

ΕΚΤΑΚΤΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΤΗΣ 13^{ΗΣ} ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1984

ΠΡΟΕΔΡΙΑ ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ-ΝΟΥΑΡΟΥ

ΠΡΟΛΗΨΗ – Η ΜΕΓΑΛΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ
ΛΕΩΦΟΡΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΜΙΛΙΑ ΤΟΥ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΥ κ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΜΕΡΙΚΑ

Ἡ ὁμιλία μου ἔχει σκοπὸ νὰ καταδείξει τὴ δεσπύζουσα σημασία τῆς προληπτικῆς Ἱατρικῆς κατὰ τὸ σύγχρονο ὑγειονομικὸ ἀγῶνα. Καὶ νὰ τονίσει τὴν ἀδυσώπητη ἀνάγκη νὰ στραφεῖ πρὸς αὐτὴ τὸ ἐνδιαφέρον ὅλων τῶν παραγόντων, οἱ ὅποιοι τὸν ἀσκοῦν.

Τὸ περιεχόμενό της εἶναι πολὺπλευρο, λόγω ἀντίστοιχης ιδιότητος τοῦ ἀντικειμένου της, τῆς ὑγείας. Καὶ προβληματίζει ἔντονα τὸν καθένα ποῦ καταπιάνεται μ' αὐτὸ μὲ πνεῦμα καθολικῆς ἐποπτείας καὶ κριτικῆς, γιὰ νὰ καταλήξει σὲ θέσεις καὶ ὑποδείξεις, συμβάλλουσες στὴν ἀντιμετώπισή του.

Ἐχοντας αὐτὰ ὑπ' ὄψη καὶ ἐπιθυμῶντας νὰ εἶμαι κατὰ τὸ δυνατόν σαφῆς, πρόκειται ν' ἀκολουθήσω τὴν κάτωθι ταξινόμηση τῆς ὕλης της:

Στὸ πρῶτο μέρος θὰ γίνῃ σύντομη ἱστορικὴ καὶ ἐννοιολογικὴ εἰσαγωγὴ περὶ ὑγείας, Ἱατρικῆς καὶ πρόληψης. Χωρὶς αὐτὴ δὲν νοεῖται προσανατολισμὸς τοῦ ἀνειδίκευτου.

Στὸ δεῦτερο μέρος θὰ παρατεθοῦν:

Ι. Ἐπιδημιολογικὰ στατιστικὰ δεδομένα, ἐκ τῆς ἀλλοδαπῆς καὶ τοῦ ἐλληνικοῦ χώρου, περιγραφικοῦ καὶ ἀναλυτικοῦ τύπου, σχετικὰ μὲ τὴ συχνότητα καὶ τίς ἐπιπτώσεις τῶν μεγάλων συγχρόνων κοινωνικῶν νόσων, μὲ συγκριτικὴ ἐκτίμηση γιὰ τὸ τί ἐπετεύχθη κατὰ τὴν ἀντιμετώπισή τους, ἰδίως κατὰ τὸν αἰῶνα μας, μὲ τὴν προληπτικὴ καὶ τί μὲ τὴ θεραπευτικὴ ἀγωγή. Ἔτσι θὰ καταφανοῦν τόσο τὸ μέγεθος τοῦ

προβλήματος, όσο και η υπεροχή της προληπτικής αντιμετώπισης. Καί ΙΙ. Ἄδρὲς πληροφορίες γιὰ τὴ σημερινή θέση τῆς προληπτικῆς ἀγωγῆς.

Καὶ στὸ τρίτο, μὲ βάση τὰ προεκτεθέντα, θὰ ἐκφραστοῦν κριτικές, συμπερασματικές, ἀπόψεις, ἀφ' ἑνὸς περὶ τῶν βασικῶν παραμέτρων, ποὺ καθορίζουν σήμερα τὴν πρόληψη ἐπὶ ἀτομικοῦ καὶ κοινωνικοῦ ἐπιπέδου, καὶ ἀφ' ἑτέρου περὶ τῶν μεγάλων προσδοκιῶν ἀπ' αὐτὴ κατὰ τὸ μέλλον, γιὰ τὴν ἐξασφάλιση τοῦ πρώτου ἀγαθοῦ στὴ ζωὴ, τῆς υἰείας.

ΜΕΡΟΣ Ι

Ια. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ἡ σύγχρονη Ἱατρικὴ σκέψη γιὰ τὴ νόσο καὶ τὴν υἰεία ἔχει στερεῆς ρίζες στὴν Ἑλληνικὴ μυθολογία. Καὶ κατοπτρίζεται παραστατικὰ στὸ ἄγαλμα τοῦ Ἀσκληπιοῦ μὲ τὶς δύο κόρες του, τὴν Πανάκεια καὶ τὴν Ὑγεία, ποὺ ἀντιστοιχοῦν στὴ θεραπευτικὴ καὶ τὴν προληπτικὴ Ἱατρικὴ.

Ἐξ ἄλλου εἶναι γνωστὸ ὅτι ἀργότερα οἱ ἀρχαῖοι Ἑλληνας φιλόσοφοι, μ' ἐπικεφαλῆς τὸν Πλάτωνα, εἶχαν σαφῶς καθορίσει τὴ διπλὴ ἀποστολὴ τῆς Ἱατρικῆς, νὰ θεραπεύει καὶ νὰ προφυλάσσει.

Παρὰ ταῦτα ἀναμφισβήτητο εἶναι ὅτι, ἴσως λόγῳ δεσπόζουσας ἐπίδρασης στὸν ἄνθρωπο τῶν ἐνστίκτων τῆς αὐτοσυντήρησης καὶ τοῦ φόβου πρὸς τὸ θάνατο, καὶ ἀσφαλῶς ἔνεκα τῆς ἀποστροφῆς του πρὸς τὸν πόνο καὶ τὴν ἀνημποριά, ἡ ἀνθρώπινη φροντίδα ἀπ' ἀρχῆς κατευθύνθηκε πρὸς τὴν καταπολέμηση τῆς νόσου, τὴν θεραπευτικὴ. Καὶ μόνο θεωρητικὰ στρεφόταν πρὸς τὴν πρόληψη.

Ὁ θεραπευτικὸς αὐτὸς στοχασμὸς κυριάρχησε, μὲ μοναδικὴ ἐξαίρεση τὸ δαμαλισμὸ, ἐπὶ χρόνια καὶ καιροῦς, μέχρι τοῦ δευτέρου ἡμίσεος τοῦ δέκατου ἔνατου μ.Χ. αἰώνα. Τότε, σὲ πρώτη φάση, μὲ τὴν ἀνακάλυψη τῶν μικροβίων, ἀνέτειλε ἡ ἐποχὴ τῆς πρόληψης, χάρις στὰ ἐμβόλια. Καὶ στὴ συνέχεια, κατὰ τὸ τέλος τοῦ ἴδιου αἰώνα, ἐμπεδώθηκε ἡ ἐμπιστοσύνη στὴν προληπτικὴ ἀγωγή κυρίως, ὅταν διαπιστώθηκε ἡ καίρια γιὰ τὴν υἰεία ἀξία τῆς ἐπαρκοῦς διατροφῆς καὶ τῆς ἐν γένει υἰεινῆς διαβίωσης.

Καὶ πάλι ὁμως ἡ ἐξέλιξη τῆς Ἱατρικῆς, μὲ ἐξαίρεση τὶς λοιμώδεις ἀσθένειες, συνεχίσθηκε πάνω στὴν θεραπευτικὴ τροχιά μέχρι τῶν ἀρχῶν τοῦ αἰώνα μας. Τότε ὁ Ehrlich, τὸ 1909, ὑπεστήριξε τὴν ἄποψη, ὅτι καθεμιά νόσος ἔχει δικό της αἷτιο· καὶ ὁδήγησε στὴν ἀναζήτηση τῆς αἰτιολογίας καὶ κατὰ συνέχεια στὸ προληπτικῶς στοχάζεσθαι. Ἐπειτα, κατὰ τὶς ἡμέρες μας, διεπιστώθη ὅτι τὸ μεγάλο νοσολογικὸ ὑλικὸ τῆς σύγχρονης ἐποχῆς ἀποτελοῦσαν ὄχι οἱ ὀξείες λοιμώδεις, ἀλλὰ οἱ χρόνιες ἀσθένει-

ες, σχετιζόμενες με διαφόρους ἐνδογενεῖς καὶ περιβαλλοντολογικοὺς παράγοντες· καὶ ὅτι οἱ ἀσθένειες αὐτὲς ἐπηρεάζονταν ἀνεπαρκῶς ἀπὸ τὸ θεραπευτικὸ παράγοντα, παρὰ τὶς ἐπαναστατικὰς πρόσφατες προόδους στὴ θεραπευτικὴ. Φυσικὴ, μὲ βάση αὐτὰ τὰ δεδομένα, ὑπῆρξε ἡ στροφὴ πρὸς τὴν πρόληψη, ἡ ὁποία ἐδείχθη, ὅπως θ' ἀναφερθεῖ, πρὸ οἰκονομικῆ ἀπὸ τὴν θεραπευτικῆ, ἡ ὁποία συνοδεύεται ἀπὸ τὸ σύγχρονο ἀστρονομικὸ κόστος τῆς.

Ιβ. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μὲ αὐτὴ καθορίζεται τὸ κατὰ τὴν ὁμιλία μου νόημα τῶν τριῶν βασικῶν ὄρων: ὑγεία, ἰατρικὴ, πρόληψη.

– Τὴν ὑγεία ἀντιλαμβανόμεθα, σύμφωνα μὲ τὸν Παγκόσμιον Ὄργανισμό Ὑγείας, W.H.O., ὡς ἓνα σωματικο-πνευματικο-ψυχοκοινωνικὸ ἰδεῶδες [1].

«Ὑγεία εἶναι ἡ πλήρης σωματικὴ, πνευματικὴ, ψυχικὴ καὶ κοινωνικὴ εὐεξία τοῦ ἀνθρώπου καὶ ὄχι μόνον ἡ ἀπουσία νόσου ἢ ἀναπηρίας».

Ἐπισημαίνουμε ὁμῶς συμπληρωματικά, ἓνα, αὐθυπονούμενο ἴσως, ἀκόμα χαρακτηριστικὸ τῆς τὴν ἰκανότητα προσαρμογῆς πρὸς τὸ περιβάλλον ὑπὸ τὶς γενετικὰς προϋποθέσεις, τὸ γενετικὸ δηλαδὴ ὑπόστρωμα ἐκάστου ἀτόμου. Αὐτὲς ποικίλλουν κατ' ἄτομο καὶ καθορίζουν ἓνα προσωπικὸ γιὰ κάθε ἄνθρωπο normal ὑγείας, διάφορο ἀπὸ ἀνθρώπου σὲ ἄνθρωπο, τὸ ὁποῖο ὑπὸ παθολογικὰς συνθήκας ἐξατομικεῖ τὴν καθόλου εἰκόνα καὶ διαδρομὴ τῆς νόσου [2].

Ἡ ἐπισημάνση τοῦ παράγοντος «προσαρμογῆ» εἶναι ἀπαραίτητη ἐν ὄψει τοῦ ὅλου καὶ περισσότερο ὑπεισερχομένου «οἰκολογικοῦ παράγοντα» γιὰ τὴ νόσηση [3].

– Ἡ ἰατρικὴ, κατὰ τὸ πνεῦμα τοῦ ἰατρικο-ἱστορικοῦ H. Sigerist [4], εἶναι ὁ κλάδος τῆς Βιολογίας, πρὸς τοῦ ὁποῦ δύο τινά: πρῶτον, τὴν καταπολέμηση τῆς νόσου καὶ τὴν ἀποκατάσταση (rehabilitation) τοῦ πάσχοντος· καὶ δεύτερον, τὴν προφύλαξιν τοῦ ὑγιοῦς ἀπὸ τῆς νόσου καὶ τῆς διατήρησιν καὶ προαγωγὴν τῆς ὑγείας του.

Ὁ πρῶτος ἀπ' αὐτοὺς τοὺς σκοποὺς ταυτίζεται μὲ τὴν θεραπευτικὴ ἰατρικὴ καὶ ἀφορᾷ τὸν ἄρρωστο. Ὁ δεύτερος ἀποτελεῖ τὴν μέριμνα τῆς προληπτικῆς ἰατρικῆς καὶ ἐνδιαφέρει τὸν ὑγιῆ.

– Ἡ πρόληψη ἀσκεῖται τόσο ἐπὶ ἐπιπέδου ἀτόμων, ὡς ἀτομικὴ ὑγιεινὴ, παράλληλα πρὸς τὴν θεραπευτικὴ ἰατρικὴ, μὲ πρωτεργάτη τὸν κλινικὸν γιαιτρὸν, ὅσο καὶ εὐρύτερα σ' ἐπίπεδο οἰκογενείας ἢ μεγάλων ὁμάδων πληθυσμοῦ ἢ καὶ τοῦ συνόλου μῆς κοινωνίας ὡς δημοσίαι ὑγιεινὴ (public health), στὰ πλαίσια τῆς ὅλου καὶ γιγαντούμενης ἰατρικῆς τῆς κοινότητος (community medicine), μὲ ὑπεύθυνους, ἐκτὸς τῶν γιαιτρῶν, καὶ πολλοὺς ἄλλους ποικίλους ὑγειονομικοὺς καὶ παραῦγειονομικοὺς παράγοντες.

Καί παρέχεται υπό τρεῖς τύπους, πού ἐνδιαφέρουν ὅλοι τήν ὁμιλία μας: τήν πρωτογενή, τή δευτερογενή καί τήν τριτογενή πρόληψη, κατά τὸ στάδιο τῆς φυσικῆς διαδρομῆς τῆς νόσου, κατά τὸ ὁποῖο ἀσκεῖται ἡ προληπτικὴ ἀγωγή (Πίν. 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΤΥΠΟΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Φυσικὴ ἱστορία νόσου	Τύπος πρόληψης
Στάδιο προδιαθεσιμότητας	Πρωτογενῆς
Στάδιο προκλινικὸ	
Στάδιο ὑποκλινικὸ	Δευτερογενῆς
Στάδιο κλινικὸ	
Στάδιο ἀνικανότητας	Τριτογενῆς
Θάνατος	

Κατὰ τήν πρωτογενῆ ἐπιδιώκεται ἡ κατὰ τὸν ἓνα ἢ τὸν ἄλλο τρόπο (ἐπιδημιολογικὰ μέτρα, ἐμβολιασμοί, ἐνίσχυση ὀργανισμοῦ) ἀποσόβηση ἐπίδρασης τοῦ αἰτιολογικοῦ παράγοντος πρὸς ἀποτροπὴ τῆς νόσου. Αὐτὸς εἶναι ἀναμφισβήτητα ὁ προτιμότερος τύπος. Στὰ πλαίσιά του, δέ, τοποθετεῖται ἡ ἐξουδετέρωση τῶν λεγομένων παραγόντων κινδύνου (*risk factors*), ἐνδογενῶν καί ἐξωγενῶν, οἱ ὁποῖοι συνεπάγονται αὐξημένη προδιαθεσιμότητα, ὅπως π.χ. ἡ ὑπερλιπιδαιμία γιὰ τήν ἀρτηριοσκλήρωση ἢ τὸ κάπνισμα γιὰ τὸν καρκίνου τοῦ πνεύμονος. Ὅλοι αὐτοὶ εἶναι λίγο μελετημένοι.

Κατὰ τὴ δευτερογενῆ προληπτικὴ ἀγωγή ἐπιζητεῖται ἡ πρώιμη ἀποκάλυψη τῆς ἀσυμπτωματικῆς νόσου ἢ ἡ ἀρίστη δυνατὴ θεραπευτικὴ τῆς καταπολέμησης πρὸς ἐπιτευξὴ ἴασης ἢ συγκράτησης ἢ ἐπιβράδυνσης στὴν ἐξέλιξή της, μὲ μεταβολές στοὺς παθογενετικοὺς μηχανισμούς της.

Κατὰ τήν τριτογενῆ καταβάλλεται προσπάθεια, ἐπὶ ἤδη προχωρημένης νόσου, νὰ ἀνασχεθεῖ ἡ πρόοδος τῆς ἀνικανότητος καί νὰ βελτιωθεῖ ἡ ὑπολειπόμενη λειτουργικότητα.

Ἡ κάλυψη τῶν πολλῶν καί ποικίλων στόχων τῆς σύγχρονης πρόληψης προϋποθέτει ἀντίστοιχη ποικιλία δραστηριοτήτων. Πρωταρχικῆς σημασίας εἶναι οἱ ἐπιδημι-

ολογικές έρευνες για εκτίμηση τής θνησιμότητας, νοσηρότητας και άλλων παραμέτρων τής υγείας σε διάφορες ασθένειες· και για τήν κατανομή τους στόν άνθρωπινο πληθυσμό, ώς και για τόν καθορισμό τών αιτιολογικών παραγόντων και τών παραγόντων κινδύνου. Περαιτέρω μελετώνται πειραματικώς οί διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες, ώς και ποικίλα δημογραφικά προβλήματα. Έρευνάται ή συμμετοχή του γενετικού στοιχείου και τής ανοσολογικής καταστάσεως του οργανισμού, πρὸς λήψη αντίστοιχων μέτρων. Ύποδεικνύονται, έπειτα από πολλές διερευνήσεις, ή υγιεινή διατροφή, ό υγιεινός τρόπος έν γένει διαβίωσης και ή πρέπουσα νοσοκομειακή νοσηλεία. Συγκρίνονται, έπειτα από μακρόχρονης στατιστικές έρευνες, τ' αποτελέσματα τής θεραπευτικής και τής προληπτικής ίατρικής επί τών καθ' έκαστα νοσολογικών όντοτήτων, με συνεκτίμηση τών αναγκαίων δαπανών για τήν εφαρμογή τους, και τής αποτελεσματικότητάς τους (*cost - benefit*). Καί κατ' έξοχήν επιδιώκεται μία άψογα προγραμματισμένη εκπαίδευση, τόσο τών διαφόρων υγιεινονομικών στελεχών, όσο και του συνόλου τών ατόμων τής κοινωνίας. Έγκέφαλος και καρδιά στο σύνολο τών τομέων τής πρόληψης, τους όποιους ύπομνήσαμε, είναι ό σύγχρονος επιδημιολόγος, που - θα έλεγα - άποτελεί για τήν πρόληψη ό,τι ό παθολόγος για τή θεραπευτική. Γίνεται φανερό ότι ή πρόληψη παίρνει διαστάσεις. Στο πεδίο της έκτός τών βιοϊατρικών έπιστημών περιλαμβάνονται και τομείς τής τεχνολογίας, τής γεωργίας, τής χημείας, τής αρχιτεκτονικής, τής πολεοδομίας, τής οικονομικής και τών έπιστημών τής συμπεριφορής, όπως ή νομική, ή ανθρωπολογία, ή ψυχολογία και ή κοινωνιολογία, κτλ.

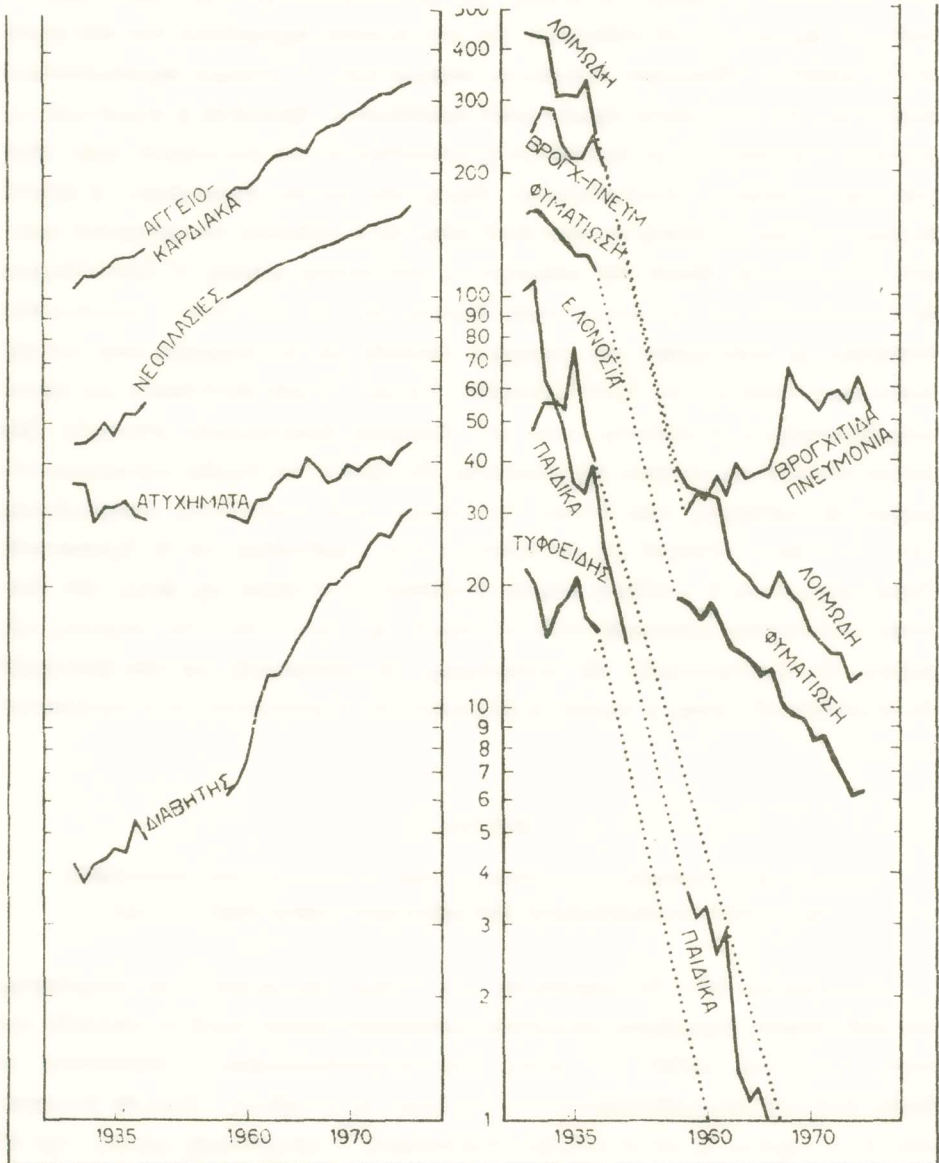
ΜΕΡΟΣ II

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούμε στη στάθμη θνησιμότητας και νοσηρότητας τών καθ' έκαστα κυριότερων συγχρόνων κοινωνικών νόσων, κατά το παρελθόν και τώρα, συγκριτικά, καθώς και στους αναλυτικοεπιδημιολογικούς παράγοντες, οί όποιοι έπιδρουν αίτιοπαθογενετικά και έπιφέρουν τις μεταβολές. Έτσι θα διευκρινισθεί άν οί παράγοντες αυτοί ύπῆρξαν θεραπευτικής ή προληπτικής φύσεως· και θα καταστεί έφικτή ή έκφραση άπόψεων για τή θέση τής πρόληψης στο μέλλον.

