

ΣΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ
ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ
HELLENIC HEART FOUNDATION



ΚΩΔΙΚΟΣ: 01-2510

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο
ΚΕΜΓΓ. ΚΡ.
Αριθμός Αδείας
821



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

Τιμή πώλησης 0,01€

Χρησιμοποιήστε την Καρδιά! Τα μηνύματα της φετινής Παγκόσμιας Ημέρας Καρδιάς

Γεώργιος Σ. Γκουμάς

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις, που περιλαμβάνουν τις καρδιοπάθειες και τα εγκεφαλικά, αποτελούν την κυρίαρχη αιτία θανάτου στον πλανήτη μας σήμερα. Έχουν πολλές αιτίες, και κάποιες από αυτές είναι συχνές, όπως το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, η παχυσαρκία και η μόλυνση του περιβάλλοντος, ενώ κάποιες άλλες είναι πιο σπάνιες, όπως η νόσος Chagas και η καρδιακή αμυλοείδωση. Η World Heart Federation (WHF) αποτελεί μια οργάνωση ομπρέλλα, που αντιπροσωπεύει την παγκόσμια καρδιαγγειακή κοινότητα, ενώνοντας ασθενείς, επαγγελματίες υγείας και επιστημονικές ομάδες. Η WHF επηρεάζει πολιτικές υγείας και μοιράζεται τη γνώση με στόχο την προώθηση της καρδιαγγειακής υγείας για όλους. Ενώνει την καρδιαγγειακή κοινότητα, μεταφράζει την επιστήμη σε πολιτικές υγείας και προωθεί την ανταλλαγή πληροφοριών και τη γνώση. Η Παγκόσμια Ημέρα Καρδιάς οργανώνεται από την WHF και αποτελεί παγκοσμίως τη μεγαλύτερη εκδήλωση ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού για τις καρδιαγγειακές παθήσεις.

Στην εποχή του COVID-19, οι ασθενείς με καρδιαγγειακές

**USE ♥ TO MAKE BETTER CHOICES.
♥ TO SAVE LIVES. ♥ TO INSPIRE EVERY
GENERATION. ♥ TO BE YOUR BEST. ♥ FOR
SOCIETY, YOUR LOVED ONES AND YOU.**



παθήσεις αντιμετωπίζουν μια διπλή απειλή: από τη μια μεριά ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες και κινδυνεύουν να νοσήσουν σοβαρότερα από τον ιό, ενώ από την άλλη αμελούν τη σωστή παρακολούθησή τους, αφού φοβούνται να εκτεθούν στον κίνδυνο μόλυνσης σε ένα ιατρείο ή σε ένα νοσοκομείο. Αντιμετωπίζουμε, λοιπόν, μια πρωτόγνωρη κατάσταση, που δεν γνωρίζουμε την πορεία που θα ακολουθήσει στο άμεσο μέλλον, αυτό που όμως γνωρίζουμε με βεβαιότητα είναι ότι η φροντίδα της καρδιάς μας είναι πιο σημαντική από ποτέ!

Το κεντρικό σύνθημα της φετινής, αφιερωμένης στην καρδιά, ημέρας, που θα είναι η 29η Σεπτεμβρίου 2020 είναι «να χρησιμοποιήσουμε την καρδιά»: Να χρησιμοποιήσουμε την καρδιά για να κάνουμε καλύτερες επιλογές, καταναλώνοντας μια πιο υγιεινή διαίτα, λέγοντας όχι στο κάπνισμα και την κατανάλωση νεότερων προϊόντων νικοτίνης, κάνοντας καθημερινά περισσότερη άσκηση και ακολουθώντας πιστά τις συμβουλές των ειδικών για την πρόληψη του COVID-19. Να χρησιμοποιήσουμε την καρδιά για την κοινωνία, για τους αγαπημένους μας και για εμάς τους ίδιους, αξιοποιώντας με τον καλύτερο τρόπο την εμπειρία των τελευταίων μηνών με τον COVID-19, που ανέδειξε τη μεγάλη σημασία του να φροντίζουμε ο ένας τον άλλον σε επίπεδο προσώπων, οικογένειας, κοινότητας αλλά και στο επίπεδο του συνολικού πληθυσμού. Τέλος, να χρησιμοποιήσουμε την καρδιά για να ακούσουμε την ίδια μας την καρδιά, κάνοντας τακτικά τον απαραίτητο προληπτικό έλεγχο, αλλά και ζητώντας την απαραίτητη συμβουλή από τους πάντα διαθέσιμους ιατρούς μας σε επείγουσες καταστάσεις.

Η γνώση είναι δύναμη, και η φροντίδα για την καρδιά μας πρέπει να ξεκινάει από τη γνώση του κινδύνου που διατρέχουμε, άρα από τη γνώση των αριθμών που αφορούν στην υγεία μας. Αυτό μπορούμε εύκολα να το πετύχουμε, αν επισκεφτούμε τον ιατρό μας και του ζητήσουμε να κάνουμε κάποιες απλές εξετάσεις. Αρχικά πρέπει να μετρήσουμε τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα μας. Όταν αυτά είναι αυξημένα, αυτό μπορεί να υποδηλώνει την παρουσία σακχαρώδη διαβήτη. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι υπεύθυνες για τους περισσότερους θανάτους σε ανθρώπους με σακχαρώδη διαβήτη, με αποτέλεσμα η μη έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση να αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για καρδιοπάθειες κι εγκεφαλικά. Η υψηλή αρτηριακή πίεση είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Ονομάζεται «σιωπηλός δολοφόνος» ακριβώς γιατί συνήθως δεν συνοδεύεται από άλλα σημεία ή συμπτώματα και πολλοί άνθρωποι δεν συνειδητοποιούν ότι την έχουν. Η τακτική μέτρηση της αρτηριακής μας πίεσης είναι, λοιπόν, απαραίτητη. Η αυξημένη χοληστερίνη συσχετίζεται με 4 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο. Έτσι, η μέτρηση της χοληστερίνης, του βάρους σώματος και του δείκτη μάζας σώματος (BMI) θα βοηθήσει στον ολοκληρωμένο υπολογισμό του κινδύνου για μελλοντικά καρδιαγγειακά επεισόδια. Με βάση όλα τα παραπάνω, θα υπολογιστεί ο κίνδυνος για μελλοντικά καρδιαγγειακά επεισόδια και παράλληλα θα καταρτιστεί ένα σχέδιο για τη μείωσή του, που θα περιλαμβάνει υγιεινοδιατροφικές παρεμβάσεις και

θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων παραγόντων κινδύνου.

Αυτή τη χρονιά, πρέπει να χρησιμοποιήσουμε την καρδιά μας προκειμένου να πίνουμε και να τρώμε με σύνεση και γνώση. Θα πρέπει να προσπαθούμε να περιορίζουμε τις προπαρασκευασμένες και επεξεργασμένες τροφές, που είναι πλούσιες σε ζάχαρη, αλάτι και λιπαρά, αλλά και τα αναψυκτικά και χυμούς με ζάχαρη. Τη θέση των παραπάνω μπορεί να πάρουν τα φρέσκα φρούτα, το νερό και οι φυσικοί χυμοί. Καλό θα ήταν να φροντίζουμε να τρώμε 5 μερίδες (μια μερίδα είναι περίπου μια χούφτα) λαχανικών και φρούτων κάθε μέρα. Η καθημερινή ποσότητα αλκοόλ πρέπει να κρατηθεί μέσα στα συνιστώμενα όρια, δηλαδή, προκειμένου για το κρασί, για παράδειγμα, να είναι 2-3 ποτήρια για τους άντρες και 1-2 ποτήρια για τις γυναίκες. Όλα τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να ενθαρρύνονται να ετοιμάζουν οι ίδιοι το γεύμα τους για το σχολείο ή την εργασία στο σπίτι, ώστε να είναι βέβαιοι για τις υγιεινές επιλογές τους. Έτσι θα αποφεύγουν τροφές αμφιβόλου ποιότητας στο σχολείο ή στο χώρο της εργασίας.

Χρησιμοποιήστε την καρδιά σας για να αυξήσετε τη φυσική σας δραστηριότητα. Στοχεύστε σε τουλάχιστον 30 λεπτά μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα, 5 φορές την εβδομάδα ή τουλάχιστον 75 λεπτά μεγάλης έντασης φυσική δραστηριότητα κατανεμημένα στη διάρκεια όλης της εβδομάδας. Μην ξεχνάμε, ότι φυσική δραστηριότητα δεν είναι μόνο τα διάφορα αθλήματα, αλλά μπορεί να είναι και το παιχνίδι με τα παιδιά μας σε εξωτερικούς χώρους, το περπάτημα, ο χορός, ακόμα και αρκετές εργασίες του νοικοκυριού. Οι οικογένειες πρέπει να περιορίζουν το χρόνο που αφιερώνουν στην παρακολούθηση τηλεόρασης και αυτός σε καμία περίπτωση να μην υπερβαίνει τις δύο ώρες την ημέρα. Αντί για το ασανσέρ πάρτε τις σκάλες, αντί για το αυτοκίνητο πηγαίνετε με τα πόδια ή το ποδήλατο. Ασκηθείτε μαζί με φίλους ή μέλη της οικογένειάς σας, έτσι θα έχετε ένα κίνητρο παραπάνω και επιπλέον θα σας είναι ακόμη περισσότερο ευχάριστο. Ακόμη και κατά τη διάρκεια καραντίνας, μπορεί κανείς να συμμετέχει σε διαδικτυακές συνεδρίες άσκησης. Επιπλέον, υπάρχουν πολλές εφαρμογές που μπορείτε να κατεβάσετε σε κάποιο «έξυπνο» τηλέφωνο, που μετρούν την απόσταση που περπατάτε ή τρέχετε και που θα σας βοηθήσουν να παρακολουθείτε και να σχεδιάζετε καλύτερα την πρόοδό σας.

Χρησιμοποιήστε την καρδιά σας για να πείτε όχι στο κάπνισμα. Μέσα σε δυο χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος,

συνέχεια στη σελ. 36

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ:

Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας

Βασ. Σοφίας 133 - Τ. Κ. 115 21 Αθήνα

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. Θωμόπουλος, Γ. Κολοβού, Ι. Μπαρμπετάσας,

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

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Γ. Καλλιούπη, Μ. Πομόνη

Επιτρέπεται η μερική ή ολική αναδημοσίευση άρθρων του περιοδικού, αρκεί να αναφέρεται η πηγή τους.

Σύγχρονη αντιμετώπιση συγγενών καρδιοπαθειών

Μαρία Δρακοπούλου

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

Γεώργιος Παπουλάκος

Ιατρός

Κωνσταντίνος Τούτουζας

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

Ως συγγενείς καρδιοπάθειες (Congenital Heart Disease – CHD) ορίζονται οι ανωμαλίες της καρδιάς που δεν παρουσιάζονται στην πορεία της ζωής ενός ανθρώπου, αλλά υπάρχουν ήδη από τη γέννησή του. Οδηγούν, δηλαδή, στη διάπλαση μίας καρδιάς με ανατομία που αποκλίνει από το "φυσιολογικό". Αποτελεί τη συχνότερη συγγενή ανωμαλία στον άνθρωπο, με 9 στα 1.000 βρέφη, παγκοσμίως, να γεννιούνται με συγγενή καρδιοπάθεια, ενώ στην Ελλάδα ο αριθμός των ασθενών αυτών ανέρχεται περίπου στις 50.000. Μπορεί να αφορά σε οποιαδήποτε δομή της καρδιάς ή των μεγάλων αγγείων.

Τα τελευταία χρόνια η πρόοδος στις διαγνωστικές τεχνικές, και ιδιαίτερα αυτής του υπερηχοκαρδιογραφήματος, οδήγησε στην έγκαιρη διάγνωση των συγγενών καρδιοπαθειών, καθιστώντας δυνατή την εντόπισή τους, ήδη από την κύηση, με το εμβρυϊκό υπερηχοκαρδιογράφημα. Ωστόσο, ελάσσονες καρδιοπάθειες μπορεί να διαγνωσθούν οποιαδήποτε στιγμή της ζωής ενός ανθρώπου, χωρίς να επηρεάζουν τη λειτουργικότητα και την καθημερινότητά του. Αντιλαμβάνεται, έτσι, κανείς το ευρύ φάσμα των συγγενών καρδιοπαθειών, από πολύ ελαφράς μορφής, που δεν προκαλούν συμπτώματα και επιβάρυνση στον ασθενή και δεν χρήζουν παρέμβασης, έως και απειλητικές για τη ζωή του ασθενούς, σύμπλοκες μορφές, που απαιτούν άμεση αντιμετώπιση και, αν είναι δυνατόν, θεραπεία.

