυ και κοιμάται καθιστός ή ξαπλωμένος με πολλά μαξιλάρια, και στην περίπτωση αυτή άπαιτείται άμεση



θεραπευτική παρέμβαση για να άποφευχθεί το όξύ πνευμονικό οίδημα, που είναι το πιο επικίνδυνο και δυνητικά θανατηφόρο σύμπτωμα τής καρδιακής άνεπάρκειας. Αυτό που θα πρέπει να αναφερθεί είναι ότι ή δύσπνοια πολλές φορές στους διαβητικούς ασθενείς άποτελεί ίσοδύναμο στηθάγχης. Τα πρόσωπα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, αρκετές φορές δεν νοιώθουν τη στηθάγχη, δηλαδή τον τυπικό πόνο τής καρδιάς που οφείλεται στην κακή αίμάτωση, λόγω σοβαρής στένωσης σε κάποια στεφανιαία άρτηρία. Αυτό οφείλεται στη διαβητική νευροπάθεια που συνυπάρχει και που, πολλές φορές, άποτελεί αίτια καθυστέρησης τής διάγνωσης στεφανιαίας νόσου. Αντί για στηθάγχη όμως, ο διαβητικός ασθενής με στεφανιαία νόσο μπορεί άπλως, όταν περπατάει, να λαχανιάζει ευκολότερα και αυτή άκριβώς ή παρουσία τής δύσπνοιας θα πρέπει να όδηγήσει τον διαβητικό ασθενή μας σε έξετάσεις, για να άποκλειστεί ή να έπιβεβαιωθεί ή διάγνωση είτε τής καρδιακής άνεπάρκειας είτε τής στεφανιαίας νόσου. Κάτι άλλο, που θα πρέπει έπίσης να αναφερθεί, είναι ότι εκτός από ίσοδύναμο στηθάγχης υπάρχει και ίσοδύναμο δύσπνοιας και αυτό είναι ο ξηρός βήχας, που έπιδείνεται όταν ο ασθενής περπατάει ή ξαπλώνει. Ένα άλλο σύμπτωμα καρδιακής άνεπάρκειας είναι το οίδημα, δηλαδή το πρήξιμο, των κάτω άκρων. Καθώς ή καρδιά δεν λειτουργεί σωστά σαν άντλία για την κίνηση του αίματος και γενικά των υγρών του σώματός μας, τα υγρά αυτά δεν κατευθύνονται με έπάρκεια στα νεφρά για να άποβληθούν και ξεμένουν στο σώμα μας, όποτε, λόγω βαρύτητας, μαζεύονται και πρήζουν τα πόδια. Οί ασθενείς τότε βάζουν με δυσκολία τα παπούτσια τους και όταν πιέζουν

τὸ δέρμα μὲ τὸ δάκτυλό τους δημιουργεῖται εντύπωμα. Στὶς προχωρημένες περιπτώσεις τὸ οἰδημα αὐτὸ ἐπεκτείνεται καὶ στὰ ἐσωτερικὰ ὄργανα τῆς κοιλίας μας, μὲ ἀποτέλεσμα νὰ πρήζεται τὸ ἔντερο καὶ ὁ ἀσθενὴς μας νὰ ἔχει δυσκοιλιότητα ἢ νὰ πρήζεται τὸ στομάχι καὶ νὰ ἐμφανίζεται αἴσθημα φουσκώματος, ἀπώλεια ὄρεξης καὶ ναυτία. Βέβαια, δὲν σημαίνει ἀπαραίτητα ὅτι κάθε διαβητικὸς, ποὺ θὰ ἀναπτύξει οἰδήματα στὰ πόδια, ἔχει καρδιακὴ ἀνεπάρκεια ἀφοῦ ὑπάρχουν καὶ ἄλλες αἰτίες ποὺ μπορεῖ νὰ προκαλέσουν αὐτὴ τὴν κατάσταση: ἡ φλεβικὴ ἀνεπάρκεια, οἱ αὐξημένες θερμοκρασίες τοῦ καλοκαιριοῦ καὶ ἡ λήψη φαρμάκων, ὅπως οἱ ἀναστολεῖς ἀσβεστίου, ποὺ χορηγοῦνται γιὰ τὴ θεραπεία τῆς ἄρθριαικῆς ὑπέρτασης, εἶναι οἱ πρὸ συνηθισμένες.

Γενικὰ ἡ κακὴ λειτουργία τῆς καρδιάς καὶ ἡ ἀνεπάρκειά της ὡς ἀντία γιὰ τὴν σωστὴ κίνηση τοῦ αἵματος καὶ τὴ μεταφορά του σὲ ὅλα τὰ ὄργανα τοῦ σώματος εἶναι ὑπεύθυνη γιὰ μία πλειάδα συμπτωμάτων, ὅπως εἶναι ἡ εὐκόλη κόπωση, ἡ ἄδυναμία, τὸ αἴσθημα ζάλης καὶ σὲ προχωρημένα στάδια, ἀκόμη καὶ ἡ σύγχυση, λόγω τῆς μειωμένης αἱμάτωσης τοῦ ἔγκεφάλου. Ἐνας διαβητικὸς ἀσθενὴς, λοιπόν, ποὺ ἔχει ὅλα τὰ παραπάνω συμπτώματα, θὰ πρέπει νὰ συμβουλευτεῖ τὸν καρδιολόγο του, προκειμένου νὰ γίνῃ ἐκτίμηση τῆς καρδιακῆς του λειτουργίας. Ἡ κλινικὴ ἐξέταση, τὸ ἠλεκτροκαρδιογράφημα καὶ τὸ ὑπερηχογράφημα καρδιάς συνήθως ἀρκοῦν γιὰ νὰ θέσουν τὴ διάγνωση ἢ νὰ τὴν ἀποκλείσουν. Ἡ ἐπιθετικὴ μείωση τῶν ἐπιπέδων σακχάρου στὸ αἷμα δὲν ἔχει καταφέρει νὰ δείξει σὲ μελέτες μείωση τοῦ κινδύνου γιὰ εἰσαγωγή στὸ νοσοκομεῖο, λόγω ἐπιδείνωσης τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας, ἐνῶ καὶ κάποια ἀντιδιαβητικὰ φάρμακα, ὅπως εἶναι οἱ ἀγωνιστὲς PPARγ, ἔδειξαν αὐξηση τῶν περιστατικῶν καρδιακῆς ἀνεπάρκειας στοὺς ἀσθενεῖς μὲ

σακχαρώδη διαβήτη. Τὸν τελευταῖο καιρὸ, ἀνακοινώθηκαν τὰ ἀποτελέσματα δυὸ μελετῶν μὲ μία κατηγορία ἀντιδιαβητικῶν φαρμάκων, τοὺς ἀναστολεῖς SGLT-2, σύμφωνα μὲ τὰ ὁποῖα, γιὰ πρώτη φορὰ παρατηρεῖται σὲ διαβητικὸς ἀσθενεῖς σημαντικὴ μείωση τῶν εἰσαγωγῶν, λόγω καρδιακῆς ἀνεπάρκειας. Ἀσφαλῶς θὰ χρειαστοῦν περαιτέρω μελέτες, προκειμένου νὰ διευκρινιστεῖ ἀκριβῶς ἡ θέση ποὺ μπορεῖ νὰ ἔχουν φάρμακα ὅπως ἡ ἐμπαγλιφλοζίνη καὶ ἡ καναγλιφλοζίνη στὴ θεραπευτικὴ τῶν διαβητικῶν ἀσθενῶν μὲ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια. Ἐπὶ τοῦ παρόντος, ἡ θεραπευτικὴ ἀντιμετώπιση τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας στοὺς ἀσθενεῖς μὲ σακχαρώδη διαβήτη εἶναι ἀντίστοιχη μὲ αὐτὴ ὁποιοδήποτε ἀσθενῆ μὲ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια καὶ περιλαμβάνει διουρητικὰ ὅπως ἡ φουροσεμίδη, ἡ σπιρονολακτόνη καὶ ἡ ἐπλερερόνη, β-ἀναστολεῖς, ἀναστολεῖς τοῦ μετατρεπτικοῦ ἐνζύμου τῆς ἄγγειοτασίνης, καθὼς καὶ τὸν νεότερο συνδυασμὸ τῶν σακουμπιτριλῆ/βιταρσάρτανη. Αὐτὸ ποὺ ἔχει μεγάλη σημασία, ἐπίσης, εἶναι ὁ περιορισμὸς τῶν ὑγρῶν καὶ τοῦ ἀλατιοῦ, καθὼς καὶ ἡ ἐπαρκὴς φυσικὴ δραστηριότητα μὲ ὁδηγὸ τὰ συμπτώματα. Τὸ καθημερινὸ ζύγισμα τὸ πρῶ μὲτὰ τὴν οὔρηση ἀποτελεῖ τὸν εὐκολότερο τρόπο γιὰ νὰ παρακολουθεῖ κάποιος καὶ νὰ προλαβαίνει τὴν ὑπερφόρτωση μὲ ὑγρὰ. Ἡ αὐξηση τοῦ βάρους πάνω ἀπὸ ἓνα κιλό ἀποτελεῖ ἔνδειξη ὅτι ὁ ἀσθενὴς μας πίνει περισσότερα ὑγρὰ ἀπὸ αὐτὰ ποὺ πρέπει, καθὼς καὶ ὅτι ἐνδεχομένως χρειάζεται μεγαλύτερη δόση διουρητικῶν. Οἱ διαβητικὸι ἀσθενεῖς μὲ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια μποροῦν νὰ ἔχουν μία φυσιολογικὴ ζωὴ καὶ θὰ πρέπει νὰ ἐνθαρρύνονται νὰ ἀκολουθοῦν ὅλες τὶς δραστηριότητες ποὺ τοὺς εὐχαριστοῦν, ἀρκεῖ νὰ μὴν τό παρακάνουν καὶ νὰ σταματοῦν στὸ σημεῖο ποὺ ἀρχίζουν νὰ ἐμφανίζονται συμπτώματα ὅπως ἡ δύσπνοια. ●