IIα. ΛΟΙΜΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ

Οί επιδημίες και ένδημίες τών λοιμωδών νόσων, με έπικεφαλής τή χολέρα, τήν εδλογιά, τήν πανώλη, τήν έλονοσία, τή φυματίωση, τή σύφιλη, τήν πνευμονία, τή



Είκ. 1. Θάνατοι κατά αίτια θανάτου (ἐπί 100.000 κατοίκων) εἰς τὴν Ἑλλάδα (1931-1976). Ἡ θνησιμότης ἀπὸ τὰ χρόνια νοσήματα ἀνέρχεται κατὰ τὴν πάροδο τοῦ χρόνου, ἐνῶ ἐκείνη ἀπὸ τὰ μικροβιακὰ νοσήματα ἐλαττώνεται.

μηνιγγίτιδα, τις έντερικες λοιμώξεις και την πολιομυελίτιδα υπήρξαν οί μεγάλες μάστιγες, στα πλαίσια τής υγείας, κατά τὸ παρελθόν, μέχρι και πρόσφατα. Καί δυστυχῶς οί περισσότερες ἀπ' αὐτὲς ἐξακολουθοῦν νὰ θανατώνουν μαζικὰ μεγάλα ποσοστὰ πληθυσμοῦ στis ὑπανάπτυκτες κοινωνίες.

Στις ἀναπτυγμένες ὁμως χώρες σημειώθηκε κατά τὴν τελευταία πεντηκονταετία μία θεαματικὴ κάμψη τής νοσηρότητας και θνησιμότητας ἀπὸ λοιμώδη νοσήματα, ὅπως δείχνουν μία ἑλληνικὴ (Εἰκ. 1) [5] και μία ἀμερικανικὴ (Πίν. 2) [6] στατιστικὴ ἔρευνα. Ἐξ ἄλλου κοινωνικὲς νόσοι, μάστιγες τοῦ παρελθόντος, ἐξέλιπαν (εὐλογιά, χολέρα, πολιομυελίτιδα).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΛΟΙΜΩΛΗ - ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΗΝ. ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ
ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΑΙΩΝΑ ΜΑΣ

ΘΑΝΑΤΟΙ ΕΠΙ 100.000 κατοίκων	
1900 - 1904	1970
541	38

Ἀξίζει νὰ σχολιάσουμε σὲ ποιο βαθμὸ συνέβαλε ἡ θεραπευτικὴ και σὲ ποιο ἡ πρόληψη γιὰ τὴν ἐπίτευξη αὐτῶν τῶν θυμαστῶν ἐπιτευγμάτων.

Ἄν ἐξαιρέσει κανεὶς τὴ σύφιλη, τὴν πνευμονία και τὴ μηνιγγίτιδα και σ' ἓνα βαθμὸ τὴ φυματίωση, γιὰ τὴ μείωση τής θνησιμότητας και νοσηρότητας τῶν ὁποίων κύρια ἢ σημαντικὴ υπήρξε ἡ συμβολὴ τής διὰ φαρμάκων ἀγωγῆς, μὲ τὴ μείωση ποὺ ἐπέτυχε, τοῦ ἀριθμοῦ τῶν πασχόντων ἀπ' αὐτὲς, δηλαδὴ τῶν πηγῶν μόλυνσης, ἡ κάμψη σὲ ὅλες τis ἄλλες σχετίζεται κυρίως μὲ μέτρα πρόληψης. Ἦτοι, μὲ μέτρα ἐλέγχου τής μεταφορᾶς τῶν παθογόνων μικροοργανισμῶν (μὲ τὸ νερό, τὸν ἀέρα, τὰ τρόφιμα, τοὺς διάμεσους ξενιστὲς), π.χ. στὴ χολέρα, τὴν πανώλη, τis έντερικὲς λοιμώξεις, τὴν ἑλονοσία, ἢ μὲ μέτρα αὐξησης τής ἀντίστασης τοῦ ὄργανισμοῦ (διὰ βελτιωμένης διατροφῆς, ὑγιεινῆς διαβίωσης και κυρίως ἐμβολίων), ὅπως στὴ φυματίωση, εὐλογιά, γρίπη, διφθερίτιδα, πολιομυελίτιδα. Ἐπομένως σαφῶς πιὸ ἀποτελεσματικὴ υπήρξε ἡ πρόληψη.

Τὸ πρόβλημα τῶν λοιμώξεων παραμένει καὶ κατὰ τὶς ἡμέρες μας τεράστιο παρὰ τὶς συνεχιζόμενες ἀνακαλύψεις, κατὰ τὴν τελευταία τεσσαρακονταετία [7], σπουδαίων ἀντιμικροβιακῶν φαρμάκων. Καὶ πιθανολογεῖται ὅτι καὶ κατὰ τὸ μέλλον τὸ πρόβλημα θὰ εἶναι ζωτικό [8], παρ' ὅτι ὑποστηρίζονται καὶ ἀντίθετες προβλέψεις. Ὅπως δείχνει μιὰ ἔρευνα τῆς Στατιστικῆς Ὑπηρεσίας μας γιὰ τὴν υἰγεία [9], κατὰ τὸ 1979 νοσηλεύθηκαν στὰ νοσοκομεῖα τῆς χώρας μας 45.038 ἀσθενεῖς πάσχοντες ἀπὸ λοιμώδη νοσήματα, μὲ σύνολο ἡμερῶν νοσηλείας 810.684. Οἱ ἀριθμοὶ αὐτοὶ ἀσφαλῶς ἀποτελοῦν μικρὸ μόνο ποσοστὸ ἐκείνων ποὺ ἀσθένησαν ἀπὸ λοιμώξεις καὶ νοσηλεύθηκαν σίτιτι τους. Καὶ δὲν περιλαμβάνουν τὰ στοιχεῖα τῶν ἀναπνευστικῶν λοιμώξεων, οἱ ὁποῖες ὡς ὁμάδα παραμένουν στὴν κορυφή τῆς ὀξείας νοσηρότητας καὶ τῆς οἰκονομικῆς ἐπιβάρυνσης.

Τὰ δύο τωρινὰ μεγάλα λοιμώδη προβλήματα εἶναι: πρῶτον, οἱ ἰογενεῖς καὶ δεύτερον οἱ νοσοκομειακὲς λοιμώξεις ποὺ ὄλο καὶ πληθύνονται.

Ἰ ὄ σ ε ι ς

Ἡ ἱατρικὴ ἰολογία, ἕως τὸ 1960 ἦταν τομέας ἔρευνας λίγων εἰδικῶν. Τώρα ἔγινε ἓνα κολοσσιαῖο νοσολογικὸ πρόβλημα. Ἐχει ἀποδειχθεῖ ὅτι οἱ ἰοὶ ἀποτελοῦν τὸν αἰτιολογικὸ παράγοντα πολλῶν καὶ ποικίλων, ὀξείων καὶ χρονίων, νόσων [10]. Καὶ καλπάζει αὐτοὺς τοὺς χρόνους ἔρευνα γιὰ τὴ διαλεύκανση τῆς αἰτιοπαθογονίας τῶν ἰώσεων, τὴν καταπολέμηση καὶ πρόληψή τους [11] [12].

Στὶς Ἑν. Πολιτεῖες ἔχουν ἐπίσημα ἐγκριθῆ πέντε ἀντιϊκὰ φάρμακα, μέσα στὰ ὑπὸ ἔλεγχο πολλὰ (*Vidaravine* — *Amandandine* — *Trifluridine* — *Indoxinridine* — καὶ *acylovir*) [13] [14], μὲ σημαντικὴ ἀποτελεσματικότητά σὲ μερικὲς ἰώσεις. Καὶ διεθνῶς μία μακρὰ σειρὰ ἐμβολίων, ζώντων (*live viral vaccines*) ἢ ἀδρανικοποιημένων (*inactivated*) βρῖσκει χρησιμοποίησι, προληπτικὴ, στὸ σύνολο τοῦ πληθυσμοῦ ἢ σὲ ὁμάδες μεγαλυτέρου κινδύνου ἢ διατελεῖ ὑπὸ διερεύνησι, ὡς ἐμφαίνεται στὸν Πίν. 3 [15].

Ἀ ν θ ε κ τ ι κ ἔ ς λ ο ι μ ὄ ξ ε ι ς

Ἐνα δεύτερο σύγχρονο καὶ σοβαρότατο πρόβλημα εἶναι οἱ λοιμώξεις, ποὺ ὀφείλονται σὲ ἀνθεκτικὸς μικροργανισμοὺς (*βακτηρίδια*, *ἰοί*, *μύκητες*, *παράσιτα*), ποὺ εὐδοκιμοῦν ὅταν συντρέχουν εἰδικοὶ περιβαλλοντικοὶ παράγοντες ποὺ προκαλοῦν μείωσι τῶν ἀμυντικῶν δυνάμεων τοῦ ὀργανισμοῦ, λόγω κακῶν συνθηκῶν τῆς διαβίωσι κατὰ τὶς ἡμέρες μας, ἐξ αἰτίας τῆς τεχνολογικῆς προόδου (*Εἰκ. 2*) [20], μὲ ἐπικεφαλῆς τὴν ἀφειδῆ χρῆσι ἀντιβιοτικῶν.

Ἰδιαζόντως εὐνοϊκῆς συνθήκης γιὰ ἀνάπτυξη ἀνθεκτικῶν λοιμώξεων συντρέχουν στὰ νοσοκομεῖα [21]. Ὑπολογίζονται δὲ οἱ ἄρρωστοι, οἱ ὁποῖοι μολύνονται σ' αὐτά, ὡς περισσότεροι ἀπ' ὅσους προσβάλλονται ἀπὸ λοίμωξη ἐξωνοσοκομειακῆ [22].

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

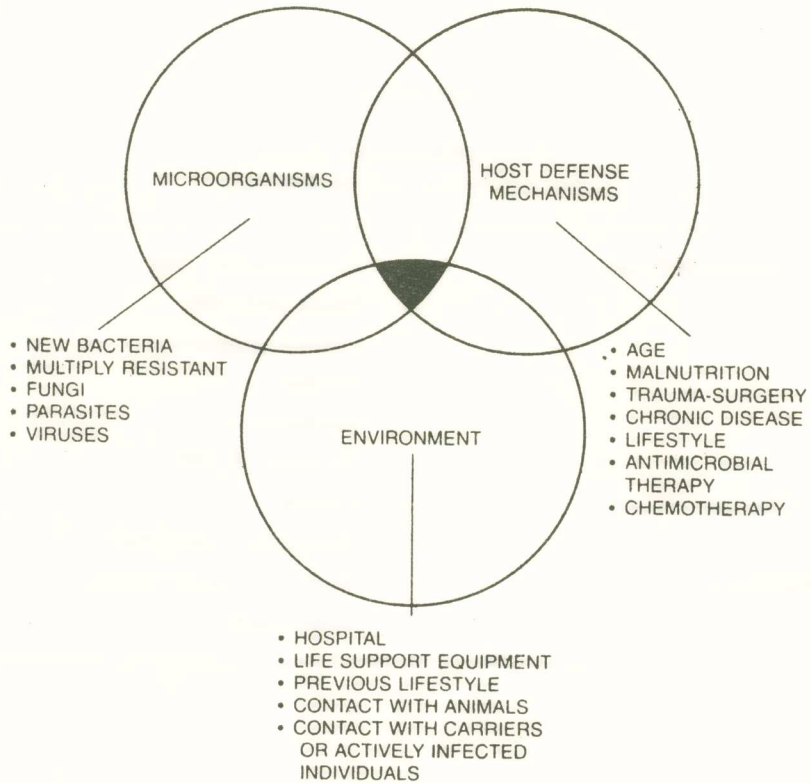
ΚΥΡΙΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΣΕ ΧΡΗΣΗ
ΓΙΑ ΤΙΣ ΙΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ

Γιὰ τὸ γενικὸ πληθυσμὸ	Πολιομελίτις [16] Ἰλαρὰ [17] [18] Ἐπιδημ. παρωτίτις Ἐρυθρὰ Διφθερίτις Ἡπατίτις Β [19]
Γιὰ ὁμάδες μεγαλύτερου κινδύνου ὑπὸ διερεύνηση	Γρίπη Ἐγκεφαλον. μηνιγγίτις Νόσος κυτταρομεγαλοϊοῦ Ἄνεμευλογία

Οἱ μικροοργανισμοί, ποὺ συνήθως προκαλοῦν τὶς ἀνθεκτικῆς λοιμώξεις, εἶναι: ὁ χρυσίζων καὶ ἐπιδημικὸς σταφυλόκοκκος [23] [24], ὁ στρεπτόκοκκος τῆς πνευμονίας [25], ἡ κλεψιέλα τῆς πνευμονίας [26], ἡ ἀεριογόνος ψευδομονὰς [27], διάφορα ἐντεροβακτηρίδια [28], τὸ κитροβακτηρίδιο [29], ἡ *Serratia*, ὁ αἰμόφιλος τῆς ἰνφλουέντσας [30], ὁ ἰὸς τοῦ ἔρπητος, ὁ ἰὸς τῆς ἀνεμευλογιάς, ὁ κυτταρομεγαλοϊός, ἡ πνευμονοκύστις *Caryni* καὶ ἡ *cadida albicans*. Ἡ πρόσκτηση ἀνθεκτικότητας γίνεται κυρίως μὲ τὴ μεταφορὰ πλασμιδίων [31].

Πβ. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ

Αὐτὲς ἀποτελοῦν τὸν ὑπ' ἀριθμὸν ἓνα ἐφιάλτη τοῦ σημερινοῦ ἀνθρώπου τῶν ἀναπτυγμένων χωρῶν, ἂν ληφθοῦν ὑπ' ὄψη ἡ ὑψηλὴ τους θνησιμότητα, ἡ ἀνυποχώρητα ἐξελικτικὴ πρὸς τὸ χειρότερο βαριὰ φυσικὴ τους διαδρομὴ καὶ τὸ δεδομένο, ὅτι ὁ τύπος τῆς σύγχρονης διαβίωσης ἐγκυμονεῖ ἀκόμη μεγαλύτερη ἀπειλὴ γιὰ τὸ μέλλον.



Εικ. 2. Παράγοντες που μειώνουν την αντίσταση του οργανισμού.

Ἡ θεραπευτική τους αντιμετώπιση ἀναμφισβήτητα ἔχει σημειώσει σημαντικές προόδους (Εἰκ. 3), πῶς ἐκδηλεῖ στήν παιδική ἡλικία [32].

Ἡ συνολική ὁμως θνησιμότητα ἐπὶ τοῦ πληθυσμοῦ, τόσο στὸν παγκόσμιο χῶρο ὅσο καὶ σὲ μᾶς (Πίν. 4) [33] ἔχει, τουναντίον, ἀξήθεϊ (Εἰκ. 1) [34].

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

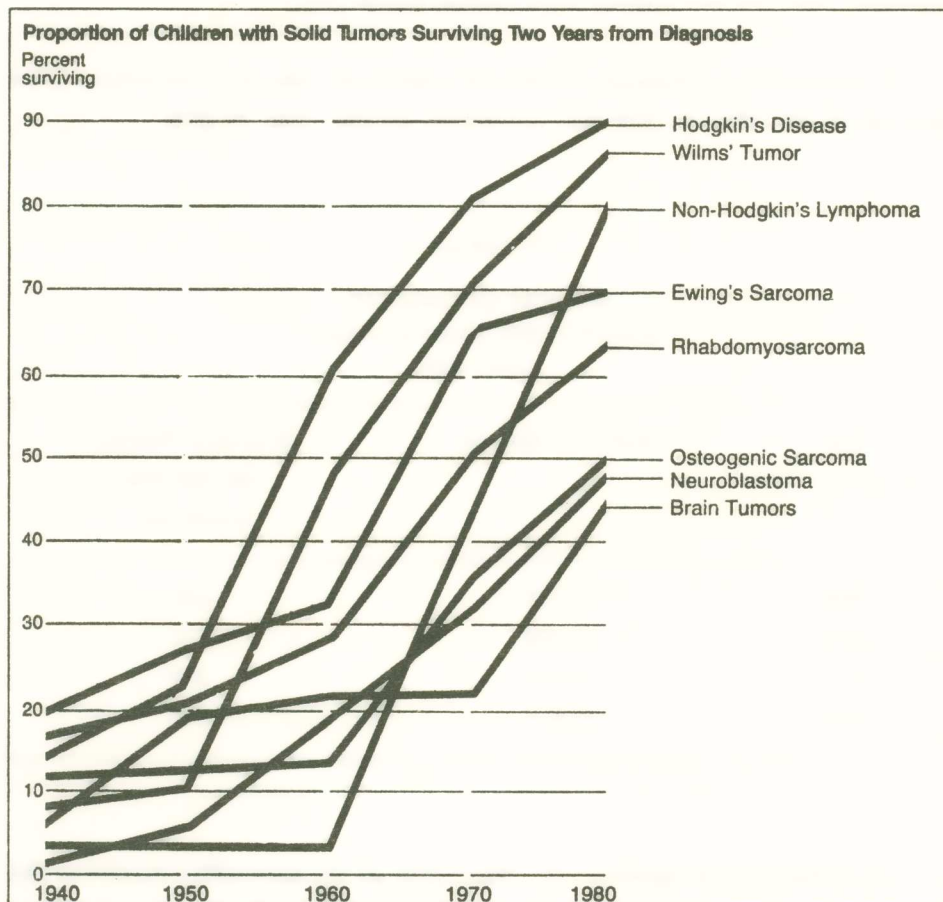
ΘΑΝΑΤΟΙ ΕΚ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΕΠΙ 100.000 ΚΑΤΟΙΚΩΝ
(1966 - 1978)

Ἔτη	Ἀπόλυτοι ἀριθμοὶ	Ἀναλογία θανάτων ἐπὶ 100.000 κατοίκων
1966	10.253	119
1970	11.324	132
1975	14.089	155
1978	15.824	169

Τὰ δεδομένα αὐτὰ σημαίνουν ὅτι, παράλληλα μὲ τὴν προσπάθεια περαιτέρω βελτίωσης τῆς θεραπευτικῆς ἀγωγῆς, τὸ ἐνδιαφέρον ἐφεξῆς πρέπει νὰ κατευθυνθεῖ κυρίως πρὸς τὴν πρόληψη, μὲ τὴν ὁποία εἶναι δυνατόν, σὲ μερικὲς ἐντοπίσεις τῆς νόσου, νὰ ἀποφέρονται πολὺ εὐνοϊκὰ ἀποτελέσματα, ὅπως λόγου χάρη μὲ τὸν καρκίνο τοῦ πνεύμονος διὰ τῆς ἀποχῆς ἀπὸ τὸ κάπνισμα [35].

Οἱ σύγχρονες ἀντιλήψεις γιὰ τὶς νεοπλασίες στὰ πλαίσια τῆς πρόληψης ἔχουν ὡς ἐξῆς:

– Ἡ μετάπτωση τοῦ φυσιολογικοῦ κυττάρου σὲ ἐπαναστατικό, καρκινικὸ – δηλαδή ἢ καρκινογένεση – γίνεται διὰ διαδοχικῶν βαθμίδων, οἱ ὁποῖες ἐπηρεάζονται διεγερτικά ἢ ἀνασταλτικά, ἀπὸ παράγοντες ἐνδογενεῖς (host factors) ἢ ἐξωγενεῖς (περιβαλλοντικούς), τοὺς καρκινογόνους καὶ ἀντικαρκινογόνους, μὲ ἀντίστοιχα ἀξημένο ἢ μειωμένο τὸν κίνδυνο πρὸς καρκίνο [36] [37] [38] [39] [40] [41].



Εικ. 3. Proportion of Children with Solid Tumors Surviving Two Years from Diagnosis.

Στους ένδογενείς περιλαμβάνονται οί γενετικοί – που επάγονται σπερματική μεταλλαγή και έκτροπή της φυσιολογικής ανατομικής ανάπτυξης, ως καρκινογόνοι, και ανάταξη της βλάβης ως αντικαρκινογόνοι –, οί ανοσολογικοί και οί ένδοκρινικοί, με αντίστοιχες επιδράσεις. Σάν τυπικά παραδείγματα κακοήθων νεοπλασιών με γενετική αίτιολογία θεωρούνται ό όγκος του Wilms, τὰ λεμφώματα, μερικές λευχαιμίες, τὸ ρετινοβλάστωμα και τὸ γοναδοβλάστωμα [42] [43] [44] [45] [46] [47] [48]. Ἀναφέρονται ὅμως και νεοπλασίες με δεσπόζοντα πρωτογενῶς τὸ ρόλο του ἄνοσολογικοῦ [48] [49] και του ἔνδοκρινικοῦ [50] παράγοντα.