Παρά την ανάπτυξη των διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών, δυστυχώς, λίγα είναι γνωστά για την ακριβή αιτιολογία των συγγενών καρδιοπαθειών. Η καρδιά είναι το πρώτο όργανο που λειτουργεί κατά την ανάπτυξη ενός εμβρύου, ξεκινώντας να χτυπά ήδη από την 22η με 23η ημέρα της κύησης. Είναι φανερό, λοιπόν, πόσο σημαντικό είναι το διάστημα του πρώτου τριμήνου για τη σωστή ανάπτυξη τόσο της καρδιάς όσο και των υπόλοιπων οργάνων του εμβρύου. Μερικοί παράγοντες, που έχει φανεί πως επηρεάζουν την διάπλαση του καρδιαγγειακού συστήματος, είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, ο σακχαρώδης διαβήτης, συγγενείς λοιμώξεις, και ιδιαίτερα η ερυθρά, μερικά φάρμακα, όπως ουσίες για την αντιμετώπιση της ακμής και αντι-επιληπτικά, καθώς και η γενετική προδιάθεση. Είναι γνωστό, πως παιδιά γονέων με συγγενή καρδιοπάθεια έχουν



αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν και αυτά με τη σειρά τους κάποια ανωμαλία στην καρδιά τους.

Η ταξινόμηση των συγγενών καρδιοπαθειών γίνεται κλινικά, με βάση την ύπαρξη ή όχι κύανωσης, σε κυανωτικές και ακυανωτικές, αντίστοιχα. Και στις δύο κατηγορίες η καρδιά δεν διοχετεύει σωστά το αίμα στα υπόλοιπα μέρη του σώματος. Ωστόσο, στις ακυανωτικές συγγενείς καρδιοπάθειες ο κορεσμός του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα είναι φυσιολογικός, σε αντίθεση με τις κυανωτικές, οι οποίες, εξαιτίας της ανάμειξης αρτηριακού και φλεβικού αίματος, χαρακτηρίζονται από ποσόστημα οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα χαμηλότερη του φυσιολογικού, με αποτέλεσμα το δέρμα να λαμβάνει κυανωτικό χρώμα. Συνοπτικά θα αναφέρουμε τις συχνότερες συγγενείς καρδιοπάθειες, που, όσον αφορά στις κυανωτικές, είναι η Τετραλογία Fallot, η Μετάθεση των μεγάλων αγγείων, η Ατρησία της τριγλώχινας βαλβίδας, ο Μονήρης αρτηριακός κορμός και η Ανωμαλία Ebstein, ενώ στις ακυανωτικές περιλαμβάνονται η Μεσοκοιλιακή επικοινωνία, η Μεσοκοιλιακή επικοινωνία, η Παραμονή ανοικτού

βοταλείου πόρου, η Στένωση της αορτικής βαλβίδας, η Στένωση της πνευμονικής βαλβίδας και η Στένωση του ισθμού της αορτής.

Η καρδιοπαθολογία των ασθενών με συγγενή καρδιοπάθεια εξαρτάται άμεσα από τον τύπο και τη σοβαρότητα της ανωμαλίας. Έτσι, σε μερικές περιπτώσεις, μπορεί να υπάρχουν λίγα ή και κανένα σύμπτωμα, ενώ σε άλλες μπορεί να επηρεάζεται άμεσα η λειτουργικότητα του ασθενούς. Μερικά από τα σημεία και τα συμπτώματα των συγγενών καρδιοπαθειών είναι η δύσπνοια, που μπορεί να εμφανίζεται από την έντονη άσκηση μέχρι και την ηρεμία, η αδυναμία, η συγκοπή, η κυάνωση, η ηλεκτροδοκτυλία, που χαρακτηρίζεται από βολβώδη διόγκωση των τελικών φαλάγγων των δακτύλων των χεριών, διαταραχές της ανάπτυξης, συχνές λοιμώξεις, αίσθημα παλμών, το οποίο οφείλεται σε κάποια διαταραχή του ρυθμού της καρδιάς, που συχνά συνοδεύει τις συγγενείς καρδιοπάθειες, και φύσημα, το οποίο αναγνωρίζεται από τον ιατρό κατά την ακρόαση της καρδιάς του ασθενούς.

Η παρουσία αρρυθμιών είναι κάτι που απασχολεί μεγάλη μερίδα των καρδιολογικών ασθενών. Οι ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην εμφάνιση αρρυθμιών, με αυξημένη επίπτωση συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό, εξαιτίας της διαταραχής της ανατομίας της καρδιάς, προηγούμενων επεμβάσεων στις οποίες μπορεί να έχουν υποβληθεί και των υπολειπόμενων αιμοδυναμικά σημαντικών βλαβών. Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, λόγω των επιτευγμάτων της παιδιατρικής καρδιολογίας και της καρδιοχειρουργικής, η επιβίωση των ασθενών αυτών έχει αυξηθεί σημαντικά, γεγονός που δημιουργεί συνεχώς καινούριες προκλήσεις στην περίθαλψη τους. Η εμφάνιση αρρυθμιών είναι από τις κυριότερες αιτίες θνητότητας στον πληθυσμό αυτό, ωστόσο τα δεδομένα για την αντιμετώπιση τους είναι ακόμα περιορισμένα. Οι αρρυθμίες αυτές είναι, συνήθως, η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, ο κολπικός περυσισμός, η κολπική μαρμαρυγή, η νόσος φλεβοκόμβου, η κολπική ταχυκαρδία και οι αποκλεισμοί στο ερεθισματογαγικό σύστημα της καρδιάς.

Για τη διάγνωση των αρρυθμιών υπάρχουν αρκετά μέσα. Συνήθως, πρώτη, και ιδιαίτερα χρήσιμη εξέταση, αποτελεί το ηλεκτροκαρδιογράφημα, που μπορεί να ληφθεί σε ηρεμία ή σε άσκηση, όπου με την τοποθέτηση ηλεκτροδίων στο δέρμα του ασθενούς αποτυπώνει την ηλεκτρική δραστηριότητα της καρδιάς σε ένα συγκεκριμένο και, συνή-

θως, σύντομο χρονικό διάστημα. Στη συνέχεια, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα holter ρυθμού, που είναι μία, επίσης, μη επεμβατική μέθοδος καταγραφής της καρδιακής λειτουργίας, σαν το ηλεκτροκαρδιογράφημα, που γίνεται επί 24 ή 48 ώρες και αποτυπώνει τη λειτουργία της καρδιάς κατά τη διάρκεια των καθημερινών δραστηριοτήτων του ασθενούς. Επί ευρημάτων, μπορεί να διενεργηθεί ηλεκτροφυσιολογική μελέτη, η οποία αποτελεί επεμβατική μέθοδο και με την εισαγωγή καθεθέρων εντός της καρδιάς, υπό γενική αναισθησία, εξετάζει την ηλεκτρική δραστηριότητα της καρδιάς. Με την ηλεκτρο-φυσιολογική μελέτη αφενός μπορεί να γίνει ακριβής διάγνωση του τύπου της αρρυθμίας και του σημείου της καρδιάς στο οποίο εντοπίζεται η διαταραχή και, αφετέρου, σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, να αποτελέσει και θεραπευτική μέθοδο για την αντιμετώπιση της αρρυθμίας.

Αναφορικά με την αντιμετώπιση των αρρυθμιών, έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος τα τελευταία χρόνια, με αποτέλεσμα, με τη χρήση αντιαρρυθμικών φαρμάκων, με την κατάλυση της αρρυθμιολογικών εστίας στο ηλεκτροφυσιολογικό εργαστήριο ή την τοποθέτηση ενός βηματοδότη ή ενός απινιδωτή, να έχει μειωθεί σημαντικά τόσο η νοσηρότητα, όσο και η θνητότητα των ασθενών αυτών.

Για την αντιμετώπιση των συγγενών καρδιοπαθειών υπάρχουν αρκετά όπλα στη φαρέτρα των ειδικών. Σημαντικό, ωστόσο, είναι να αναφέρουμε πως, συχνά, το πλάνο της αντιμετώπισης των ασθενών είναι τόσο εξατομικευμένο για κάθε ασθενή, που απαιτείται μία ολόκληρη ομάδα ειδικών για καθορισμό του θεραπευτικού πλάνου. Ελάχιστον συγγενείς καρδιοπάθειες, όπως μία μεσοκολπική επικοινωνία, μπορεί να θεραπευτεί χειρουργικά, ενώ, με την πρόοδο της επεμβατικής καρδιολογίας, δυνατή είναι αντιμετώπιση τέτοιων ελλειμμάτων με την τοποθέτηση μίας συσκευής σύγκλισης μέσω ενός αγγείου. Από την άλλη μεριά, σε σύμπλοκες καρδιοπάθειες, η λήψη αποφάσεων δεν είναι τόσο ξεκάθαρη, καθώς δεν είναι λίγοι οι ασθενείς που παρουσιάζουν περισσότερες από μία ανωμαλίες. Σε τέτοιες περιπτώσεις απαιτείται σειρά εξετάσεων και συμβούλια εξειδικευμένων ομάδων, για να καθορισθεί το καλύτερο πλάνο για τους ασθενείς αυτούς, ενώ συχνά απαιτείται σειρά χειρουργικών επεμβάσεων για τη διόρθωση της καρδιάς ή των αγγείων.

Σημαντικό είναι, ότι οι ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες έχουν αυξήσει την επιβίωσή τους και ως εκ τούτου θα πρέπει να εκτιμώνται και για τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου που αφορούν στο γενικό πληθυσμό. ●

☛ συνέχεια από τη σελ. 34

ο κίνδυνος για έμφραγμα μειώνεται σημαντικά, ενώ μέσα σε 15 χρόνια ο καρδιαγγειακός κίνδυνος επιστρέφει στα επίπεδα ενός μη καπνιστή. Πείτε όχι στο ενεργητικό κάπνισμα και αποφύγετε την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα, που αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τους μη καπνιστές. Έτσι, με τη διακοπή του καπνίσματος τα οφέλη αφορούν τόσο τον ίδιο τον καπνιστή όσο και τους ανθρώπους γύρω του. Η απαγόρευση του καπνίσματος στο σπίτι αποτελεί βασικό βήμα, γιατί θα οδηγήσει στη βελτίωση της υγείας όλων των μελών της οικογένειας. Απαιτήστε να ισχύει η απαγόρευση

του καπνίσματος στο χώρο εργασίας σας και ζητήστε από τον εργοδότη σας να παρέχει βοήθεια στους συναδέλφους σας που θέλουν να κόψουν το κάπνισμα.

Σε κάθε περίπτωση, κι επειδή η διακοπή του καπνίσματος είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί χωρίς βοήθεια, καλό θα είναι, κάθε καπνιστής, που δυσκολεύεται μόνος του, να ζητήσει επαγγελματική βοήθεια, προκειμένου να απαλλαγεί από αυτή την τόσο επιβλαβή εξάρτηση. Επιπλέον, μπορεί να συζητήσει με τον εργοδότη του την παροχή υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος. ●

Η προσωπική εμπειρία ενός καρδιολόγου από την πορεία του στην Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία

Δημήτρης Ρίχτερ MD, FESC, FAHA

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών - Πρόεδρος Council for Cardiology Practice (CCP) της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC) - Γενικός Γραμματέας ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

Όσο ενδιαφέρουσα και αν είναι, επιστημονικά, η ενασχόληση με την καρδιολογία στη χώρα μας και η παραγωγή γνώσης, περιέχει πάντα τον εγγενή περιορισμό πως δέχεται ερεθίσματα από τους ίδιους ανθρώπους, οι οποίοι, συνήθως, έχουν παρόμοιες ιατρικές εμπειρίες. Η επιστημονική πορεία στον ευρωπαϊκό χώρο εμπειρέχει νέες προκλήσεις, συνεργασία με ανθρώπους που εργάζονται και εκπαιδεύτηκαν σε τελείως διαφορετικά συστήματα και, βέβαια, την ανάγκη να ξανα-αποδείξεις από την αρχή την αξία σου, μιας και δεν έχεις ξανασυνεργαστεί με τους ανθρώπους αυτούς.

