



Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

**[ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΟΙΝΟΥ
για τους καρδιομεταβολικούς
παράγοντες κινδύνου**

παχυσαρκία

Παχυσαρκία είναι η παθολογικά αυξημένη εναπόθεση λίπους στο ανθρώπινο σώμα. Αυτή η αύξηση της ποσότητας του σωματικού λίπους, συνεπάγεται βέβαια και αύξηση του σωματικού βάρους. Η παχυσαρκία σήμερα αποτελεί ένα από τα σπουδαιότερα διατροφικά προβλήματα για τις προηγμένες κοινωνίες. Η εξάπλωση της παχυσαρκίας δεν εξαρτάται μόνο από την ποσότητα της τροφής που καταναλώνουμε, αλλά κυρίως από την ποιότητα και τον τρόπο ζωής μας.

Η αφθονία αγαθών, ο υπερκαταναλωτισμός και η καθιστική ζωή, σε συνδυασμό με το άγχος και τις ευκολίες στη διαβίωση που προσφέρει η τεχνολογία, αυξάνουν τον αριθμό των παχύσαρκων ατόμων. Πρόκειται για μία σοβαρή απειλή για την υγεία. Για τους παχύσαρκους, η ποιότητα ζωής είναι σαφώς μειωμένη αλλιώς και συντομότερη, αφού εμφανίζουν συχνότερα πολλαπλά και σημαντικές επιπλοκές υγείας, συγκρινόμενοι με άτομα φυσιολογικού βάρους.

Έχει αποδειχθεί ότι η παχυσαρκία, αυξάνει τον κίνδυνο για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσο, χοληλιθίαση, οστεοαρθρίτιδα, καρκίνο ενδομητρίου, καρκίνο μαστού, καρκίνο παχέος εντέρου. Κι ενώ σε προϊστορικές εποχές μπορεί να έπαιζε το ρόλο μιας αποθήκης λίπους και να εξασφάλιζε την επιβίωση σε περιόδους λιμού, το μόνο που εξασφαλίζει σήμερα είναι η μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης του παχύσαρκου ατόμου.

Σύμφωνα με τις μετρήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), τα τελευταία 15 χρόνια διπλασιάστηκε ο αριθμός των παιδιών που χαρακτηρίζονται παχύσαρκα στις ΗΠΑ, ενώ το ποσοστό των παχύσαρκων ενηλίκων στην ίδια χώρα αυξήθηκε κατά 30%. Στην Ελλάδα, περισσότεροι του 20% των παιδιών ηλικίας 7 έως 11 ετών είναι υπέρβαρα ή/και παχύσαρκα. Από αυτά μάλιστα τα παιδιά 4 στα 10 έχουν τουλάχιστον ένα γονιό παχύσαρκο, ενώ η μεγάλη πλειοψηφία έχουν και τους δύο. Δυστυχώς και εδώ «αμαρτίες γονέων παιδεύουσι τέκνα». Ειδικότερα στοιχεία από τη Βόρεια Ελλάδα έδειξαν ότι η παχυσαρκία είναι συχνότερη στα παιδιά σε σχέση με τους εφήβους.

Ο INKA αναφέρει σε έκθεσή του ότι **«Τρέφουμε τα πιο αμόρφωτα, αγύμναστα και παχύσαρκα (ή υπέρβαρα) παιδιά»**. Είναι σίγουρα μια ακραία και σοκαριστική άποψη, αλλιώς δυστυχώς τα τελευταία στοιχεία αποδεικνύουν τουλάχιστον τα δύο τελευταία χαρακτηριστικά, αφού τα παιδιά στη χώρα μας ασκούνται όλο και λιγότερο και τρέφονται ολοένα και με χειρότερο τρόπο.

αίτια της παχυσαρκίας

Οι αιτίες πρόκλησης της παχυσαρκίας μπορεί να διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Γενετικοί, περιβαλλοντικοί, ψυχολογικοί, και άλλοι παράγοντες μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία της.

γενετικοί παράγοντες

Η παχυσαρκία φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από γενετικούς παράγοντες. Ωστόσο, το γεγονός ότι τα μέλη μιας οικογένειας μοιράζονται κατά κανόνα κοινό τρόπο ζωής και άρα διατροφικών συνηθειών καθιστά δύσκολη την αναγνώριση του βαθμού επίδρασης των γενετικών παραγόντων.

περιβαλλοντικοί παράγοντες

Πέρα από τους γενετικούς παράγοντες, καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη παχυσαρκίας φαίνεται να έχουν και διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας αλλά και οι προσωπικές επιλογές τροφών, αριθμού γευμάτων κτλ επηρεάζουν το βάρος του ατόμου.



Για παράδειγμα οι έλληνες κατά τα τελευταία χρόνια δείχνουν μια μεγάλη στροφή προς τροφές με πολλή συντηρητικά και λίπος, όπως για παράδειγμα το «γρήγορο φαγητό» (fast-food) σε αντίθεση με τους έλληνες προηγούμενων γενεών που προτιμούσαν την ευρέως πια διαδεδομένη «μεσογειακή διατροφή» του ελαιόλαδου, των λαχανικών και των φρούτων.