Οί περιβαλλοντικοί παράγοντες, εὐρύτατα γνωστοί ως καρκινογόνα και ἀντικαρκινογόνα, εἶναι πολλοί και ποικίλοι, με διαφόρους μηχανισμούς επίδρασης στην πολυσταδιακή καρκινογένεση [51] [52]. Μία χρήσιμη ταξινόμησή τους – τῶν καρκινογόνων – προσφέρεται στον Πίν. 5 με κριτήριο τὴ φύση τους [53]. Τὰ κατ' ἐξοχήν θετικά μέχρι τώρα δεδομένα για τὴ σημασία περιβαλλοντικῶν παραγόντων ἀφοροῦν τὸ κάπνισμα, τὶς ἀκτινοβολίες και τὰ καρκινογόνα τῶν βιομηχανιῶν, ὡς και τὸ φυσικὸ καρκινογόνο ἀφλατοξίνη.

– Ἡ προληπτικὴ ἀντιμετώπιση του καρκίνου, με βάση τὰ ὑπομνησθέντα ἀδρά ἀίτιοπαθογενετικά δεδομένα, ἐπιδιώκεται τώρα τόσο ὡς πρωτογενῆς, ὅσο και ὡς δευτερογενῆς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗΣ

I. Φυσικοί:	Ίονίζουσα, ἡλιακὴ ἀκτινοβολία
II. Χημικοί:	Καπνός, οἰνόπνευμα, διατροφή, μολυντικά τροφῶν, φάρμακα, βιομηχανικὲς οὐσίες, μόλυνση ἀτμόσφαιρας.
III. Βιολογικοί:	Μικροοργανισμοί [54] [55] [56] [57] [58] [59] [60].

Κατὰ τὴν πρώτη περίπτωση ἐπισημαίνονται ἀρχικά ἀπὸ ἐπιδημιολόγους και κλινικούς γιατροὺς οί πιθανοί ἀίτιολογικοί και παθογενετικοί παράγοντες. Στὴ συνέχεια ἀκολουθοῦν ἔρευνες πειραματικοῦ καρκίνου σὲ ζῶα και κυτταρογένεσης σὲ μικροοργανισμούς, πρὸς τεκμηρίωση τῆς παθογενετικότητας ἢ τῆς ἀντικαρκινογονικότητας τῶν κατὰ τὶς ἐπιδημιολογικὲς ἔρευνες ἀναγνωρισθέντων ὑπόπτων καρκινογόνων ἢ ἀντικαρκινογόνων. Με αὐτὲς τὶς σὲ καλπάζουσα ἐξέλιξη ἔρευνες διαλευκαίνεται ὁ ρόλος τῶν γενετικῶν, ἄνοσολογικῶν και βιοχημικῶν μηχανισμῶν τῆς καρκινογένε-

σης και αντικαρκινογένεσης. Και κάθε ημέρα σημειώνονται πρόοδοι πρώτης βιολογικής σημασίας, όπως π.χ. εκείνη των όγκογονών ιών [63] [64] [65], ως ο ίδιος Epstein Barr [66], ο της ήπατίτιδος Β [67], του έρπητα τύπου 2 (HSV-2) ή ενζύμων, ένδεικτικῶν τῆς πρὸς καρκίνο προδιάθεσης, ὡς π.χ. ἡ ὀρνιθίνη δεκαρβοξυλάση γιὰ τὸν καρκίνο τοῦ παχέος ἐντέρου [68] [69] κτλ.

Πρέπει νὰ τονισθεῖ ὅτι αὐτοῦ τοῦ τύπου οἱ ἔρευνες ἐκτελοῦνται ἀπὸ εἰδικούς ἐρευνητές, ἀφοροῦν σὲ σπάνιες ὁμάδες πληθυσμοῦ καὶ εἶναι πολυπαραγοντικές, δυσεκτέλεστες, χρονοβόρες καὶ δαπανηρές, ὥστε νὰ καθίσταται ἀναγκαῖος ὁ καλὰ ἐλεγχόμενος προγραμματισμὸς πρὶν ἀποφασισθεῖ ἢ διεκπεραιώσῃ τους.

Ἡ πρωτογενὴς πρόληψη ἐπὶ τοῦ παρόντος ἔχει πρακτικὲς ἐπιπτώσεις ὡς πρὸς τοὺς καρκινογόνους παράγοντες (κάπνισμα, οἰνόπνευμα, ἰονίζουσες ἀκτινοβολίες καὶ ἡπατίτις Β). Ὅσον ἀφορᾷ τοὺς διατροφικοὺς παράγοντες δὲν ὑπάρχουν ἀκόμη ἀσφαλῆ δεδομένα.

Ἡ δευτερογενὴς πρόληψη θεμελιώνεται πάνω στὴν πρώιμη διάγνωση τῆς νόσου. Καὶ ἐπιτυγχάνεται μὲ μελέτες σὲ ὁμάδες πληθυσμοῦ ἢ ἄτομα μὲ ποικίλες, κατὰ τὸ δυνατό πιὸ εὐαίσθητες καὶ εἰδικές, διαγνωστικὲς μεθόδους. Τὰ καλύτερα ἀποτελέσματα τῆς ἀφοροῦν τὸν καρκίνο τοῦ τραχήλου τῆς μήτρας [70], τοῦ παχέος ἐντέρου [71], τοῦ ρινοφάρυγγα [72] [73] [74] καὶ τοῦ μαστοῦ [75] [76]. Ἡ ἐν γένει, ὁμως συμβολὴ τῆς ἐκτιμᾶται ὡς μικρὴ [77].

Ἡ προληπτικὴ ἀγωγή γιὰ τὸν καρκίνο καθὼς ὅλο καὶ ἐπεκτείνεται σὲ πλάτος καὶ βάθος, συνιστᾷ σήμερα τὴν ὕλη ἐνὸς νέου βιολογικοῦ κλάδου: τῆς προληπτικῆς ὀγκολογίας (preventive oncology) [78].

Πγ. ΑΡΤΗΡΙΟΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Ὁ στόχος τῆς ὁμιλίας μου δικαιολογεῖ τὴν κατάταξη σὲ μία νοσολογικὴ ὄντοτητα, τὴν τῶν ἀρτηριοσκληροπαθειῶν, τόσο τῆς στεφανιαίας νόσου (στηθάγχη, ἔμφραγμα) καὶ τῶν ἐγκεφαλοαγγειακῶν συνδρόμων (αἱμορραγία, θρόμβωσις, ἐμβολή) ὅσο καὶ τῶν ἀρτηριοσκληρυντικῶν ἀρτηριοπαθειῶν τῶν ἄκρων κτλ., γιὰτὶ ὅλες ἔχουν βασικὰ κοινὸ αἰτιοπαθογενετικὸ παρονομαστή, τὴν ἀρτηριοσκλήρωση καὶ συχνὰ συνυπάρχουν στὸ ἴδιο ἄτομο [79]. Ἀκόμα ὁμως καὶ ἡ ὑπέρταση καὶ τὸ γῆρας ἔχουν θέση στὴν ἴδια ὁμάδα, ἐκ τοῦ γεγονότος ὅτι καιρῶς ἐπηρεάζουν τὶς ἀρτηριοσκληροπάθειες.

Στεφανιαία νόσος – Ἐγκεφαλοαγγειακὰ σύνδρομα

Εἶναι σ' ὅλους γνωστὴ ἢ κατ' ἐξοχὴν ὑψηλὴ νοσηρότητα καὶ θνησιμότητα αὐτῶν τῶν νόσων (Πίν. 6) [80], Εἰκ. 1.

Ειδικότερα, ἡ θνησιμότητα κατὰ τὶς ἡμέρες μας, ὡς ποσοστὸ τῆς γενικῆς θνησιμότητας, ἔχει παρουσιάσει σημαντικὴ αὔξηση, τόσο ὡς πρὸς τὰ ἐγκεφαλοαγγειακὰ ἐπεισόδια ὅσο καὶ περισσότερο ὡς πρὸς τὴ στεφανιαία νόσο, κατὰ τὴ μέση ἡλικία, στοὺς ἄνδρες [81] [82]. Ἡ μεταβολὴ αὐτὴ ὀφείλεται ἀφ' ἑνὸς στὴ μείωση τῆς θνησι-

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ

Ἑλλάδα καὶ Οὐαλία 1977

Ἡλικία	Α. Ὅλες οἱ αἰτίες		Β. Στεφανιαία νόσος		Γ. Ὅλες οἱ αἰτίες ἐκτὸς στεφανιαίας	
	Ἄνδρες	Γυν.	Ἄνδρες	Γυν.	Ἄνδρες	Γυν.
15 - 24	877	377	4	2	873	375
25 - 34	933	542	56	14	877	528
35 - 44	2013	1413	595	97	1418	1316
45 - 54	6810	4087	2724	499	4086	3588
55 - 64	18774	9869	7108	1619	11666	7900
65 - 74	48852	25183	16442	6875	32410	18308

μότητας ἐκ παιδικῶν νόσων καὶ ἀφ' ἑτέρου στὸν ἀνθυγιεινὸ σύγχρονο τρόπο διαβίωσης. Καὶ παραμένει ὑψηλὴ παρὰ τὴν πιὸ ἀποτελεσματικὴ μοντέρνα θεραπευτικὴ, μὲ τὶς μονάδες ἐντατικῆς φροντίδας, τὶς ἀγγειοχειρουργικὲς ἐπεμβάσεις, τὴν ἀντιθρομβωτικὴ, ἀντιαιμοπεταλιακὴ καὶ θρομβολυτικὴ ἀγωγή καὶ τὴ διὰ β-δεσμευτῶν θεραπεία [83] [84] [85]. Ὅμως κατὰ σύγκριση τῆς θνησιμότητας αὐτῶν καθ' ἑαυτῶν τῶν ἀρτηριοσκληρωτικῶν νόσων, τόσο τῆς καρδίας, ὅσο καὶ τοῦ ἐγκεφάλου [80] [86] εἰς διαφόρους χρόνους, κατὰ τὴν πρόσφατη εἰκοσαετία, διαπιστοῦνται προϋδσα κάμψη τῆς θνησιμότητας, πού σχετίζεται μὲ τὴν ἄσκηση προληπτικῆς ἀγωγῆς [87] [88] [89] [90]. Καὶ ἐν προκειμένῳ ἐπομένως περισσότερο ὑπόσχεται ἡ πρόληψη.

Γιὰ τὴν κατανόηση τῆς προληπτικῆς ἀγωγῆς στὶς ἀρτηριοσκληρωτικὲς νόσους εἶναι ἀναγκαῖο νὰ εἴμεθα κατατοπισμένοι ὡς πρὸς τὶς σημερινὲς ἀπόψεις ἐπὶ τῆς αἰτιοπαθογονίας τους.

Ἡ ἀρτηριοσκλήρωση ιστοπαθολογικῶς εἶναι μία πολύπλοκη καὶ πολύμορφη ἀσθένεια τῶν ἀρτηριῶν, ποὺ καταλήγει σὲ ἀκαμψία καὶ εὐθρυψία τοῦ τοιχώματός τους καὶ στένωση ἢ ἀπόφραξη τοῦ αὐλοῦ τους, μὲ τελικὸ ἀποτέλεσμα τὴν ἰσχαιμία τῶν ἰστώδων. Οἱ ιστοπαθολογικὲς τῆς ἐπεξεργασίης διαδέχονται ἢ μία τὴν ἄλλη σὲ διαφόρους χρόνους κατὰ τὴν ἐξέλιξη τῆς νόσου (Πίν. 7), ὑπὸ τὴν ἐπίδραση, προωθητικὴ ἢ ἀνασταλτικὴ, ποικίλων παραγόντων (Πίν. 8).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ

Ἐνδοθηλιακὴ βλάβη
 Πρόσληψη λιπιδίων ἀπὸ μυοκύτταρα
 Διήθηση λιποφαγικὴ
 Ἀποικοδόμηση λιποκυττάρων
 Ἐξωκυτταρικὴ ἐναπόθεση λιπιδίων
 Καταστροφὴ ἐλαστίνης
 Ὑπερπλασία λείων μυϊκῶν ἰνῶν
 Μαζικὴ σύνθεση κολλαγόνου
 Συνάθροιση ὄξινων βλενοπολυσακχαριδῶν
 Καταστροφὴ μέσου χιτῶνος
 Νέκρωση τῶν βλαβῶν
 Ράγισμα ἐπιφανειῶν τῶν βλαβῶν
 Αἱμορραγία μέσα στὶς πλάκες
 Θρόμβωση πάνω στὶς πλάκες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΡΤΗΡΙΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ

Γενετικοὶ
 Μεταβολικοὶ
 Μηχανικοὶ
 Χημικοὶ
 Ἀνοσολογικοὶ
 Ὁρμονικοὶ
 Ἐνζυματικοὶ

Ἡ πληθώρα καὶ ποικιλία τῶν ιστοπαθολογικῶν βλαβῶν καὶ αἰτιοπαθογενετικῶν παραγόντων καθιστᾷ εὐνόητο τὸν αἰτιοπαθογενετικὸ λαβύρινθο τῆς νόσου. Ἐνα

νήμα άδρής προσπέλασής τους προσφέρει ό τύπος τοῦ διαπρεποῦς Ἑλληνα Παθολογοβιολόγου Π. Κωνσταντινίδη (Πίν. 9) [91], στὸν ὁποῖο ἐπιτυχῶς δίδεται ἔμφαση στὴν ὑπερλιπιδαιμία, τὸ ἀρτηριακὸ τραῦμα καὶ τὴ θρόμβωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

ΚΥΡΙΟΙ ΠΑΘΟΓΕΝΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ

$$A = \Sigma (L \times I) + \Sigma .T$$

A = ἀρτηριοσκλήρωση, *L* = ὑπερλιπιδαιμία, *I* = ἀρτηριακὴ βλάβη, *T* = θρόμβωση.

Ἡ πρόληψη στὴν πράξη ἀσκεῖται καὶ ὑπὸ τοὺς τρεῖς τύπους της.

Οἱ μὲ κλινικὲς ἐκδηλώσεις ἀσθενεῖς, καρδιακοὶ ἢ ἐγκεφαλικοὶ, ὑποβαλλόμενοι σὲ θεραπεία ὑπόκεινται συγχρόνως, κατὰ τὸ στάδιο τῆς νόσου τους, σὲ δευτερογενῆ ἢ τριτογενῆ προληπτικὴ ἀγωγή [92] [93], μὲ ἀντιθρομβωτικά, ἰνωδολυτικά, ἀγγειοχειρουργικὲς ἐπεμβάσεις κτλ. Λόγω τοῦ γεγονότος ὅμως ὅτι τὰ θεραπευτικὰ ἀποτελέσματα, τόσο στὴν καρδιὰ ὅσο καὶ στὸν ἐγκέφαλο, δὲν εἶναι ἱκανοποιητικά, γιὰτὶ ὁ ἰστός τους δὲν νεοσχηματίζεται μετὰ τὴ βλάβη τους, κύριος στόχος παραμένει ἡ πρωτογενὴς πρόληψη, μ' ἐφαρμογὴ της, εἰ δυνατόν, χωρὶς ἐπιλογή, στὸ σύνολο τοῦ πληθυσμοῦ.

Αὐτὴ συνίσταται στὴν ἀποσόβηση ἐπίδρασης τῶν παραγόντων κινδύνου, κυριότεροι ἀπὸ τοὺς ὁποίους, ἀνεξάρτητα ἀπὸ τὴν ἐντόπιση τῆς ἀρτηριοσκλήρωσης, εἶναι οἱ κάτωθι τρεῖς [94]:

Πρῶτον, ἡ ὑπέρταση, ἡ ὁποία ὀδηγεῖ σ' ἀγγειοπάθεια [95] [96] καὶ ἐπιδρᾷ αἰμοδυναμικά [97]. Διὰ τοῦ ἐλέγχου της μειώνεται ἡ συχνότητα τόσο τῶν καρδιακῶν, ὅσο καὶ τῶν ἐγκεφαλικῶν συμβαμάτων [98] [99].

Δεύτερον, τὸ κάπνισμα [96] [100], ἰδίως γιὰ τὴ στεφανιαία νόσο καὶ τὰ νεότερα ἄτομα [101] [102] [103] [104] [105].

Καὶ τρίτον, ἡ χολεστερόλη [106] [107] [108], καὶ τὸ λίπος [109], ἰδιαίτερα δὲ οἱ κεκορεσμένοι τύποι του [110] [111] καὶ οἱ χαμηλῆς πυκνότητας λιποπρωτεΐνες.

Μικρότερης βαρύτητας παράγοντες κινδύνου θεωροῦνται ἡ παχυσαρκία, ἡ ἔλλειψη φυσικῆς ἀσκησης [112] [113] [114] [115], ἡ μειονεκτικὴ ἀντοχὴ στὴ γλυκόζη [116], ἡ ἀνώμαλη κατανομὴ τοῦ λίπους στὸ σῶμα [117], καὶ διάφοροι ψυχοκοινωνικοὶ παράγοντες [118] καὶ τὸ stress. Ἄπ' ὅλους αὐτοὺς μεγαλύτερη σημασία ἔχει ἡ παχυσαρκία, ὅπως καὶ ἡ ἡλικία, παρὰ τὸ γεγονὸς ὅτι ἡ ἐπίδρασή της ἀσκεῖται μὲ βραδὺ ρυθμὸ [119] [120] [121].

Ἄς ὑπομνησθεῖ ὅτι τὰ ὅσα ἀναφέρθηκαν γιὰ τὴν ἀρτηριοσκλήρωση τῆς καρδιάς καὶ τοῦ ἐγκεφάλου ἰσχύουν καὶ γιὰ τὶς ὁποῦδήποτε ἄλλοῦ ἐντοπίσεις της [122].

Γήρας

Ἡ βιολογική συνθήκη τοῦ γήρατος [123] – γιὰ νὰ μὴ τὸ ἀποκαλέσουμε ἀσθένεια [124] – παρουσίασε μεγάλες μεταβολές διὰ μέσου τῶν αἰώνων, ὅπως ἐμφαίνεται ἀπὸ τὴν ἐκάστοτε μακροβιότητα τοῦ ἀνθρώπου [125] Εἰκ. 4.

Κατ' ἐξοχὴν ὅμως ἐντυπωσιακὴ ὑπῆρξε ἡ μεταβολὴ κατὰ τὶς ἡμέρες μας, κυρίως στὶς ἀναπτυγμένες χώρες [126], μὲ ἐκδήλη τὴν διόγκωση τῆς πληθυσμιακῆς ομάδας τῆς τρίτης ἡλικίας, ἡ ὁποία αὐξάνει σὲ ἀπολύτους καὶ ἀναλογικοὺς ἀριθμούς, ὅπως δείχνει ὁ δημογραφικὸς Πίν. 10.

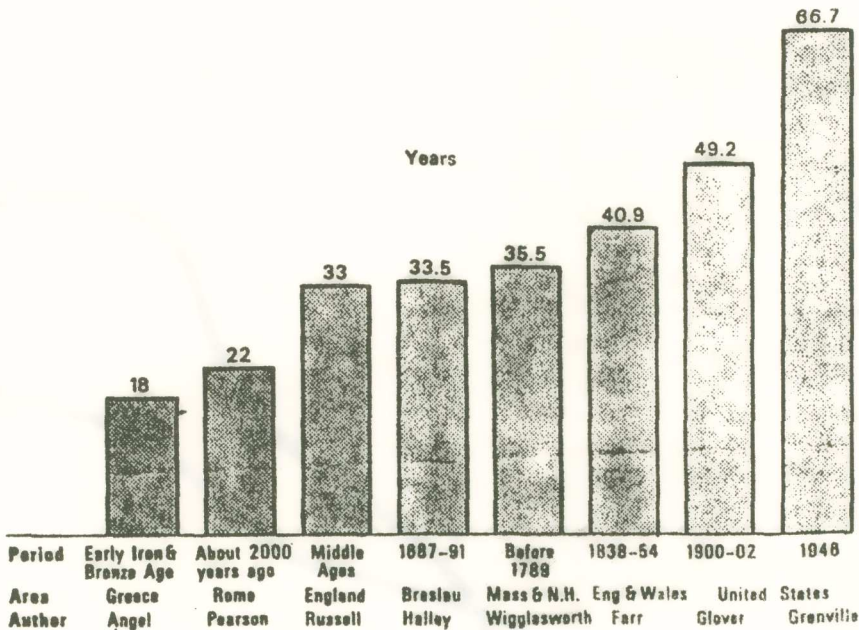
ΠΙΝΑΚΑΣ 10

ΑΤΟΜΑ 60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΠΑΝΩ ΣΕ %
ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΜΑΣ

1951	1960	1970	1980	200
10,0	12,0	16,0	17,7	21,1

Στὰ ἀναπτυγμένα κράτη τὸ προσδόκιμο ἐπιβίωσης κατὰ τὸν αἰώνα μας ἀνέβηκε ἀπὸ τὰ 47 χρόνια τοῦ 1900, στὰ 73, γιὰ τοὺς ἄνδρες, καὶ 78 γιὰ τὶς γυναῖκες, στὸ 1983. Ἡ θαυμαστὴ αὐτὴ μεταβολὴ ὀφείλεται βασικὰ σὲ μέτρα πρόληψης, ποὺ ἀπέφεραν κολοσσιαία μείωση τῆς θνησιμότητας τῶν βρεφῶν καὶ παιδιῶν καὶ μεγάλη βελτίωση τῶν ὑγειονομικῶν συνθηκῶν διαβίωσής μας. Ἡ συμβολὴ τῆς θεραπευτικῆς ὑπῆρξε σίγουρα ἀσυγκρίτως μικρότερη. Καὶ αὐτό, παρ' ὅτι γιὰ τὴν πρώτη, τὴν πρόληψη, ἀκόμα καὶ τὸ 1975 στὴν Ἀμερικὴ δαπανήθηκε μόνο 5% τοῦ συνολικοῦ ποσοῦ ποὺ διατέθηκε γιὰ τὴν υγεία.