Το δικό μου Ευρωπαϊκό ταξίδι ξεκίνησε το 2012, όταν άρχισα να εκπροσωπώ τη χώρα μας στο συμβούλιο (council) των ιδιωτών καρδιολόγων της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας, όπου, από το 2018 μέχρι τώρα, ήμουν Πρόεδρος του συμβουλίου αυτού και θα κλείσω τη πορεία μου σε 2 έτη, με τη θητεία μου ως τέως πρόεδρος. Η εκλογή μου, το 2016, ως αντιπρόεδρου στις εκλογές του συμβουλίου, ήταν μία μεγάλη επιβράβευση της μέχρι τότε προσπάθειάς μου, αλλά και μεγάλη ευθύνη για τη συνέχεια. Οι στόχοι του συμβουλίου αυτού είναι η επιστημονική εκπαίδευση των ιδιωτών καρδιολόγων, οι οποίοι, όντας απομονωμένοι στα ιατρεία τους, δεν έχουν στενή επαφή με άλλες υποειδικότητες της καρδιολογίας και ως εκ τούτου αισθάνονται γνωσιακά απομονωμένοι, όταν έρχονται αντιμέτωποι με πολύπλοκα θέματα όλου του φάσματος της καρδιολογίας. Το συμβούλιο συμμετέχει στη διαμόρφωση του προγράμματος του ετήσιου ευρωπαϊκού καρδιολογικού συνεδρίου, στη διαμόρφωση των Ευρωπαϊκών κατευθυντηρίων οδηγιών με τη θεσμική εκπροσώπηση μελών του. Μέλη του συμβουλίου επίσης συμμετέχουν μετά από πρόσκληση σε άλλα συμβούλια και ομάδες εργασίας (working groups) διαφορετικών υποειδικοτήτων, που χρειάζονται και την οπτική ενός γενικού καρδιολόγου, καθώς και στην επιτροπή εκπόνησης κατευθυντηρίων οδηγιών όπου συζητείται και διαμορφώνεται ο τρόπος και η φιλοσοφία των οδηγιών, τί πρέπει να αλλάξει για να βελτιωθούν, ποιά πρέπει να είναι τα επόμενα θέματα κτλ. Επίσης, το συμβούλιο (CCP) εκδίδει ένα ηλεκτρονικό εκπαιδευτικό περιοδικό για καρδιολόγους, αναλύοντας ένα διαφορετικό θέμα κάθε εβδομάδα, καλύπτοντας μέσα στο χρόνο όλο το φάσμα της καρδιολογίας και το οποίο πηγαίνει με email σε 56.000 καρδιολόγους παγκοσμίως. Είχα την τιμή να έχω συμμετάσχει, στα χρόνια αυτά της παρουσίας μου στο συμβούλιο σε όλες τις θεσμικές αυτές θέσεις.

Σίγουρα, ύψιστη τιμή ήταν η συμμετοχή μου 4 φορές



στη διαμόρφωση κατευθυντηρίων οδηγιών, κάτι το οποίο ήταν εξαιρετικά ενδιαφέρον. Η ζύμωση μεταξύ ειδικών, για να καταλήξουν όλοι σε ένα τελικό κείμενο, με ατελείωτη συζήτηση και διαφωνίες- ψηφοφορίες για όλα τα καυτά ερωτηματικά, ήταν από τις έντονες στιγμές που σίγουρα θα θυμάμαι. Ένα άλλο πολύ σημαντικό σημείο που με εντυπωσίασε, ήταν όταν στην επιτροπή εκπόνησης κατευθυντηρίων οδηγιών, όπου ήμουν ένα από τα 20 μέλη της, συζητήθηκε το εάν θα έπρεπε να συμμετέχουν και ασθενείς στην εκπόνηση αυτών. Στις ομάδες αυτές εργασίας των κατευθυντηρίων οδηγιών συμμετέχουν μόνο ειδικοί ιατροί, που έχουν μακροχρόνια επιστημονική και δημιουργική ενασχόληση με τα θέματα αυτά (περίπου 20 άτομα για κάθε οδηγία). Σε μία από τις συνεδριάσεις είχε έρθει η εκπρόσωπος του συστήματος εκπόνησης κατευθυντηρίων οδηγιών της Μεγάλης Βρετανίας, που είναι η μόνη χώρα στο κόσμο που το έχει ήδη εισάγει στην πράξη, εδώ και χρόνια, το θέμα αυτό. Η εμπειρία τους ήταν πως η παρουσία ενός ασθενούς στο τραπέζι αυτό κάνει τους γιατρούς να σκέφτονται διαφορετικά. Μπαίνει πιο

έντονα σε πρώτο κάρδο ο ασθενής και οι ανάγκες του και γίνεται λιγότερο τεχνοκρατική η συζήτηση. Ένα από τα μεγάλα ερωτήματα ήταν, πώς επιλέγεται ο ασθενής αυτός. Το εντυπωσιακό είναι, πως δεν είναι εκπρόσωπος του ανάλογου συλλόγου ασθενών και δεν υποδεικνύεται από αυτόν. Είναι τυχαίο άνθρωποι, όπου οι Βρετανοί βγάζουν μία πρόσκληση ενδιαφέροντος για συμμετοχή και μετά κάνουν τηλεφωνική συνέντευξη με όλους τους συμμετέχοντες. Οι καλύτεροι εξ αυτών σε κατανόηση, ικανότητα έκφρασης και γνώση της νόσου τους καλούνται για συνέντευξη από κοντά και επιλέγεται ο ένας συμμετέχων. Και λειτουργεί πολύ καλά ως σύστημα εδώ και έτη. Η μεγάλη διαφορά εδώ θα ήταν, πώς θα γίνει η επιλογή αυτή σε Ευρωπαϊκό επίπεδο. Τελικά, όμως, επιλέχθηκαν, με παρόμοια διαδικασία, 21 ασθενείς από 11 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, οι οποίοι μετέβησαν στα κεντρικά γραφεία της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας στις Βρυξέλλες, όπου και ξεκίνησε η διαδικασία. Το 2021 θα έχουμε τις πρώτες Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες και με συμμετοχή ασθενών.

Πώς διατηρείται η συνοχή και η προσωπική επαφή μεταξύ των ιατρών που συμμετέχουν σε όλες αυτές τις επιτροπές της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας; Κατ' αρχήν είναι το ετήσιο συνέδριο, που κρατάει 5 ημέρες, γίνεται κάθε χρόνο σε άλλη χώρα της Ευρώπης και συμμετέχουν πάνω από 35.000 καρδιολόγοι (το δεύτερο μεγαλύτερο συνέδριο παγκοσμίως). Επιπλέον υπάρχουν 2 συναντήσεις το χρόνο για όλους τους προέδρους και αντιπροέδρους όλων των επιτροπών (περίπου 150 άτομα συνολικά) στα γραφεία της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας στη Νίκαια Γαλλίας, καθώς και μία συνάντηση κάθε συμβουλίου, μία

φορά το χρόνο, σε κάποιο αεροδρόμιο της Ευρώπης, για ολόημερη σύσκεψη.

Κλείνοντας τον κύκλο αυτό (έναν κύκλο που έχουν κάνει αρκετοί Έλληνες καρδιολόγοι με κυρίαρχη φυσιολογία τον καθηγητή κ. Παναγιώτη Βάρδα, ο οποίος εκλέχθηκε Πρόεδρος όλης της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας), αισθάνομαι μεγάλη ικανοποίηση για την επιβράβευση που έλαβα, σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, για το έργο και την πορεία μου. Γνώρισα εις βάθος το πώς δημιουργούνται «ιατρικά ευαγγέλια», όπως οι κατευθυντήριες οδηγίες, και αισθάνθηκα πως έβαλα κι εγώ ένα λιθαράκι σε αυτές.

Η συναναστροφή με όλους αυτούς τους επιφανείς και πετυχημένους επαγγελματίες ανθρώπους σε βοηθάει να αποκτήσεις μία μεγαλύτερη ευρύτητα πνεύματος, όσον αφορά την καρδιολογία. Το τίμημα; Γιατί έχει σημαντικό τίμημα ένας τέτοιος ρόλος. Πολλές ώρες σε εργασία στον υπολογιστή, τηλεφωνήματα και τηλεδιασκέψεις σε τακτική βάση και συχνά αναχώρηση με την πτήση των 6 το πρωί για κάποια Ευρωπαϊκή πρωτεύουσα, για ολόημερη σύσκεψη και επιστροφή αργά την ίδια νύχτα. Μεγάλη κόπωση και, φυσικά, ένα τέτοιο εγχείρημα δεν μπορείς να το φέρεις με επιτυχία εις πέρας, διατηρώντας όλες τις εγχώριες δραστηριότητες, εάν δεν υπάρχει σημαντική στήριξη από την οικογένεια και τους συνεργάτες σου.

Χωρίς την αμέριστη βοήθεια και υπομονή της συζύγου μου, κατά κύριο λόγο, και τη συμπαράσταση των συνεργατών μου δεν θα τα είχα καταφέρει. Τους ευχαριστώ όλους πολύ που με βοηθήσαν να ολοκληρώσω με επιτυχία αυτό το πολύ ενδιαφέρον διεθνές κεφάλαιο της ζωής μου στην Ευρωπαϊκή καρδιολογία. ☺

➤ συνέχεια από τη σελ. 48 | φιλοξενούμενη

Τα λεμφοκύτταρα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο κυρίως ενάντια στις ιογενείς λοιμώξεις: αυξημένα λεμφοκύτταρα (λεμφοκυττάρωση) έχουμε σε οξείες ή χρόνιες ιογενείς λοιμώξεις (ιογενή νοσήματα, ιλαρά, ανεμοβλογιά, ηπατίτιδα, βρουκέλλωση, σύφιλη, λοιμώδη μονοπυρήνωση κ.λπ.) και σε λεμφοκυτταρικές λευχαιμίες και λεμφώματα.

Τα μονοκύτταρα αυξάνονται κατά τη διάρκεια χρόνιων λοιμώξεων (τύφο, φυματίωση), σε αυτοάνοσα νοσήματα, στη μυελομονοκυτταρική λευχαιμία και σε άλλες κακοήθειες (Hodgkin).

Τα εωσινόφιλα αυξάνονται σε αλλεργίες, παρασιτώσεις, διάφορες δερματοπάθειες και σε ορισμένα κακοήθη νοσήματα.

Τα βασεόφιλα αυξάνονται στη χρόνια μυελογενή λευχαιμία.

• **Λευκοπενία:** Τα λευκά αιμοσφαίρια μειώνονται, όταν ο οργανισμός εξασθενεί και πέφτει η ανοσία. Γενικά, ελαττώνονται με κάποια χημειοθεραπευτικά σκευάσματα (όπως η μεθοτρεξάτη), σε αυτοάνοσες καταστάσεις, σε κάποιες σοβαρές λοιμώξεις, στην αδρανοποίηση του μυελού των οστών και σε συγγενή δυσπλασία του μυελού (ο μυελός δεν αναπτύσσεται φυσιολογικά).

Ιδιαίτερα τα λεμφοκύτταρα μειώνονται (λεμφοπενία) σε

κληρονομικές ανοσολογικές διαταραχές, στη φυματίωση, στο AIDS, στη νόσο Hodgkin, απλαστική αναιμία και μετά από χορήγηση κορτιζόνης, ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων και χημειοθεραπείας.

• **Θρομβοπενία (αιμορραγική διάθεση) ή θρομβοκυττάρωση (θρομβωτική διάθεση):** Ελέγχουμε τα αιμοπετάλια, αν είναι λίγα ή πολλά, οπότε προδιαθέτουν σε αιμορραγίες ή θρομβώσεις, αντίστοιχα (διαταραχή της πήξης του αίματος).