► **συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 62**

κόπηση καὶ τὴν εὐεξία τοῦ ἀσκούμενου. Ἀπὸ αὐτὲς τὶς ιδιότητες καὶ μόνο καθίσταται ἀντιληπτό, ὅτι οἱ χαμηλὲς τιμὲς του ἀποτελοῦν τροχοπέδη πρὸς τὴν ἀθλητικὴ ἀπόδοση, ἀφοῦ τὸ αἴσθημα τῆς κόπωσης καθίσταται ἰδιαίτερα ἔκδηλο κατὰ τὴ διάρκεια τῆς ἡμέρας. Ὁ ψευδάργυρος ὑπάρχει καὶ σὲ τροφὲς φυτικῆς προέλευσης (ὄσπρια, δημητριακὰ ὀλικῆς ἄλεσης, σπόρους, διατροφικὴ μαγιά, ξηροὺς καρπούς, κ.ἄ.), ἀλλὰ, δυστυχῶς, δὲν ἀπορροφᾶται ἐπαρκῶς. Γιὰ τὸ λόγο αὐτὸ οἱ κατευθυντήριες ὁδηγίες συνιστοῦν στοὺς χορτοφάγους εἴτε τὴν αὐξημένη ἡμερήσια πρόσληψη κατὰ 50% μὲσω διατροφῆς εἴτε τὴν λήψη συμπληρωμάτων.

Ἄεθ βήτα: βασικὸ στοιχεῖο γιὰ τὴν ὑγεία τῶν ὀστῶν καὶ τὴ σύνθεση τῶν ὁρμονῶν. Ἄν καὶ τὰ τρόφιμα ζωικῆς προέλευσης εἶναι τὰ πιὸ πλούσια σὲ ἀσβέστιο, ὑπάρχουν καὶ ἀρκετὲς φυτικὲς τροφὲς στὶς ὁποῖες ἐμπεριέχεται, ὅπως τὰ ὄσπρια, οἱ ξηροὶ καρποί, τὸ μπρόκολο, τὸ κουνουπίδι, οἱ ἀγκινάρες. Προσοχὴ, ὥστόσο, οἱ ἀθλοῦμενοι νὰ μὴν τὰ καταναλώνουν μαζὶ μὲ τροφὲς ποὺ περιέχουν λίπος ἢ ὀξαλικὸ ὄξύ, τὸ ὁποῖο βρίσκεται κυρίως στὰ πράσινα λαχανικά, ἐπειδὴ δυσχεραίνεται ἡ ἀπορρόφηση τοῦ ἀσβεστίου.

Ω-3 λιπαρὰ ὀξέα: πολὺτιμα γιὰ τὴν καρδιαγγειακὴ ὑγεία καὶ τὴν ἀντιφλεγμονώδη δράση τους. Ἀπὸ τὰ νεότερα ἐπισημονικὰ δεδομένα φαίνεται πῶς οἱ χορτοφάγοι ἀθλητὲς

δὲν ἀντιμετωπίζουν δυσκολία στὴν πρόσληψη τῶν ἀπαραίτητων ω-3 λιπαρῶν ὀξέων. Τροφὲς ποὺ καταναλώνουν κατὰ κόρον, ὅπως τὰ καρύδια, τὸ ἐλαιόλαδο, τὰ ὄσπρια, ὁ λιναρόσπορος, τὰ σκουρόχρωμα φυλλώδη λαχανικά μποροῦν νὰ καλύψουν τὶς ἡμερήσιες ἀνάγκες τους σὲ ω-3 λιπαρὰ ὀξέα.

Συμπεράσματα

Τὰ νεότερα ἐπισημονικὰ δεδομένα δεικνύουν, πῶς ἡ χορτοφαγικὴ διατροφή εἶναι ἀσφαλὴς γιὰ τὴν ὑγεία καὶ ἀποτελεσματικὴ γιὰ τὴ βελτίωση τῆς ἀθλητικῆς ἀπόδοσης. Θὰ πρέπει, ὅμως, νὰ τιστεῖ, πῶς ἀπαιτεῖται ἡ προσεκτικὴ ἐπιλογή τῶν τροφῶν, ἀλλὰ καὶ τὴν συνδυασμῶν τους, προκειμένου νὰ προσλαμβάνονται ὅλα τὰ θρεπτικὰ συστατικὰ στὶς σωστὲς ἀναλογίες. Γιὰ τὸ λόγο αὐτὸ κρίνεται ἐπιτακτικὴ ἡ καθοδήγηση τοῦ χορτοφάγου ἀθλητῆ, τουλάχιστον στὰ ἀρχικὰ στάδια, ἀπὸ εἰδικὸ διατροφολόγο, ὥστε νὰ ἐπιτυγχάνονται τὰ βέλτιστα ἀποτελέσματα. Ἰδιαίτερη προσοχὴ ἀπαιτεῖται ἀπὸ τὴν ὁμάδα τῶν ἀποκλειστικῶν χορτοφάγων (Vegan), στοὺς ὁποίους ἡ ἔλλειψη βιταμίνης Β12 εἶναι ἀρκετὰ διαδεδομένη. Ἄν καὶ συχνὰ προτείνεται ἡ προληπτικὴ χορήγηση φαρμακευτικῶν σκευασμάτων, κάτι τέτοιο δὲν κρίνεται ὀρθό, χωρὶς τὸν προσδιορισμὸ τῶν ἀκριβῶν αἰτιῶν τῆς ἔλλειψης αὐτῆς καὶ χωρὶς τὴν καθοδήγηση τοῦ θεράποντος ἱατροῦ. ●

Κέντρο Ύγείας Δομοκοῦ

Μαγδαληνή Ντάλιου

Παθολόγος, Έπιμελήτρια Β΄ Κέντρο Ύγείας Δομοκοῦ.

Τὸ Κέντρο Ύγείας Δομοκοῦ εἶναι ἀποκεντρωμένη ὀργανική μονάδα τῶν Δ.Υ.ΠΕ καὶ ἀνήκει στὴν 5η Υ.Π.Ε. Βρίσκεται πάνω στὴν Π.Ε.Ο. Λαμίας –Λάρισας, κοντὰ στὴν εἴσοδο τῆς πόλης τοῦ Δομοκοῦ .

Σκοπὸς τῆς ἴδρυσης καὶ λειτουργίας τοῦ Κέντρου Ύγείας εἶναι σύμφωνα μὲ τὸ νόμο Υπ.Αριθμ 4486/2017 γιὰ τὴ μεταρρύθμιση τῆς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ύγείας, ὅπως δημοσιεύθηκε στὸ Φ.Ε.Κ 115Α7-8-2017: 1) Εἰδικευμένης περπατητικῆς φροντίδας γιὰ τοὺς ἀσθενεῖς, ποὺ εἴτε προσέρχονται αὐτοβούλως στὰ Κέντρα Ύγείας, εἴτε παραπέμπονται ἀπὸ τὶς λοιπὲς ὑπηρεσίες Π.Φ.Υ. 2) Ἐκτάκτων καὶ ἐπείγοντων περιστατικῶν. 3) Ἐργαστηριακοῦ καὶ ἀπεικονιστικοῦ ἐλέγχου. 4) Ὀδοντιατρικῆς φροντίδας ἐνηλίκων καὶ παιδιῶν. 5) Φροντίδας μητέρας καὶ παιδιοῦ. 6) Φροντίδας παιδιῶν καὶ ἐφήβων. 7) Ἐξειδικευμένης πρόληψης. 8) Φυσικοθεραπείας, ἐργοθεραπείας καὶ λογοθεραπείας. 9) Ἱατρικῆς τῆς ἐργασίας. 10) Κοινωνικῆς ἱατρικῆς καὶ δημόσιας ὑγείας. 11) Προαγωγῆς τῆς ὑγείας.

Τὸ Κέντρο Ύγείας Δομοκοῦ ἄρχισε νὰ λειτουργεῖ τὸ ἔτος 1987 καὶ ἦρθε νὰ λύσει ἓνα ἀπὸ τὰ μεγαλύτερα προβλήματα τῶν κατοίκων τῆς περιοχῆς, ποὺ ἦταν αὐτὸ τῆς ἔλλειψης δημόσιας μονάδας παροχῆς ὑπηρεσιῶν πρωτοβάθμιας φροντίδας ὑγείας.

Ὁ Δομοκὸς βρίσκεται σὲ ὑψόμετρο 650 μ. πάνω ἀπὸ τὴν ἐπιφάνεια τῆς θάλασσας καὶ τὸ κλίμα του χαρακτηρίζεται ἀπὸ δροσερὰ καλοκαίρια καὶ πολὺ κρύους χειμῶνες. Ἐξαιτίας τῶν ἐπικίνδυνων καιρικῶν φαινομένων τὸν χειμῶνα καὶ τῆς πυκνῆς ὀμίχλης ἀπὸ τὸ φθινόπωρο ἕως τὴν ἀνοιξη, μὲ πολὺ μικρὰ διαλείμματα βελτίωσης, εἶναι δύσκολη ἡ πρόσβαση, γιὰ ὅποιον ἀντιμετωπίζει πρόβλημα ὑγείας, στὸ πλησιέστερο νοσοκομεῖο, ποὺ εἶναι αὐτὸ τῆς Λαμίας καὶ ἀπέχει ἀπὸ τὸ Κέντρο Ύγείας Δομοκοῦ 35 χλμ.