Τώρα τὸ πρόβλημα τῆς περίθαλψης τῶν γερόντων καὶ τῶν χρονίως πασχόντων καὶ ἀναπήρων (disabled) ἔχει ἀποβεῖ τὸ ὑπ' ἀριθμὸν ἓνα στὰ πλαίσια τῆς υγείας [127] [128], λόγῳ τῆς ὑψηλῆς νοσηρότητάς τους, τῶν πολλῶν δυσαρέστων νοσηρῶν συμβαμάτων τους (τυφλότητα [129], ἐγκεφαλοαγγειακὰ ἐπεισόδια [130], ἄνοια [131], καταρράκτης [132], ἀκράτεια [133] κτλ.) καὶ τῶν κολοσσιαίων δυσκολιῶν καὶ δαπανῶν, ποὺ ἀπαιτοῦνται γιὰ τὴν ἀντιμετώπισή τους. Παρήγορο ὅμως εἶναι τὸ γεγονός, ὅτι κατὰ τὴν τελευταία εἰκοσαετία οἱ δυσάρεστες αὐτὲς ἐπιπτώσεις σὲ ἓνα ποσοστὸ μειώνονται ἢ ἐπιβραδύνονται, χάρις σὲ μέτρα πρωτοπαθοῦς ἢ δευτεροπαθοῦς πρόληψης. Ἀλλὰ καὶ ἡ ποιότητα ζωῆς τῶν ἡλικιωμένων βελτιώνεται, παρ' ὅτι,



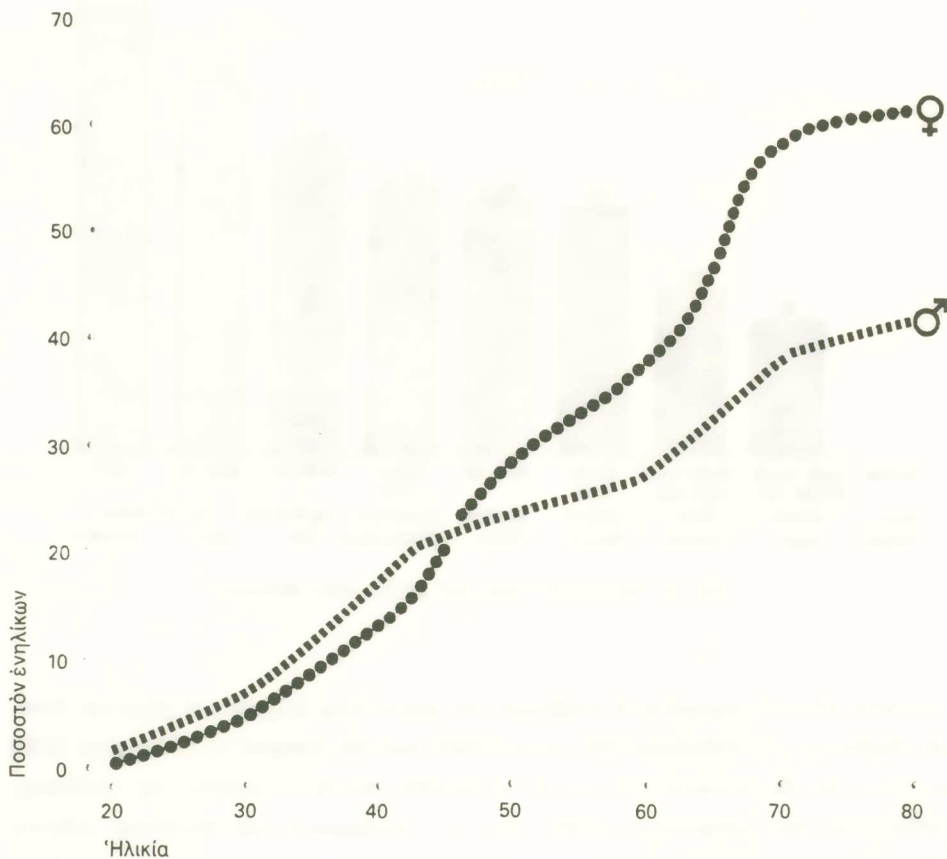
Είκ. 4. Μακροβιότητα δια μέσου τῶν αἰῶνων.

δυσοίωνα πάντοτε παραμένει ἡ πρόβλεψη γιὰ μελλοντικὴ αὐξηση τοῦ μέγιστου δυνατῆς ἐπιβίωσης τοῦ ἀνθρώπου (*life span*) [134], ποὺ δὲν ξεπερνᾷ τὰ 114 χρόνια [135] καὶ ἴσως δὲν θὰ καταστῆ δυνατὸν νὰ τὰ ὑπερβεῖ, ἐπειδὴ τὸ μέγεθος τῆς ἐπιβίωσης καθορίζεται ἀπὸ ἀδυσώπητη [135], γενετικὴ, ὥρολογιακὴ καὶ βιολογικὴ ρύθμιση [136]. Ἀξίζει νὰ τονισθεῖ, ὅτι ὡς σημαντικὸς βλαπτικὸς παράγων γιὰ τὴν μακροζωία θεωρεῖται τὸ κάπνισμα [137].

Ἡ ἄσκηση τῆς πρόληψης ὡς πρὸς τὸ γῆρας γίνεται τόσο ἀπὸ τὰ καθ' ἕκαστα ἄτομα, ὅσο καὶ ἀπὸ διαφόρους ὑγειονομικοὺς καὶ παραὑγειονομικοὺς παράγοντες (φυσιοθεραπευτές, κοινωνικοὶ ἐργάτες, φροντιστὲς ὑγείας καὶ ἀποκατάστασης [138] κτλ.), ὑπὸ τὸν προγραμματισμὸ καὶ τὴν ἐποπτεία τῆς πολιτείας καὶ ὑπὸ τὸν τύπο τόσο τῆς δευτερογενοῦς ὅσο καὶ τῆς πρωτογενοῦς πρόληψης. Εἶναι κυρίως πρόβλημα δημόσιας ὑγείας.

Ὑπέρταση

Σ' ὄλους μας εἶναι γνωστὸ ὅτι ἡ ὑπέρταση ἀποτελεῖ ἓνα ἀπὸ τὰ σπουδαιότερα προβλήματα ὑγείας, ἔνεκα τῆς συχνότητάς της (Είκ. 5) [139] καὶ τῶν δυσαρέστων ἀμέσων καὶ ἐμμέσων ἐπακολούθων της [140] [141] [141α] [142]. Καὶ εἶναι ἐπίσης



Ἡ πιθανότης ἐμφανίσεως τῆς υπέρτασεως καὶ εἰς τὰ δύο φύλλα αὐξάνεται αἰσθητῶς μετὰ τὴν ἡλικίαν. Τὸ ποσοστόν ἀτόμων ἡλικίας 20-30 ἐτῶν τὸ ὁποῖον ἐμφανίζει υπέρτασιν ἀνέρχεται εἰς 5%, τὸ ποσοστόν ἀτόμων ἡλικίας 40-50 ἐτῶν ἀνέρχεται εἰς 20%, ἐνῶ τὸ ποσοστόν ἀτόμων ἡλικίας 70-80 ἐτῶν ἀνέρχεται εἰς 50% (ἓνα ἄτομο στὰ δύο ἐμφανίζει υπέρτασιν).

Εἰκ. 5. Συχνότης τῆς υπέρτασεως εἰς τοὺς ἐνήλικας.

γνωστό ότι ἡ θεραπευτικὴ καταπολέμηση τῶν μέσης καὶ μεγάλης βαρύτητας μορφῶν τῆς ἐπάγεται εὐμενῆ ἀποτελέσματα [143] [144] [145]. Ἐκεῖ, ὅπου δὲν ὑπάρχουν ὁμόφωνες ἀντιλήψεις, εἶναι ἡ ἥπια ὑπέρταση (*mild hypertension*), ἡ ὁποία παρατηρεῖται σὲ ὑψηλὰ ποσοστὰ πληθυσμοῦ καὶ χαρακτηρίζεται ἀπὸ σημαντικὴ ἑτερογένεια καὶ ποικίλη φυσικὴ διαδρομὴ, ὥστε καθένας νὰ προβληματίζεται γιὰ τὸ ἂν πρέπει νὰ παρέμβει θεραπευτικῶς ἢ ὄχι [145] [146] [147], δοθέντος ὅτι εἶναι δυνατὸν ἀπὸ τὴν θεραπεία νὰ προκύψουν ὄχι μόνον ὀφέλη ἀλλὰ καὶ κίνδυνοι. Ἄναγκαῖο, ὡς ἐκ τούτου, εἶναι νὰ διακριθῶθαι ποῖοι ἀπὸ τοὺς ὑπερτασικοὺς διατελοῦν σὲ κίνδυνο. Ὡς αὐτὲς τὶς περιπτώσεις πρέπει νὰ ἐφαρμόζεται ἀντιὑπερτασικὴ ἀγωγή [148] [149] [150]. Ἡ διακρίβωση στηρίζεται σὲ πολλοὺς συντελεστές, στοὺς ὁποίους εἶναι φυσικὸ ὅτι δὲν εἶναι δυνατὸν ν' ἀναφερθοῦμε.

Στὰ πλαίσια τῆς ἀντιμετώπισης τῆς ὑπέρτασης μεγάλο ὕγειονομικὸ πρόβλημα παραμένει ἡ ἀνίχνευση τῶν ὑπερτασικῶν ἀτόμων στὴν κοινωνία. Καὶ αὐτὸ γιὰ δύο λόγους: πρῶτον γιὰτὶ ἡ καταπολέμησή της, ποὺ εἶναι ἓνα εἶδος δευτερογενοῦς πρόληψης, εἶναι ὠφέλιμη· καὶ δεύτερον, ἐπειδὴ ἓνα μεγάλο ποσοστὸ ὑπερτασικῶν ἀγνοεῖ τὴ νόσο του ἢ δὲν ὑπόκειται σὲ θεραπεία, ὅπως θὰ συνιστᾶτο, ἢ θεραπεύεται ἀτελῶς [151] [152] Εἰκ. 6.

IIδ. ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

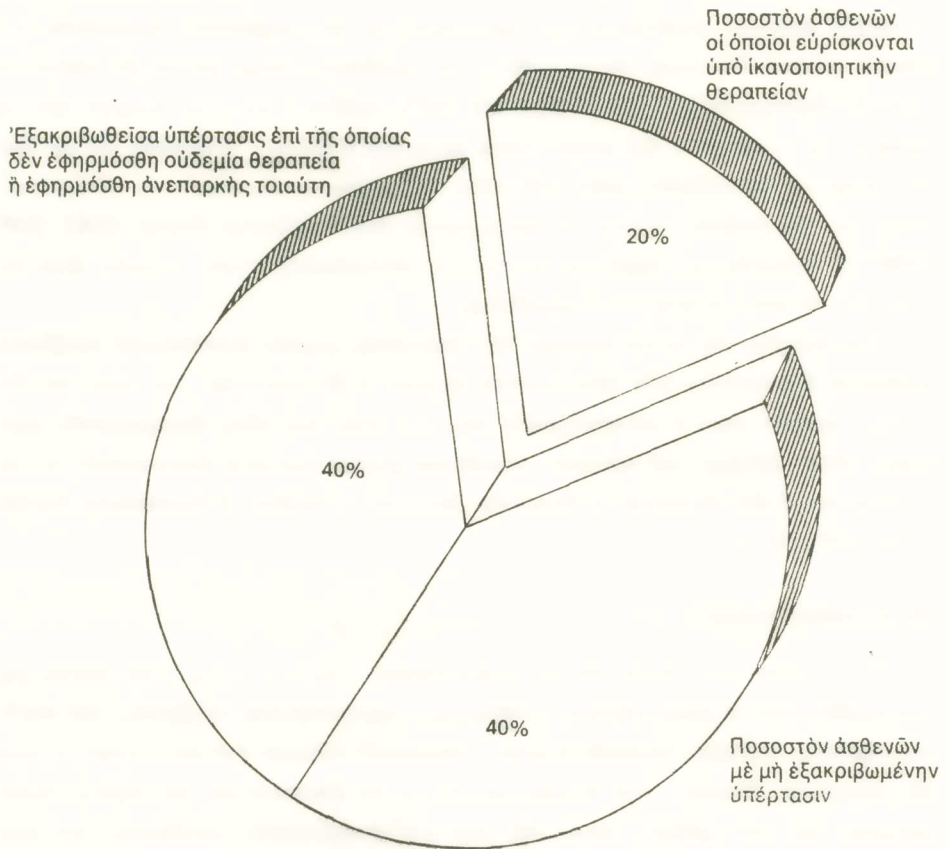
Ἡ πρόληψη τῶν νόσων τῆς παιδικῆς ἡλικίας – μέσα σ' αὐτὲς στὴν ὁμιλία μας περιλαμβάνονται οἱ προγεννητικὲς (κυήματος), περιγεννητικὲς (ἐμβρύου) καὶ παιδικὲς (πρώτης, δεύτερης παιδικῆς ἡλικίας) ἀποτελοῦν σίγουρα ἓνα κολοσσιαῖο μέλημα τῆς σύγχρονης ὑγιεινῆς. Καὶ ἀναμένεται εὐλογα νὰ ἀποτελέσουν τὸν πρῶτο στόχο μέριμνάς της στὸ μέλλον, λόγω τῆς ὅλο καὶ ἐνισχυόμενης ἀντίληψης, ὅτι στὶς περισσότερες χρόνιες ἀσθένειες τῶν ἐνηλίκων ἡ ρίζα βρίσκεται στὸ γενετικὸ στοιχεῖο τοῦ ἀνθρώπου.

Σύμφωνα μὲ στατιστικὸς ὑπολογισμοὺς ἡ παιδικὴ θνησιμότητα στὶς ἀναπτυγμένες χῶρες ἔχει ἐξαιρετικὰ μειωθεῖ κατὰ τὰ τελευταῖα διακόσια χρόνια. Ἦταν 200 θάνατοι ἐπὶ 1000 γεννωμένων κατὰ τὶς ἀρχὲς τοῦ 19ου αἰῶνα, ἔγινε 100 στὰ τέλη του καὶ κατέβηκε κάτω ἀπὸ τὸ 10 καὶ 14 στὴ Σκανδιναβία καὶ τὶς Ἡν. Πολιτεῖες στὰ χρόνια μας. Παράλληλα κατὰ τὶς ἀντίστοιχες χρονικὲς φάσεις κινήθηκαν καὶ οἱ ἄλλοι δείκτες τῆς ὑγείας.

Οἱ εὐχάριστες αὐτὲς ἐπιτεύξεις ὑπῆρξαν καρπὸς δύο παραγόντων τῆς πρόληψης: Πρῶτον, τῆς βελτιωμένης διατροφῆς καὶ ὑγιεινῆς διαβίωσης καὶ δεύτερον, τῶν ἐμβολιασμῶν.

Σήμερα οἱ μεγάλοι τομεῖς τῆς πρόληψης ἔχουν ὡς ἐξῆς:

Ύπερτασικός πληθυσμός



Ἡ ἐξακρίβωσις τοῦ ὑπερτασικοῦ ἀσθενοῦς δὲν ἐπαρκῆ.
 Παρ' ὅλον ὅτι ἐπὶ ποσοστοῦ 60% περίπου τῶν ἀσθενῶν ἐγένετο
 διάγνωσις τῆς ὑπερτάσεως, μόνο $\frac{1}{3}$ τῶν ἀνωτέρω ἀσθενῶν — ἦτοι ἕνας
 ἐπὶ πέντε — ὑποβάλλονται εἰς τὴν ἐνδεδειγμένην θεραπείαν.

Εἰκ. 6. Ὑπέρτασις ἐλεγχόμενη ἱκανοποιητικῶς — Μόνον εἰς 1 ἐπὶ 5 ἀσθενῶν.

– Στην προγεννητική φάση, χάρη στις προόδους της μοριακής γενετικής [153] επιδιώκεται θεραπευτική και προληπτική αγωγή [154], με μαζική και άτομική εξέταση, πρὸς ἐπίτευξη προγεννητικῆς διάγνωσης ποικίλων νόσων καὶ πραγματοποίηση γενετικῶν θεραπειῶν στὰ πλαίσια τῆς εὐγονίας (γενετική ἀνασύνθεση, τεχνητὲς γονιμοποιήσεις κτλ.).

Τὰ πλέον ἐνθαρρυντικὰ ἀποτελέσματα ἐπὶ τοῦ παρόντος ἀφοροῦν τὸν τομέα, τὸν πολὺ καυστικὸ γιὰ τὴ χώρα μας, τῶν αἰμοσφαιρινοπαθειῶν (θαλασσαιμία, δρεπανοκυτταρική ἀναιμία [155] [156] [157]) κτλ., με ἄμεση ἀνάλυση τοῦ ἐμβρυϊκοῦ DNA, κατόπιν εξέτασης τοῦ ἐναμνίου ὕγρου ἢ τῆς τροφοβλάστης [155] κατὰ τὴν ἐνδομήτρια ζωὴ τοῦ ἐμβρύου. Ἀλλὰ καὶ γιὰ ἄλλες ἀσθένειες, ὅπως νόσος Huntington [158] [159], ὄζώδης σκλήρυνση (tuberous sclerosis) [160], κολλαγονικὲς συνδρομὲς [161], ὑπάρχουν πρόοδοι. Καὶ προσδοκῶνται καὶ ἄλλες ἀκόμη νεώτερες παρὰ τὶς θεολογικὲς, ἠθικὲς, νομικὲς, ψυχολογικὲς καὶ κοινωνικὲς συνέπειες, πού τὶς συνοδεύουν [162].

Ἡ ἐλληνικὴ συμβολὴ στὴν περιοχὴ αὐτὴ ἐπὶ διεθνῶς πεδίου εἶναι ἄξια γιὰ κάθε ἐξαρση καὶ συνδέεται με τὰ ὀνόματα τοῦ Φέσσα, Καττάμη, Σταματογιαννόπουλου καὶ ἄλλων.

– Ἡ πρόληψη κατὰ τὴ βρεφικὴ καὶ παιδικὴ ἡλικία εἶναι κατ' ἐξοχὴν σημαντικὴ καὶ πολὺπλευρῆ. Ὁ μητρικὸς θηλασμός [163], οἱ ὑγιεινὲς συνθήκες ὕδρευσης, ἀποχέτευσης, κατοικίας καὶ σχολείου, ἢ πρέπουσα διατροφή, ἢ κατ' ἐπιστήμη ἐκτέλεση τῶν ἐμβολιασμῶν [164] [165], ἢ ὑγιεινὴ τοῦ στόματος, ἢ κοινωνικὴ διαπαιδαγώγηση καὶ ψυχικὴ ἀνατροφή, προσφέρουν στὸν τομέα τῆς υγείας πολὺ καλύτερα ἀποτελέσματα ἀπὸ ὅσα οἱ πιὸ μοντέρνες θεραπευτικὲς μέθοδοι πού ἄλλωστε συνοδεύονται καὶ με δαπάνες ἀσύγκριτα μικρότερες.

Πε. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Εἶναι ἢ τουλάχιστον θεωρητικὰ πρέπει νὰ εἶναι ἀμέτρητες, ἀφοῦ καθένας ἀμφιβάλλει, ἂν ὑπάρχει ἀρρώστια, πού μένει τελείως ἀνεπηρέαστη ἀπὸ τὸν διατροφικὸ παράγοντα. Στὴν κατηγορία τους ὅμως αὐτὴ τοποθετοῦνται κατὰ τὰ καθιερωμένα, μόνο ἐκεῖνες οἱ νόσοι πού σαφῶς ἐπηρεάζονται αἰτιοπαθογενετικὰ ἀπὸ τὴ διατροφή. Ἀπ' αὐτὲς θὰ ὑπαινιχθοῦμε ἐδῶ μόνο ὅσες ἀποτελοῦν πρόβλημα δημόσιας υγείας, ἐπομένως καὶ πρόληψης [166].

Ἡ ὑποθρεψία στὶς ὑπανάπτυκτες χῶρες λόγω θερμοδοπωτεϊνικῆς στέρησης καὶ ἢ παχυσαρκία στὶς ἀναπτυγμένες, ἔνεκα ὑπερθερμιδικῆς, ὑπερπωτεϊνικῆς καὶ ὑπερλιπιδικῆς διατροφῆς, εἶναι τεράστιες νοσολογικὲς ὀντότητες, καὶ μεγάλες κοινωνικὲς μάστιγες, με πασίγνωστες δυσάρεστες ἐπιπτώσεις. Καὶ οἱ δύο καταπολεμοῦνται μόνο με μέτρα πρόληψης.

Ἡ ἀρτηριοσκληρώση ἐπηρεάζεται εὐμενῶς, χωρὶς ἀμφιβολία, ἀπὸ τὴν πτωχὴν σὲ κεκορεσμένα λίπη καὶ χαμηλῆς πυκνότητος λιποπρωτεΐνες καὶ τὴν πλούσια σὲ ὑψηλῆς πυκνότητος λιποπρωτεΐνες δίαιτα [167] [168]. Ἀξιόπιστη μαρτυρία ὑπὲρ αὐτοῦ τοῦ ἰσχυρισμοῦ ἀποτελεῖ ἡ κατὰ τὸν δεῦτερο παγκόσμιον πόλεμον κάμψη τῆς θνησιμότητος ἀπὸ καρδιαγγειακὰ νοσήματα στὶς ὑποσιτισθεῖσες χῶρες, ὄχι ὅμως καὶ στὴ Νορβηγία, ἡ ὁποία δὲν δοκίμασε στέρηση.