Τα αιμοπετάλια ελαττώνονται, όταν καταναλώνεται μεγάλος αριθμός τους όπως στην αιμορραγία, σε κληρονομικές διαταραχές (όπως στο Wiskott-Aldrich, Bernard-Soulier), στο συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο, την κακοήγη αναιμία, τον υπερσπληνισμό (ο σπλήνας αποσύρει από την κυκλοφορία μεγάλο αριθμό αιμοπεταλίων), τη λευχαιμία και τη χημειοθεραπεία.

Τα αιμοπετάλια αυξάνονται σε μυελοϋπερπλαστικά νοσήματα όπως η ιδιοπαθής θρομβοκυττάρωση ή δευτεροπαθώς εξαιτίας διάφορων αιτιών, όπως: 1) σε αναιμία (αιμορραγία, σιδηροπενία, αιμόλυση, θεραπεία με βιταμίνη B12), 2) σε λοιμώξεις: ιογενείς, μικροβιακές, μυκοβακτηρίδια, μηκητιάσεις, 3) σε φλεγμονές, 4) μετά από σπληνεκτομή. ☺

Στην εποχή του δεύτερου κύματος του κορωνοϊού

Βασίλειος Σπανός

Διευθυντής Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Κέντρο Καρδιάς & Αγγείων, Ιατρικό Αθηνών.

Ουφ... ξυστά περάσαμε!

Δεν ζήσαμε την απόλυτη ανασφάλεια και την ανημπόρεια των κατοίκων της βόρειας Ιταλίας ή της Ισπανίας, ή ακόμα της κραταιής υπερδύναμης πέραν του Ατλαντικού. Τότε, που στην πλουσιότερη περιοχή του πλανήτη, την πολιτεία της Νέας Υόρκης, με το μεγαλύτερο αριθμό κλινών εντατικής θεραπείας ανά κάτοικο, δεν υπήρχαν αρκετές, για ασθενείς με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, λόγω κορωνοϊού. Ήταν η ίδια περίοδος που τα φέρετρα από τα νοσοκομεία της Νέας Υόρκης μεταφέρονταν σε μεγάλα φορτηγά! Πρωτόγνωρες εικόνες, που όμοιές τους συναντάμε ανατρέχοντας σε εποχές επιδημιών προηγούμενων αιώνων, εικόνες που η γενιά μας δεν είχε ποτέ αντιμετωπίσει μέχρι την εξάπλωση της πανδημίας του κορωνοϊού.

Και ναι, ξυστά περάσαμε! Ίσως να μην καταλάβαμε πόσο κοντά βρεθήκαμε σε αντίστοιχες καταστάσεις, κάτι που πιθανώς συνετέλεσε στην άρνηση πολλών συμπολιτών μας απέναντι στο πρόβλημα. Συμπολίτες μας που αρνούνται να συμμορφωθούν με τα μέτρα προφύλαξης και αναμεικτών θεωρίες συνωμοσίας. Χίλιες φορές έτσι, που έλειψε, δηλαδή η καθημερινή απόδειξη της ραγδαίας εξάπλωσης του κορωνοϊού στη δική μας χώρα κι ως υπομείνουμε την ανοησία του κάθε «μυημένου»! «Άλλωστε τέτοιοι «μυημένοι» θα υπήρχαν έτσι κι αλλιώς, ακόμα κι αν γονάπιζε το εγχώριο, αδύναμο Εθνικό Σύστημα Υγείας, το ΕΣΥ. Στην εποχή του διαδικτύου ευδοκιμούν απόψεις για τη «σκηνοθεσία» της «δήθεν» προσελήνωσης, ακόμα και θεωρίες για τη γη μας, που είναι «επιπέδη» - ο κορωνοϊός θα τους γλύτωνε;

Λέμε πως περάσαμε ξυστά από το χάος στις υγειονομικές δομές της χώρας, γιατί η απόσταση από την αύξηση των κρουσμάτων μέχρι την εξάπλωση τους, με ρυθμό γεωμετρικής προόδου, απέχει λίγες εβδομάδες. Τα δε μέτρα περιορισμού, που κάθε φορά αποφασίζονται, δεν επιβραδύνουν την εξάπλωση του ιού παρά δύο εβδομάδες αργότερα, όταν εφαρμόσουν επιτυχώς. Φαίνεται πως η έγκαιρη, ίσως και πρωθύστερη, κυβερνητική απόφαση εφαρμογής δραστηκού περιορισμού των μετακινήσεων και πάσης φύσεως δραστηριοτήτων ήταν η σωτήρια παρέμβαση. Χάρης σε αυτήν γλυτώσαμε τη βύθιση του ΕΣΥ στην απόλυτη ανυποληψία με τη συνακόλουθη διασπορά γενικευμένης ανασφάλειας και τη διάρρηξη της κοινωνικής συνοχής.

Το κόστος ήταν βέβαια υψηλότατο, τόσο σε οικονομικά μεγέθη όσο και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Και το μεν οικονομικό κόστος δεν θα το αποφεύγαμε με περιοριστικά μέτρα ή χωρίς, αφού λιγότερο περιοριστικές προσεγγίσεις, όπως της Σουηδίας, δεν μείωσαν την επιβάρυνση



της οικονομίας. Η επίδραση όμως στη σωματική και στην ψυχική υγεία των πολιτών θα μπορούσε να είναι μικρότερη και οφείλουμε να την περιορίσουμε κατά το δεύτερο κύμα του κορωνοϊού. Σε αυτό το δεύτερο κύμα άλλωστε θα γίνει σίγουρα προσπάθεια να μειωθεί και το οικονομικό κόστος, μειώνοντας κατά το δυνατόν τους γενικευμένους δραστηκούς περιορισμούς των δραστηριοτήτων των πολιτών.

Σοφότεροι και με περισσότερα όπλα στη δεύτερη φάση

Το δεύτερο κύμα θα μας βρει σοφότερους και καλύτερα προετοιμασμένους. Γνωρίζουμε πολλά περισσότερα για τον ιό, όσον αφορά στη μετάδοση και στην παρουσία ασυμπτωματικών φορέων και οριστικοποιήσαμε τους καλύτερους δυνατούς τρόπους προφύλαξης. Η χρήση μάσκας, για παράδειγμα, που πολλοί θεωρούσαμε πως μάλλον δεν προσφέρει, φαίνεται πως μπορεί να κάνει τη διαφορά, συντελώντας κατά το μέγιστο δυνατόν στην αποφυγή δραστηκών περιορισμών στην οικονομική δραστηριότητα. Έχουμε επίσης καταλήξει σε θεραπευτικές μεθόδους που είναι ωφέλιμες, όπως η χορήγηση δεξαμεθαζόνης, απορρίπτοντας άλλες που δεν βοήθησαν, παρόλο που αρχικά είχαν θεωρηθεί από επιδοφορές έως θαυματουργές (ποιος δεν θυμάται αμφιβολής σοβαρότητας ηγέτη μεγάλης υπερδύναμης να ανακοινώνει την ήττα του κορωνοϊού

από συνδυασμό φαρμάκων που, πλέον, δεν θεωρείται πως προσφέρει στη θεραπεία). Έχουμε, άλλωστε, παράλληλη ανάπτυξη πολλών εμβολίων, με πολλά από αυτά να δίνουν θετικά αποτελέσματα στις αρχικές μελέτες και αρκετά να βρίσκονται στην τελική φάση κλινικών δοκιμασιών, τη λεγόμενη φάση 3, κατά την οποία εφαρμόζονται σε δεκάδες χιλιάδες εθελοντές, συγκρινόμενα είτε με εικονικό φάρμακο είτε με κάποιο γνωστό εμβόλιο για άλλον ιό.

Παράλληλα αναπτύχθηκαν τα εργαλεία καταγραφής και αποτίμησης της δραστηριότητας του κορωνοϊού. Στη χώρα μας οι υπεύθυνες δομές έχουν εξοικειωθεί με ένα σύνθετο σύστημα επιδημιολογικής ανάλυσης, το οποίο επιτρέπει την έγκαιρη λήψη περιοριστικών μέτρων κατά περίπτωση. Ελπίζουμε, πως, σε συνδυασμό με την ενδελεχή ιχνηλάτηση των κρουσμάτων, θα καταφέρουμε να περιορίσουμε την ανάγκη γενικευμένων περιοριστικών μέτρων, όπως αυτά που ελήφθησαν στην πρώτη φάση, αποφεύγοντας τη δυσμενέστατη επίδραση τους στην οικονομική δραστηριότητα.

Το ΕΖΥ έχει αυξήσει τις δυνατότητες του σε κλίνες μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) και κλίνες μονάδων αυξημένης φροντίδας (ΜΑΦ), ακριβώς, δηλαδή, τα σημεία μεγαλύτερης πίεσης από τις αυξημένες περιπτώσεις ασθενών με κορωνοϊό. Από τη διάθεση 600 περίπου κλινών στην αρχή της πανδημίας, βρισκόμαστε σχεδόν σε διπλασιασμό, με ενεργοποίηση και των κλινών του ιδιωτικού τομέα. Υπάρχουν σήμερα πρωτόκολλα αντιμετώπισης κρουσμάτων ανά περίπτωση και ανά περιοχή, με προμήθεια των αντίστοιχων προστατευτικών μέτρων για το υγειονομικό προσωπικό δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, πράγματα ανύπαρκτα στην αρχική φάση, που βρήκε τις υγειονομικές δομές παντελώς απροετοίμαστες.

Υπάρχει, επίσης, κρίνοντας από τις σχετικές ανακοινώσεις των αρμοδίων, πρόβλεψη για την αντιμετώπιση όλων των υπολοίπων νοσούντων κατά το δεύτερο κύμα εξάπλωσης της πανδημίας στη χώρα μας.

Οι ασθενείς συνήθως χάνονται από έμφραγμα, εγκεφαλικό και καρκίνο παρά από τον ιό!

Στην επόμενη φάση της πανδημίας του κορωνοϊού πρέπει να αντιμετωπίζονται ορθολογικά όσοι ασθενείς πάσχουν από τις συνήθειες νόσους. Στην αρχική φάση, τόσο διεθνώς όσο και στη χώρα μας, παρατηρήθηκαν πολύ μεγάλες ελλείψεις στην αντιμετώπιση όλων των άλλων νοσημάτων, αυτών που συνήθως και ανέκαθεν οδηγούν σε αναπηρίες και απώλειες ανθρώπων. Αναφερόμαστε στα εμ-

φράγματα, στα εγκεφαλικά επεισόδια, στους καρκίνους και άλλες σοβαρότατες νοσολογικές οντότητες, η αντιμετώπιση των οποίων υποχώρησε δραματικά όλη την προηγούμενη περίοδο, με επιδείνωση κατά τη φάση των δραστικών περιοριστικών μέτρων. Καταγράφηκε, για παράδειγμα, μειωμένη προσέλευση ασθενών με εμφράγματα στα νοσοκομεία, με αποτέλεσμα να μην προσφέρεται η συνήθης ιδιαίτερα αποτελεσματική θεραπεία κατά την οξεία φάση του εμφράγματος, αλλά και η θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών κατά την προεμφραγματική φάση, η οποία επίσης είναι σωτήρια.

Φαίνεται πως ο γενικευμένος φόβος και η εξάρτηση από τις τηλεφωνικές οδηγίες του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) λειτούργησε ανασταλτικά για όλους, τόσο τους ασθενείς όσο και τους λειτουργούς της υγείας. Οι πρώτοι δεν ζητούσαν ιατρικές υπηρεσίες, όπως θα έπρατταν προ πανδημίας και οι δεύτεροι ένοιωθαν άσπλοιο, συχνά χωρίς τα απαραίτητα μέσα προστασίας, στην παροχή της συνήθους ιατρικής φροντίδας. Χωρίς την τελευταία όμως, τη συνήθη ιατρική μέριμνα και ανάλογη φροντίδα, κινδυνεύουμε ο κορωνοϊός να αποδειχθεί διπλά επιζήμιος, μέσω του φόβου, που οδηγεί σε πλημμελή αντιμετώπιση άλλων, συχνά θανατηφόρων, νοσημάτων. Φόβος που δεν αφορά μόνο στα επείγοντα ιατρικά προβλήματα (έμφραγμα, εγκεφαλικό επεισόδιο) αλλά και σε καρκινοπαθείς, που στερούνται της προγραμματισμένης θεραπείας, καθώς και σε χρονίως πάσχοντες.