Τὸ Κέντρο Ύγείας Δομοκοῦ λειτουργεῖ σὲ 24ωρη βάση καὶ ἐξυπηρετεῖ τοὺς κατοίκους τῆς πόλης τοῦ Δομοκοῦ καὶ τῶν 36 χωριῶν, ποὺ ὑπάγονται στὸ Δῆμο Δομοκοῦ, μὲ πληθυσμὸ, σύμφωνα μὲ τὴν ἀπογραφή τοῦ 2011, 12.105 κατοίκους. Ἐπίσης, τὸ Κέντρο Ύγείας Δομοκοῦ ἐξυπηρετεῖ καὶ κατοίκους ἄλλων ὁμορων χωριῶν ἀπὸ ἄλλους δήμους, καθὼς τὸ κατάστημα κράτησης Δομοκοῦ καὶ τὸ Θεραπευ-

τήριον Χρονίων Παθήσεων. Τοὺς καλοκαιρινούς μῆνες ὁ πληθυσμὸς πολλαπλασιάζεται, ὅπως καὶ οἱ ἀνάγκες τοῦ Κέντρου Ύγείας Δομοκοῦ. Ἐνα ἄλλο πρόβλημα, ποὺ καλεῖται νὰ ἀντιμετωπίσει, ἰδίως τοὺς χειμερινούς μῆνες, εἶναι αὐτὸ τῶν τροχαίων ἀτυχημάτων, λόγω τῆς ὀλισθηρότητας τοῦ ὁδικοῦ δικτύου.

Τὴν ἱατρικὴ ὑπηρεσία τοῦ Κέντρου Ύγείας Δομοκοῦ στελεχώνουν: ὁ Διευθυντῆς τοῦ Κέντρου Ύγείας, ὁ ὁποῖος εἶναι



ἱατρός μὲ εἰδικότητα γενικῆς ἱατρικῆς, μία παθολόγος, μία γενικὴ ἱατρός ἀποσπασμένη ἀπὸ τὸ Κέντρο Ύγείας Φαρσάλων, μία ὀδοντίατρος καὶ δύο ἱατροὶ ὑπηρεσίας ὑπαίθρου. Ἐπίσης, τὸ Κέντρο Ύγείας Δομοκοῦ ὑποστηρίζει τὴ λειτουργία ἑξὶ περιφερειακῶν ἱατρείων, τὰ ὁποῖα πλαισιώνονται ἀπὸ ἓναν ἱατρὸ ὑπηρεσίας ὑπαίθρου, ἐνῶ δύο ἱατροὶ ὑπηρε-

σίας ὑπαίθρου ὑπηρετοῦν στὸ εἰδικὸ περιφερειακὸ ἱατεῖο τοῦ Νέου Μοναστηρίου Δομοκοῦ.

Τὴν νοσηλευτικὴ ὑπηρεσία πλαισιώνουν: ἑπτὰ νοσηλεύτριες, δύο ἐπισκέπτες ὑγείας, ἓνας φυσιοθεραπευτῆς, μία κοινωνικὴ λειτουργὸς καὶ ἓνας παρασκευαστής. Ἐπίσης, τέσσερα πρόσωπα ἐργάζονται ὡς πλήρωμα ἀσθενοφόρου καὶ δύο ὡς διοικητικὸ προσωπικὸ.

Τὸ Κέντρο Ύγείας Δομοκοῦ διαθέτει μικροβιολογικὸ ἐργαστήριον, ποὺ λειτουργεῖ μὲ ἓναν παρασκευαστὴ, ἀφοῦ, μετὰ τὴν συνταξιοδότηση τοῦ μικροβιολόγου ἱατροῦ, ἡ θέσις παραμένει κενή. Οἱ μικροβιολογικὲς ἐξετάσεις, ποὺ πραγματοποιοῦνται στὸ Κέντρο Ύγείας Δομοκοῦ, εἶναι οἱ ἀπολύτως ἀπαραίτητες, μὲ ἀποτέλεσμα νὰ μὴν βοηθοῦν στὴ διάγνωση καὶ θεραπεία τῆς νόσου. Ὑπάρχει ἄκτινολογικὸ μηχανήματα, ὅπου παρὰ τὴ θέσις χειριστῆ, ποὺ προβλέπεται στὸ ὄργανόγραμμα, αὐτὴ δὲν καλύφθηκε ποτέ. Μία φορὰ τὴν ἑβδομάδα, μαῖα παρέχει τὶς ὑπηρεσίες τῆς στὸ Κέντρο Ύγείας Δομοκοῦ. Ἐπίσης, τὸ ὀδοντιατρικὸ τμήμα εἶναι ἐπιφορτισμένο ἀπὸ τὸ ἔργο τῆς πρωτοβάθμιας ὀδοντιατρικῆς φροντίδας παιδιῶν καὶ ἐνηλίκων, μὲ ἔμφαση στὴν πρόληψη. Πολὺ μεγάλο πρόβλημα γιὰ τοὺς γονεῖς καὶ τὰ παιδιά εἶναι ἡ ἔλλειψη παιδίατρος στὸ Κέντρο Ύγείας Δομοκοῦ. Ὁ μοναδικὸς παιδίατρος τοῦ Κέντρου Ύγείας ἔχει ἀποσπαστεῖ στὴν

‘Η όμορφη αναπτυσσόμενη Τζιά

Κική Παπακωνσταντίνου

Πρόεδρος τής Έπιτροπής Φίλων του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

Τήν Τζιά επέλεξε ή Έπιτροπή τών Φίλων του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. για τήν καλοκαιρινή της έκδρομή στις 15 Ιουνίου. Είναι τò δυτικότερο και πλησιέστερο νησί τών Κυκλάδων, πού ό πλούς από τò Λαύριο διαρκεί 1 ώρα και 20'. Όπως πάντα, ύπήρχε μεγάλη συμμετοχή με παλιούς φίλους του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. και άρκετους νέους, πού έρχόντουσαν για πρώτη φορά. Η έκλεκτή μας φίλη, άρχαιολόγος, Νάγια Γάτου, στην διαδρομή με τò πούλμαν πρòς τò Λαύριο, μάς μίλησε άρκετά για τήν ιστορία τής πόλης, άρχαία και νεώτερη, τὰ λατομεία της, καθώς και για τήν διαδρομή και συμμετοχή της στην οικονομική ανάπτυξη τής χώρας μας. Η έπιβίβαση στο πλοίο και ή καλή διάθεση πού έπικρατούσε ήταν ένα καλό προμήνυμα τής άραιάς έκδρομής.

Φθάνοντας στο λιμάνι τής Κορησσίας, έπιβαστήκαμε πάλι στο πούλμαν με κατεύθυνση τήν Ίουλίδα, τή χώρα του νησιού. Παράλληλα με τήν κυρία Γάτου, ή ξεναγός μας Δώρα, σε όλη τή διαδρομή, μάς έδωσε πολλές πληροφορίες για τήν Τζιά. Η παλαιότερη όνομασία τής Κέας ήταν ‘Υδρούσα, πού όφειλόταν στα πολλά νερά της, ενώ κατά



τήν περίοδο τής Τουρκοκρατίας τò νησί λεγόταν Τζιά. Η σημερινή της όνομασία όφείλεται στον ήρωα Κέω, πού ήταν ό έπικεφαλής τών Λοκρών από τήν Ναύπακτο, οι όποιοι, κατά τήν άρχαιότητα, κατέλαβαν τò νησί. Η ιστορία του νησιού άρχίζει από τήν Νεολιθική περίοδο, γύρω στο 3300 π.Χ. Η πρώτη έγκατάσταση στο χώρο χρονολογείται από τò 3000 μέχρι τόν 15ο αϊ. π.Χ., όποτε καταστράφηκε από ίσχυρους σεισμούς, σε περίοδο μεγάλης άκμής. Έρείπια τών άρχαίων πόλεων Ίουλις, Καρθαία, Ποιηέσσα και Κορησσός μαρτυρούν τή μεγάλη άκμή του νησιού κατά τήν άρχαιότητα. Κατά τούς Βυζαντινούς χρόνους, τή Φραγκοκρατία και τήν Τουρκοκρατία, τò νησί περιήλθε σε παρακμή και ήταν όρμητήριο πειρατών. Από τò 1830 ή Κέα, όπως και όλες οι Κυκλάδες, περιήλθαν στο νεοσύστατο Έλληνικό κράτος.

Η Κέα, με πληθυσμό 2.455 κατοίκους, είναι σχετικά άραιοκατοικημένο νησί, με έξαιρεση τήν Κορησσία, πού είναι τò λιμάνι του νησιού, και τò Βουρκάρι. Πέτρινα σκαλοπάτια διανύουν όλο τò νησί και μοναδικής όμορφιάς είναι τò ανάγλυφο του έδάφους και οι μικροί όρμοι. Έντυπωσιακή είναι ή χλωρίδα του νησιού, πού καταγράφει 3.000 είδη φυτών με κυρίαρχη τή Δρύ, όπου παλαιότερα τόν καρπό της, και κυρίως τò κέλυφος, χρησιμοποιούσαν στην βυρσοδεμεία και στην κατασκευή σμάλτου. Σήμερα έχει αναπτυχθεί ό άγροτουρισμός, πού εκμεταλλεύεται τò άλεύρι από τόν καρπό τής δρυός για τήν κατασκευή μπισκότων, πού θεωρούνται πολύ ύγιεινά.

Έπισκεφθήκαμε τήν άμφιθεατρικά κτισμένη Ίουλίδα, με τούς λιθόστρωτους δρόμους και τίς μικρές πλατείες. Άνεβήκαμε μέχρι τόν γλυπτό λέοντα, σήμα κατατεθέν τής πόλης. Άπολάυσαμε τήν θέα από ψηλά και στη συνέχεια έπισκεφθήκαμε τò άρχαιολογικό μουσείο, με εύρηματα από άνασκαφές από τούς προϊστορικούς οικισμούς και άρχαία τών έπιφανειακών έρευνών, πού έγιναν τήν δεκαετία του 1980.



**ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ
ΙΔΡΥΜΑ**

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Άρχιεπίσκοπος Άθηνών
& Πάσης Ελλάδος κ.κ. Ιερώνυμος
ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ:

Γ. Κασμάτης

Π. Τσάκος

Ί. Τσουνής

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Π. Τούτουζας

ΤΑΜΙΑΣ: Ά. Γιατράκου

ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Κ. Τούτουζας

ΜΕΛΗ:

Ε. Βορίδης, Ά. Δήμα, Β. Κόκκινος,

Δ. Ρίχτερ, Χρ. Στεφανάδης,

Δ. Τούσουλης, Στ. Ψυχάρης

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

Γ. Άνδρικόπουλος, Β. Βοτιέας,

Ά. Βούτσας, Γ. Γκουμάς,

Ν. Κατσιλάμπρος, Ε. Παπαστεριάδης



Έπιτροπή Φίλων του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ά. Παπακωνσταντίνου

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ν. Συμβουλίδου

ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Ν. Στανού

ΤΑΜΙΑΣ: Μ. Μπατάκη

ΜΕΛΗ: Γ. Βαϊνά, Έ. Τούτουζα

Με τὸ πούλμαν κάναμε τὸ γύρο τοῦ νησιοῦ, περνώντας ἀπὸ τὸ χωριὸ Ποίισες μέχρι τὸν Κούνδουρο, μὲ τὶς ὠραίες καὶ πεντακάθαρες παραλίες, πού ἔχει μεγάλη τουριστικὴ καὶ οἰκιστικὴ ἀνάπτυξη τελευταία. Κάνοντας τὸν κύκλο τοῦ νησιοῦ ἀπὸ τὴν ἐνδοχώρα, φθάσαμε στὴν Ἰουλίδα ἀπὸ τὴν πίσω πλευρὰ καὶ κατηφορίσαμε στὸ λιμάνι τῆς Κορησσίας. Περάσαμε τὶς πιὸ γνωστὲς παραλίες, τὸ Γαλισκάρι, τὸ Βουρκάρι, γιὰ νὰ καταλήξουμε στὸν κάμπο τοῦ Ὀτζιά, ὅπου γευματίσαμε. Στὴ συνέχεια κατευθυνθήκαμε πρὸς τὴν Μονὴ τῆς Παναγίας Καστριανῆς, πού εἶναι ἡ προστάτιδα τῆς Κέας. Ἡ διαδρομὴ, ἀνεβαίνοντας τὸν ἀπόκρημνο βράχο, σοῦ κόβει τὴν ἀνάσα. Ἡ θεὰ ὅμως εἶναι φανταστικὴ, ἀγναντεύοντας τὸ Αἰγαῖο καὶ τὰ ἀπέναντι νησιά. Ἀνοίγοντας τὴν πόρτα τοῦ περιβόλου τῆς Μονῆς, ὁ ἐπισκέπτης ἐκστασιάζεται ἀπὸ τὸ ὁλοκάθαρο περιβάλλον μὲ τοὺς ἀσβεστωμένους τοίχους μὲ τὰ λουλακὶ τελειώματα. Ἡ Μονὴ ἰδρύθηκε τὸ 1700, στὴν τοποθεσία Καστρί, ὅπου βρέθηκε ἡ εἰκόνα τῆς Παναγίας καὶ χτίστηκε ὁ πρῶτος κάτω ναός. Τὸ 1912 χτίστηκε ἡ μεγαλόπρεπη ἐπάνω ἐκκλησία. Τὸ ὅλο συγκρότημα, μὲ τὰ κελιά καὶ τοὺς βοηθητικὸς χώρους, ὁλοκληρώθηκε στὴν πορεία μὲ τὶς δωρεὲς καὶ τὰ τάματα τῶν πιστῶν. Προσκυνήσαμε στὴν ἐκκλησία, ἀκούσαμε τὸν ἱερέα νὰ μᾶς ἐξιστορεῖ τὸ ἱστορικὸ τῆς Μονῆς καί, ὅπως τὸ συνηθίζουμε, ψάλαμε τὸ Φῶς Ἰλαρόν. Ἐντυπωσιαστήκαμε, ὅταν ἀκούσαμε, ὅτι ὅλο αὐτὸ τὸ οἰκοδόμημα καὶ τὸν περιβάλλοντα χώρο τὸν συντηροῦν δύο ἄτομα, ὁ ἱερέας μὲ τὴν παπαδιά.

Ἡ ὥρα προχωροῦσε καὶ ἐπιβαλλόταν νὰ βιασοῦμε γιὰ νὰ πάρουμε τὸ πλοῖο τῆς ἐπιστροφῆς στὸ Λαύριο. Ἄλλη μία ἐπιτυχημένη, καλὰ ὀργανωμένη ἐκδρομὴ ἔφθασε στὸ τέλος τῆς, μὲ τοὺς φίλους τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ., παλιούς καὶ νέους, νὰ δείχνουν τὸν ἐνθουσιασμό τους. ☉

παιδιατρικὴ κλινικὴ τοῦ νοσοκομείου Λαμίας. Στὸ Δομοκὸ καὶ στὰ γύρω χωριά λειτουργοῦν δημοτικά, γυμνάσια, λύκεια, ἀλλὰ καὶ παιδικὸι σταθμοὶ καὶ νηπιαγωγεῖα, μὲ ἀποτέλεσμα νὰ ὑπάρχει σοβαρὸ πρόβλημα φροντίδας, ἐμβολιασμοῦ καὶ ἀντιμετώπισης σοβαρῶν περιστατικῶν τῶν παιδιῶν καὶ τῶν ἐφήβων, ὅπου καλεῖται ὁ γενικὸς ἰατρὸς νὰ τὰ ἀντιμετωπίσει. Τὰ παιδιὰ εἶναι ἡ ἐλπίδα καὶ τὸ μέλλον τοῦ τόπου, γι' αὐτὸ οἱ ἀρμόδιοι ἄς ἐπιληφθοῦν τοῦ θέματος κι ἄς φροντίσουν, ἂν ὄχι νὰ πληρωθεῖ ἡ θέση παιδιάρου, τουλάχιστον νὰ καλύπτεται δυὸ φορὲς τὴν ἐβδομάδα.

Ἔτσι οἱ ἄνθρωποι ἔχουν ὡς κριτήριό μόνιμης διαμονῆς τὶς δομὲς ὑγείας καὶ τὴν εὐκολὴ πρόσβαση σὲ αὐτές. Ἄν διατεθοῦν τὰ ἀπαραίτητα κονδύλια στὸ Κέντρο Ὑγείας γιὰ τὴν εὐρυθμὴ λειτουργία του, τὴν ἐπὶ ἀνδρῶσή του μὲ τὸ ἀπαραίτητο ἱατρικὸ καὶ νοσηλευτικὸ προσωπικό, τοὺς ἐπαγγελματίες ὑγείας πού χρειάζονται, ὅπως ἐπίσης καὶ γιὰ τὴ βελτίωση τῆς ὑλικοτεχνικῆς ὑποδομῆς, τότε τὸ Κέντρο Ὑγείας Δομοκοῦ θὰ ἀναβαθμιστεῖ καὶ θὰ ἐπιτελέσει στὸ ἀκέραιο τοὺς σκοποὺς καὶ τοὺς στόχους, γιὰ τοὺς ὁποίους ἰδρύθηκε καὶ λειτουργεῖ. Ἐπίσης, θὰ ἀποσυμφορηθεῖ τὸ Νοσοκομεῖο Λαμίας καὶ οἱ κάτοικοι τῆς περιοχῆς θὰ αἰσθάνονται ἀσφαλεῖς, ἔχοντας μία ὁλοκληρωμένη δημόσια δομὴ πρωτοβάθμιας φροντίδας, ὥστε νὰ μὴν ἐγκαταλείπουν τὰ χωριά τους γιὰ νὰ μετοικήσουν σὲ πόλη μὲ νοσοκομεῖο, ὅπως συμβαίνει τώρα. Γιατὶ στὴν ἐπαρχία Δομοκοῦ, ὅπως καὶ σὲ πολλὲς ἀκόμη περιοχὲς τῆς χώρας μας, ἰσχύει αὐτὸ πού λένε οἱ στίχοι τοῦ Μιχάλη Μπουρμπούλη κι ἔχουμε σιγοτραγουδήσει οἱ περισσότεροι ἀπὸ ἐμᾶς «τὰ καλοκαίρια μας μικρὰ κι ἀτέλειωτοι οἱ χειμῶνες». ☉

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

- Συζύγου της Νικολάου, ἡ κυρία Ἐλένη Λεμπέση, τὸ ποσὸ τῶν 300€.
- Παύλου Γιαννακόπουλου, ὁ φαρμακοποιὸς κ. Χρήστος Ἀντωνόπουλος, τὸ ποσὸ τῶν 200€.

Ἄγγελου Τσίγκου:

- Οἱ κ.κ. Κωνσταντῖνος Κολοβέντζος καὶ Καίτη Τσίγκου, τὸ ποσὸ τῶν 150€.
- Οἱ κ.κ. Εὐάγγελος καὶ Ἀναστασία Τσίγκου, τὸ ποσὸ τῶν 50€.
- Δημητρίου Ἀλοῦπη, ἡ κ. Ἐριέττα Κούρπη, τὸ ποσὸ τῶν 50€.
- Ἀνδρέα Ἀνδριανάκου, ὁ κ. Πάνος Σχοινοχωρίτης, τὸ ποσὸ τῶν 50€.

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ

- Ὁ κύριος Κωνσταντῖνος Ζαφειράκης, τὸ ποσὸ τῶν 100€.
- Ἡ κυρία Σταυρούλα Μάρδα, τὸ ποσὸ τῶν 100€.
- Οἱ κ.κ. Δημήτριος καὶ Βίβιαν Μπιμπίρη, τὸ ποσὸ τῶν 70€.
- Ἡ κυρία Κυριακὴ Βλάχου, τὸ ποσὸ τῶν 50€.
- Ὁ κύριος Ἰωάννης Κοντομητρός, τὸ ποσὸ τῶν 50€.
- Ὁ κύριος Γεώργιος Στραβοδήμος, τὸ ποσὸ τῶν 50€.