Ὡς πρὸς τὶς κακοήθεις νεοπλασίες: Ὁ καρκίνος τοῦ παχέος ἐντέρου ὑφίσταται διεγερτικὴ ἐπίδραση ἀπὸ τὴ λιποβριθῆ [169] καὶ φτωχὴν σὲ φυτικές ἴνες δίαιτα. Ὁ καρκίνος τοῦ μαστοῦ ἔχει παρόμοια ἀνταπόκριση στὴν ὑπερθερμιδικὴ καὶ ὑπερλιπαρὴ διατροφή. Ἀντίστοιχη ἔχει ἀνταπόκριση στὴ μειωμένη προσφορὰ βιταμίνης C καὶ στὴν περίσσεια ἀλκοόλης ὁ καρκίνος τοῦ στομάχου καὶ οὕτω καθ' ἑξῆς. Ἡ βιταμίνη A καὶ καρωτίνη, ἡ βιταμίνη E καὶ τὸ σελλίνιο σχετίζονται ἐπίσης μὲ τὴν καρκινογένεση [170]. Ἔτσι, κατὰ ἀθροιστικὴ ἐκτίμηση, ὑποστηρίζεται, ὅτι τὸ 10 - 70% τῶν καρκίνων ἔχει παθογενετικὴ συσχέτιση μὲ τὴ δίαιτα [171] [172], ἀνεξάρτητα τοῦ ὅτι ἡ δίαιτα ἀσκεῖ καὶ ἀντικαρκινογόνον ἐπίρροια. Τὸ ὡς ἄνω ποσοστὸ εἶναι τὸ μεγαλύτερο μέσα στοὺς περιβαλλοντικούς παράγοντες [173]. Πρέπει ὅμως νὰ ἐπισημανθεῖ ὅτι ὅλα αὐτὰ τὰ δεδομένα λόγῳ τῆς πολυπαραγοντιακῆς αἰτιοπαθογένεσης τῆς νόσου καὶ τῶν πολλῶν μεθοδολογικῶν δυσχερειῶν κατὰ τὴ διερεύνησίν της δὲν θεωροῦνται ὡς πλήρως ἐπαρκῆ γιὰ τεκμηρίωση ἀπόψεων [174] [175] [176] [177].

Ἀλλὰ καὶ πολλὰ ἄλλα καὶ ποικίλα σύνδρομα σχετίζονται μὲ τροφικούς παράγοντες, ὥστε νὰ δικαιολογεῖται ἡ προληπτικὴ γι' αὐτὰ ἀγωγή. Καὶ σὰν τέτοια, πολὺ σημαντικὰ πρέπει νὰ χαρακτηρισθοῦν:

Ἡ τετηδῶνα, ἀπὸ ἔλλειψη φθορίου, μὲ τὴν τεράστια ἐξάπλωσίν της καὶ τὶς κυριολεκτικὰ ἀσύγκριτες δαπάνες τῆς ἀντιμετώπισίν της. Ἡ βρογχοκῆλη ἀπὸ ἔλλειψη ἰωδίου, ἡ ὁποία μελετήθηκε στὴ χώρα μας ἀπὸ τὸν ἀείμνηστο Μαλάμο καὶ τὸν Καθ. Κούτρα [177]. Οἱ ἀναιμίες ἀπὸ ἔλλειψη σιδήρου, τῶν ὁποίων τὴ συχνότητα στὴν Ἑλλάδα προσδιόρισε ὁ Καθ. Καττάμης [178], τὸ ἐκζεμα, ἡ ἡμικρανία, ἡ ἄνοια [179], ἡ δυσκοιλιότητα, ἡ ὑπέρταση, ὁ διαβήτης κτλ., ὡς καὶ πολλὲς ἄλλες νοσηρὲς καταστάσεις, οἱ ὁποῖες σχετίζονται μὲ τὸ ἀλάτι, τὸ οἶνόπνευμα, τὶς βιταμίνες, τὰ νιτρῶδη κτλ. Στὴν ἴδια ὁμάδα περιλαμβάνονται ἀκόμη τὰ τελευταῖα χρόνια νοσηρὲς καταστάσεις, ἀπότοκες ἐπίδρασης χημικῶν οὐσιῶν τῶν τροφίμων, ποὺ ἀκόμη βρίσκονται σὲ ἀρχικὸ στάδιο διερεύνησης.

Στὰ ὅσα ὑπομνήσθηκαν γιὰ τὴ νοσογόνον σημασία τῶν διατροφικῶν παραγόντων, πρέπει νὰ προστεθοῦν καὶ τὰ παρακάτω σχόλια: Ὅτι οἱ διατροφικοὶ παράγοντες ὀδηγοῦν σὲ διάφορες νοσολογικὲς ὀντότητες. Ὅτι ἡ ἐπίδρασή τους προϋποθέτει συχνὰ μακροχρόνιες ἐπεξεργασίες, δύσκολα καθοριζόμενες [180]. Ὅτι ἡ προληπτικὴ

άγωγή αποτελεί τη βάση για αντιμετώπισή τους. Ότι επί του παρόντος, το καλύτερο που έχει να συστήσει κάποιος είναι μία δίαιτα μεικτή, μη υπερθερμιδική, πτωχή σε λίπη και πλούσια σε χόρτα, λαχανικά και δημητριακά προϊόντα. Και ότι εύλογα προς μελέτη τους αναπτύχθηκε ένας νέος κλάδος, ο της επιδημιολογίας των τροφικών παραγόντων.

Ιστο. ΨΥΧΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Κατά την τελευταία πενήκονταετία ο μὲν ἀριθμὸς τῶν συναισθηματικῶν ψυχώσεων παρέμεινε σταθερὸς στὶς ἀναπτυγμένες χώρες, ὁ δὲ τῶν ὀργανικῶν αὐξήθηκε, λόγω παράτασης τοῦ προσδόκιμου ἐπιβίωσης, τροχαίων ἀτυχημάτων, ρύπανσης κτλ. Καὶ αὐτὰ παρὰ τὴν τόση εὐεργετικὴ ὠφελιμότητα τῶν ψυχοφαρμάκων, μὲ τὰ ὁποῖα ὑποτριπλασιάσθηκε ὁ ἀριθμὸς τῶν νοσηλευομένων σὲ ἰδρύματα ψυχοπαθῶν [181]. Εἶναι λόγω συχνότητάς τους, ἐπομένως, ἀναγκαῖα ἢ προληπτικὴ ἀγωγή.

Κατὰ τὶς ἡμέρες μας ἡ πρόληψη ἀσκεῖται ἀπὸ τοὺς κλινικοὺς γιατροὺς, γενικοὺς καὶ εἰδικούς, ἀποδοτικά, ὑπὸ τοὺς τύπους τῆς δευτερογενοῦς καὶ τριτογενοῦς μορφῆς, μὲ ἀποτέλεσμα τὴ μείωση συχνότητας τῶν ψυχικῶν νόσων, βράχυνση τῆς διάρκειάς τους, μείωση τῆς βαρύτητας διαδρομῆς τους καὶ τῆς θνησιμότητάς τους. Ὅλοι ὁμως ἐπιθυμοῦν ὅπως ἢ κατ' οὐσία θεραπευτικὴ αὐτὴ παρέμβαση παραχωρήσει τὴ θέση τῆς σὲ μιὰ πρωτογενῆ πρόληψη, πού θὰ δειχθεῖ καθ' ὅλες τὶς ἐνδείξεις πιὸ ἀποτελεσματικὴ, μέσα σὲ βιολογικὰ πλαίσια ἀφ' ἑνὸς καὶ ἀφ' ἑτέρου [182] κοινωνικοψυχολογικὰ ὑπὸ τὴν πρέπουσα ἐξατομίκευση.

Ἡ πρωτογενὴς πρόληψη ἀπευθύνεται πρὸς ὅλες τὶς νοσηρὲς ψυχικὲς καταστάσεις, ἀνεξάρτητα τοῦ ἂν ἀφοροῦν τὸ πνεῦμα, τὸ συναίσθημα, τὸ stress ἢ τὸν τύπο ἀντιδράσεως. Καὶ ἐπιδιώκει, ὡς πολυδιάστατη πού εἶναι [183], τὴν ἀπομάκρυνση, τὸν παραμερισμό, τῶν αἰτιολογικῶν παραγόντων, τὴν ἀποσόβηση τῆς μετάδοσής τους καὶ τὴν ἐνίσχυση τῆς ἄμυνας τοῦ ἀνθρώπου πρὸς αὐτούς. Ἡ ἄσκησή τῆς νοεῖται μόνο ὑπὸ συνεργασία τῶν γιατρῶν μὲ πολλοὺς παράγοντες, ὑγιεινοοικονομικοὺς καὶ μὴ (ψυχολόγοι, κοινωνικοὶ ἐργάτες, νομικοί, κοινωνιολόγοι κτλ.), ὡς κοινωνικὴ ψυχιατρικὴ. Καὶ κατὰ τὶς λίγες μέχρι τώρα ἐμπειρίες εἶναι δυνατὸν νὰ προληφθοῦν: Ποικίλες γενετικὲς ψυχικὲς συνδρομὲς [184] (σχιζοφρένεια, συγκινησιακὲς διαταραχὲς, ἀντικοινωνικὴ προσωπικότητα, ὑπεραντιδραστικὸ σύνδρομο). Μανιοκαταθλιπτικὴ ψύχωση [185]. Προδιάθεση γιὰ αὐτοκτονία [186]. Φυσικὴ ἀνικανότητα [187]. Μετατραυματικὸ σύνδρομο [188]. Καὶ κατ' ἐξοχὴν ψυχικὲς διαταραχὲς παιδιῶν, συχνῆς καὶ στὴ χώρα μας ὅπως καὶ ἀλλοῦ [189] [190] [191] [192].

Οἱ δυνατότητες τῆς πρωτογενοῦς πρόληψης εἶναι εὐνοϊκὲς [191]. Καὶ ἐμμέσως, δι' ἐξασφαλίσεως ὑγιοῦς κοινωνικῆς συμπεριφορᾶς, ἀφοροῦν καὶ σὲ ἄλλους τομεῖς πέρα τῶν ψυχικῶν [192].

ΡΕΥΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

Οί ρευματοπάθειες, στις όποιες περιλαμβάνονται οί φλεγμονώδεις και έκφυλιστικές αρθρίτιδες, ό έξωαρθρικός ρευματισμός και οί μεταβολικές παθήσεις τών όστών, αποτελοϋν ένα τεράστιο ίατροκοινωνικό πρόβλημα. Καί αυτό λόγω ύψηλης συχρότητας (περίπου 10% τοϋ πληθυσμοϋ), όχι σπάνια μεγάλης βαρύτητας (νοσήματα κολλαρόνου), πολλαπλών δυσμενών κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων και, σχεδόν κατά κανόνα, μακροτάτης διαρκείας τους. Είναι γεγονός ότι καμία άλλη κατηγορία νόσων δέν κάνει νά υποφέρουν τόσο πολλοί, τόσο έντονα και επί τόσο χρόνο όσο αυτές οί παθήσεις. Καί ότι, μετά τίς καρδιαγγειακές νόσους, αυτές συνεπάγονται τόν πιό μεγάλο περιορισμό δραστηριότητας και ίκανότητας πρός έργασία.

Ός πρός τήν πρόληψή τους, αυτή επιδιώκεται μέ πολυειδείς προσπελάσεις, κυρίως τύπου δευτερογενούς πρόληψης, οί όποιες έντάσσονται τόσο στήν άτομική ύπευθυνότητα, όσο και κυρίως στή συντονιστική άποστολή τής πολιτείας, μέ στόχο τήν άρίστη δυνατή αντιμετώπισή τους.

Οί έλπίδες κατά τό μέλλον όμως στρέφονται και πρός τήν πρωτογενή πρόληψη, επί τοϋ παρόντος είναι άνέφικτη, λόγω άγνοιας τής αίτιοπαθογονίας τών ρευματοπαθειών, μέ εξαίρεση τό ρευματικό πυρετό, ό όποιος όμως δραματικά υπεχώρησε μέ τήν άντιστρεπτοκοκκική δι' άντιβιοτικών άγωγή.

Πη. ΤΡΑΥΜΑΤΑ

Τά τραύματα, τυχαία και έκ προθέσεως, μέ κυριότερα τά τροχαία, τίς αυτοκτονίες και τίς άνθρωποκτονίες, σύμφωνα μέ μεγάλες άμερικανικές στατιστικές, έπιφέρουν στους νέους, ήλικίας 1 - 38 έτών, περισσότερους θανάτους [193], περισσότερες μόνιμες άνικανότητες και μεγαλύτερη μείωση παραγωγικότητας άπό ότι οί καρδιοπάθειες και ό καρκίνος. Καί μέ τά χρόνια αυτές οί παθήσεις όλο και πληθαίνουν. Καί οί προβλέψεις για τό μέλλον δέν είναι ευόιωνες [194]. Ευλόγη έπομένως είναι ή προσπάθεια επινόησης πιό τελεσφόρων μέτρων πρόληψης, πού ποικίλλουν άνάλογα μέ τό είδος τραυμάτων [195] [196]. Σάν παράδειγμα μπορεί κανείς ν' αναφέρει ότι, προκειμένου για τροχαία άτυχήματα, τά μέτρα ένδιαφέρουν τους όδηγούς, τά όχήματα, τά όδικά καταστρώματα, τή νοσοκομειακή περίθαλψη, τή νομοθεσία και τήν ειδική εκπαίδευση. Καί ταξινομούνται σε μέτρα πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς περίθαλψης [197] [198] [199] [200] [201] [202].

Σπουδαιότερα άπό αυτά είναι τά τής πρωτογενούς για όλα τά είδη τών τραυμάτων. Άξιόλογα όμως είναι και τά τής δευτερογενούς, μέ τήν κατά τό δυνατό πιό πρόϊμη παροχή τής θεραπευτικής βοήθειας.

IIΘ. ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΝΟΣΟΙ

Οί νόσοι αὐτὲς ὑπῆρξαν ἀνέκαθεν σὰν ἀνεπιθύμητα ἐπακόλουθα τῆς ἰατρικῆς πράξης. Κατὰ τοὺς χρόνους μας ὁμως αὐξήθηκαν φοβερά, ἀφ' ἐνὸς λόγῳ πληθώρας διαγνωστικῶν, θεραπευτικῶν καὶ προληπτικῶν ἰατρικῶν ἐπεμβάσεων καὶ ἀφ' ἑτέρου καὶ κυρίως ἐκ τῆς ἀφειδοῦς λήψης ἰσχυρῶν φαρμάκων, ἔπειτα ἀπὸ τὶς χωρὶς προηγούμενο προόδους τῆς τεχνολογίας καὶ τῆς χημείας ἀντιστοίχως [203]. Γι' αὐτὸ καὶ πῆραν τὸ ὄνομα «νόσοι τῆς ἰατρικῆς προόδου» (*diseases of medical progress*) [204][204α], καὶ ἀπασχόλησαν καὶ ἀπασχολοῦν ἔντονα τὸν ἰατρικὸ [205] καὶ ἡμερήσιο τύπο.

Ἐπολογίζεται ὅτι:

I. Ἐνα 3% ἕως 7% τῶν νοσοκομειακῶν νοσηλειῶν ὀφείλεται σὲ φαρμακευτικὲς ἀντιδράσεις [206], κυρίως ἀπὸ ἀντιβιοτικά καὶ ψυχοφάρμακα.

II. Ἐνα σημαντικό ποσοστὸ τους καλύπτεται ἀπὸ βαριᾶς ἀντιδράσεις, ἐνίοτε μὴ ἀνατάξιμες. Καὶ

III. Σὲ νοσηλευομένους ἀρρώστους ἢ συχνότητα τῶν ἰατρογενῶν συνδρόμων ἀνέρχεται σὲ 7 - 18% [207].

Στὸ εὐρύτερο πλαίσιο τῶν ἰατρογενῶν νόσων περιλαμβάνονται, ὡς ἀπὸ φάρμακα προερχόμενες, καὶ οἱ τοξικομανίες ὡς καὶ οἱ ἀπὸ ἀντισυλληπτικά, τὰ ὁποῖα ἐνδεχομένως προάγουν τὸν καρκίνο τοῦ μαστοῦ [208] [209], καὶ τῆς μήτρας [210], ὅπως καὶ τὴν ὑπερλιπιδαιμία [211] καὶ τὴν ὑπέρταση [212].

Εἶναι προφανές ὅτι ἡ ἀντιμετώπιση τῶν ἰατρογενῶν νόσων ἐμπίπτει κατ' ἐξοχὴν στὴν πρόληψη.

Πίνακας 11

ΑΛΛΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Ἐπαγγελματικὲς [213] [214]

Ἀλκοολισμὸς [215] [216]

Ἀσθένειες ἀπὸ κάπνισμα [217] [218]

Γενετικὲς

Οὐρολοιμώξεις [219]

Ὄστεοαρθρίτις, ὀστεοπόρωση

Νόσοι ἀπὸ ἀκτινοβολίες [220]

III. ΑΛΛΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Πέρα από τις μεγάλες κοινωνικές νόσους, στις όποιες αναφερθήκαμε, υπάρχουν και αρκετές άλλες (Πίν. 10), για τις όποιες λόγω κλεψύδρας δέν είναι δυνατόν να γίνει λόγος. "Ας τονισθεῖ ὅμως ὅτι καὶ τούτων ἡ ἀντιμετώπιση πρέπει κατ' ἐξοχὴν νὰ στηρίζεται στὴν πρόληψη.

ΜΕΡΟΣ III

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Μὲ βάση τὰ προεκτεθέντα θεωροῦμε ὅτι εὐσταθοῦν οἱ ἐξῆς γενικὲς ἀπόψεις:

A. Ἡ πρόληψη εἶναι σήμερα, μὲ κριτήριον τὴν ὠφελιμότητα, ὁ μεγαλύτερος κλάδος τῆς Ἱατρικῆς.

Κανένας δέν ἀμφιβάλλει γιὰ τὶς χωρὶς προηγούμενο συμβολὲς τῆς κλινικῆς καὶ θεραπευτικῆς ἱατρικῆς. Μὲ αὐτὲς ἀνοίχθηκαν οἱ νέοι καὶ ἄπλετοι, ὀρίζοντες τῆς προληπτικῆς ἱατρικῆς. Ὅμως ἡ νοσηρότητα, ἡ θνησιμότητα καὶ ἡ εὐεξία τῆς ἀνθρώπινης κοινωνίας, τὰ μεγάλα τοὺς κέρδη τὰ ὀφείλουν κυρίως στὴν πρόληψη.

Κατὰ τοὺς χρόνους μας ἡ ἀνθρωπότητα νοσεῖ κυρίως ἀπὸ ἀσθένειες, οἱ ὁποῖες δύσκολα θεραπεύονται καὶ σὲ ἓνα ἀξιόλογο ποσοστὸ τοὺς προλαμβάνονται. Ἡ δημογραφικὴ μεταβολὴ τῆς αὔξεσης τοῦ ποσοστοῦ τοῦ πληθυσμοῦ τῆς τρίτης ἡλικίας πληθαίνει τὶς δυσκολοθεράπευτες, χρόνιες, κοινωνικὲς ἀσθένειες. Ἡ τεχνολογικὴ καὶ οἰκολογικο-ἀναρχούμενη ὑπερκαταναλωτικὴ καὶ ἀκόρεστη, σύγχρονη διαβίωση ὀδηγεῖ ὅλο καὶ σὲ περισσότερο νοσηρὰ σύνδρομα καὶ σὲ πληθώρα ἀπὸ νοσογόνους παράγοντες, πὺ ἀντιμετώπισή τοὺς μόνο μὲ τὴν πρόληψη νοεῖται.

Κατὰ τὰ ἀνωτέρω φυσικὸ εἶναι νὰ δεσπόζει στὸ μέλλον ἡ πρόληψη.

B. Θεμελιώδης προϋπόθεση γιὰ ἄσκηση προληπτικῆς ἀγωγῆς εἶναι ἡ γνώση τῆς αἰτιοπαθογονίας τῶν πρὸς ἀντιμετώπιση νόσων:

Ἄπαιτεῖται δηλαδὴ ἡ γνώση τῆς αἰτιολογίας καὶ τῶν μηχανισμῶν ἐξέλιξής τοὺς. Μόνο ἔτσι εἶναι δυνατόν νὰ ἐπιδιωχθεῖ ἐξουδετέρωση τῶν ἐνδογενῶν καὶ ἐξωγενῶν παραγόντων κινδύνου, οἱ ὁποῖοι συνεπάγονται προδιάθεση πρὸς νόσο ἢ ἀποτελοῦν αἰτιολογικὸ τῆς παράγοντα, ἄλλοτε ὑπὸ ἀνεξάρτητη καὶ ἄλλοτε ὑπὸ συνδυασμένη ἐπίδρασή τοὺς.

Ἔως πρὸς τοὺς ἐνδογενεῖς παράγοντες ἡ μεγάλη προσδοκία στηρίζεται στὴ γενετική. Μὲ τίς κοπὲς προόδους τῆς [221] [222]: Ἐδείχθη ὅτι καθένας ὄργανισμός ἀναπτύσσεται καὶ λειτουργεῖ μὲ βηματοδότη ἓνα γενετικὸ πρόγραμμα, γραμμένο στὸ DNA τοῦ πυρήνα. Ἐπετεύχθηκαν, μὲ τὴν τεχνικὴ τοῦ ἀνασυνδύασμου τοῦ DNA, ἡ ἀπομόνωση τῶν καθ' ἕκαστα γονιδίων [223] – μόνο ὁ τύπος τῶν κατασκευαστικῶν ὑπολογίζεται σὲ 50 - 100.000 – καὶ ἡ κατάταξή τους στὸ γενετικὸ χάρτη. Ἐπραγματοποιήθη ἡ μεταφορὰ γονιδίων ἀπὸ κυττάρου σὲ κύτταρο καὶ ὁ διὰ πλασμιδίων πολλαπλασιασμός τους σὲ βακτηρίδια. Καὶ διευκρινίσθηκαν πολλὰ πρώτης σπουδαιότητος βασικὰ βιολογικὰ προβλήματα, ὅπως: ὁ γενετικὸς πολυμορφισμός, ἡ γενετικὴ δομὴ ἰῶν, ἡ ἐξ ἰῶν ὀγκογένεση, ἡ γενετικὴ ποδηγέτηση τοῦ ἀνοσολογικοῦ μηχανισμοῦ, ἡ ἀπόκτηση τῶν μονοκλωνικῶν ἀντισωμάτων.