Ελπίζουμε πως στην επόμενη φάση θα υπάρξει μέριμνα, ώστε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, όπως οι καρκινοπαθείς και οι ασθενείς που χρήζουν αιμοκάθαρσης, να έχουν απρόσκοπτη πρόσβαση στις υγειονομικές δομές. Ελπίζουμε, επίσης, πως η καλύτερη διαχείριση, πλέον, του φόβου του κορωνοϊού τόσο από ασθενείς όσο και από το υγειονομικό προσωπικό θα συντελέσει στην αποφυγή των ακροτήτων που ζήσαμε κατά την πρώτη φάση της πανδημίας: πάσχοντες να περιμένουν στο σπίτι, παρά τον έντονο πόνο στο στήθος, ώστε να αποφύγουν την έκθεση στο «φωνικό ιό»!

Θυμηθείτε ό,τι γράφαμε σε προηγούμενο σημείωμα. Ο ατομικός μας κίνδυνος από τον κορωνοϊό είναι, στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων, πολύ μικρότερος από τις υπόλοιπες αιτίες ανθρώπινων απωλειών. Ο σημαντικότερος κίνδυνος της πανδημίας αφορά στο σύστημα υγείας, το οποίο ελπίζουμε πως έχουμε επαρκώς προετοιμάσει. Επειδή, όμως, κανένα σύστημα υγείας δεν αντέχει την αυξημένη πίεση μιας πανδημίας, μέχρι να έχουμε ασφαλές πρόγραμμα εμβολιασμού, τηρούμε ευλαβικά τα μέτρα προστασίας! 📍

➡ συνέχεια από τη σελ. 46 | άσκηση - γυμναστική - σπορ

μόνο στα "πρέπει" και όχι στα "θέλω" του! Απόρροια του φαύλου αυτού κύκλου είναι πολλοί να φθάνουν στο σημείο να απεχθάνονται την άσκηση και γενικότερα να αποφεύγουν την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών, απαντώντας στους επικριτές τους με τη ρήση "Μια ζωή την έχουμε...".

Σίγουρα η άσκηση κάνει θαύματα και μακάρι κάποτε να μπορούσαμε να συνειδητοποιήσουμε όλοι μας τη σπουδαιότητά της, όπως μας προτρέπει και ο Χαρούκι Μουρακάμι.

Ο τρόπος, όμως, προσέγγισης των ανθρώπων και κυρίως των ασθενών που δύνανται να ωφεληθούν από την άσκηση θα πρέπει να προσαρμόζεται κάθε φορά, λαμβάνοντας υπόψιν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, τα βιώματά τους και τις επιθυμίες τους, ώστε να τους δίνεται η ευκαιρία να ανακαλύψουν, μόνοι τους πλέον, την απόλαυση της άσκησης και να την κάνουν αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητάς τους! 📍

Κ.Υ. Αργαλαστής: το Κέντρο Υγείας των Κενταύρων.

Ελένη Σωλήνη

Διευθύντρια Κέντρου Υγείας Αργαλαστής

Το Κέντρο Υγείας Αργαλαστής βρίσκεται στη νοτιοδυτική πλευρά του βουνού των Κενταύρων, στην ομώνυμη έδρα του Δήμου Νοτίου Πηλίου. Απέχει 40 χλμ. από την πόλη του Βόλου, καλύπτοντας υγειονομικά μια περιοχή που εκτείνεται από τα γραφικά Λεχώνια μέχρι το ιστορικό Τρίκερι, συναντώντας τη σπηλιά του Κένταυρου Χείρωνα στην παραθαλάσσια Μηλίνα (σχεδόν όλο το πόδι της Μαγνησίας).

Η τοποθεσία του είναι σε ένα πευκόφυτο λοφίσκο, στην είσοδο του χωριού, με εύκολη πρόσβαση και

ορατότητα από τον κεντρικό δρόμο. Πληθυσμιακά αφορά περίπου σε 12.000 μόνιμους κατοίκους, οι οποίοι πολλαπλασιάζονται τους καλοκαιρινούς μήνες, μιας και η περιοχή αποτελεί δημοφιλή τουριστικό προορισμό.

Στο κέντρο Υγείας Αργαλαστής υπάγονται 11 περιφερειακά ιατρεία και 14 εξυπηρετούμενες κοινότητες, όπου υπηρετούν ειδικευμένοι ιατροί Γενικής Ιατρικής.

Χτίστηκε το 1985 και πρωτολειτούργησε το 1987. Παρόλο που τα τελευταία χρόνια δεν υπάρχει μόνιμος συντηρητής, το τριανταπέντε ετών κτήριο και οι εξωτερικοί περιβάλλοντες χώροι συντηρούνται χάρη στο μεράκι και την προσωπική ευαισθησία των υπαλλήλων. Ιδιαίτερη μνεία χρήζει ο εσωτερικός διάκοσμος του Κ.Υ. φιλοτεχνημένος από εργαζόμενο.

Στο Κ.Υ. εργάζονται τέσσερις γενικοί ιατροί, ένας παιθολόγος, ένας παιδίατρος, ένας επικουρικός ακτινολόγος, ένας επικουρικός οδοντίατρος, επτά νοσηλεύτριες, μία επισκέπτρια υγείας, μία μαία, ένας διαιτολόγος, καθώς και λοιπό διοικητικό και υποστηρικτικό προσωπικό.

Κατ' έτος εξετάζονται περίπου 13.000 άτομα στα τακτικά ιατρεία, 5.500 στα επείγοντα, με σημαντική αύξηση τους καλοκαιρινούς μήνες, και γίνονται περίπου 300 διακομιδές το χρόνο προς το νοσοκομείο του Βόλου.

Το Κ.Υ. διαθέτει καινούριο ασθενοφόρο, πλήρως εξοπλισμένο, αν και με το υπάρχον προσωπικό δεν καλύπτονται όλες οι βάρδιες. Σημειώτεον, ότι κατά διαστήματα εξυπηρετούνται επείγοντα περιστατικά από τις Βόρειες Σποράδες,



που έρχονται με ταχύπλοο στο λιμάνι του Πλατανιά και διακομίζονται στο νοσοκομείο.

Ο εξοπλισμός του Κ.Υ. περιλαμβάνει όλα τα απαραίτητα, σύγχρονα τεχνολογικά μέσα για την εξυπηρέτηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν τελευταίας τεχνολογίας ηλεκτροκαρδιογράφοι σε όλα τα ιατρεία, τρεις απινιδωτές, καθώς και φορητός εξωτερικός απινιδωτής, ψηφιακό μηχάνημα ακτινογραφιών και υπερηχογράφος.

Συγχρόνως με το καθαρά ιατρικό έργο υλοποιούνται δράσεις στην κοινότητα και στο μαθητικό πληθυσμό με ομιλίες, οπτικοακουστική κάλυψη και πρακτική επίδειξη βασικών γνώσεων σε τρέχοντα θέματα, που αφορούν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην εκστρατεία για τον εμβολιασμό ενηλίκων και παιδιών, που πραγματοποιείται τα τελευταία χρόνια, η οποία έχει ανεβάσει την κάλυψη του πληθυσμού ευθύνης σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Η 24ωρη λειτουργία του Κ.Υ. Αργαλαστής, σε συνδυασμό με τις γνώσεις και την εμπειρία του εξειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και του κατάλληλου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, εξασφαλίζει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας.

Σημαντική είναι η έμπρακτη υποστήριξη του κόσμου, ντόπιων και ξένων, που μεταφράζεται σε δωρεές αναλώσιμων υλικών (αναπηρικά αμαξίδια, πατερίτσες, μάσκες, γάντια, επιδεσμικό υλικό, νάρθηκες κ.τ.λ.) καθώς και εξοπλισμού, όπως ο πρόσφατα αποκτηθείς κλίβανος αποστείρωσης και το μηχάνημα κλιματισμού για τον κεντρικό χώρο αναμονής του Κ.Υ.

Η εμπιστοσύνη και η εκτίμηση, που δείχνουν οι πολίτες και οι επισκέπτες της περιοχής, αποτελούν κίνητρο για προσπάθεια περαιτέρω βελτίωσής μας. Ενδυναμώνουν τη διάθεσή μας, μέσα σε μια δύσκολη οικονομικά και υγειονομικά εποχή, ούτως ώστε να ανταπεξέλθουμε ως Κέντρο Υγείας στους στόχους και τις προσδοκίες όλων μας. 📍

Αγαπητό περιοδικό,

Είμαι καπνίστρια εδώ και 35 χρόνια περίπου και τώρα, που έφτασα στα πενήντα μου, αποφάσισα επιτέλους να το κόψω! Είναι η πρώτη φορά που προσπαθώ και δεν φανταζόμουν ότι θα δυσκολευόμουν τόσο πολύ! Είναι ένα πραγματικό βασανιστήριο και ξεκινάει από το πρωί που κάθομαι να πω το καφεδάκι μου. Τί με συμβουλευέτε για να τα καταφέρω;

Αγαπητή αναγνώστρια,

Η εξάρτηση από το κάπνισμα δεν έχει μόνο τη σωματική παράμετρο, που σχετίζεται με τη νικοτίνη και τα συμπτώματα που προκαλούνται από την έλλειψή της. Σημαντικό ρόλο παίζει και η ψυχολογική εξάρτηση, που αφορά σε όλες εκείνες τις στιγμές της καθημερινότητας που ο καπνιστής έχει συνδυάσει με το κάπνισμα και που συμβάλλουν αποφασιστικά στην ενίσχυση της βλαβερής αυτής εξάρτησης. Έτσι, το πρώτο βήμα, για να αυξήσετε την πιθανότητα επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος, είναι να εντοπίσετε όλες αυτές τις στιγμές και να τις καταγράψετε. Ένα ημερολόγιο καπνίσματος, δηλαδή, που μπορεί να περιλαμβάνει, για παράδειγμα, τον πρωινό καφέ, την πρωινή «επίσκεψη» στην τουαλέτα, το διάλειμμα στην εργασία σας ή το ποτό σε ένα μπαρ με

τις φίλες σας. Το επόμενο βήμα είναι να προσπαθήσετε να αλλάξετε μέρος ή το σύνολο των καταστάσεων αυτών και να τις ονομάσετε ως μη καπνιστικές στιγμές, ώστε να σταματήσουν να σας ξυπνούν την εξάρτηση από το κάπνισμα. Αν ο πρωινός σας καφές είναι ένας εσπρέσσο, μπορεί να γίνει καπουτσίνο χωρίς τσιγάρο. Αν το διάλειμμα στην εργασία σας συνδυαζόταν με κάπνισμα, αλλάξτε το μέρος και επιλέξτε κατά προτίμηση κάποιο όπου δεν επιτρέπεται το κάπνισμα. Αν καπνίζετε στο αυτοκίνητο, για να περάσει η ώρα, βρείτε κάποιο σταθμό που παίζει την αγαπημένη σας μουσική ή ακόμη καλύτερα, αν το επιτρέπουν τα οικονομικά σας, αλλάξτε αυτοκίνητο (ούτως ή άλλως το ταξινόμο θα μυρίζει ήδη πολύ άσχημα!). Με τον τρόπο αυτό θα βγάλετε τέλος στη σχέση ταύτισης που είχατε δημιουργήσει μεταξύ του καπνίσματος και ορισμένων δραστηριοτήτων. Σε κάθε περίπτωση να θυμάστε ότι η έντονη επιθυμία να καπνίσετε είναι πολύ πιθανό να υποχωρήσει μόλις απομακρυνθείτε από αυτό που την προκαλεί. Πάρτε μια πολύ βαθιά ανάσα και εκπνεύστε αργά, ακουμπώντας το σαγόνι στο στήθος σας. Καθώς εκπνέετε, κλείστε τα μάτια και φανταστείτε την ένταση να αποβάλλεται σιγά σιγά από το σώμα σας μαζί με την επιθυμία για το τσιγάρο. Καλή επιτυχία! ☺

► συνέχεια από τη σελ. 45 | κουζίνα

Λίγο ελαιόλαδο.
Λίγο θυμάρι ή ρίγανη.
Αλάτι, πιπέρι.
Φύλλα δυόσμου.