Σωστή διατροφή για τήν σωτηρία του πλανήτη.

Γαλήνη Φούρα

Δημοσιογράφος.

Πρέπει να μπουν περιορισμοί στην κατανάλωση κόκκινου κρέατος, όπως συμβαίνει με τὸ τσιγάρο; Γιατί ὄχι, λέει ὁ Γερμανὸς καθηγητὴς Χάρολντ Λέμκε, πὸν τάσσεται ὑπὲρ τῆς αὐξησης τῶν φόρων καὶ ἴσως κάποιων περιοριστικῶν μέτρων στὴ διαφήμιση, με σκοπὸ νὰ ἀντιμετωπιστεῖ ἡ ὑπερκατανάλωση. Ὑποστηρίζει, ὅτι τὸ φαγητὸ δὲν εἶναι μόνον προσωπικὴ μας ὑπόθεση, ἀφοῦ ἀφορᾶ στὴν ὑγεία, στὴν οἰκονομία καὶ στὸ περιβάλλον σὲ ὁλόκληρο τὸν πλανήτη. Ἡ καταστροφή τῶν δασῶν καὶ οἱ βλάβες στὴν ὑγεία ἀπὸ τὴν ὑπερκατανάλωση κρέατος τὸν ὀδήγησαν στὸ συμπέρασμα, ὅτι τὸ τί τρώμε δὲν ἀφορᾶ μόνον ἐμᾶς, ἔχει παγκόσμιες ἐπιπτώσεις. Συνδέεται με μία φιλοσοφία για τὸ πὼς θέλουμε νὰ ζήσουμε. Ἡ ὑπερκατανάλωση ἀποδεικνύεται καὶ ἀπὸ τὰ στοιχεῖα τοῦ Παγκόσμιου Ὁργανισμοῦ Τροφίμων, πὸν προβλέπει ὅτι τὸ 2050 θὰ ἔχει ἐκδηλωθεῖ σοβαρὴ ἀνεπάρκεια βασικῶν τροφίμων. Σύμφωνα με τὸν διεθνή ὀργανισμό, ἡ παγκόσμια παραγωγή χοιρινοῦ κρέατος, πὸν τὸ 2016 ἦταν 118 ἑκατομμύρια τόνοι, θὰ ἀνέλθει τὸ 2025 σὲ 131 ἑκατομμύρια τόνους, ἐνῶ οἱ ἀπαιτήσεις πρόκειται νὰ ἐκπαιναθοῦν ἔως τὸ 2050, λόγω τῆς αὐξησης τοῦ πληθυσμοῦ τῆς γῆς, στὰ ἐννέα δισεκατομμύρια.

Στὶς ἀνεπτυγμένες χώρες κατανάλωσαμε τὸ 2016 66,8 κιλά κρέας τὸ ἄτομο (!) κατὰ μέσο ὄρο, ἔναντι 26,6 κιλῶν στὶς λεγόμενες ὑποανάπτυκτες. Για νὰ ἐξισοροποιηθοῦν αὐτὲς οἱ ἀνισότητες καὶ νὰ καλυφθοῦν οἱ νέες πληθυσμιακὲς ἀνάγκες τοῦ πλανήτη, πρέπει νὰ ἐκχερωθοῦν τεράστιες ἐκτάσεις, πὸν θὰ γίνον βουσκοτόπια ἢ θὰ καλλιεργηθοῦν για ζωοτροφές.

Τὸ θέμα τῆς ἐπάρκειας τῶν πόρων στὸν τομέα τῆς διατροφῆς ἀπασχολεῖ ἐδῶ καὶ πολλὰ χρόνια ἐπιστημονικὴ κοινότητα καὶ κυβερνήσεις. Παρὰ ὀρισμένες προβλέψεις, ὅτι μετὰ τὸ 2000 τὸ φαγητὸ μας θὰ ἦταν σὲ χάπια, ὑπάρχουν ἀκόμη τὰ συμβατικὰ τρόφιμα καὶ διατηροῦμε τὴν εὐχαρίστηση νὰ ἀπολαμβάνουμε ἕνα γεῦμα με συγγενεῖς καὶ φίλους. Ἡ πρόκληση ὁμως, σήμερα, εἶναι ἡ τροφή μας καὶ στὸ μέλλον νὰ εἶναι γευστικὴ καὶ ὑγιεινὴ, καθὼς καὶ ἡ ἀπόκτησή της νὰ λαμβάνει ὑπ' ὄψιν τὴν προστασία τοῦ περιβάλλοντος.

Οἰκολογικὲς ὀργανώσεις ἐφιστοῦν τὴν προσοχή μας καὶ μᾶς προειδοποιοῦν, ὅτι ἡ ἐντατικὴ ἐκτροφή ζῶων ἀποτελεῖ μεγαλύτερο κίνδυνο ἀπὸ τὶς ἐκπομπὲς ρύπων τῶν αὐτοκινήτων για τὸ φαινόμενο τοῦ θερμοκηπίου. Ὡς πρῶτο μέτρο προτείνουν στοὺς δυτικούς νὰ μὴν τρῶνε κρέας τουλάχιστον μία φορὰ τὴν ἐβδομάδα. Για πολλοὺς καὶ διαφορετικὸς λόγους, ἡ ἑλληνικὴ διατροφή, με τὰ ὄσπρια καὶ τὰ λαχανικὰ τουλάχιστον δύο φορές τὴν ἐβδομάδα, θὰ βρεθεῖ καὶ πάλι στὸ προσκήνιο, προβάλλοντας τὰ μοναδικὰ προτερήματά της. Μεταξὺ αὐτῶν ἡ συμβολὴ της στὴν καλὴ ὑγεία, ἡ ποι-

ότητα, ἡ οἰκονομία καὶ ἡ προστασία τοῦ περιβάλλοντος. Τὰ φρούτα μπουροῦν νὰ ἐκτοπίσουν τὴν ζάχαρη πὸν κρύβεται παντοῦ, τὰ ἐσπεριδοειδῆ καὶ τὰ καρκεύματα νὰ ἐκτοπίσουν τὸ ἀλάτι καὶ τὸ ἐλαιόλαδο τὶς κακὲς λιπαρὲς οὐσίες. Ἡδη, με τὴν οἰκονομικὴ κρίση (ἔκανε καὶ ἕνα καλὸ), ἐκπαιδευόμαστε νὰ σεβόμαστε τὴν τροφή μας καὶ ἴσως σιγά-σιγά μάθουμε νὰ ἐλαχιστοποιήσουμε καὶ αὐτὰ πὸν πετάμε στὰ σκουπίδια.

Τὸ πρόβλημα τῆς ἀνεπάρκειας τροφίμων εἶναι ἐδῶ καὶ θὰ γίνεται συνεχῶς μεγαλύτερο. Καθὼς καὶ τὰ ἀποθέματα τῶν θαλασσῶν ἐξαντλοῦνται ἀπὸ τὴν ὑπεραλίευση καὶ τὴν μόλυνση, ἡ ἐντομοφαγία δὲν φαίνεται πλέον τόσο ἀποκρουστικὴ στὴν Εὐρώπη, πὸν προσαρμόζει τὴν νομοθεσία της. Σήμερα κυκλοφοροῦν μπάρες με μήλο καὶ κανέλα, πὸν ὡς βάση ἔχουν τριμμένο "ἀλεύρι" ἐντόμων, τὰ ὁποῖα θεωροῦνται ἀκίνδυνα για τὸν ἄνθρωπο. Πράσινες κάμπιες καὶ ἀκρίδες, βρωμοῦσες καὶ τερμίτες βρίσκονται μετὰξὺ αὐτῶν πὸν ἀναφέρονται στὴν ὄδηγία τοῦ FAO τοῦ Διεθνούς Ὁργανισμοῦ για τὰ Τρόφιμα, ὁ ὁποῖος ὑπάγεται στὰ Ἡνωμένα Ἐθνη. Στὴν Ὀλλανδία καὶ στὴν Γαλλία πληθαίνουν συνεχῶς τὰ ἐκτροφεία σκουληκιῶν, πὸν ζοῦν μετὰ στὸ ἀλεύρι καὶ περιέχουν πρωτεΐνες, χαλκὸ, ψευδάργυρο καὶ σελήνιο. Τὴν ἴδια στιγμή, ἐπιστήμονες σχεδιάζουν στὸ ἐργαστήριό νὰ προῖοντα διατροφῆς, χωρὶς χημικὰ πρόσθετα με φυσικὲς – μηχανικὲς μεθόδους. Ἡδη ὑλοποιοῦνται καινοτόμες ἰδέες σχετικὰ με προῖοντα διατροφῆς, πὸν διοχετεύονται στὴν ἀγορὰ, ὅπως οἱ μαρμελάδες χωρὶς ζάχαρη καὶ χημικὰ.

Ὑποπτες για τὴν ὑγεία χημικὲς οὐσίες ἀντικαθίστανται με φυσικὲς μηχανικὲς μεθόδους, ὅπως ἡ φυγοκέντριση καὶ ἡ συμπίεση, με μυρωδικὰ βιολογικῆς καλλιέργειας. Παράδειγμα, μία νέα πρόταση για αἰθέρια ἔλαια κυρίως ἀπὸ ρίγανη καὶ δενδρολίβανο, πὸν μπουροῦν νὰ ἀντικαταστήσουν βλαβερὰ για τὴν ὑγεία μας συντηρητικὰ. Τὰ νέα συντηρητικὰ μπουροῦν νὰ κάνουν κάπως πιὸ ἀποδεκτὰ τυποποιημένα τρόφιμα, ὅπως οἱ χυμοὶ ντομάτας καὶ οἱ μαγιονέζες, καθὼς καὶ κάποια ἀλλαντικὰ. ●

► **συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 64**

ἀπλὸ τραῦμα – κόψιμο, πὸν θὰ γίνει συρραφή εἴτε με ράμματα εἴτε με κόλλα ἰστών, μεχρὶ τὸ περίπλοκο ἀποσπαστικὸ τραῦμα με ἔλλειμμα ἰστού, πὸν θέλει ἀποκατάσταση. Το παιδί δικαιούται τὴν καλύτερη δυνατὴ ἀντιμετώπιση ἐπειδὴ ἔχει ὄλη τὴ ζωὴ μπροστὰ του.