Μὲ τίς προόδους αὐτὲς τῆς μοριακῆς γενετικῆς: Ἀνυψώθηκε ἐξαιρετικὰ ἡ κλινικὴ, πάνω ἀπὸ τὴν ἀπὸ εἰκοσιπενταετίας χρωματοσωματολογία καὶ γνωστὴ μας γενετικὴ νοσολογία. Ταυτοποιήθηκε μία μακρὰ σειρὰ νέων νοσολογικῶν ὄντοτήτων, γενετικῶν. Ἐγινε διαγνωστὴ κάθε μία Μενδελικὴ ἀσθένεια μὲ ἀνάλυση τοῦ DNA. Καθιερώθηκε ἡ προγεννητικὴ διαγνωστικὴ [224] μὲ ἀμνιοκέντηση [225] ἢ πλακουντικὴ βιοψία. Ἐπιβεβαιώθηκε ἡ παλιὰ κλινικὴ ἀντίληψη, ὅτι καμία νόσος δὲν ἐγκαθίσταται ἢ δὲν διαμορφώνεται στὴν κλινικὴ τῆς ἔκφραση χωρὶς παρέμβαση τοῦ γενετικοῦ παράγοντος, ἔτσι ὥστε νὰ εὐσταθεῖ ὁ ἰσχυρισμός, ὅτι καθένας νοσεῖ κατὰ προσωπικὸ τρόπο. Ἐτέθη πρὸς πραγματοποιίση τὸ θέμα τῆς παρέμβασης τοῦ γατροῦ στὴ γενετικὴ κληρονομία [226], παρὰ τὰ πολλὰ ἠθικὰ προβλήματα, ποὺ τὴν συνοδεύουν. Καὶ θεμελιώθηκε ἡ πίστη, ὅτι μὲ τὴ βοήθεια τῆς μοριακῆς διαγνωστικῆς, στὰ πλαίσια τῆς πληθυσμιακῆς γενετικῆς (population genetics) θὰ καταστοῦν στὸ μέλλον ἐφικτὲς τόσο ἡ βαθύτερη αἰτιοπαθογενετικὴ κατανόηση πολλῶν νόσων, μεταξὺ τῶν ὁποίων οἱ ἀγγειακές, ὁ καρκίνος, τὸ γῆρας, οἱ ἰώσεις κτλ. – αὐτὸ σὲ ἱκανοποιητικὸ βαθμὸ ἐπετεύχθηκε πρόσφατα στὶς κολλαγονώσεις [227] – ὅσο καὶ ἡ ἀποτελεσματικὴ προληπτικὴ τους ἀντιμετώπιση, κατόπιν παρέμβασης στὶς γενετικὲς τους ἀνωμαλίες, διὰ γενετικοῦ ἐλέγχου (gene control), παρασκευῆς ἐμβολίων κατὰ τὸ πρότυπο τῆς Ἡπατίτιδος Β κτλ.

Ὅσο ὁ καιρὸς περνάει τόσο καὶ πιὸ πολὺ ριζώνεται μέσα μου ἡ πίστη, ὅτι ἀπὸ τὴ γενετικὴ, στὰ πλαίσια μιᾶς πολυπαραγοντιακῆς κληρονομικότητας, θὰ προκύψουν στὸ μέλλον ἀσύλληπτα ἀγαθὰ γιὰ τὴν υγεία, μέσω πρωτογενοῦς πρόληψης. Καὶ ὅτι ἡ γενετικὴ ἐπιδημιολογία θὰ ἀποβεῖ ἓνας κολοσσιαῖος κλάδος τῆς προληπτικῆς Ἰατρικῆς.

Ἀλλὰ καὶ ἀπὸ τοὺς ἄλλους ὅμως, ἐκτὸς τοῦ γενετικοῦ, ἐνδογενεῖς παράγοντες, ὅπως εἶναι ὁ ἀνοσολογικὸς καὶ ὁ ἐνδοκρινικὸς, προβλέπεται, ὅτι θὰ προκύψουν στὸ

μέλλον αξιολογες προληπτικές προόδοι, τύπου πρωτογενούς και κυρίως δευτερογενούς πρόληψης, για πολλά νοσήματα, ανοσολογικο- ή ορμονοεξαρτημένα.

Σε ό,τι αφορά τους εξωγενείς παράγοντες είναι αυτοί, οι όποιοι μέχρι τώρα απέτελεσαν τον κεντρικό στόχο της προληπτικής Ίατρικής, με τη φιλοσοφία, ότι ταυτίζονται με τους αιτιολογικούς παράγοντες των νόσων και ότι κατά συνέπεια ή εξουδετέρωσή τους επιτυγχάνει την πρόληψη.

Πολυειδείς και άμετρητοι είναι οι παράγοντες αυτοί: οικολογικοί της γης, της θάλασσας, της ατμόσφαιρας και του διαστήματος, διαιτητικοί με αύξουσα πληθώρα και ποικιλία, επαγγελματικοί, χημικοί, βιοτικοί, συνεχώς όλο και περισσότεροι και πιο ποικίλοι, λόγω των αδιαλείπτων μεταμορφώσεων της διαβίωσης. Πώς να καθορίσει κανείς ποιός ή ποιοί απ' αυτούς είναι νοσογόνοι ή αντινοσογόνοι για την α ή β νοσολογική οντότητα, μέσα στο σύνολο των ατόμων ενός πληθυσμού;

Μοναδική έλπίδα για αξιολόγησή τους προσφέρει το γνωστό όπλο της πρόληψης, ο προσυμπτωματικός έλεγχος (screening). Μ' αυτόν, με τη βοήθεια επιδημιολογικών και έργαστηριακών μεθόδων (tests), επιδιώκεται, αφ' ενός ή ταυτοποίηση των ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού, που διατελούν σε ύψηλο κίνδυνο νόσησης από αυτή ή εκείνη την ασθένεια, κατόπιν επίδρασης του ενός ή του άλλου ή περισσότερων περιβαλλοντικών παραγόντων, προς άσκηση πρωτογενούς πρόληψης, και αφ' ετέρου ή κατά το δυνατόν πρώιμη διάγνωση των προς πρόληψη ασθενειών. Είναι εύλογο ότι τα screenings (προσυμπτωματικοί έλεγχοι) κατά μέθοδο και στόχο, είναι άλλοτε μονο- και άλλοτε πολυ-φασικά.

Από την έως τώρα έμπειρία προκύπτουν:

Π ρ ω τ ο ν· ότι ως δυσεπίλυτα προβλήματα σχετικά προς τους προσυμπτωματικούς έλέγχους παραμένουν: ή δύσκολη εκτέλεσή τους, οι μεγάλες δαπάνες τους και τα συχνά συγκρουόμενα αποτελέσματά τους, όπως ένδεικτικά θα είχαμε να αναφέρουμε έρευνες για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας [228], του μαστού [229] [230], και του ρινοφάρυγγα [231] [232] [233].

Δ ε ύ τ ε ρ ο ν· μέχρι στιγμής, από πολύ λίγες έρευνες τύπου προσυμπτωματικού έλέγχου, προέκυψαν θετικά δεδομένα, όπως π.χ. για τον καρκίνο του πνεύμονος [234], της κύστεως, τους έξ ακτινοβολίας και μερικούς επαγγελματικούς.

Τ ρ ί τ ο ν· ότι παρά ταύτα πρέπει να συνεχισθεί ή διά προσυμπτωματικών έλεγχων διερεύνηση των περιβαλλοντικών παραγόντων, με τη βοήθεια μάλλον ευαισθητών, οικονομικών και εύκολοεκτέλεστων tests, συστημάτων συνεχούς καταγραφής (monitoring systems) [235] [236], πιο αξιόπιστων στατιστικών και καλύτερα ειδικευμένων επιδημιολόγων γιατρών και υγειονομικών στελεχών, που θα έμφορουνται από διάθεση αποκάλυψης της αιτιολογίας. Θα είναι αιτιολογι-

στές, σύμφωνα με πρόσφατα προταθέντα τίτλον [237] – και όταν προγραμματίζονται μία έρευνα θα έχουν πάντα κατά νοῦν, τις οικονομικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της ἀφ' ἐνός και τὰ προσδοκώμενα ὀφέλη ἀφ' ἑτέρου.

Τέταρτον· ὅτι στὰ πλαίσια τῶν παραγόντων κινδύνου ἰδιαζόντως ἐνδελεχῆς πρέπει νὰ εἶναι ἡ διερεύνηση τοῦ παράγοντος «τύπος ζωῆς» (*life style*), σὸν ὁποῖο ἐκτὸς τῶν πολλῶν ἐξέων περιλαμβάνεται καὶ ἡ ψυχικὴ ζωὴ, μὲ τὴν ξεχωριστὴ σημασίαν της ὡς παράγοντος κινδύνου.

Καὶ πέμπτον· ὅτι, κατ' ἐξοχὴν ἔντονη ἐπαγρύπνηση σὲ παγκόσμια κλίμακα ἐπιβάλλεται γιὰ τὴν πρόληψη πυρηνικοῦ πολέμου, οἱ δαπάνες καὶ οἱ τραγικὲς ἐπιπτώσεις ἀπὸ τὸν ὁποῖο δὲν ἔχουν σύγκριση πρὸς τὰ ἀντίστοιχα μεγέθη οἰοῦν ἄλλοτε ἄλλου παράγοντος. Ἄς ἀναφέρω, παρεκκλίνοντας, ὅτι γιὰ προληπτικὴ ἀντιμετώπιση κολοσσιαίων ὑγειονομικῶν προβλημάτων, ὅπως ὁ ὑποσιτισμός, ἡ ἔλνοσσία, οἱ τροπικὲς νόσοι κτλ., πού μαστίζουν τεράστιους πληθυσμούς, ἀρκοῦν τὰ χρήματα πού δαπανῶνται σὲ μία μόνο ἡμέρα γιὰ πυρηνικὸ ἐξοπλισμὸ [238] [239] [240].

Γ. Ἡ πρόληψη εἶναι ἓνας πολύπλευρος κλάδος τῆς υἰείας, μὲ ὀρισμένες γενικὲς βασικὲς ἀρχὲς καὶ πολλοὺς τύπους, καθοριζόμενους ἀπὸ τὴν ποικίλη αἰτιοπαθογενετικὴ φύση τῶν πρὸς ἀντιμετώπιση νόσων.

– Τὴν πολύπλευρη ἰδιότητά της ἡ πρόληψη ὀφείλει στὸ γεγονός, ὅτι στόχο ἔχει νὰ καλύπτει τόσο τὸ σωματικὸ, ὅσο καὶ τὸ πνευματικὸ καὶ ψυχικὸ καὶ κοινωνικὸ σκέλος τῆς υἰείας καὶ μάλιστα ὄχι μόνο ἐπὶ ἀτομικοῦ, ἀλλὰ καὶ ἐπὶ μαζικοῦ κοινωνικοῦ ἐπιπέδου.

– Οἱ βασικὲς της ἀρχὲς εἶναι:

α) Τροποποίηση τοῦ περιβάλλοντος, ὥστε νὰ εἶναι πρόσφορο γιὰ τὴν υἰεία.

β) Προώθηση τῆς εὐεξίας καὶ φυσικῆς προσαρμογῆς τοῦ ἀνθρώπου στὸ περιβάλλον του, μὲ τὸν ὑγιεινὸ τρόπο ζωῆς.

γ) Πρώιμη ἀποκάλυψη καὶ θεραπεία τῶν νόσων, γιὰ ἐφαρμογὴ δευτερογενοῦς πρόληψης.

δ) Ἀναζήτηση τῶν αἰτιολογικῶν παραγόντων τῶν νόσων πρὸς μείωση τῆς προδιαθεσιμότητας καὶ ἀποφυγὴ νὰ ἐκτίθεται κανεὶς σ' αὐτούς.

ἽΟλοι αὐτοὶ οἱ σκοποὶ, σὲ μεγάλο ποσοστό, ἀποτελοῦν ἔργο τῆς προληπτικῆς ἱατρικῆς τῆς κοινότητος (*preventive community medicine*).

– Οἱ καθ' ἕκαστα τύποι τῆς πρόληψης διαγράφονται κατὰ τὸ προσεχὲς μέλλον μὲ βάση τὶς σημερινὲς ἐπιστημονικὲς δυνατότητες, ὡς ἐξῆς:

– Λοιμώδη νοσήματα:

Οί ειδικοί γι' αὐτὰ προληπτικοὶ στόχοι θὰ εἶναι:

π ρ ῶ τ ο ν · Ἡ καθόλου βαθύτερη βιολογικὴ διερεύνηση παντὸς μικροβίου καὶ ἰοῦ. Ἀπ' αὐτὴν δικαιολογεῖται κάθε αἰσιόδοξη πρόβλεψη [241].

δ ε ὑ τ ε ρ ο ν · Ἡ ἀναγνώριση νέων παθογόνων μικροοργανισμῶν.

τ ρ ί τ ο ν · Ἡ ἀνακάλυψη νέων ἀντιλοιμωδῶν φαρμάκων, ἰδίως γιὰ τὶς ἰώσεις καὶ τὶς ἀνθεκτικὲς μικροβιακὲς νόσους.

Ὅπως πρόσφατα βρέθηκαν νέα ἀντιικά φάρμακα, ὥστε νὰ δικαιολογεῖται ἡ προσεχῆς ἀνακάλυψη πρὸ ἀποτελεσματικῶν, πού θὰ βοηθήσουν καὶ τὴν πρόληψη [242] [243] [244].

τ ἑ τ α ρ τ ο ν · Ἡ παρασκευὴ νέων καὶ περισσότερο ἀποτελεσματικῶν ἐμβολίων.

Εὐλόγη εἶναι παράλληλα ἡ συστηματικὴ καὶ ἔντονη ἔρευνα γιὰ βελτίωση τῶν μέχρι σήμερα γνωστῶν τύπων ἐμβολίων (νεκρά, ἀπὸ κυτταρικά κλάσματα, τοξινοειδῆ, ἐξασθενημένα) ἐν ὧσιν τῶν ὄσων ἐπετεύχθησαν γιὰ τὸν αἰμόφιλο τῆς Ἰνφλουέντσας [245], τὶς πνευμονιοκοκκικὲς καὶ μηνιγγιτιδοκοκκικὲς λοιμώξεις [246], τὸ μυκόπλασμα τῆς πνευμονίας, τὴ σύφιλη, τὴ βλενόρροια [247], τὶς πολὺ συχνῆς λοιμώξεις ἀπὸ ἀρνητικά στὴ Gram βακτηρίδια καὶ ἀκόμη τὴν ἐλονοσία.

Οἱ προσπάθειες στοχεύουν στὴν παρασκευὴ διὰ βίου δραστικῶν, μὴ τοξικῶν καὶ φθηνῶν ἐμβολίων. Ἐνα σημαντικὸ δὲ ἐπίτευγμα, στὰ γενετικο-ἀνοσολογικο-μοριακο-βιολογικὰ πλαίσια, εἶναι ἡ ὅπως πρόσφατη κατασκευὴ νέου τύπου ἐμβολίων [248] [249], συνθετικῶν πεπτιδικῶν καὶ βιοσυνθετικῶν πολυπεπτιδικῶν, τὰ ὁποῖα διαφαίνεται ὅτι θὰ εἶναι ἀπὸ κάθε ἄποψη προτερηματικά, κατὰ τὸ πρότυπο ἐμβολίων τῆς ἡπατίτιδος Β [250] [251] [252] [253], νόσου μὲ ὑψηλὴ συχνότητα – καὶ παρ' ἡμῖν καὶ μὲ ποικίλες ἀνεπιθύμητες ἐπιπτώσεις, ὅπως εἶναι ἡ κίρρωσις, ὁ πρωτοπαθῆς καρκίνος τοῦ ἥπατος κτλ.

Κατὰ τὰ διαφαινόμενα, ἂν μὴ κατὰ τὰ διαφανέντα, ἡ προσεχῆς προληπτικὴ πρόοδος γιὰ τὰ ἰογενῆ, λοιμώδη, νοσήματα θὰ ἀνήκει στὰ ἐμβόλια· καὶ θὰ ἀφορᾷ ὄχι μόνο ὄξειες ἰογενεῖς λοιμώξεις [254], ὅπως οἱ ἀναπνευστικὲς κτλ. [255], ἀλλὰ καὶ χρόνιες, ἰογενεῖς, βαριῆς ἀσθένειες, μεταξὺ τῶν ὁποίων καὶ ἀρκετὰ κακοήθη νεοπλασμάτα.

Καὶ π ἔ μ π τ ο ν · Ἡ πρόληψη καὶ σωστὴ καταπολέμηση τῶν ἀνθεκτικῶν λοιμώξεων.

Ἡ πρόληψη τοῦ εἶδους αὐτοῦ προϋποθέτει πολλὰς προσεγγίσεις, περιλαμβανόμενες στὸν Πίν. 12 [256], στὶς ὁποῖες δὲν εἶναι δυνατὸ νὰ ὑπηρεσέθομε. Εὐλόγο ὅμως εἶναι νὰ μὴν ἀμφιβάλλομε, ὅτι καὶ στὸ μέλλον συνεχῶς θὰ μεταβάλλονται τόσο τὸ περι-

βάλλον ὅσο καὶ ἡ βιολογικὴ ὑπόσταση τοῦ ἀσθενοῦς καὶ τὰ φάρμακα. Καὶ ἐπίσης ὅτι θὰ εἶναι ἀναγκαία μία ἀέναη προσαρμογὴ, πού θὰ τὴν κατευθύνουν οἱ ἐκάστοτε ἐπισημονικὲς ἀντιλήψεις καὶ δυνατότητες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΓΙΑ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ

-
1. Βελτίωση τῶν ἀμυντικῶν δυνάμεων τοῦ ὄργανισμοῦ δι' ἀνοσοδιέγερσης.
 2. Πρόληψη ἀποικισμοῦ τῶν μικροοργανισμῶν.
 3. Θέσπιση μέτρων πρόληψης.
 4. Ἐφαρμογὴ τῆς κατὰ τὸ δυνατόν ἄριστης χημειοθεραπείας γιὰ παρεμπόδιση ἀνάπτυξης ἀνθεκτικῶν μικροοργανισμῶν.
-

– Κ α ρ κ ί ν ο ς

Διάχυτη εἶναι ἡ αἰσιοδοξία στὸν ἰατρικὸ χῶρο γιὰ προσεχεῖς κατακτήσεις τόσο ὡς πρὸς τὴ δευτερογενῆ, ὅσο καὶ τὴν πρωτογενῆ προληπτικὴ του ἀντιμετώπιση.

Γιὰ τὴν πρώτη ἀπ' αὐτὲς προσδοκῶνται ἀφ' ἐνὸς ἡ πρωϊμότερη διάγνωση, μὲ τὴ βοήθεια νέων βιοχημικῶν, ἐνζυματικῶν, κυτταρολογικῶν, ἀνοσολογικῶν, ἀκτινοδιαγνωστικῶν καὶ ἐνδοσκοπικῶν μεθόδων – οἱ πρόσφατες σχετικὲς κατακτήσεις δικαιολογοῦν τὴν προσδοκία [257] [258] – καὶ ἀφ' ἑτέρου ἡ ἀποτελεσματικότερη θεραπεία μὲ συνδυασμὸ νέων χημειοθεραπευτικῶν φαρμάκων, τὰ ὁποῖα θὰ ἀνακαλυφθοῦν μὲ καλύτερες μετρήσεις τῆς κυτταρικής πρὸς αὐτὰ ἀνοχῆς καὶ τοξικότητας καὶ τῆς μεταλλαξιογόνου δρατικότητας [259] [260] [261], ὑπὸ διαδοχικὲς τοὺς ἐπιδράσεις [262].

Σὲ ὅ,τι ἀφορᾷ τὴν πρωτογενῆ πρόληψη, αὐτὴ προβλέπεται ὅτι θὰ βελτιωθεῖ μὲ βαθύτερη βιολογικὴ διερεύνηση τῶν ἐνδογενῶν καὶ περιβαλλοντικῶν, καρκινογόνων καὶ ἀντικαρκινογόνων, παραγόντων, μὲ ἐπικεφαλῆς τὸν ἰογενῆ, γενετικὸ καὶ ἀνοσολογικὸ καὶ μὲ ἀντίστοιχη καταπολέμησή τους.

– Ἀ ρ τ η ρ ι ο σ κ λ η ρ ω τ ι κ ἔ ς ν ὄ σ ο ι

Ἡ πολυπαραγοντικότητά τῆς αἰτιολογίας καὶ παθογονίας τῶν ἀρτηριοσκληρυντικῶν νόσων τῆς καρδίας καὶ τοῦ ἐγκεφάλου, στὴν κατηγορία τῶν ὁποίων ἔχομε συμπεριλάβει καὶ τὴν ὑπέρταση καὶ τὸ γῆρας, καθορίζει ἀντίστοιχες θεραπευτικὲς καὶ

προληπτικές προσπελάσεις, στις οποίες είναι αδύνατο να αναφερθούμε. Περιοριζόμεθα ως εκ τούτου μόνο στις πιο κύριες έπισημάνσεις:

– Είναι έπιβεβλημένο να υπάρξει συστηματικό έ ενδιαφέρον για διερεύνηση τών ένδογενών παραγόντων [263], και μάλιστα του γενετικού, κατά τόν τύπο τής πρωτογενούς πρόληψης [264] [264α], πέρα τής μέχρι τώρα άσκουμένης για τούς έξωγενείς παράγοντες, κατά τόν δευτερογενή τύπο (έξουδετέρωσή τους – πρώιμη διάγνωση). Το έργο αυτό θα άφορα κυρίως ειδικούς έπιστήμονες υγείας, αλλά σέ ένα ποσοστό και καθένα γιατρό.

– Είναι άνάγκη να τηρούνται δια βίου οί κατ' έπιστήμη διαιτητικές ύποδείξεις.

– Ό τύπος διαβίωσής μας πρέπει να συμμορφώνεται πρòς τά υγιεινά παραγγέλματα, τά όποια ισχύουν ως πρòς τή φυσική μας κατάσταση [265], τήν ψυχική μας ζωή και τήν κοινωνική μας συμπεριφορά, μη άγνοούμενου του άτομικού στοιχείου [266].