Εκτέλεση: Για τη σούπα γκασπάτσο (gazpacho), πλένουμε, στεγνώνουμε τα λαχανικά και τα κόβουμε σε μικρά κομμάτια. Ρίχνουμε τη σπασμένη σκελίδα σκόρδο. Τα βάζουμε σε ένα μπολ, προσθέτουμε τα ψιχουλα του ψωμιού, αλάτι πιπέρι και το ελαιόλαδο με το ξύδι. Τα ανακατεύουμε καλά με τα χέρια και ζουλάμε τα λαχανικά ώστε να βγάλουν τους χυμούς τους. Σκεπάζουμε τα υλικά και τα βάζουμε στο ψυγείο για 1 ώρα. Αφού μαριναριστούν τα υλικά για τη σούπα γκασπάτσο, τα πολτοποιούμε στο μπλέντερ. Δοκιμάζουμε και ελέγχουμε το ξύδι, το αλάτι και το πιπέρι.

Για τα σκορδόψωμα: Κόβουμε ψωμί σε λεπτές φέτες. Τις βάζουμε σε ταψάκι στρωμένο με αντικολλητικό χαρτί. Αλείφουμε με το κομμένο σκόρδο. Ραντίζουμε με ελαιόλαδο και αλατοπιπερώνουμε, πασπαλίζουμε με ρίγανη. Ψήνουμε τα σκορδόψωμα κρουτόν σε καλά προθερμασμένο φούρνο στους 200 °C για 7' να ροδίσουν. Σερβίρουμε την κρύα σούπα gazpacho σε πιάτα, παγωμένη. Γαρνίρουμε με δυόσμο ή βασιλικό και 1 φρυγανισμένη μαπακέτα.

Θερμίδες	1445 Kcal	Πρωτεΐνες	22 γρ.
Λίπη	102 γρ.	Υδατάνθρακες	120 γρ.
Χοληστερόλη	0 mgr χιλγρ.		



ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Αρχιεπίσκοπος Αθηνών & Πάσης Ελλάδος κ.κ. Ιερώνυμος
ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ:
Γ. Κασμάτης
Π. Τσάκος
Ι. Τσουνής
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Π. Τούτουζας
ΤΑΜΙΑΣ: Α. Γιατράκου
ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Δ. Ρίχτερ
ΜΕΛΗ:
Χ. Βλαχόπουλος, Α. Δήμα, Κ. Καλαϊτζή, Χρ. Στεφανάδης, Δ. Τούσουλης, Κ. Τούτουζας, Στ. Ψυχάρης
ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
Γ. Ανδρικόπουλος, Β. Βοτέας, Α. Βούτσας, Δ. Γκολιδάκης, 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, Γ. Βαφάκη, Ε. Τούτουζα

ταχυκαρδίας. Για τους υπόλοιπους ασθενείς πρέπει να γίνεται διαστρωμάτωση του κινδύνου αιφνίδιου θανάτου, με κλινική αξιολόγηση του ασθενούς, οικογενειακό ιστορικό αιφνίδιου θανάτου, Holter ρυθμού, υπερηχοκαρδιογράφημα ή MRI καρδιάς και δοκιμασία κόπωσης. Αφού συλλεχθούν όλα αυτά τα στοιχεία, αξιολογούνται με την ειδική κλίμακα της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (HCM Risk-SCD model).

Όσον αφορά στη φαρμακευτική θεραπεία πρώτης γραμμής είναι η μη αγγειοδιασταλτικοί β αναστολείς. Επί εμμένουσας συμπτωματολογίας χορηγείται επιπρόσθετα δισοπυραμίδη (ανταρρυθμικό κατηγορίας ΙΑ) ή μη διυδροπυρινιδικό ανταγωνιστές των διαύλων ασβεστίου (βεραπαμίλη ή διλτιαζέμη).

Επεμβατική θεραπεία επιχειρείται στους ασθενείς με κλίση πίεσης στο χώρο εξόδου ≥ 50 mmHg, συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας κατηγορίας New York Heart Association (NYHA) III-IV και/ή συγκοπή στην κόπωση ή υποτροπιάζουσα

συγκοπή, παρά τη μέγιστη ανεκτή φαρμακευτική αγωγή. Υπάρχουν δύο επεμβατικές μέθοδοι, η χειρουργική μυεκτομή του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (ΜΚΔ) και η κατάλυση του ΜΚΔ με αλκοόλη, κατά την οποία προκαλείται τεχνητό τοπικό έμφραγμα.

Μέχρι τώρα, η θεραπεία της HCM ήταν εμπειρική. Πρόσφατα, όμως, είχαμε θετικά αποτελέσματα από τη μελέτη φάσης 3 ενός νέου φαρμάκου, του mavacamten, το οποίο κατασκευάστηκε στοχεύοντας στην παθοφυσιολογία της HCM και είναι εκλεκτικός αναστολέας της ATPase της καρδιακής μυοσίνης. Το mavacamten μειώνει το σχηματισμό του συμπλέγματος ακτίνης-μυοσίνης, με αποτέλεσμα τη μείωση στις συσταλτικότητας του μυοκαρδίου και με αυτόν τρόπο βελτιώνει τη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας και τα συμπτώματα ασθενών με αποφρακτική HCM. Η μελέτη έχει το όνομα EXPLORER-HCM και δίνει νέες ελπίδες για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου. ◉

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

- Μιλτιάδη Γάτου:
 - Η κ. Γραμματική Χατζηδημητρίου-Παπαζαχαρία, το ποσό των 200€.
 - Οι κ.κ. Γεώργιος & Ελένη Μένεγα, το ποσό των 100€.
 - Η κ. Παναγιώτα Βαϊνά, το ποσό των 50€.
 - Η κ. Ρίτα Μάγκλαρη, το ποσό των 50€.
 - Η κ. Ματούλα Παπαγιάννη, το ποσό των 50€.
 - Οι κ.κ. Μελέτης & Αγγελική Παπακωνσταντίνου, το ποσό των 50€.
 - Οι κ.κ. Παύλος & Ελένη Τούτουζα, το ποσό των 50€.
 - Οι κ.κ. Μελέτης & Αγγελική Παπακωνσταντίνου, το ποσό των 50€.
 - Οι κ.κ. Ευάγγελος & Αναστασία Τσίγκου, το ποσό των 50€.
- Ελένης Ζαφειρίου:
 - Οι κ.κ. Ευάγγελος & Αναστασία Τσίγκου, το ποσό των 150€.
 - Ο κ. Κωνσταντίνος Τσίγκος, το ποσό των 100€.
- Δημητρίου Βικελίδη, οι κ.κ. Αλέξανδρος Κονιδόρος & Βάγια Πανταζού, το ποσό των 100€.
- Αφροδίτης Βλαχοπούλου, ο κ. Χρήστος Αντωνόπουλος, το ποσό των 100€.
- Μαρίας Πατάζογλου, η οικογένεια Χρήστου Αντωνόπουλου, το ποσό των 100€.
- Θεοδώρου Στυλιανού, ο κ. Θεόδωρος Παπακωνσταντίνου, το ποσό των 70€.
- Ελένης Μουζάκη, η κ. Βασιλική Κοτσώνη, το ποσό των 50€.
- Άννας Πεδιαδίτη, η κ. Εριέττα Κούρτη, το ποσό των 50€.
- Παναγιώτη Αντωνόπουλου, η Αγγελική Αντωνοπούλου, το ποσό των 20€.

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ

- Η κ. Κωνσταντία Αγγελάκη, το ποσό των 200€.
- Ο κ. Γεώργιος Κίκιζας, το ποσό των 200€.
- Η κ. Μερόπη Σπυροπούλου, το ποσό των 200€.
- Ο κ. Ιωάννης Καζιγιεράκης, το ποσό των 50€.
- Ο κ. Γεώργιος Νικολαΐδης, το ποσό των 50€.
- Ο κ. Κωνσταντίνος Οικονομίδης, το ποσό των 50€.
- Ο κ. Γεώργιος Χατζόπουλος, το ποσό των 50€.

Πόσο επηρεάζεται η ψυχική υγεία και η κοινωνική ζωή από τον Covid-19;

Γαλήνη Φούρα
Δημοσιογράφος

Ερχεται χειμώνας και η πανδημία του κορονοϊού είναι ακόμη εδώ. Η καραντίνα, η απομόνωση και οι περιορισμοί στην κίνηση είναι μόνο κάποια από τα θέματα που μας ασκούν πιέσεις σε μια ιδιαίτερη περίοδο. Οι συνέπειες της κρίσης του κορονοϊού δεν φαίνονται από την πρώτη στιγμή. Η εξάπλωση της επιδημίας προκαλεί στρες και άγχος και έχει επιπλοκές στην υγεία των ανθρώπων. Ο ΟΗΕ, από την αρχή σχεδόν, προειδοποίησε, ότι οι κυβερνήσεις πρέπει να κάνουν περισσότερα, για να προστατέψουν κυρίως τις ευάλωτες ομάδες. Η πανδημία του Covid-19, καθώς μπαίνουμε στο δεύτερο χειμώνα, χτυπάει οικογένειες και κοινότητες με επιπλέον άγχος. Όπως αναφέρει ο γενικός γραμματέας του ΟΗΕ, αυτοί που κινδυνεύουν περισσότερο είναι οι εργαζόμενοι στην υγεία, που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή, οι ηλικιωμένοι, οι νέοι, αυτοί που έχουν προϋπάρχοντα ψυχικά νοσήματα και αυτοί που πλήττονται από διαμάχες και κρίσεις. Ο ΟΗΕ αντιεί στοιχία από όλο τον κόσμο, που δείχνουν ότι οι δείκτες, για όσους εργάζονται στην υγεία, είναι άκρως ανησυχητικοί. Έρευνες, που έγιναν στον Καναδά, έδειξαν ότι το 47% των εργαζομένων στην υγεία παρουσίασαν την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη. Στην Κίνα, όπως δήλωσε ο επικεφαλής Ψυχικών Νοσημάτων του Π.Ο.Υ., τα συμπτώματα ήταν: κατάθλιψη 50%, άγχος 45% και αϋπνία 34%. Με το νέο κορονοϊό να συνεχίζει να εξαπλώνεται σε όλο τον κόσμο, ο ΟΗΕ προειδοποιεί για αύξηση των ψυχικών διαταραχών και των νοσημάτων που σχετίζονται με αυτές. Μια κρίση που θα χρειαστούν δεκαετίες οι κυβερνήσεις για να αντιμετωπίσουν.

Το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας και το Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών ανέλαβαν την πρωτοβουλία για την οργάνωση και λειτουργία προγράμματος "βοήθεια" συμβουλευτικής, ψυχολογικής και κοινωνικής στήριξης των συμπολιτών μας, μέσω τηλεφώνου. Η τηλεφωνική γραμμή 10306 βρίσκεται ήδη σε λειτουργία και δίνει τη δυνατότητα σε άτομα που αντιμετωπίζουν κάποιο θέμα ψυχικής υγείας, για παράδειγμα παθολογικό άγχος, παθολογικό φόβο, πανικό, να μιλήσουν, να στηριχτούν και να έρθουν πιο κοντά στη λύση του προβλήματος. Στο ίδιο πρόγραμμα συνεργάζονται η Ομοσπονδία Φορέων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Ψυχικής Υγείας "Αργών", η οποία συμμετέχει με περισσότερους από 160 ειδικούς από 40 φορείς, το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Χαμόγελο του Παιδιού και μεγάλος αριθμός εθελοντών ψυχολόγων που ανταποκρίθηκαν στην πρόσκληση. Οι

πολίτες, όταν νιώσουν την ανάγκη, μπορούν να καλέσουν το 10306 για παροχή ψυχολογικής στήριξης όλο το 24ωρο. Η γραμμή είναι ανοιχτή και για ψυχολογική υποστήριξη παιδιών και οικογενειών. Από τις οχτώ το πρωί έως τις οχτώ το βράδυ, παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη στο υγειονομικό προσωπικό, κοινωνική στήριξη και ψυχιατρική βοήθεια σε πάσχοντες από ψυχικό νόσημα.

