

Υγεία & Διατροφή



Τα μυστικά της καρδιάς

Γράφει ο **ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Θ. ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΣ**,

MD, PhD, καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Δευτεντής Β' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΩΝ, πρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας

Οι καρδιοπάθειες και το λάδι του ψαριού

Αναμφισβήτητα, η διατροφή αποτελεί βασικό στοιχείο για την προστασία του ανθρώπου από εμφράγμα του μυοκαρδίου ή από εγκεφαλικά και γενικότερα ισχαιμικά επεισόδια. Έτσι, η απλή παραισιον-πρωτοίμια φυτική διατροφή, που να αντλλάσσεται με ποικιλικά ή ψάρια αποτελεί μία ασφαλή συμβουλή. Όμως εάν κάποιος επιθυμεί να αξιολογήσει περαιτέρω την ωφέλιμότητα της ενδείκνυμενης διατροφής, θα πρέπει να ξεχωρίσει το ψάρι, και ιδιαίτερα τα ψάρια με υψηλή περιεκτικότητα σε ιχθυέλαιο. Το μεγάλο κέρδη όμως που γεννάται σήμερα είναι κατά πόσον ο σύγχρονος άνθρωπος υπό τις σύγχρονες συνθήκες της καθημερινότητας μπορεί να εφαρμόσει τις οδηγίες για υγιεινή διατροφή. Έτσι δημιουργείται μια νέα αντίληψη του εμπλουτισμού της καθημερινής διατροφής με φυσικές, μη φαρμακευτικές ουσίες, που περιέχουν στοιχεία προστασίας.

Από πολύ καιρό είχε επισημανθεί ότι οι κάτοικοι των μικρών νησιών με χαμηλό ποσοστό ήταν οι προνομιούχοι άνθρωποι που ήταν άδρωτοι από εμφράγματα και εγκεφαλικά επεισόδια. Αυτό στην αρχή αποδόθηκε στη γενετική λιπή διατροφή τους, στη διαρκή κίνηση τους και στο χαμηλό σωματικό βάρος τους. Δηλαδή σε μια γενικότερη καθημερινή συμπεριφορά, χάρη στον ίδιομορφο τρόπο ζωής των νησιωτών. Όμως το πόσο ήταν η ωφέλιμη επίδραση του κάθε παράγοντα ξεχωριστά, ήταν το ερώτημα που έφραξε να απαντηθεί επιστημονικά.

Με την πάροδο του χρόνου οι πρώτες επιδημιολογικές και παραματικές μελέτες έδειξαν ότι το λάδι του ψαριού υπήρξε ένας βασικός παράγοντας ο οποίος επιβάρυνε την αθηροσκλήρωση των αρτηριών, προστατεύοντας τα τοιχώματά τους, και παράλληλα απέτρεπε τη θρόμβωση των αρτηριών. Όμως ποιο είναι η ημερήσια δόση ιχθυέλαιου που παρέχει τη μέγιστη δυνατή προστασία; Αυτό είναι ένα δύσκολο ερώτημα, το οποίο πρέπει να απαντηθούν οι μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες που βρίσκονται σε εξέλιξη.

Η φαρμακευτική βιομηχανία ενδιαφέρεται ιδιαίτερα να κατασκευάσει και να κυκλοφορήσει στην αγορά τα ειδικά αυτά σκευάσματα, τα οποία να είναι δραστικά και κατά το δυνατόν να έχουν οικονομικότητα γιένση. Σήμερα υπάρχουν σκευάσματα με τη μορφή κάψαλων, που περιέχουν τα περίφημα Omega 3, τα οποία ουσιαστικά αποτελούν μέρος του λαδιού των ψαριών.

Από πλευράς διατροφής θεωρείται ότι η κατανομή ψαριών με υψηλό ποσοστό ιχθυέλαιου, όπως είναι ο σολομός, δύο φορές την εβδομάδα καλύπτουν επαρκώς το απαιτούμενο ποσοστό ιχθυέλαιου για την προστασία από αθηροσκλήρωση των αρτηριών και τη δημιουργία τοξωματικών και ενδοαορτικών θρόμβων. Έτσι, εκείνος που καταναλώνει ψάρια με μεγάλη περιεκτικότητα σε ιχθυέλαιο και πίνει ένα ποτήρι κόκκινο κρασί στο φαγητό του προστατεύεται επαρκώς. Εάν μάλιστα υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτός πάσχει από αθηροσκλήρωση των αρτηριών, η προθιτική μία ασπιρίνη 100mg την ημέρα συμπληρώνει την προστασία.