Οί δύο πιο πάνω ύποδείξεις άφοροϋν τά άτομα.

– Παράλληλα να λαμβάνονται άπό τήν πολιτεία όλα τά κοινωνικοϋγειονομικά μέτρα, πού άντιστρατεύονται τήν άρτηριοσκλήρωση και τò παθολογικό γήρας [267].

Παιδικές νόσοι

Τά όσα υπεμνήσθησαν στο προηγούμενο κεφάλαιο για τήν πρόληψη κατά τήν παιδική ήλικία, προ- και μεταγεννητική, διαγράφουν αντίστοιχα και τήν πορεία της κατά τò μέλλον.

Έπιπροσθέτως πρέπει να τονισθεί ή άνάγκη άσκησης ψυχικής προληπτικής άγωγής καθ' όλες τις φάσεις τής παιδικής ήλικίας, γιατί άπ' αυτή έξαρτάται κατ' έξοχήν ή όριστική διαμόρφωση τής προσωπικότητας του άτόμου, με τις θετικές και άρνητικές επιδράσεις της, σ' όλους τούς τομείς τής υγείας, μέσω τής κατά τήν έν γένει διαβίωση συμπεριφορās [268].

Διαιτητικές νόσοι

Σχετικά με αυτές και στα πλαίσια τής όμιλίας μου, ή όποία έντοπίζεται βασικά στο ίατρικό σκέλος τής πρόληψης, δέν θα είχα να προσθέσω, ως πρòς τò μέλλον, κάτι σημαντικό, πέρα άπό τις άδρες άπόψεις πού έξετέθησαν ήδη.

Έχουν όμως λόγο πρακτικό οί πιο κάτω έπισημάνσεις:

I. Σωστή γραμμή θα πρέπει να θεωρείται τò να άκολουθείται κατά βάση ό σέ όλους μας γνωστός πλέον τύπος μεικτής διατροφής, με άποφυγή διαιτητικών άκροτή-

των, οίκωνδήποτε, και με δεικτική τὸ φυσιολογικὸ σωματικὸ βάρος, ὅπως μᾶς ἔχει διδάξει ἡ ἀνθρώπινη ἐμπειρία.

- II. Δὲν πρέπει ειδικότερα νὰ καθιερώνομε στὸ διαιτολόγιό μας περιορισμοὺς ἢ ἀφθονίες τῆς α ἢ β τροφῆς, ἐπειδὴ κάπου διαβάσαμε ἢ ἀκούσαμε γιὰ τὴ βλαπτικότητα ἢ ὠφελιμότητά της, με βάση μία πειραματικὴ ἢ ἄλλον τύπου παρατήρηση. Καὶ
- III. Εἶναι ἀνάγκη νὰ ἀντιληφθοῦμε ὅτι γιὰ θέσπιση ὑγιεινῶν διαιτητικῶν ὑποδείξεων κατὰ τὸ μέλλον θὰ εἶναι ἀναγκαῖο νὰ ὑπάρξουν ἀξιόπιστα δεδομένα, ἀπὸ πειραματικὲς καὶ κυρίως ἐπιδημιολογικὲς, μακροχρόνιες ἔρευνες. Ἔως τώρα δὲν κατέστη δυνατὴ ἡ καθιέρωση ἐθνικῶν διαιτητικῶν κανόνων, οὔτε στὰ πιὸ προηγμένα κράτη [268α] [269] [270]. Ἀπλῶς, πρόσφατα, ἐπισημάνθηκε ἡ ἀνάγκη καθιέρωσής τους [271] [272].

Ψυχικὲς νόσοι

Ὡς ἄξια γιὰ ἀναφορὰ πέρα ἀπὸ τὰ ἀναφερθέντα κρίνονται δύο ἀκόμη στοιχεῖα:

Πρῶτον ὑπάρχει εὐλογη προσδοκία γιὰ πρωτογενῆ πρόληψη σὲ ψυχικὰ σύνδρομα με ψυχοφαρμακευτικὴ ἀγωγή. Γιὰ τὴν ἀνάγκη αὐτὴ συνηγοροῦν τελευταῖα δεδομένα τῆς νευροχημείας τῆς συμπεριφορᾶς [273].

Καὶ δεύτερον τὰ ψυχοθεραπευτικὰ φάρμακα θὰ πρέπει νὰ λαμβάνονται μόνο κατὰ σύσταση καὶ ὑπὸ ἐποπτεία γιατρῶν, οἱ ὁποῖοι διαθέτουν στερεὴ κατάρτιση καὶ ἐμπειρία γιὰ τὴ θεραπευτικὴ τους δραστηριότητα καὶ τὶς παρενέργειές τους [274].

Δαπάνες ὑγείας

Οἱ δαπάνες αὐτοῦ τοῦ εἴδους ἔχουν δημιουργήσει ἓνα παγκόσμιο καὶ ἐφιαλτικὸ πρόβλημα.

Σὲ ὅλους μας εἶναι γνωστὸ, ὅτι λόγω τῶν ἐπαναστατικῶν τεχνολογικῶν προόδων καὶ τῆς ἀκόρεστης ψυχολογίας τοῦ σημερινοῦ ἀνθρώπου, ὄλο καὶ αὐξάνονται, ὑπὲρ πάντα ρυθμὸ πληθωρισμοῦ καὶ ἀνεξάρτητα τοῦ συστήματος παροχῆς ὑγείας, οἱ δαπάνες της [275] [276]. Καὶ ὅτι, ὅπως οἱ στρατιωτικὲς ὁμοιο καὶ αὐτὲς εἶναι ἀσυναγώνιστες καὶ ἀποτελοῦν ἓναν κολοσσιαῖο πολιτικὸ προβληματισμό. Κανεὶς ἐξ ἄλλου δὲν ἀμφιβάλλει, ὅτι με τὴν ἀναμενόμενη πιὸ ἀνελικτικὴ πρόοδο, ὁ προβληματισμὸς αὐτὸς θὰ γίνεῖ ἀκόμη πιὸ μεγάλος στὸ μέλλον [277].

Τὸ μόνο ποὺ θὰ εἶχε, νομίζω, τὴ θέση του ἐδῶ, εἶναι νὰ τονισθεῖ ὅτι κατὰ τὰ ἔως τώρα, δεδομένα ἂν καὶ μὴ ἐπαρκῶς συγκρίσιμα, τὰ γιὰ τὴν ὑγεία ὠφελήματα προέκυψαν περισσότερο ἀπὸ τὴν πρόληψη παρὰ ἀπὸ τὴν θεραπευτικὴ [277α]. Καὶ ἐπομένως συνιστᾶται μετακίνηση κονδυλίων ἀπὸ τὴν θεραπευτικὴ πρὸς τὴν προληπτικὴ ἱατρική.

Υγιειονομική εκπαίδευση

Πρόκειται ν' αποβεί ό περισσότερο θεμελιώδης συντελεστής τής πρόληψης κατά τώ μέλλον. Έχουν περάσει μόλις δέκα πέντε χρόνια, πού στα πιό προοδευμένα κράτη έχει στραφεί τώ ενδιαφέρον για εκπαίδευση σέ διαφόρους τομείς τής. Καί προβλέπεται γοργή βελτίωση καί επέκτασή τής. Έξάλλου θά άφορα τόσο στο βιολογικό όσο και στον πνευματικό, ψυχικό και κοινωνικό παράγοντα τού ύγιους [278], αντίστοιχα με ό,τι έπεκράτησε στη θεραπευτική υπό τώ σύγχρονο σωματικο-ψυχο-κοινωνικό της μοντέλο [279] για τόν άρρωστο. Καί θά άποτείνεται, συνεχώς άνανευόμενη [280] [281], τόσο στους γιατρούς, οί όποιοι θά πρέπει να ύγιειονολογούν, όσο και στα ύγιειονομικά και παραύγιειονομικά στελέχη και τά καθ' έκαστα άτομα. Καί αυτό θά γίνει έπειδή όλοι οί άναφερθέντες παράγοντες έχουν ύπευθυνότητες μέσα στον καθόλου ύγιειονομικόν άγώνα. Ίδιαίτερα σημαντική όμως επιβάλλεται να είναι ή εκπαιδευτική άποστολή τών γονέων και δασκάλων, λόγω τού προέχοντος ρόλου τους στη διαμόρφωση τής κοινωνικής συμπεριφοράς τών ανθρώπων και ειδικότερα τής νοοτροπίας, ό,τι ή προμηθειική στάση για τήν ύγεία είναι καλύτερη άπό τήν έπιμηθειική.

Τώ πόσο ποικίλη πρόκειται να είναι ή ύγιειονομική εκπαίδευση δέν χρειάζεται να έξηγηθεί.

Κύριε Πρόεδρε,

Ύποθέτω ότι με τά όσα είχα τήν τιμή να άναπτύξω σχετικά με τή συμβολή τής πρόληψης για τήν ύγεία, κατά τώ παρελθόν και τήν έποχή μας, σέ σύγκριση με τή θεραπευτική, και με όσα πιθανολόγησα για τις μελλοντικές προσδοκίες, δικαιολογείται ό χαρακτηρισμός τής, ως τής μεγάλης λεωφόρου τής ύγείας κατά τώ μέλλον.

Έπιτρέψατέ μου τώρα να κλείσω τήν όμιλία μου με μία συμπερασματική περίληψη.

Κατά τήν τελευταία τεσσαρακονταετία οί έπαναστατικές έξελίξεις τών θετικών έπιστημών τοποθέτησαν σέ νέο βάθρο τή βιολογική ύποδομή τής Ίατρικής. Καί όδήγησαν σέ νέες άντιλήψεις για τήν ύγεία, τόσο υπό φυσιολογικές όσο και υπό παθολογικές συνθήκες.

Παράλληλα έπεκράτησε ένας νέος τύπος ψυχοκοινωνικής διαβίωσης, με δεσποτεία τής διεκδίκησης τών άνθρωπίνων δικαιωμάτων προς όλες τις κατευθύνσεις, συμπεριλαμβανομένης και τής ύγείας [282].

Ειδικότερα ή Ίατρική θεμελιώθηκε έπί μοριακοβιολογικού επιπέδου στη Βιοχημεία, τή γενετική, τήν άνοσολογία και τήν ένδοκρινολογία. Καί στη συνέχεια έπιδόθηκε στη θεραπεία τών νόσων. Σέ ένα τομέα, τις λοιμώξεις, έπέτυχε ίκανοποιητικά. Έπλήθυναν όμως οί χρόνιας άσθένειες, οί λεγόμενες κοινωνικές. Καί γι' αυτές δέν

ἀποδείχθηκε ἱκανοποιητικὰ ἀποτελεσματικὴ ἢ θεραπευτικὴ ἰατρικὴ, παρ' ὅτι πριμοδοτήθηκε οἰκονομικὰ σὲ ὑψηλὸ βαθμὸ. Κατόπιν αὐτῶν τῶν δεδομένων φυσικὴ ὑπῆρξε ἢ στροφὴ πρὸς τὴν πρόληψη ἀντὶ τῆς θεραπευτικῆς ἀντιμετώπισης ἢ παράλληλα μ' αὐτὴν [283] [284], ὑπῆρξε στροφὴ πρὸς τὸν ὑγιῆ ἀντὶ τοῦ ἀσθενοῦς, πρὸς τὶς ὑπηρεσίες ὑγείας ἀντὶ τῶν νοσηλευτικῶν. Καὶ ἀρχικὰ μὲν ἡ μέριμνα κατευθύνθηκε πρὸς τοὺς φανεροὺς νοσογόνους περιβαλλοντικοὺς παράγοντες (τὰ μικρόβια) καὶ πρὸς τὴν πρόωμη διάγνωση, ὡς δευτερογενῆς πρόληψη. Τὰ τελευταῖα ὅμως χρόνια δόθηκε προσοχὴ πρῶτον τόσο στοὺς πιὸ κρυφοὺς ἐξωγενεῖς παράγοντες (διατροφή, οἰνόπνευμα, κάπνισμα, φάρμακα, χημικὲς οὐσίες), οἱ ὁποῖοι ὄλο καὶ πληθύνονται, καθοριζόμενοι ἀπὸ τὴν ἀνθρώπινη συμπεριφορὰ καὶ τὴν κοινωνικὴ ὀργάνωση, καὶ δεύτερον στοὺς ἐνδογενεῖς (γενετικός, ἀνοσολογικός, ὁρμονικός), ὡς δευτερογενῆς πρόληψη. Τὰ πρόσφατα ἐπιτεύγματα στὸ πλαίσιο τῶν ἐνδογενῶν προοικονίζονται κατὰ τὸ μέλλον βεβαίως θριάμβους τῆς πρωτογενοῦς πρόληψης, τὴν ὁποία πρέπει νὰ θεωρήσομε σὰν τὸ ἀστεῖρευτο μεταλλεῖο τοῦ θησαυροῦ, ποῦ ὀνομάζεται «ὑγεία».

Ἡ νέα λεωφόρος τῆς ὑγείας, ποῦ ἔχει ἀνοίξει εἶναι εὐρύτατη ἀλλὰ καὶ ἀνηφορικὴ. Γιὰ νὰ γίνῃ δὲ ἡ μεγίστη δυνατὴ ἐκμετάλλευσή της ἀπαιτεῖται συστηματικὴ συνεργασία ἄξιων εἰδικῶν ἐπιστημόνων καὶ συνεργατῶν τους, ἰδίως ἐπιδημιολόγων, ποῦ θὰ συνδυάζουν κατάρτιση, κλινικὴ, οἰκολογικὴ, δημογραφικὴ καὶ κοινωνικοπολιτικὴ, μὲ ὑγειονομικὰ στελέχη, ἄρτια ὀργανωμένες ὑγειονομικὲς ὑπηρεσίες τῆς πολιτείας, καὶ μακρόπνοα, ὑπερκομματικὰ προγράμματα παράλληλα μὲ τὴν ἀέναη φωτεινὴ ἐκπαίδευση τοῦ συνόλου τοῦ πληθυσμοῦ.

Κύριε Πρόεδρε. Χωρὶς ἀμφιβολία πολλὰ εἶναι τὰ ἐπιτευχθέντα μὲ τὴν πρόληψη. Περισσότερα ὅμως εἶναι τὰ προσδοκώμενα. Καὶ δικαιολογημένη ἢ αἰσιοδοξία γιὰ τὸ μέλλον.

Ἄρμόζει νὰ τελειώσω μὲ μίαν ἀκατάλυτη προφητεία τοῦ ... τίνος ἄλλου ..., τοῦ Ἴπποκράτη, ποῦ ἐνῶ διατυπώθηκε πρὸ Χριστοῦ ἐξακολουθεῖ νὰ ἔχει ἀξιωματικὴ ἐγκυρότητα καὶ σήμερα: «Τὸν ἰητρὸν δοκέει μοι ἄριστον εἶναι πρόνοιαν ἐπιτηδεύειν».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organization, W.H.O. Chron. I: 29, 1947
2. Engel G.L., Science, 1977: 196: 129.
3. Robertson J.S., Hygiene, 1976: 1: 37.
4. Sinerquist, H.E., A History of Medicine. Vol. I. Primitive and archaic Medicine New York: Oxford Univ. Press, 1951.

5. 'Εθν. Στατ. 'Υπηρεσία 'Ελλάδος.
6. *Cit.: Mortimer E.A., Science 1978: 200: 902 - 907.*
7. *King, M.H., Medicine in an unjust world. In: Weatherall, D.J., Ledingham, J.D.C. Warrel, D.A. Ed.: Oxford textbook of medicine. Oxford Univ. Press, 1983.*
8. *Isenberg, H.D., Am. J. Med. 1983: 143 - 148.*
9. 'Εθν. Στατ. 'Υπηρεσία 'Ελλάδος, 1979.
10. *Luis, M. De la Maza., Med. Cl. of N. Amer. 1983: 67: 935 - 936.*
11. *Fields, B.N. and Greene, M.I., Nature 300: 19 - 23.*
12. *R. Gordon Douglas., Med. Cl. N. Amer. 1983: 1163 - 1172.*
13. *Dalin, R. and oth., N. Eng. J. Med. 1982: 307: 580 - 585.*
14. *Saral, R. and oth., N. Eng. J. Med. 1981: 305: 63 - 67.*
15. *Kit Malon and Saul Kit, Med. Cl. of N. Amer. 1983: 1129 - 1145.*
16. *Hinman, A.R., JAMA 251: 2994 - 2996.*
17. *Lancet 1984: 1: 1275 - 1276, Measles and primary health care.*
18. *Hopkins, D.R. and oth., Lancet 1982: I: 1396 - 1398.*
19. *Smith, G.L. and oth., Nature 1983: 302: 490 - 495.*
20. *Harold, C. Neu., Am. J. Med. 1984: May 5: 240 - 243.*
21. *Finland, M., Rev. Inf. Dis. 1979: I: 14 - 1.*
22. *Finegold, S.M., William, M.M., Am. J. Med. 1984: 77 (1B): 1 - 3.*
23. *Halley, R.W. and oth., Ann. Int. Med. 1982: 97: 297 - 308.*
24. *Karchmer, A.W. and oth., Ann. Int. Med. 1983: 98: 447 - 455.*
- 24a. *Engelberg, N.C. and B.I. Einstein, N. Eng. J. Med. 1984: 311: 892 - 902.*
25. *Dixon, J.M., Lipinski, A.E., Prevalence of antibiotic resistance in pneumoniococci and group A streptococci. In: Parkes M.T. Ed: Pathogenic streptococci Survey G.B.: Reedbook Ltd 1978: 272 - 278.*
26. *Petrochillou, V. and oth., Antimicrob. Agents Chemotherapy 1977: 12: 126 - 128.*
27. *Jouvenot, M. and oth., J. Antimicrob. Chemother. 1983: 12: 451 - 458.*
28. *Marmi, S. and oth., Antimicrob. Agents Chemotherapy 1980: 18: 382 - 385.*
29. *Sykes, B.B., Buch K., N. York Acad. Press 1982: 155 - 207.*

30. *Uchiyama, N. and oth., J. Pediat. 1980: 97: 421 - 424.*
31. *Neu., H.C., Am. J. Med. 1984: 77: 11 - 24.*
32. *Decade of Discovery, Advances in Cancer Research 1971 - 1981, p. 36.*
33. *Έθν. Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, Β - 16. Δημόσια υγεία 1976 - 1978.*
34. *Μερίκας Γ., Το πρόβλημα της υγείας στην Ελλάδα, Πρακτ. Ακαδημίας Αθηνών 54: 1980: 206 - 238.*
35. *Hammond, E.C., Nat. Cancer 1957: 10: 1300 - 1323.*
36. *Kundson, A.G., Overview: Toward the understanding and control of cancer. (In: Fraumeni, J. Persons at high risk of cancer, 1975), 503 - 515.*
37. *Miller, R.W., Overview. Host factors. In Fraumeni: Persons at high risk of cancer, 1975: 121 - 13.*
38. *Krishnan, E.C. and oth., Humoral immune response in breast carcinoma patients. Prevention and detection of cancer Ed. by H.E. Niebergs. Vol. I: 449 - 459.*
39. *Mourali, N. and oth., Fulminating breast cancer: clinical features. (Ed. by H.E. Niebergs. Vol. I, 545 - 555: Prevention and detection of cancer).*
40. *Farnsworth, W.E., J.R. Brown, Heightened androgen affinity of human prostatic cancer. Prevention and detection of cancer. Ed. by H.E. Niebergs, Vol. I: 645 - 659.*
41. *Bruce, N. Gray and El. Watkins, Med. Clin. N. Amer.: March 1975: 327 - 339.*
42. *Knudson, A.G. and Strong, L.C., J. Natl. Cancer Inst. 1972: 48: 313 - 324.*
43. *Rowley, J.D., Nature (Lond.) 1973: 243: 290 - 293.*
44. *Grace, E. and oth., J. Med. Genet. 1971: 8: 351 - 357.*
45. *Kitchin, F.D. and Ellsworth, R.M., J. Med. Genet. 1974: II: 244 - 246.*
46. *Miller, R.W., Ann. N.Y. Acad. Sci. 1972: 53: 203 - 218.*
47. *Schellas, H.F., Obstetr. Gynecol. 1974: 44: 298 - 309.*
48. *Mulvihill, J.J. and oth., Lancet 1975: I: 863.*
49. *Kersey, J.H. and B.O. Spector, Immune deficiency diseases. In: Fraumeni: Persons at high risk of cancer, 1975: 55 - 69.*
50. *Hederson, B.E. and oth., Sexual factors and pregnancy, In: Persons at high risk of cancer, p. 267 - 285.*
51. *Band, P., Lancet 1984: II: 843 - 845.*