Ἐπειδὴ στὸν κόσμο μας ἡ λεπτομέρεια ἔχει σημασία, ὁ Πλαστικὸς Χειρουργὸς ἔχει πάντα μία θέση καὶ μπουρεῖ νὰ προσφέρει πολλὰ σὲ μονάδες ὑγείας πὸν ἀσχολοῦνται με παιδιά, δημόσιες καὶ ἰδιωτικὲς. ●

Συνταγές με καλοκαιρινά φρούτα.

Κωνσταντίνα Πάλλιου

Κλινική Διατροφολόγος- Διαπολόγος MSc.

Γρανίτα βερίκοκο.

Υλικά:

250 γρ. ζάχαρη.
250 γρ. νερό.
750 γρ. βερίκοκα.
3 κουταλάκια χυμό λεμονιού.

Εκτέλεση: Βάζουμε σε ένα κατσαρολάκι τὰ 250 γρ. ζάχαρη με τὰ 250 γρ. νερό και τὰ αφήνουμε να βράσουν. Μόλις πάρουν βράση, κατεβάζουμε τὸ σιρόπι και τὸ αφήνουμε να κρυώσει. Παίρνουμε τὰ βερίκοκα, τὰ ξεφλουδίζουμε, τὰ κόβουμε σε κομμάτια και τὰ χτυπάμε στὸ μπλέντερ γιὰ νὰ τὰ κάνουμε πολτὸ. Στὴ συνέχεια, βάζουμε σε μία κατσαρόλα τὸν πολτὸ φρούτου και 3 κουταλάκια χυμὸ λεμονιού και τὰ αφήνουμε στὴ φωτιά νὰ ζεσταθοῦν, μέχρι νὰ φτάσουν λίγο πρὶν τὸ βράσιμο. Τότε κατεβάζουμε τὴν κατσαρόλα και ἀφήνουμε τὸ μείγμα νὰ κρυώσει. Ὅταν κρυώσουν τὸ σιρόπι και ὁ πολτὸς φρούτων και ἔρθουν σε θερμοκρασία περιβάλλοντος, τὰ ἀνακατεύουμε, ὥστε νὰ ὁμογενοποιηθοῦν. Βάζουμε τὸ μείγμα στὴν κατάψυξη και κάθε 1 ὥρα τὸ βγάζουμε, τὸ ἀνακατεύουμε και τὸ ξαναβάζουμε μέσα. Αὐτὸ τὸ κάνουμε 4 φορές περίπου.

Θερμίδες: 1.330

Πρωτεΐνες: 0 γρ.

Λίπη: 0 γρ.

Υδατάνθρακες: 333 γρ.

Χοληστερόλη: 0 χγρ.

Σορμπέ με γλυκὸ κρασί και σταφύλια.

Υλικά γιὰ τὸ σορμπέ (γιὰ 8 άτομα):

1/2 λίτρο νερό.
1 1/3 φλυτζάνι τοῦ τσαγιού ζάχαρη.
1 μπουκάλι (750ml) γλυκὸ κρασί μαυροδάφνη.
Χυμὸς 2 λεμονιῶν.
Χυμὸς 2 πορτοκαλιῶν.
Υλικά γιὰ τὰ σταφύλια:
1 τσαμπί μαύρα σταφύλια.
1 τσαμπί λευκά σταφύλια.
1/2 φλυτζάνι τσαγιού μέλι.
Χυμὸς 2 πορτοκαλιῶν.
1 κουταλάκι τοῦ γλυκοῦ ἀνάμεικτα μπαχαρί, κανέλα και μοσχοκάρυδο.

Εκτέλεση: Ἐτοιμάζετε τὸ σορμπέ ὡς ἐξῆς: βράζετε ὅλα τὰ ὑλικά γιὰ τὸ σορμπέ μαζί γιὰ 30 λεπτά. Αφήνετε τὸ μείγμα νὰ κρυώσει και τὸ τοποθετεῖτε στὴν κατάψυξη νὰ κρυώσει. Πλένετε τὰ σταφύλια, τὰ στραγγίζετε και τὰ περιχύνετε με τὸν χυμὸ τοῦ πορτοκαλιού και τὸ μέλι. Πασπαλίζετε με τὰ μπαχαρικά και τὰ βράζετε σε σιγανὴ φωτιά γιὰ 3 - 4 λεπτά. Τὰ ἀφήνετε νὰ κρυώσουν. Σερβίρετε τὸ σορμπέ σε ψηλά



ποτήρια και συνοδεύετε με τὰ σταφύλια.

Θερμίδες: 3.731

Πρωτεΐνες: 0 γρ.

Λίπη: 0 γρ.

Υδατάνθρακες: 765 γρ.

Χοληστερόλη: 0 χγρ.

Cookies με κεράσι.

Υλικά:

300 γρ. αλεύρι.
150 γρ. βούτυρο.
80 γρ. ζάχαρη.
50 γρ. ἀμύγδαλα κομμένα στὴ μέση.
1 αὐγό.
1 βανίλια.
1 κουταλάκι τοῦ γλυκοῦ ἀλάτι.
1 φλυτζάνι κεράσια φιλοκομμένα.

Εκτέλεση: Προθερμαίνετε τὸ φούρνο στους 180° C. Σε ἓνα μπολ βάζετε τὸ βούτυρο, τὸ ὁποῖο πρέπει νὰ εἶναι σε θερμοκρασία δωματίου, και τὴ ζάχαρη. Τὰ χτυπάτε καλά μέχρι νὰ γίνουν ἀφράτα. Ἐπειτα προσθέτετε τὸ αὐγό, τὴ βανίλια, τὸ ἀλάτι και σταδιακὰ τὸ αλεύρι, ἀφου πρώτα τὸ ἔχετε κοσκινίσει. Στὸ τέλος, ρίχνετε τὰ κερασάκια, τὰ ἀμύγδαλα και ἀνακατεύετε ἐλαφρὰ με μία ξύλινη κουτάλα. Ὅταν τὸ μείγμα ὁμογενοποιηθεῖ, πλάθετε μπισκότα και τὰ τοποθετεῖτε σε ταψί, στὸ ὁποῖο ἔχετε στρώσει χαρτὶ ψησίματος. Ψήνετε γιὰ 10' -15' ἢ ἕως ὅτου ἀρχίσουν νὰ ροδίζουν τὰ μπισκότα.

Θερμίδες: 3.458

Πρωτεΐνες: 63,5 γρ.

Λίπη: 204 γρ.

Υδατάνθρακες: 365 γρ.

Χοληστερόλη: 370 χγρ. ◉

Χορτοφαγία και άσκηση. Ποιά τὰ όφέλη και ποιοί οί πιθανοί κίνδυνοι για τήν ύγεια του άσκούμενου;

Θεόδωρος Β. Καστανιάς

M.Sc., Ph.D., Σχολή Έπιστήμης Φυσικής Άγωγής και Άθλητισμού, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

«Άν μπορούσαμε να δώσουμε σε κάθε άτομο τήν σωστή ποσότητα διατροφής και άσκησης – ούτε πολύ λιγότερη, ούτε πολύ περισσότερη – τότε θα είχαμε βρει τον άσφαλέστερο τρόπο για τήν 'Υγεία» .

Ήπποκράτης (460-377 π.Χ.)

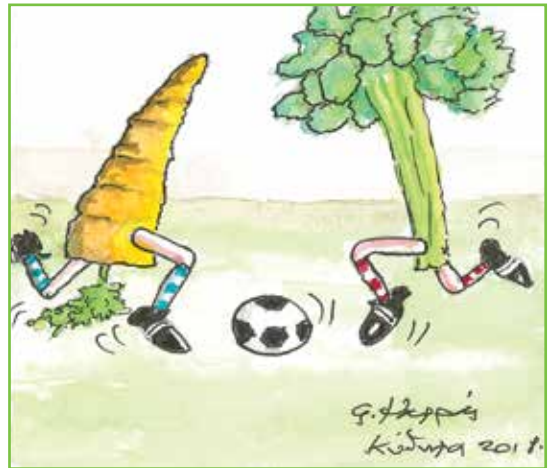
Τὰ τελευταία χρόνια συναντάμε όλοένα και περισσότερους άνθρωπους, οί όποιοί έχουν υιοθετήσει έναν διαφορετικό τρόπο διατροφής, άποφεύγοντας τὰ προϊόντα ζωικής προέλευσης. Οί λόγοι μπορεί να είναι θρησκευτικοί, ήθικοί ή ύγεια. Χορτοφάγος καλείται όποιος έχει επιλέξει να τρέφεται με προϊόντα φυτικής προέλευσης, όπως τὰ φρούτα, τὰ λαχανικά, τὰ όσπρια, οί ξηροί καρποί, οί σπόροι. Όστόσο, υπάρχουν κατηγορίες χορτοφάγων, όπου επιτρέπεται ή κατανάλωση αυγών, γαλακτοκομικών προϊόντων ή θαλασσινών. Ίδιαίτερη μείνα θα πρέπει να γίνει στην κατηγορία των άποκλειστικά χορτοφάγων (Vegan), οί όποιοί έχουν άποκλείσει από τή διατροφή τους όλα τὰ προϊόντα ζωικής προέλευσης, άκόμη και τὸ μέλι.