Αναμφισβήτητα είναι ολίσθη να μην μεσοκινάται δίαιτα είναι μία ολοκληρωμένη διατροφή, που έχει αποδειχθεί ότι είναι η σωστότερη πλήρης διατροφή του ανθρώπου, γιατί του παρέχει τα απαραίτητα και αναγκαία συστατικά για μια φυσιολογική ζωή. Όμως, η επίσημη και ιατρική συστάση να ανεξάρτητο ισχυρό παράγοντα φαίνεται ότι κερδίζει έδαφος, σύμφωνα με τις τελευταίες επιστημονικές μελέτες.

«Έχω αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς: Τι μέλλει γενέσθαι;»

Η διάγνωση της αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς τίθεται πάντα από οφθαλμίατρο, αφού προηγουμένως μπουον σταγόνες που προκαλούν διαστολή της κόρης. Τα πρώιμα συμπτώματα του ασθενούς είναι λάμψεις (αστραφές, αστράκια), μυαψίες (μυγάκια, αράχνες) και έκπτωση της όρασης με μορφή κουρτίνας, που ξεκινά από το περιφερικό οπτικό πεδίο του ασθενούς, προχωρά προς το κεντρικό οπτικό πεδίο και καταλήγει να καλύψει όλη την όραση του ματιού.

Γράφει ο **ΣΤ. Γ. ΚΟΤΖΑΡΙΑΔΗΣ**, χειρουργός οφθαλμολόγος, Αθηνάϊκή Κλινική, ειδικός στη χειρουργική υαλοκαταστάσεων αμφιβληστροειδούς

Η αιτία της αποκόλλησης είναι οι ρωγμές του αμφιβληστροειδούς, που αν διαγνωσθούν έγκαιρα μπορούν να σταματήσουν την εξέλιξη της αποκόλλησης με μια περιχαράκωσή τους, που γίνεται με laser φωτόπηξη. Εάν όμως δεν διαγνωσθεί έγκαιρα ή η φωτόπηξη με laser δεν είναι αρκετή να συγκρατήσει τον αμφιβληστροειδή, τότε αυτή επεκτείνεται έως ότου αποκαλλείθαι ολόκληρος ο αμφιβληστροειδής.



Σε περιορισμένες και μικρές εκτάσεις αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς, η χειρουργική τεχνική που εφαρμόζεται είναι η πύση του βολβού του ματιού εξωτερικώς (μόνιμη οκληρική πύση) με μοσοξέλινα συμπυκνωμένα οξυγόνη ή οπόγγου οξυγόνη, τα οποία ραβρίζουν στην εξωτερική επιφάνεια του βολβού με απώτερο σκοπό τη μόνιμη προσόγγιση και επανακόλληση του οκληρικού τοιχώματος με τον αμφιβληστροειδή. Για τη συγκάλωση της ρωγμής του αμφιβληστροειδούς εφαρμόζεται κρουσηξία ή laser φωτόπηξη.

Εάν η αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς είναι εκτεταμένη, τότε η τεχνική που εφαρμόζεται είναι η υαλοειδέκτομή. Με αυτή την τεχνική, που ουσιαστικά είναι η πρώτη λαπαροσκοπική τεχνική που έχει εφαρμοστεί στον ανθρώπινο οργανισμό, διασυνθονται από την περιφέρεια του βολβού τρεις μικρές οπές. Από τις οπές αυτές εισέρχονται μικροχρησάλια με τα οποία αφαιρείται το υαλοειδές σώμα του οφθαλμού, επανατοποθετείται ο αμφιβληστροειδής στη θέση του και εφαρμόζεται κρουσηξία ή ενδο-laser φωτόπηξη για τη συγκάλωση των χελών της αμφιβληστροει-

δικής ρωγμής. Στο τέλος της επέμβασης, ο οφθαλμικός κοιλότητα πληρούται με ένα ειδικό αέριο το οποίο θα διατηρήσει τον αμφιβληστροειδή στη θέση του για τουλάχιστον 15 ημέρες. Ουσιαστικά, η δράση του αερίου είναι η ίδια με το γύψο που τοποθετεί ο ορθοπαιδικός στα κατάγματα, δηλαδή κρατά σταθερά στη θέση του τον αμφιβληστροειδή για να κολλήσει, όπως ο γύψος το σπώ.

Το αέριο αυτό σταδιακά θα αφαιρεθεί από τον οφθαλμό και θα αντικατασταθεί με το φυσιολογικό ορό του ασθενούς.

Σε παραμειμένες ή δύσκολες αποκόλλησης, στο τέλος της επέμβασης αντί του αερίου, το μάτι συμπληρώνεται με έλαιο υγρής ολικόνης. Η ολικόνη έχει τον ίδιο ρόλο όπως και το αέριο, μόνο που δεν απορροφάται και πρέπει να αφαιρεθεί χειρουργικά όταν κρίνει ο χειρουργός. Το πλεονέκτημα της ολικόνης είναι ότι προσφέρει σταθερότητα για μακρό χρονικό διάστημα.