Μένουμε σπίτι όσο γίνεται, αλλά επικοινωνούμε και μένουμε ασφαλείς. Γιατί, πολλές φορές, ακόμη και στο σπίτι ελλοχεύουν κίνδυνοι. Το Μάρτιο και τον Απρίλιο, που ίσχυε η καραντίνα, οι υπηρεσίες δέχτηκαν δεκάδες καταγγελίες ενδοοικογενειακής βίας. Οι κλήσεις για επεισόδια ενδοοικογενειακής βίας σχεδόν τετραπλασιάστηκαν και οι περισσότερες έγιναν από γυναίκες έγγαμες, με παιδιά, ηλικίας 40 έως 54 ετών, στη συντριπτική τους πλειοψηφία Ελληνίδες και πολλές απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Έξι στις δέκα γυναίκες, που αναζήτησαν ψυχολογική και νομική στήριξη από τα συμβουλευτικά κέντρα ως θύματα βίας, ήταν σύζυγοι ή σύντροφοι. Το 8% των θυμάτων ήταν πρώην σύζυγοι και το 10% παιδιά!

Η κρίση του Covid-19 και η οικονομική επιβράδυνση απειλούν να επιδεινώσουν, επίσης, και άλλο τους κινδύνους από τα ναρκωτικά, την ώρα που τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας κλονίζονται. Από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών υπογραμμίζεται, ότι η πανδημία μεγενθύνει τους κινδύνους που συνδέονται με το λαθρεμπόριο ναρκωτικών, με την αύξηση της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών ή και πιο επιβλαβών ουσιών και τη μείωση των κρατικών προϋπολογισμών για υγειονομική περίθαλψη. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση για τα ναρκωτικά, που εκδόθηκε στο τέλος Ιουνίου από το αρμόδιο γραφείο για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, οι συννοριακοί και άλλοι περιορισμοί που συνδέονται με την πανδημία έχουν προκαλέσει ελλείψεις στους τόπους διακίνησης, με συνέπεια την αύξηση των τιμών και κυρίως τη μείωση της καθαρότητας των ουσιών. Παράλληλα, παρατηρείται έλλειψη οπιοειδών, με συνέπεια οι χρήστες να αναζητούν ουσίες ευκολότερα προσβάσιμες, όπως το αλκοόλ, οι βενζοδιαζεπίνες ή διάφορα συνθετικά ναρκωτικά. Αύξηση της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών παρατηρήθηκε στην Ελλάδα στη διάρκεια της καραντίνας και μετά, με άγνωστες συνέπειες. Το πρόβλημα είναι διεθνές, καθώς στην έκθεση διαπιστώνεται ότι 35 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο υποφέρουν από διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση. ●

Εύκολες και νόστιμες συνταγές

Κωνσταντίνα Πάλλιου

Κλινική Διατροφολόγος- Διαιτολόγος MSc.

Σαλάτα με ψητά παντζάρια και γιαούρτι

Υλικά για 4 μερίδες:

Για τα παντζάρια:

½ κιλό ανάμεικτα κόκκινα και κίτρινα παντζάρια, πλυμένα.

¼ φλιτζανιού νερό.

1 κ.σ. ελαιόλαδο και επιπλέον για το σερβίρισμα.

2 κ.σ. ξύδι από κόκκινο ή λευκό κρασί.

Για τη σάλτσα γιαουρτιού:

1 φλ. στραγγιστό γιαούρτι.

¼ φλ. ψιλοκομμένος φρέσκος άνηθος.

1 κ.σ. φρέσκος χυμός λεμονιού.

1 κ.γ. φιλό θαλασσινό αλάτι.

½ κ.γ. μαύρο πιπέρι και επιπλέον για το σερβίρισμα.

Για τη σαλάτα:

2 φλ. ρόκα baby.

½ φλ. τυρί φέτα σε κομματάκια.

Εκτέλεση

Παντζάρια: Προθερμάνετε το φούρνο στους 220 °C. Τοποθετήστε τα παντζάρια σε ένα ταψί, προσθέστε το νερό και περιχύστε με ελαιόλαδο. Σκεπάστε καλά με αλουμινόχαρτο και ψήστε τα παντζάρια για περίπου 45 λεπτά, μέχρι να μαλακώσουν. Βγάλτε το αλουμινόχαρτο και συνεχίστε το ψήσιμο για ακόμη 15 λεπτά, μέχρι το νερό να εξατμιστεί και τα παντζάρια να μαλακώσουν πολύ. Αφήστε τα παντζάρια να κρυώσουν αρκετά, ώστε να μπορείτε να τα πιάσετε. Αφαιρέστε τη φλούδα και μετά κόψτε τα σε χοντρά, τριγωνικά κομμάτια, πάχους περίπου 1,5 εκ. Περιχύστε τα παντζάρια με ξύδι.

Σάλτσα γιαουρτιού: Σε ένα μεσαίο μπολ αναμείξτε το στραγγιστό γιαούρτι, τον άνηθο, το χυμό λεμόνι, το αλάτι και το πιπέρι.

Σαλάτα: Για να τη σερβίρετε, βάλτε μια κουταλιά από το μείγμα γιαουρτιού σε κάθε πιάτο και γαρνίρετε με τη ρόκα. Τοποθετήστε από πάνω τα παντζάρια και πασπαλίστε με τη φέτα. Ραντίστε με ελαιόλαδο και πασπαλίστε με πιπέρι.

Θερμίδες	691 Kcal	Πρωτεΐνες	29,5 γρ.
Λίπη	38 γρ.	Υδατάνθρακες	66 γρ.
Χοληστερόλη	98,5 χλγρ.		

Αφράτη ομελέτα με cottage cheese

Υλικά

3 αυγά (3 ασπράδια, 2 κρόκους).

6 ντοματίνια, κομμένα στα τέσσερα.

1 μεγάλη κουταλιά cottage cheese.

1 κ.σ. ελαιόλαδο.

Μισή χούφτα ψιλοκομμένο μαϊντανό.



1 φέτα χωριάτικο ψωμί.

Αλάτι, πιπέρι.

Εκτέλεση: Χτυπάμε ελαφρώς τα αυγά, προσθέτουμε το cottage Cheese και ανακατεύουμε ελαφρώς. Τσιγαρίζουμε τα ντοματίνια, για 1 - 2 λεπτά. Χαμηλώνουμε τη θερμοκρασία σε μέτρια προς χαμηλή και προσθέτουμε το μίγμα των αυγών, αλάτι και πιπέρι. Για τα πρώτα δευτερόλεπτα αναμειγνύουμε την ομελέτα, ώστε να ψηθεί ομοιόμορφα.

Φρυγανίζουμε το ψωμί, και απολαμβάνουμε την ομελέτα προσθέτοντας τα ντοματίνια, μαϊντανό και άφθονο cottage Cheese.

Θερμίδες	598 Kcal	Πρωτεΐνες	239 γρ.
Λίπη	38 γρ.	Υδατάνθρακες	43 γρ.
Χοληστερόλη	551 χλγρ.		

Γκασπάτσο (Gazpacho)

Υλικά

1 κιλό ντομάτες (πομοντόρο).

1 αγγούρι (λεπτό τρυφερό).

1 πιπεριά κόκκινη.

1 μικρή πιπεριά πράσινη.

2 φρέσκα κρεμμύδια.

1 σκ. σκόρδο.

1/2 ξερό κρεμμύδι.

2 φέτες μπαγιάτικο ψωμί.

2 κ.σ ξύδι από κρασί.

1/4 φλ. ελαιόλαδο.

Για το γαρνίρισμα

φέτες μπαγκέτα.

1 σκ. σκόρδο.

Χαρούκι Μουρακάμι: ένας Ιάπωνας συγγραφέας υμνεί την άσκηση!

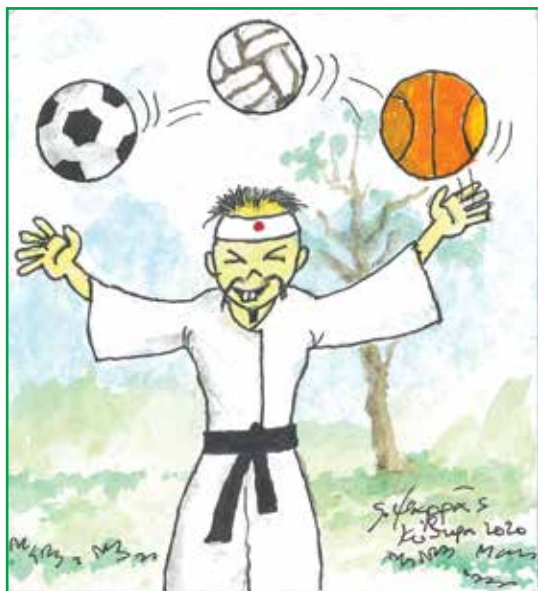
Θεόδωρος Β. Καστανιάς, M.Sc., Ph.D.,

Σχολή Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Πολλά έχουν επωθεί για την άσκηση. Για το πόσο καλό κάνει, για τη χρησιμότητά της σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, για τη σημαντικότετη επίδρασή της στην ποιότητα ζωής κάθε ανθρώπου! Ένας από τους σπουδαιότερους λογοτέχνες, σε παγκόσμιο επίπεδο, ο οποίος υμνεί την άσκηση είναι ο πολύ αγαπητός και στη χώρα μας, βραβευμένος Ιάπωνας μυθιστοριογράφος Χαρούκι Μουρακάμι. Ανθρωπος χαμηλού προφίλ, που μιλά όταν έχει κάτι σημαντικό να πει, που επιθυμεί να ορίζει ο ίδιος τη ζωή του αντί να του την επιβάλλουν οι άλλοι! Είναι αυτός που ξεκίνησε την άσκηση, όπως είπε, για να έχει τη δύναμη και τη διαύγεια το μυαλό του να αποτυπώνει στο χαρτί σκέψεις και συναισθήματα, είναι αυτός που το 1983 μέσα στην ανυπόφορη καλοκαιρινή ζέστη της Αθήνας αποφάσισε να τρέξει τη διαδρομή Καλλιμάρμαρο – Μαραθώνας για να "αισθανθεί" την ιστορία μας, να γίνει ένα με την ψυχή του αρχαιοελληνικού πολιτισμού μας. Ο άνθρωπος αυτός από τότε και σε κάθε ευκαιρία πρεσβεύει τη σπουδαιότητα της άσκησης και πόσο τον έχει βοηθήσει στο να γίνει ένας επιτυχημένος συγγραφέας, αλλά κυρίως ένας διαφορετικός, καλύτερος άνθρωπος! Συγκεκριμένα, μιλώντας για το τρέξιμο, που τόσο αγαπά, είχε πει πως ξεκίνησε να τρέχει ώστε να έχει τη δύναμη να γράφει μέχρι τα βραχίδια του γεράματα! Άλλωστε, το τρέξιμο και η συγγραφή έχουν πολλές ομοιότητες! Απαιτούν διαύγεια και καθαρότητα πνεύματος, πείσμα, επιμονή, υπομονή, αντοχή στην κόπωση, στην απογοήτευση, στη ματαιώση πολλές φορές, αλλά πάνω απ' όλα απαιτούν "Γνώθι Σαυτόν", ώστε να πατάς γερά στα πόδια σου και να έχεις τη δύναμη να ορίζεις τη ζωή σου!

Ο Χαρούκι Μουρακάμι ήρθε, λοιπόν, να μας θυμίσει αυτό που ανέκαθεν γνωρίζαμε, το οποίο όμως επιδεικτικά πολλές φορές παραβλέπουμε, αδιαφορώντας παράλληλα για τον ίδιο μας τον εαυτό. Ότι η άσκηση είναι απαραίτητη ώστε να είμαστε υγιείς, ψυχικά, πνευματικά και σωματικά! Ότι έτσι είναι η φύση του ανθρώπου, ότι έτσι είμαστε πλασμένοι! Η άσκηση, όποια μορφή κι αν έχει, μας αλλάζει προς το καλύτερο, βελτιώνει τη διάθεσή μας, ενισχύοντας τα θετικά συναισθήματα και αμβλύνοντας τα αρνητικά! Αυτό μπορεί να αποτελέσει την απαρχή, ώστε να αντιλαμβανόμαστε τη ζωή διαφορετικά, να εντοπίζουμε τα σημαντικά της στοιχεία και να αποβάλλουμε τοξικές συμπεριφορές, μας βοηθά να έχουμε υψηλότερη λειτουργική ικανότητα, να ζούμε μια καλύτερη, ποιοτικότερη ζωή.