Άναφορικά με τήν επίδραση τής χορτοφαγικής διατροφής στην ύγεια του ανθρώπου, υπάρχει πληθώρα επιστημονικών ενδείξεων, όπi μία τέτοιου είδους διατροφή προστατεύει από τήν καρδιαγγειακή νόσο, τόν σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, πολλών ειδών καρκίνου, υπέρτασης, ενώ συμβάλλει και στη μείωση του σωματικού λίπους.

Πώς επηρεάζεται όμως ή άθλητική απόδοση ενός ατόμου, τὸ όποιο άφαιρεί από τις διατροφικές του συνήθειες τουλάχιστον μία ομάδα τροφών;

Πρωτεΐνη: οί άσκούμενοι που άκολουθούν ένα χορτοφαγικό πρόγραμμα διατροφής σίγουρα στερούνται τή λήψη ζωικής πρωτεΐνης. Όστόσο, δύνανται να προσλαμβάνουν τις έπιθυμητές ποσότητες πρωτεϊνών από φυτικές πηγές, όπως είναι τὰ όσπρια, ή σόγια, ή κινόα, οί ξηροί καρποί. Παρά τὸ γεγονός ότι ή πρωτεΐνη φυτικής προέλευσης δεν έχει τήν ίδια βιολογική άξία με τή ζωική πρωτεΐνη, έντούτοις, μελέτες δεικνύουν πώς ό σωστός συνδυασμός ποικίλων φυτικών τροφών προμηθεύει τόν οργανισμό με τήν απαραίτητη, ανάλογα με τὸ άθλημα, ποσότητα αλλά και ποιότητα πρωτεϊνών.

Σίδηρος: αποτελεί ένα σημαντικό συστατικό, άπαραίτητο για τήν κυτταρική λειτουργία, τήν παραγωγή όρμονών και τήν όξυγόνωση του οργανισμού, μέσω τής παραγωγής αίμοσφαιρίνης. Συνεπώς, ένας άσκούμενος, που δεν λαμβάνει έπαρκείς ποσότητες σιδήρου, πιθανόν να αισθάνεται



άτονία, κόπωση, με άποτέλεσμα τή χαμηλή σωματική απόδοση. Όμως, προσεκτικές διατροφικές έπιλογές, όπως τὰ όσπρια, τὰ σκούρα πράσινα λαχανικά σε συνδυασμό με τήν πρόσληψη βιταμίνης C (πορτοκάλι, λεμόνι, άκνίδιο κ.ά.) μπορούν να έπιτύχουν τήν έπιθυμητή πρόσληψη σιδήρου. Συνεπώς, κάποιος μπορεί να άθλείται άποτελεσματικά, χωρίς έκπτώσεις στην απόδοσή του, άρκεί να μεριμνεί, όχι μόνο για τήν έπαρκή τροφοδοσία του οργανισμού του με σίδηρο, αλλά και για τήν κατανάλωση τροφών που βοηθούν στην άπορόφηση του.

Βιταμίνη B12: ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στη βιταμίνη αυτή, μίς και ή μακροχρόνια έλλειψη της μπορεί να όδηγήσει σε σοβαρά προβλήματα ύγεια. Κανείς άσκούμενος δεν είναι δυνατόν να άθλείται άποτελεσματικά, αν παρουσιάζει έλλειψη αυτής τής βιταμίνης, άφού τὸ βασικό χαρακτηριστικό των χαμηλών τιμών της είναι ή έντονη κόπωση, άκόμη και μετά από έπαρκή άνάπαυση. Είναι σχετικά εύκολο, ένας χορτοφάγος άθλητής να καταλάβει ότι παρουσιάζει έλλειψη τής B12, από τή στιγμή που τὸ ιδιαίτερα έντονο αίσθημα κόπωσης (κυρίως τις άπογευματινές ώρες), ή κακή ψυχική διάθεση, τὸ αίσθημα παλμών, ή έλλειψη συγκέντρωσης είναι μερικά από τὰ πρώιμα συμπτώματα, τὰ όποια δεν μπορούν να περάσουν άπαρατήρητα.

Ψευδάργυρος: άπαραίτητος για τή σύνθεση των πρωτεϊνών, τήν όμαλή λειτουργία των ενζύμων, τήν παραγωγή όρμονών, τήν άμυνα του οργανισμού, τήν ύγεια, τή ζωτι-

Στυτική δυσλειτουργία/σεξουαλική άνικανότητα στην καρδιακή ανεπάρκεια. Συμβουλευτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Θεμιστοκλής Θ. Κυρλίδης

Επιμελητής Α', Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Βόλου.

Υπάρχουν πολλές μελέτες και δημοσιεύσεις, που άφορούν στην σεξουαλική λειτουργία ασθενών με γνωστή στεφανιαία νόσο (στηθάγχη, έμφραγμα ή μετά από επέμβαση by pass). Αντίθετα, η βιβλιογραφία είναι ιδιαίτερα φτωχή σε ό,τι αφορά την σεξουαλική λειτουργία ασθενών με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια. Και αυτό, παρά το γεγονός ότι 60 έως 87% των ασθενών αυτών αναφέρουν σεξουαλικά προβλήματα, ποσοστό παρόμοιο με το ποσοστό υγιών προσώπων της τρίτης ηλικίας.

Παρόμοια προβλήματα περιγράφονται και στον γυναικείο πληθυσμό με καρδιακή ανεπάρκεια, όπου 76% των ασθενών αναφέρει άνοργασμική συνουσία.

Το θέμα αυτό είναι ιδιαίτερα σοβαρό, επειδή επηρεάζει άρνητικά την ποιότητα ζωής, δημιουργώντας μία κυκλική ανατροφοδοτούμενη σχέση μεταξύ σεξουαλικής δυσλειτουργίας, άγχους και κατάθλιψης.

Κατά την διάρκεια της φυσιολογικής σεξουαλικής δραστηριότητας, η μέση καρδιακή συχνότητα είναι περίπου 120 σφύξεις ανά λεπτό και η μέση αρτηριακή πίεση 160/90 mmHg. Η ενέργεια που απαιτείται είναι, περίπου, ίση με την ενέργεια που ξοδεύουμε, όταν σκουπίζουμε ή ξεσκονίζουμε, εκφράζεται από τους ειδικούς ως μεταβολικό ισοδύναμο ή MET και είναι περίπου 2,5 έως 3,5 MET.

Η φυσιολογική σεξουαλική λειτουργία στον άνθρωπο προϋποθέτει την συνεργασία ορμονικών, αγγειακών και νευρολογικών παραγόντων, που οδηγούν τελικά στην σύση. Στους άνδρες, κατά τη διάρκεια του σέξ, ενεργοποιείται το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα, απελευθερώνεται όξείδιο του άζωτου από το ένδοθελίο των σηραγγωδών σωμάτων του πέους (είναι δοκίδες συνδετικού ιστού με πολλά διάκενα μεταξύ τους), προκαλείται χάλαση των λείων μυϊκών ινών των σωμάτων αυτών, είσορη αίματος και τελικά σύση.

Στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια υπάρχουν πολλοί παράγοντες, που δυσκολεύουν την φυσιολογική σεξουαλική λειτουργία, όπως :

Α) Οί ασθενείς αυτοί έχουν συχνά συμπτώματα, όπως δύσπνοια, εύκολη κόπωση, δυσανεξία σε κάθε δραστηριότητα και αυτό συμβαίνει και κατά την διάρκεια του σέξ.

Β) Πάσχουν από συνοδά νοσήματα, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης και η άποφρακτική πνευμονοπάθεια, που επιτείνουν ακόμη περισσότερο το πρόβλημα.

Γ) Λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, που με διάφορους μηχανισμούς μπορεί να επιδεινώσει ακόμη περισσότερο την

στυτική λειτουργία. Τέτοια φάρμακα είναι οι β-άποκλειστές, ή δακτυλίδα, τα θειζιδικά διουρητικά και οι ανταγωνιστές των άλατοκορτικοειδών.

Δ) Υπάρχει και το φαινόμενο "Nocebo", στο οποίο και μόνο η γνώση ότι ένα φάρμακο μπορεί να ευθύνεται για στυτική δυσλειτουργία, την προκαλεί ως ψυχολογική αντίδραση, χωρίς να ευθύνεται στην πραγματικότητα ή φαρμακευτική ουσία.

Η αντιμετώπιση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και σεξουαλική δυσλειτουργία αποτελεί πρόκληση και περιλαμβάνει τα εξής:

1) Βελτιστοποίηση της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών και προσπάθεια εξάλειψης των συμπτωμάτων, τόσο μέσω χορήγησης φαρμάκων όσο και μέσω αλλαγής τρόπου ζωής, όπως είναι η διακοπή του καπνίσματος, ή κατάλληλη δίαιτα, ή απώλεια βάρους και η αντιμετώπιση συννοσηροτήτων, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης και η χρόνια άποφρακτική πνευμονοπάθεια. Επιπρόσθετα, η καθημερινή άσκηση επαυξάνει την λειτουργική ικανότητα του ασθενούς, βελτώνει την ποιότητα ζωής του και συμβάλλει στην καλύτερη ρύθμιση παραγόντων κινδύνου, όπως η υπερχοληστερολαιμία και η υπέρταση.

2) Άποφυγή φαρμάκων που προκαλούν σεξουαλική δυσλειτουργία, όπως η δακτυλίδα και τα θειζιδικά διουρητικά. Αντικατάσταση πρώτης και δεύτερης γενιάς β-άποκλειστών από νεότερους, που δεν προκαλούν στυτική δυσλειτουργία. Υποστηρίζεται, επίσης, ότι βοηθάει και η αντικατάσταση της σπιρονολακτόνης από την νεότερη έπλερερόνη, έννοείται πάντα με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ιατρού.