- 51a. *Br. Mac Mahon*, In: *Persons at high risk of cancer*. Ed. by J.F. Fraumeni, 1975.
52. *Selikoff, I.J. and Hammond E.C.*, *Fraumeni J.* p. 467 - 468.
53. *Heath, W. Clark and oth.*, *Fraumeni, J.* p. 241 - 267.
54. *Rathman, K.J.*, *Fraumeni J.* p. 139 - 148.
55. *Hammond E.*, In: *Persons at high risk of cancer*. Ed. *Fraumeni J.* p. 131 - 138.
56. *Jallon, S.*, *Radiation*, p. 151 - 165.
57. *Emmett, E.A.*, *C.R.C. Crit. Rev. Toxic* 1973: 2: 111 - 255.
58. *Berg, J.D.*, *Fraumeni J.* p. 201 - 225.
59. *Hoover, R. and Fraumeni J. F: Jr.* *Fraumeni J.* p. 185 - 201.
60. *Cole, P. and Goldman, M.B.*, *Fraumeni J.* p. 167 - 185.
61. *Malcolm, C.P. and oth.*, *Fraumeni J.* p. 225 - 241.
62. *Heath, C.W. and oth.*, *Viruses and other microbes* (1975).
63. *Shimkin, M.B.*, *Overview (Preventive Oncology)*.
64. *Editorial: More about human oncogenes. Lancet* 2: 1138, 1922.
65. *Bishop, J.M.*, *Oncogens. Sci. Am.* 1982: 246: 80 - 93.
- 65a. *Spandidos, D.A. and N.M. Wilkie*, *Nature* 1984: 310: 469 - 475.
66. *Niederman, J.C. et al.*, *N. Engl. J. Med. Med.* 1976: 294: 1355 - 1358.
67. *Shafritz, D.A. and oth.*, *N. Engl. J. Med.* 1981: 305: 1067 - 1073.
68. *Luk, G.D., Baylin, S.B.*, *N. Engl. J. Med.* 1984: 311: 80 - 83.
69. *Sherlock, P. N.*, *Engl. J. Med.* 1984: 311: 118 - 119.
70. *Draper, G.J.*, *Health Trends* 1982: 14: 3740.
71. *Sherlock, P. and oth.*, *Am. J. Med.* 1980: 68: 917 - 930.
72. *Zeng, V. and oth.*, *Int. J. Cancer* 1982: 29: 139 - 141.
73. *Zeng, V. and oth.*, *Chinese Med. J.* 1984: 97: 155 - 157.
74. *Lancet* 1984: II: 20 - 22.
75. *Verbeck, A.L.M. and oth.*, *Lancet* 1984: I: 1222 - 1224.
76. *Lancet* 1984: I: 1217 - 1218.
77. *Br. Mac Mahon*, In: *Fraumeni J.F.*, p. 285 - 290.
78. *Shimkin, M.B.*, In: *Fraumeni, J.F.*, p. 435 - 451.
79. *Tunstal Pedoe H.*, 1979 *Atheroma. M.*
80. *Department of health and social security and office of population Censuses and surveys* 1980. *Hospital in patient enquiry Main Table Series M.B. No. 10. Her Majesty's stationers office, London.*

81. *Walfard, R.I., London W.W. Norton 1983.*
82. *Terry, R.D., Katzman, R., Ann. Neurol. 1983: 14: 497 - 506.*
83. *Hill, J.D. and oth., Lancet I: 837 - 841.*
84. *Pandridge, J.F., Gedles, J.S., Lancet 2: 271 - 273.*
85. *Laffel, G.L., E. Braunwald Washington, N. Eng. J. Med. 1984: 311: 770 - 776.*
86. *Seltero I. and oth., Stroke 1978: 9: 549 - 558.*
87. *National center for health statistics: Advance report of final mortality statistics. 1979. NCHS Monthly vital statistics. Report. 1982: 31 - 29.*
88. *Gvillum, R.F. and oth., AM. J. of Med. 1984: 76: 1055 - 1065.*
89. *Lancet 1983: 1195 - 1196.*
90. *Havlik, R.J., Freinleib, M., (eds) 1979, Proceeding of the conference on the decline in coronary heart disease mortality. U.S. Dept. of health education and Welfare. N.I.H. 79: 1610. Washington.*
91. *Constantinidis, P., Ultrastural pathobiology Elsevier, 1984. Amsterdam.*
92. *Mitchell, J.R.A. 1980, Br. M. J. 1980: 280: 1127 - 1130.*
93. *Oliver, M., Lancet 1983: II: 37 - 38.*
94. *Pooling Project Research Group 1978, J. of Chr. Dis. 31: 201 - 306.*
95. *Rabkin, S.W., Stroke 1978: 9: 319 - 327.*
96. *Duncan, G.W. and oth., Stroke 1977: 8: 665 - 669.*
97. *Texon, M., Med. Cl. N. Am. 1974: 5: 257 - 268.*
98. *99. Veterans administration cooperative study groups on antihypertensive agents. Effects of treatment on morbidity in hypertension: I JAMA 1967: 202: 1028 - 1034. II JAMA 1970: 213 - 1143.*
100. *Rogers R. and oth., JAMA 1982: 250: 2796 - 2800.*
101. *Shurtleft, D. 1974, Framingham Study 15 Year follow up. DHEW No. (N.H.) 574 - 599.*
102. *Reid, R.D. and oth., Lancet 1976: 979 - 984.*
103. *Hammond, E.C. and D. Horn, JAMA 1984: 251 : 2840.*
104. *Rosenberg, L. and oth., JAMA 1983: 250: 2801 - 2806.*
105. *Slone, D. and oth., N. Eng. J. Med. 1978: 298: 1273 - 1276.*
106. *Lancet 1984: I: 317 - 318.*
107. *108. JAMA 1984: 251: 351 - 364. JAMA 1984: 251: 365 - 374.*
109. *Nikkild, E.A. and oth., B.M.J. 1984: 289: 220 - 223.*
110. *Keys A. (ed) 1970, Circulation 41 - 42: I: 211.*

111. *Keys A. (1980), Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass.*
112. *Morris, J.N. and oth., Lancet I: 334 - 339.*
113. *Marmot, M.G. and oth., B. Med. J. 1978: 2: 1109 - 1112.*
114. *Palfenbarger, R.S. and oth., JAMA 1984: 252: 491 - 495.*
115. *Goldberg, L. and oth., JAMA 1984: 252: 504 - 506.*
116. *Fuller, J.H. and oth., Lancet 1980: I: 1373 - 1376.*
117. *Larson, B. and oth., B.M.J. 288: 1401 - 1405.*
118. *Roseman, R. and oth., JAMA: 195: 86 - 92.*
119. *Graboyes, T.B., N. Eng. Med. 1984: 311: 594 - 595.*
120. *Rabkin, S.W. and oth., AM. J. Cardiol. 1977: 39: 452 - 458.*
121. *Hubert, H.B. and oth., Circulation 1983: 67: 968 - 977.*
122. *Kallio, V. and oth., Lancet 1979: II: 1092 - 1094.*
123. *Fries, J.F., N. Eng. J. Med. 1980: 303: 130 - 138.*
124. *Schneider, E.I., J.A. Brody, N. Engl. J. Med. 1983: 309: 854 - 855.*
125. *Dublin, I. and oth., The Roland Press, Co., N. York.*
126. *National center for health statistics. Health in the U.S. 1978.*
127. *Somers, N. Engl. J. Med. 1982: 307: 221 - 226.*
128. *Cillik, M.R., N. Engl. J. Med. 1984: 310: 190 - 193.*
129. *Lowman, C., T. Kirscher, J. Vis. impairment ill blindness, 1979: 70: 69 - 73.*
130. *Walfard, R.I., Maximum life Span. London, Norton, 1983.*
131. *Terry, R.D., R. Katzman, Ann. Neurol. 1983: 14: 497 - 506.*
132. *Weale, R.A., Ophthalmology 1983: 90: 420 - 423.*
133. *Swash, M. In: Thomas Smith W., Cavanagh J.B. eds. Recent advances in neuropathology. Edinburg. Churchill. Livingstone, 1982.— Walker, W.J., N. Engl. J. Med. 1977: 297: 163 - 165.— Stern, M.P., Ann. Int. Med. 1979: 41: 630 - 640.*
134. *Lifespan: Encyclopedia Britanica. Chicago. Vol. 18. Will. Benton: 1069 - 1098.*
135. *Population characteristics of the U.S. Supplementary reports 1980 census of population. Bureau of the Census, 1983.*
136. *Sacher. Biological prospects for life extension.*
137. *Hamond, E.C. and oth., Circulation 1971: 43: 31 - 39.*
138. *Hopkins, A., Lancet 1984: I: 1393 - 1396.*
139. *Hypertension and hypertensive heart disease in adults. Publication 1000,*

Series 11, No. 13 Washington DC. Department of health education and Welfare, 1966.

140. *Pickering, G.W., High blood pressure, 2nd Ed. 1968, p. 229. J. and A. Churchill, London.*
141. *Kannel, W., JAMA 214: 301, 1970.*
- 141a. *Kannel, B.W. and Th. R. Dawber, in: Hypertension: Mechanisms and management. Ed. G. Onesti and oth. N. York, 1973.*
142. *Paul, O., Br. Heart J. 33 (Suppl.): 116, 1971.*
143. *Bannan, L.T. and oth., B.M.J. 1980: 281 - 921.*
144. *Lancet 1983: I: 457. Guidelines for the treatment of mild hypertension. Memorandum from WHO/I.S.H. Meeting.*
145. *Toth, P.J. and R.I. Horwitz, Am. J. Med. 1983: 75: 482 - 488.*
146. *C. Venkata S. Ram, Med. Cl. N. Amer. March 1984: 469 - 477.*
147. *Grim, R.H., Med. Cl. N. Amer. March 1984: 477 - 491.*
148. *Ed. Lancet 1984: I: 941 - 942.*
149. *Lancet 1984: I: 1056.*
150. *Management committee of the Australian National blood pressure study. Prognostic factors in the treatment of mild hypertension. Circulation 1984: 69: 668 - 675.*
151. *Stamler, R. and oth., JAMA 1976: 235: 22 - 29.*
152. *National High Blood Pressure Program, Bethesda, National Inst. of Health, 1978.*
153. *Lancet 1984: I: 257 - 259.*
154. *Pope John Paul II-Address JAMA 1984: 251: 1037 - 1038.*
155. *Wetheval, D.J., Old, J.M., Mol. Biol. Med. 1983: I: 151 - 155.*
156. *Gianelli, F. and oth., Lancet 1984: I: 239 - 242.*
157. *Peake, R. and oth., Lancet 1984: I: 242 - 244.*
158. *Nature: 1983: 306: 234 - 238.*
159. *Arch. Int. Med. 1984: 144: 243 - 247.*
160. *Simmons, K., Med. News JAMA 1984: 251: 3061 - 3063.*
161. *Prockop, D.J., K.K.O. Kivirikko, N. Engl. J. Med. 1984: 311: 376 - 386.*
162. *Ζακόπουλος 'Αθ., Σύγχρονη βιολογία και ήθική. 'Αθήνα 1983.*
163. *Assignment children 55/56, 1981, Unicef. Breast feeding and health.*
164. *Active and passive immunization 1980.*

165. *Lancet* 1984: I: 939 - 941. *Prevention of perinatally transmitted hepatitis B infection.*
166. *Powles, J., D.R.R. Williams, In: Recent advances. Community Medicine. Ed. A. Smith 1982: 63 - 67.*
167. *Hugh Tunstall Pedge, Coronary heart disease prevention. In: Recent advances. Community Medicine Ed. A. Smith, 1982: 95 - 110.*
168. *Young, E.A., Med. Cl. N. Am. 1983: 67: 295 - 315.*
169. *Sidney, St. and J.W. Faron H A P, Am. J. Med. 1983: 75: 494 - 508. W.C. Willet and B.M. Mahon, Diet and cancers. An overview. (I) N. Engl. J. Med. 1984: 310: 633 - 639. (II) N. Engl. J. Med. 1984: 310: 697 - 704.*
170. *Doll, R., R. Peto, J.N.C.I. 1981: 308: 66 - 191.*
171. 172. *Willet, W.C. and B.M. Mahon, (I) N. Engl. J. Med. 1989: 310: 633 - 639. (II) N. Engl. J. Med. 1984: 310: 697 - 704.*
173. *Mac Mahon B., Jpn. J. Public health 1964: 11: 193 - 209.*
174. Κούτρας Δ.
175. *Journal of Dental Research Nov. 1982, Special issue. Symposium.*
176. *Barmes, D.F., An international perspective journal of Canadian Dental Association No. 12, 1979.*
177. Κούτρας Δ., Προσωπική ανακοίνωση. Συνεχιζόμενη επιδημιολογική έρευνα για την ιδιοσπενία.
178. *Kattamis, Chr., Pediatriciam 1982: 11: 121 - 135.*
179. *Lancet* 1983: II: 1227 - 1229.
180. *Mac Govern, Congr. Européen sur la responsabilité individuelle et sociale dans la prévention. Athènes 8 - 9 November 1980.*
181. *Abelson, P.H., Science 1978: 200 - 845.*
182. *Spiro, H.R., Prevention: Psychiatry: Primary, secondary and tertiary. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Kaplan, H. and oth. Wilkinson 1980.*
183. *Christodoulou, G.N., Preface. Aspects of preventive Psychiatry. S. Karger, N. York.*
184. *Wender, P.H., In. Aspects of preventive Psychiatry. Ed: Christodoulou, G.N. Bibliotheca Psychiatrica. Karger, S. N. York, p. 7 - 14.*
185. *Schou Mogens, In: Bibliotheca Psychiatrica. Karger's N. York, p. 30 - 37.*
186. *Böker, F., In: Bibliotheca Psychiatrica. Karger's N. York, 62 - 67.*

187. *Nemiah, J.C., In: Bibliotheca Psychiatrica. Karger's N. York, 62 - 67.*
188. *Rabavilas, A.D. and Scarpalezos, S, In: Bibliotheca Psychiatrica. Karger's. N. York, 73 - 77.*
189. *Lyketsos, G.C., Biblioth. Psychiatrica 160: 105 - 9 (1981).*
190. *Kolvin, J. and oth., B.J. Psychiatry 1977: 131: 129 - 206.*
191. *Papathophilou, R. and oth. Aspects of Preventive Psychiatry. Biblioth. Psychiatrica N° 160 (S. Karger).*
192. *Nemiah, J.C., Aspects of Preventive Psychiatry, Biblioth. Psychiatrica. N° 160 (S. Karger).*
193. *Trunkay, D.D., Scientific American 1983: 249: 20 - 27.*
194. *Walford, R.I., London, W.W. Norton, 1983.*
195. *Road research laboratory (1963), London, H.M.S.O.*
196. *Bull, J.P., Injury 1978: 10: 10 - 13.*
197. *Doege, T.C. and P.S. Levy, Am. J. Epidem. 1976: 103: 326.*
198. *Br. M.J. 1984: 288: 662 - 663.*
199. *Br. Med. J. 1984: 288: 738 - 739.*
200. *JAMA 1984: 251: 1645 - 1647.*
201. *Nightingale, E.C., Inst. of Medicine Publ. 78: 001 N.Ac. Sc., Washington 1978.*
202. *Foldvary, L.A. and J.C. Lane, Med. J. Aust. 1972: 1: 1054.*
203. *Nicholi, A.M., World health forum 1984: 5: 138 - 144.*
204. *Moser, M.R.H., N. Engl. J. Med. 1956: 255: 606 - 614.*
- 204a. *Venulet, J. and oth., B.M.J. 1982: 284: 252 - 254.*
205. *Seidl et al., Bull J. Hopk. Hosp. 1966: 119: 299 - 315.*
206. *Tvunet, P. and oth., JAMA 1980: 244: 2617 - 2620.*
207. *Ogilvie, R.I., Renedy, J. Can. Med. Assoc. J. 1967: 97: 1450 - 1457.*
208. *Pike, M.C. and oth., Lancet 1983: II: 926 - 930.*
209. *Paffenbarger, R.S. and oth. Cancer 1977: 39: 1887 - 1891.*
210. *Vessey, M.P., Lancet 1983: II: 930 - 934.*
211. *Wahl, P. and oth., N. Engl. J. Med. 1983: 308: 862 - 867.*
212. *Lancet 1977: I: 624.*
213. *Miettinen, O.S., Am. J. Epidem. 1974: 99: 325 - 332.*
214. *Gregan. E.T. and oth., Arch. Environ Health 1974: 28: 28 - 30.*
215. *Stenback, F., Acta Pathol. Microbiol. Scand. 1969: 77: 325 - 326.*

216. *Lowenfels, A.B., P.V. State J. Med.* 1974: 74: 56 - 59.
217. *Doll Richard and oth., B.M.J.* April 5, 1980: 967 - 970.
218. Κίτσου - Τζέλη Σοφία, Κάπνισμα στην έγκυμοσύνη. 'Επίδρασις στο έμβρυο και στο παιδί.
219. *Stam. W.E., Am. J. Med.* 15 May 1984: 148 - 154.
220. *Nuclear war. JAMA* 1984: Aug. 3 p. 637.
221. Μανιάτης Γ., 'Η προσφορά της σύγχρονης βιολογίας στην 'Ιατρική, 'Αρχ. 'Ελλ. 'Ιατρική 1984: 1: 138 - 146.
222. *Mac Kusick, JAMA* 1984: 252: 1041.
223. *Lancet* 1984: I: 327 - 328.
224. *Brook, D.J.H., Lancet* 1984: I: 1292.
225. *Omeny, G.S., Science* 1978: 200: 952 - 958.
226. *Wynen, A.W., JAMA* 1984: 251: 1037 - 1038.
227. *Procker, D.J. and K.I. Kivirikko, N. Engl. J. Med.* 1984: 311: 376 - 386.
228. *Droper, G.J., Health Trends* 1982: 14: 37 - 40.
229. *Verbecl, A.L.M. and oth., Lancet* 1984: I: 1222 - 1224.
230. *Lancet* 1984: II: 1217 - 1218.
231. *Zeng, V. and oth., Int. J. Cancer* 1982: 29: 139 - 141.
232. *Zeng, V. and oth., Chinese Med. J.* 1984: 97: 155 - 157.
233. *Lancet* 1984: II: 20 - 22.
234. *Hammond, E.C., J.F. Fraumeni, p. 131 - 138.*
235. *Robertson, J.S., J.F. Fraumeni, p. 111 - 125.*
236. *Halfdan Mahler, World health forum* 1984: 5, No. 2, 99 - 102.
237. *Miller, R.W., Ed. J.F. Fraumeni, p. 121 - 128.*
238. Μερικας, Γ., 'Η πυρηνική ενέργεια και ή ζωή μας. Πρακτ. 'Ακαδ. 'Αθηνών. 1981: 56: 43 - 67.
239. *Lancet* 1964: I: 1363 - 1364.
240. *Smith, R., Br. M.J.* 1984: 288: 1901 - 1904.
241. *Lancet* 1984: II: 502.
242. *Nicholson, K.G., Lancet* 1984: II: 503 - 506.
243. *Nicholson, K.G., Lancet* 1984: II: 617 - 682.
244. *Nicholson, K.G., Lancet* 1984: II: 677 - 6.
245. *Symposium of current status and prospects for improved and new bacterial vaccines. J.B. Robbins and J.C. Hill, eds. In J. Inf. Dis.* 1977: 136: 1.

246. Center for diseasecontrol. Morbidity and mortality. Weekly report (Public health service) 27: I: 1978.
247. J.B. Baseman, J. Inf. Dis. 1977: 136: 308.
248. Mortimer, E.A., Science 1978: 200: 902 - 907.
249. Fields, B.N. and Greene, M.I., Nature 1982: 300: 19 - 23.
Anonymous, Nature 1983: 302: 490 - 495.
250. McAleer, W.J. and oth., Nature 1984: 307: 178 - 180.
251. Smith, G.L. and oth., Nature 1983: 302: 490 - 495.
252. Scolnick, E.M. and oth., JAMA 1984: 251: 2812 - 2815.
253. Leads from the M.M.W.R., JAMA 1984: 251: 3210 - 3215.
254. Menser, M.A. and oth., Lancet 1984: I: 1059 - 1061.
255. Evans, A.S., Communicable and infectious diseases. F.H. Top and P.F. Wehrle. Eds. Mosby, St. Louis, ed. 7 (1972), p. 511.
256. Neu, H.S., Ann. J. Med. 1984: May 15: 240 - 243.
257. Spandidos, D.A., I.B. Kerr, Br. J. Cancer 1984: 49: 681 - 688.
258. Romandanis, G. and oth., Anticancer Research 1982: 2: 213 - 218.
260. Perry, P., Evans, H., Nature 1975: 258: 121 - 125.
261. Vijayalaxmi, Evans, H.J., Mutation Res 125: 87 - 94.
262. Lancet 1984: 261 - 262.
263. Lancet 1984: II: 835.
264. Sacher, G.A., Biological prospects of life extension. Leon Hayflick.
- 264a. Ryan, A.J., Sports medicine today, Science 1978: 200: 919 - 926.
265. Williams, M.E., Ann. Int. Med. 1984: 76: 1049 - 1054.
266. Weale, R.A., Lancet 1984: I: 1008 - 1009.
267. Kane, R.L. and R.A. Kane, Science 1978: 200: 913 - 919.
268. Ματσανιώτης Ν., 'Εμεῖς καὶ τὸ παιδί μας. Ἀθήνα 1983.
- 268a. Lancet 1983: II: 1351 - 1356.
269. Marr, J., Morris, J.N., Lancet 1982: 217 - 218.
270. Rose, G., Br. M.J. 1981: 282: 1897 - 1851.
271. Wahlgvist, M. and B. Isaksson, Lancet 1983: II: 1295 - 1297.
272. Lancet 1983: II: 166.
273. Barchas, J.D. and oth., Science 1978: 200: 964 - 973.
274. Berger, Science 1978: 200: 974 - 981.
275. Culliton, B.J., Science 1978: 200: 883 - 885.
276. Walsh, J., Science 1978: 200: 886 - 887.
277. Lancet 1984: II: 77 - 78.

- 277a. *Somers, A.R., N. Engl. J. Med. 1984: 311: 853 - 856.*
- 277b. *Aron, H.J., Schwartz, W.B., The painful prescription: rationing hospital care. Brooking's Instit. 1984. Washington D.C.*
278. *Owen, D., Lancet 1984: II: 30 - 31. Eskin, F., Continuing education. In: Recent advances in community medicine. Ed: A. Smith.*
279. *Μερίκας, Γ., Πώς είδα την εξέλιξη της Ίατρικῆς κατὰ τὰ πενήντα χρόνια τῆς Ίατρικῆς μου ζωῆς, Πρακτικά Ἀκαδημίας Ἀθηνῶν 1984, 58, 517 - 542.*
280. *Eskin, F., Continuing education. In: Recent advances in community medicine. Ed.: A. Smith, p. 37 - 51.*
281. *Continuing education of physicians 1980. J. of Med. Ed. 55 - 515.*
282. *Passmore, R., Lancet 1979: II: 1005 - 1008.*
283. *Br. M.J. 1984: 288: 1182.*
283. *Saward, E., A. Sovenzen, Science 1978: 200: 889 - 894.*