Στατιστικά, η χειρουργική αποκοτόσταση της αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς φτάνει άνω του 90% με μία επέμβαση, δεν χειρουργείται οι πρώιμα στάδια, ενώ οι προχωρημένες και παραμειμένες αποκόλλησης έχουν χαμηλό ποσοστό επιτυχίας, της τάξης του 70-80% με μία περισσότερο επεμβατική.

Η αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς έχει αποβεί τα τελευταία χρόνια την κακή τη φήμη, που την είχε κάνει υπεύθυνη για απόλυτα της όρασης ίσως και του ματιού, λόγω του νέου βελτιωμένου χειρουργικών τεχνικών. Αργοναίσιος λίθος της επιτυχίας, η έγκαιρη πρόγνωση και η χειρουργική αντιμετώπιση της.

Υγεία & Διατροφή

ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: Βάρδας Ε. Παν., καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, αντιπρόεδρος Ευρωπαϊκής Εταιρείας Αρρυθμιών, **Βασιλόπουλος Δημήτριος**, καθηγητής Νευρολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, **Γεωργιάδης Βασίλειος**, καθηγητής Παθολογίας Διαβητικής Πανεπιστημίου Κρήτης, **Δαμιάδης Κωνσταντίνος**, πρώην πρόεδρος Πανεπιστημίου Αθηνών, πρόεδρος Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, **Καλοκαιριώτης Εμμανουήλ**, πρόεδρος Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, **Καραγιάννης Γ. Δημήτριος**, Δευτεντής γαστροεντερικόλογος, Β' Γαστροεντερικόλογική Κλινική Νοσοκομίου «Ο Ευαγγελικός», **Καλαβρής Χάρης**, επικεφαλής καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, **Κασιώχης Νικόλαος**, καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, **Κηλές Δημήτριος**, καθηγητής Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, **Κίλας Χρήστος**, καθηγητής Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, πρώην πρόεδρος Πανεπιστημίου Αθηνών, **Κρεατσός Γεώργιος**, καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, **Κρεατσός Δημήτριος**, καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, πρόεδρος ΕΠΕ, **Κωστακίτης Αναστάσιος**, καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Λαοκονιάδης Βασίλειος**, πρόεδρος Ομοσπονδίας Ένωσης Νοσοκομίων Γενικών Ελλάδας,

Λόκαρης Γεώργιος, αν. καθηγητής Στοιχειολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, **Λυγιάδης Νικόλαος**, καθηγητής Μικροβιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, **Λυσιόπουλος Δημήτριος**, καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών-οιολογίας, **Λυσιόπουλος Γεώργιος**, αν. θνητικής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, **Μάκος Ν. Μιχαήλ**, καθηγητής Οφθαλμολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, **Μουλόπουλος Σπυρίδων**, ομότιμος καθηγητής Καρδιολογίας, πρώην πρόεδρος Πανεπιστημίου Αθηνών, **Μπαρδής Παναγιώτης**, ανώτερος καθηγητής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, **Παπαθεοδώλου Γ. Γιάννης**, καθηγητής Παθολογίας Χημικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Ράμης Α. Σπυρίδων**, αν. θνητικής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών και Ουλμ Γερμανίας,

πρόεδρος Εθνικού Κέντρου για τη Διάβητη, **Σακς Ε. Δημήτριος**, καθηγητής Νεφρολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, **Σαρόγλου Γεώργιος**, καθηγητής Αρρυθμιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, **Σέκερης Κωνσταντίνος**, ομότιμος καθηγητής Παθολογίας Αθηνών, **Στεφανίδης Χρήστος**, καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής Ιππικώς Σχολής Παν. Αθηνών, «Πανεπιστημίου Ι.Ν.Α.», πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών, **Στεφανίδης Ν. Κωνσταντίνος**, καθηγητής Ουρολογίας - οφθαλμολογίας, **Φούκας Γ. Γεώργιος**, επικεφαλής καθηγητής Δευτεντής Καρδιολογικής Ιατρικής Νοσοκομίου, **Χαζανέας Αγγελός**, καθηγητής Ενδοκρινολογίας, **Χρόσιος Γεώργιος**, καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΠΕΘΕΤΟΥ: ΣΟΦΙΑ ΝΕΤΑ (snet@enet.gr) ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΝΙΚΟΣ ΚΕΧΑΪΔΗΣ (kchek@enet.gr)