3) Σημαντικά όπλα στη φαρέτρα, για την αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας, αποτελούν και οι άναστολείς της φωσφοδιεστεράσης 5 (PDE5). Πρόκειται για τέσσερα φάρμακα, την σιλδεναφίλη-νίαγρα, την τανταλαφίλη-cialis, την βαρδεναφίλη-levitra και την άβαναφίλη-spreda. Η δράση τους συνίσταται στην άναστολή του ενζύμου φωσφοδιεστεράση 5, που έχει ως τελικό άποτέλεσμα την παρατεταμένη χάλαση των λείων μυϊκών κυτάρων των σηραγγωδών σωμάτων του πέους, που, τελικά, ευνοεί την σύση. Διαφέρουν μεταξύ τους, κυρίως, στην διάρκεια της δράσης τους, με μεγαλύτερη διάρκεια να έχει η τανταναφίλη

‘Η Έπανορθωτική Πλαστική Χειρουργική & τὸ παιδί

Δημήτριος Ήμ. Μιχαλάκης

Έπανορθωτικός Πλαστικός Χειρουργός Ένηλίκων & Παιδων, Διευθυντής Τμήματος Πλαστικής Έπανορθωτικής Χειρουργικής και Έγκαυμάτων, Εύρωκλινική Παιδων.

Η Έπανορθωτική Πλαστική Χειρουργική έχει τεράστια εξέλιξη τὰ τελευταία χρόνια, με εξαιρετικά ἀποτελέσματα.

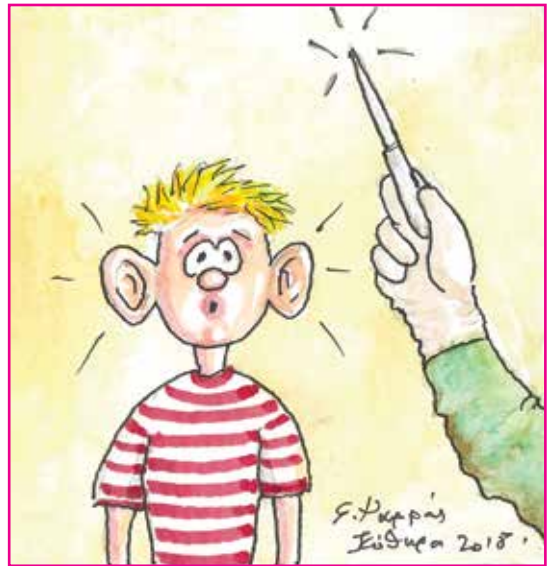
‘Η σχέση τῆς Έπανορθωτικής Χειρουργικής με τὸ παιδί εἶναι πλέον πολύ πιὸ στενή και λύνει πολύ περισσότερα προβλήματα, ἀπὸ ὅτι στὸ παρελθόν, με πολύ καλύτερα ἀποτελέσματα. Έτσι, λοιπόν, παιδιά με συγγενεῖς ἀνωμαλίες ἔχουν περισσότερες πιθανότητες νὰ ἐπιζήσουν, ἔχοντας καλύτερη ποιότητα ζωῆς. Σε αὐτὸ βέβαια ἔχει συμβάλει ὁ πληρέστερος προγεννητικὸς ἔλεγχος, οἱ μονάδες ἐντατικῆς θεραπείας νεογνῶν, ἀλλὰ και οἱ βελτιωμένες παιδοχειρουργικὲς τεχνικὲς.

Οἱ περισσότερες συγγενεῖς ἀνωμαλίες ἀπαιτοῦν ἄμεση χειρουργική ἀντιμετώπιση, πολλές φορές και τὶς πρώτες μέρες τῆς ζωῆς, ἀλλὰ κυρίως στὴ νηπιακή και προσχολική ἡλικία. ‘Ο σκοπὸς εἶναι νὰ ἀποφύγουμε λειτουργικά, αἰσθητικά, ἀλλὰ και ψυχολογικά προβλήματα τοῦ παιδιοῦ. Παράλληλα, μειώνεται και τὸ ἄγχος τῆς οἰκογένειας, πὸν ζεῖ με τὸ παιδί.

Οἱ πιὸ συνηθισμένες συγγενεῖς ἀνωμαλίες, πὸν ἀφοροῦν στὴν Έπανορθωτική Πλαστική Χειρουργική, εἶναι γιὰ τὰ βλέφαρα, ἡ βλεφαροφίμωση και ἡ βλεφαροπώση. ‘Η πρώτη, πὸν σημαίνει μείωση τοῦ εὔρους τῆς βλεφαρικής σχισμῆς, χειρουργεῖται τὸν τρίτο μήνα τῆς ζωῆς τοῦ παιδιοῦ, γιὰ νὰ ἀποφύγουμε προβλήματα στὴν ὄραση. ‘Η δεύτερη, πὸν εἶναι μία μεγάλη πρόκληση, ἐπειδὴ καλεῖται ὁ Πλαστικὸς Χειρουργὸς νὰ θεραπεύσει τόσο τὸ αἰσθητικό, ἀλλὰ κυρίως τὸ λειτουργικό πρόβλημα, μπορεί νὰ γίνει και σὲ πιὸ μεγάλη ἡλικία ὡς και 5 ἐτῶν. Μέχρι τότε, τὸ παιδί πρέπει νὰ παρακολουθεῖται ἀπὸ τὸν ὀφθαλμίατρο.

Οἱ συγγενεῖς ἀνωμαλίες τῶν ὠτων ἀφοροῦν στὰ γνωστὰ σὲ ὄλους προεξέχοντα ὡτα ἢ «πεταχτὰ αὐτιά», στὴν ἀπλασία τοῦ περυγίου, ἀκόμη και στὴν ἀνωτία, τὴν πλήρη ἀπουσία τοῦ περυγίου τοῦ ὡτός. Οἱ ἐπεμβάσεις ἀποκατάστασης ἀρχίζουν στὴν ἡλικία τῶν 6-8 ἐτῶν.

Οἱ σχιστίες τοῦ χείλους εἶναι γνωστὲς συγγενεῖς ἀνωμαλίες ἀπὸ ἀρχαιοτάτων χρόνων. ‘Η σχιστία μπορεί νὰ εἶναι ἐτερόπλευρη ἢ ἀμφοτερόπλευρη, με ἢ χωρὶς σχιστία τῆς ὑπερώας. ‘Ο Πλαστικὸς Χειρουργὸς καλεῖται νὰ διορθώσει τὸ λειτουργικό κυρίως μέρος, ἀλλὰ πρέπει νὰ δώσει ἔμφαση και στὸ αἰσθητικό. Έχουμε, λοιπόν, και ἐδῶ μία πολύπλοκη ἐπέμβαση. ‘Η ἐπιβίωσή τους ὀφείλεται στὴν ἰδιαίτερη ἀνάπτυξη τῶν μονάδων ἐντατικῆς θεραπείας νεογνῶν, ἀλλὰ και στὴν ἔγκαιρη χειρουργική ἀντιμετώπιση. ‘Η μείωση τῶν γεννήσεων παιδίων με σχιστίες ὀφείλεται στὴν ἐνδομήτρια ὑπερηχογραφική διάγνωση, ὅπου οἱ γονεῖς, προκειμένου νὰ ἀποκτήσουν παιδί με «στίγμα» γιὰ ὅλη του τὴ ζωῆ, προβαίνουν σὲ διακοπή τῆς κύησης. Αὐτὸ δὲν ἀποτελεῖ κανόνα,



καθὸς ὑπάρχουν και ἐξαιρέσεις.

Οἱ συγγενεῖς ἀνωμαλίες τῶν ἄκρων, συνδακτυλίες ἢ πολυδακτυλίες διορθώνονται στὴ προσχολική ἡλικία ἢ και νωρίτερα.

Οἱ συγγενεῖς ἀνωμαλίες τῶν ἔξω γεννητικῶν ὀργάνων ἀντιμετωπίζονται ἀνάλογα με τὴ βαρύτητα, ἀλλὰ νωρίτερα ἀπὸ τὴν προσχολική ἡλικία.

Οἱ σπίλοι (ἐλιές) και τὰ αἱμαγγειώματα εἶναι μία ἄλλη κατηγορία συγγενῶν ἀνωμαλιῶν, πὸν καλεῖται νὰ διορθώσει ὁ Πλαστικὸς Χειρουργός. Τὸ πλάνο ἀντιμετώπισης ἐδῶ ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν ἐντόπιση, τὴν ἔκταση, τὸ μέγεθος τῆς βλάβης, ἂν ἔπηραξεί ζωτικά ὄργανα, και διαφέρει σὲ κάθε περίπτωση, ἐνῶ οἱ ἐπεμβάσεις συνήθως εἶναι πολλαπλές.

‘Ο Πλαστικὸς Χειρουργὸς εἶναι ὁ πλέον εἰδικὸς γιὰ τὴν ἀντιμετώπιση, παρακολούθηση και ἀποκατάσταση τοῦ ἔγκαυματος, πὸν εἶναι μία πολυσυστηματικὴ νόσος, πὸν ἔπηραξεί ὅλο τὸν ὀργανισμό. ‘Ιδιαίτερη σημασία πρέπει νὰ δοθεῖ στὴν ἀρχική ἀντιμετώπιση, τὶς πρώτες 48 ὥρες, ἀλλὰ και στὴν ἀπώτερη συντηρητικὴ ἢ χειρουργική, ὅπου χρειάζεται.

Τὸ τραῦμα θέλει ἰδιαίτερη προσοχή, γιὰτι ὅλοι γνωρίζουμε ἀνθρώπους, πὸν ἀπὸ κάποιον τραυματισμὸ φέρουν γιὰ ὅλη τους τὴ ζωῆ κάποιες ἀσχήμες οὐλές. Έδῶ μπαίνει τὸ