Όμως, παρά το γεγονός ότι ξέρουμε ποιο είναι το σωστό και παρά τις συστάσεις της ιατρικής κοινότητας



και των ειδικών της άσκησης, πολλοί άνθρωποι επιλέγουν συνειδητά να μην γυμνάζονται, γνωρίζοντας ότι μια τέτοια επιλογή είναι επιζήμια για την υγεία τους. Υπάρχουν πολλοί λόγοι πάνω στους οποίους βασίζεται μια τέτοια απόφαση. Οι περισσότεροι επικαλούνται την έλλειψη χρόνου, μιας και πράγματι η ζωή, ιδίως στις μεγαλουπόλεις, έχει γίνει ασφυκτική και ο ελεύθερος χρόνος αποτελεί μάλλον πολυτέλεια παρά αυτονόητη συνθήκη. Από την άλλη, όμως, αν δεν μπορούμε να αφιερώσουμε στον εαυτό μας μισή ώρα την ημέρα για άσκηση, μήπως δεν έχουμε ορίσει σωστά τις προτεραιότητές μας;

Άλλοι επικαλούνται πως έχουν κουραστεί από τα πολλά "πρέπει" των ειδικών: "Πρέπει να γυμνάζεσαι γιατί...", "Πρέπει να τρως υγιεινά, γιατί...", "πρέπει...πρέπει...πρέπει...", χωρίς να λαμβάνονται υπόψιν οι επιθυμίες τους, με αποτέλεσμα να περιορίζεται ασυναίσθητα η ατομική ελευθερία και να φιμώνεται ουσιαστικά η ανθρώπινη βούληση. Και πράγματι, για πόσο καιρό μπορεί να κάνει κάποιος κάτι που δεν θέλει και με τί αποτελέσματα; Κατά συνέπεια, ο άνθρωπος αντιδρά, μιας και είναι στη φύση του να αντιδρά, όταν δεν λαμβάνονται υπόψιν οι επιθυμίες του, όταν ζει βασιζόμενος

Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια. Εξελίξεις στη θεραπεία της.

Αγγελική Αθανασίου

Ειδικευόμενη Καρδιολόγος, Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Ιωάννης Μπαρμπετσάς

Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»,
Visiting Professor, Baylor College of Medicine, Houston, Texas

Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (HCM) είναι μία κληρονομούμενη νόσος, οφειλόμενη σε γονιδιακή μετάλλαξη, στην οποία παρατηρείται υπερτροφία ενός ή περισσότερων τοιχωμάτων της αριστερής κοιλίας σε σημαντικό βαθμό ($\geq 15\text{mm}$). Αυτή η σημαντική υπερτροφία μπορεί να προκαλέσει απόφραξη στο χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας (αποφρακτική HCM), ελαττώνοντας με αυτόν τον τρόπο την καρδιακή παροχή, το οποίο οδηγεί στην εμφάνιση των κυριότερων συμπτωμάτων της νόσου.

Διάφορες γονιδιακές μεταλλάξεις έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση του φαινότυπου της HCM, οι περισσότερες, όμως, αφορούν σε σημειακές μεταλλάξεις πρωτεϊνών του σαρκομεριδίου (60%). Ο επιπολασμός της HCM στο γενικό πληθυσμό είναι 0,2%. Επειδή πρόκειται για μία νόσο που, παρά τη γενικά καλοήγη πορεία της, είναι δυνητικά θανατηφόρα σε ορισμένους ασθενείς, έχει μεγάλη σημασία η έγκαιρη διάγνωση της. Το γεγονός ότι είναι κληρονομούμενη σημαίνει, ότι πρέπει να γίνεται γενετικός έλεγχος τόσο του ασθενούς για την ανεύρεση της υπεύθυνης μετάλλαξης όσο και των συγγενών πρώτου βαθμού. Εάν έχει ανευρεθεί συγκεκριμένη μετάλλαξη στον πάσχοντα, τότε οι συγγενείς ελέγχονται αρχικά για τη μετάλλαξη αυτή. Στην περίπτωση που δεν βρεθεί η υπεύθυνη μετάλλαξη (50-30%), οι συγγενείς πρώτου βαθμού πρέπει να υποβάλλονται σε τακτικό έλεγχο, ο οποίος περιλαμβάνει κλινική εξέταση, ηλεκτροκαρδιογράφημα και υπερηχοκαρδιογράφημα. Ο έλεγχος αυτός πρέπει να γίνεται κάθε 1-2 έτη για άτομα ηλικίας 10-20 ετών και μετά κάθε 2-5 έτη.

Τα συμπτώματα της HCM δεν εμφανίζονται σε όλους τους ασθενείς. Η εμφάνιση των συμπτωμάτων σχετίζεται κατά κύριο λόγο με το βαθμό της υπερτροφίας, δηλαδή το πάχος τοιχώματος και το αν προκαλείται απόφραξη του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας, κατά την οποία παρατηρείται σημαντική αύξηση της κλίσης πίεσης. Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι η δύσπνοια, η στηθάγχη και η συγκοπή (είτε λόγω ελάττωσης παροχής είτε λόγω αρρυθμίας). Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται συνήθως στην άσκηση, κατά την οποία, λόγω της αυξημένης καρδιακής συχνότητας και της περιφερικής αγγειοδιαστολής, αυξάνεται η κλίση πίεσης στο χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας. Η κολπική μαρμαρυγή είναι η συχνότερη εμμένουσα αρρυθμία στους ασθενείς με HCM (20%), η οποία μπορεί να επιδεινώσει τα



συμπτώματα λόγω της αυξημένης καρδιακής συχνότητας και των θρομβοεμβολικών επεισοδίων που μπορεί να προκαλέσει. Η HCM είναι η συχνότερη αιτία αιφνίδιου θανάτου στους νέους και μπορεί να είναι η πρώτη εκδήλωση της νόσου με επίπτωση 1-2% ετησίως (4-6% στους νεαρούς ασθενείς) και είναι υψηλότερη στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες.

Η θεραπεία της HCM στοχεύει στην πρόληψη του αιφνίδιου θανάτου, στον έλεγχο των συμπτωμάτων και στην πρόληψη-αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου. Αρχικά, πρέπει να συστήνεται στους ασθενείς η αποφυγή αφυδάτωσης, υπέρμετρης κατανάλωσης αλκοόλ, η συμμετοχή σε ανταγωνιστικά αθλήματα και η έντονη σωματική άσκηση. Επίσης, πρέπει να ενθαρρύνεται η απώλεια βάρους. Η εμφύτευση καρδιοανατάκτη-απινιδωτή συνιστάται στους ασθενείς με ιστορικό κοιλιακής μαρμαρυγής ή εμμένουσας κοιλιακής

“Γενική αίματος: Τί θα μας ανησυχήσει και πότε;”

Δέσποινα Καλιοντζή

Διευθύντρια Αιματολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Η γενική αίματος αποτελεί μια ζωτικής σημασίας εξέταση για τον κάθε ασθενή, η οποία εξετάζει ποσοτικά και μορφολογικά τα έμμορφα κύτταρα του αίματος.

Η ποσοτική μελέτη αφορά στον ολικό αριθμό ή στην εκατοστιαία αναλογία των ερυθρών αιμοσφαιρίων, λευκών αιμοσφαιρίων (ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρρηνα, λεμφοκύτταρα, μονοκύτταρα, ηωσινόφιλα και βασεόφιλα) καθώς και των αιμοπεταλίων, ενώ μορφολογικά αναζητούνται μεταβολές ή αλλοιώσεις του μεγέθους, του σχήματος, του είδους, καθώς και άλλων φυσικών χαρακτηριστικών των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Η γενική αίματος περιλαμβάνει τις εξής μετρήσεις:

- Αιματοκρίτης: το ποσοστό του αίματος κατ' όγκο που αποτελείται από αιμοσφαίρια, κυρίως αποτελούμενο από ερυθρά αιμοσφαίρια (Φ.Τ: 40-52).
- Αιμοσφαιρίνη (Φ.Τ: 14-18g/dl).
- Ερυθρά αιμοσφαίρια (Φ.Τ: 4,20-6,30M/μl).
- Μέσος συσσωρευμένος όγκος των ερυθρών αιμοσφαιρίων (MCV Φ.Τ:80-99 fl).
- Μέση περιεκτικότητα αιμοσφαιρίνης σε ερυθρά αιμοσφαίρια (MCH Φ.Τ: 27-32pg).
- Μέση συγκέντρωση αιμοσφαιρίνης στα ερυθρά αιμοσφαίρια (MCHC Φ.Τ: 32-35 g/dl).
- Κατανομή του όγκου των ερυθρών αιμοσφαιρίων (RDW Φ.Τ: 37-47 fl).
- Λευκά αιμοσφαίρια (Φ.Τ: 3,8-10,5 K/μL): τα λευκοκύτταρα διαφοροποιούνται ως προς τον αριθμό και το ποσοστό σε ουδετερόφιλα (Φ.Τ: 1,6-6,5 K/μL), λεμφοκύτταρα (Φ.Τ: 1,5-3,6 K/μL), μονοκύτταρα (Φ.Τ: 0,2-1,0 K/μL), ηωσινόφιλα (Φ.Τ: 0,0-0,7 K/μL) και βασεόφιλα (Φ.Τ: 0,0-0,2 K/μL).
- Αιμοπετάλια (150-450 K/μL).
- Μέσος όγκος αιμοπεταλίων (MPV Φ.Τ: 7,5-11,0 fl).

Βάσει όλων αυτών των δεδομένων, η γενική αίματος μας ανησυχεί αν δείχνει κάτι από τα παρακάτω:

• **Αναιμία:** Η μορφολογική ταξινόμηση χρησιμοποιεί το μέσο όγκο ερυθρών (MCV) και τη μέση πυκνότητα αιμοσφαιρίνης (MCHC) για να ταξινομήσει τις αναιμίες. Με βάση αυτές τις τιμές διακρίνονται οι τρεις συχνότερες μορφές αναιμίας: μικροκυτταρική υπόχρωμη αναιμία (MCV<80fl, MCHC<32g/dl), μακροκυτταρική νορμόχρωμη αναιμία (MCV>100fl, MCHC=32-36g/dl), νορμοκυτταρική νορμόχρωμη αναιμία (MCV=80-100fl, MCHC=32-36g/dl).

Τα κυριότερα αίτια αναιμίας είναι: σιδηροπενική αναιμία, αναιμία λόγω έλλειψης Β12 ή/και φυλλικού οξέος, μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική αναιμία, αναιμία χρόνιας



νόσου (λόγω αυτοανόσων νοσημάτων και λόγω κακοηθειών/λεμφωμάτων), αιμολυτική αναιμία, μεθαιμορραγική αναιμία, απλαστική αναιμία.

• **Πολυκυτταραιμία:** Ως πολυκυτταραιμία ορίζεται η παραμονή Hb>185 g/L (18,5g/dL) ή Ht>52 % σε άντρες/ Hb>165 g/L (16,5 g/dL) ή >48% σε γυναίκες.

Τα κυριότερα αίτια είναι:

- 1) Πρωτοπαθής πολυκυτταραιμία (αληθής πολυκυτταραιμία): μυελουπερπλαστικό νόσημα.
- 2) Δευτεροπαθής πολυκυτταραιμία: εξαιτίας υποξίας, υπνικής άπνοιας, εξαιτίας υψηλού υψόμετρου, χρόνιας πνευμονικής νόσου, υπαρξισμού, νευρομυϊκών νοσημάτων, καρδιακής δυσλειτουργίας.
- 3) Σχετική πολυκυτταραιμία: (ψευδοπολυκυτταραιμία, ψευδοερυθροκυττάρωση, πολυκυτταραιμία από στρες).

• **Λευκοκυττάρωση.** Τα λευκά αιμοσφαίρια είναι απαραίτητα για την άμυνα και την επιβίωση του οργανισμού. Καταπολεμούν τις λοιμώξεις και προστατεύουν τον οργανισμό από κάθε βλαβερή ουσία.

Ο αριθμός τους αυξάνεται στις λοιμώξεις, τη φλεγμονή, τον καρκίνο, τη λευχαιμία.

Τα ουδετερόφιλα αυξάνουν σε βακτηριακές λοιμώξεις.