ψυχολογικοί παράγοντες

Οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν επίσης να επηρεάσουν τις συνήθειες κατανάλωσης τροφής. Πολλοί άνθρωποι τρώνε αντιδραστικά στα αρνητικά συναισθήματα: στο άγχος, στη λήψη, στο θυμό. Πρόσφατη έρευνα αποκάλυψε πως το 70% των ανθρώπων, όταν αγχώνεται, καταφεύγει στο ψυγείο.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ο προσδιορισμός της παχυσαρκίας γίνεται μέσω του Δείκτη Μάζας Σώματος, ο οποίος προκύπτει αν διαιρέσουμε το σωματικό βάρος (σε κιλά) με το τετράγωνο του ύψους (σε μέτρα).

Δείκτης Μάζας Σώματος = Σωματικό Βάρος (σε κιλά) / Ύψος² (σε μέτρα)

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει την κατηγοριοποίηση με βάση το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ):

Αν ο ΔΜΣ είναι:	Το άτομο είναι:
Μικρότερος από 18,5	Αδύνατο
Από 18,5 έως 25	Φυσιολογικού βάρους
Από 25 έως 30	Υπέρβαρο
Από 30 έως 35	Ήπια παχύσαρκο
Από 35 έως 40	Μέτρια παχύσαρκο
Μεγαλύτερος του 40	Σοβαρά παχύσαρκο



Κύριος στόχος της θεραπευτικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας παραμένει η απώλεια βάρους, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μόνο με τη δημιουργία αρνητικού ισοζυγίου ενέργειας, με τη μείωση του ποσού της προσλαμβανόμενης τροφής σε 500-1000 Kcalς λιγότερο από τις ημερήσιες ανάγκες. Η απώλεια σωματικού βάρους έστω και 5-10% μπορεί να μειώσει σημαντικά τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.

Παράλληλα θα πρέπει να αυξάνεται η σωματική άσκηση. Η συστηματική άσκηση οδηγεί σε κατανάλωση ενεργειακών αποθεμάτων του οργανισμού και έτσι, σε συνδυασμό με την κατάλληλη διαίτα, σε μείωση του σωματικού βάρους. Ο συνδυασμός της διαίτας με τη φυσική δραστηριότητα είναι σημαντικός για τον εξής λόγο:

Η μείωση του σωματικού βάρους με τη διαίτα οφείλεται σε απώλεια τόσο λίπους, όσο και μυϊκής μάζας. Αντίθετα με την άσκηση διατηρείται η μυϊκή μάζα, ενώ χάνεται περισσότερο ποσοστό λίπους. Όσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό της άλιπης μάζας στο σώμα, τόσο μεγαλύτερος είναι και ο βασικός μεταβολισμός. Δηλαδή πολλή απλή, 'καίμε' περισσότερες θερμίδες. Τέλος με τη συστηματική άσκηση βελτιώνεται η ικανότητα για σωματικό έργο του παχύσαρκου ατόμου, ενώ μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών επιπλοκών.

Η σωματική άσκηση έχει και άλλες ευνοϊκές επιπτώσεις στον οργανισμό μας. Αυξάνει την αιμάτωση των γυμναζόμενων μυών και της καρδιάς, κατεβάζει την πίεση (λόγω της διαστολής των αγγείων που προκαλεί), ελαττώνει την οστεοπόρωση (ιδίως στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση), μειώνει την πιθανότητα εμφράγματος (με την ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας), μειώνει την LDL (κακή χοληστερίνη) στο αίμα και αυξάνει την HDL (καλή χοληστερίνη), προκαλεί αίσθημα ευφορίας (ανεβάζοντας το επίπεδο ενδορφινών του εγκεφάλου).

Τα παιδιά και οι έφηβοι πρέπει να κινούνται και να αθλούνται, όχι μόνο για τον έλεγχο του βάρους αλλά και για την υγεία τους γενικότερα. Σωστή δραστηριότητα είναι αυτή που προσφέρει ευχαρίστηση στο παιδί και δεν γίνεται με καταναγκαστικό τρόπο. Είναι άσκοπο να προτρέπουμε τα παχύσαρκα παιδιά να αθλούνται σε εξειδικευμένα αθλήματα.

Η φαρμακευτική αγωγή της παχυσαρκίας θα πρέπει να αποτελεί το δεύτερο βήμα για την αντιμετώπισή της. Θα πρέπει δε να διευκρινιστεί, ότι η χρήση φαρμάκων κατά της παχυσαρκίας δεν απαλλάσσει το παχύσαρκο άτομο από την ανάγκη να υποβληθεί σε δίαιτα και σωματική άσκηση. Απλά βοηθάει περισσότερο στην απώλεια βάρους αλλά και στην αποφυγή υποτροπής.

Τρίτο και τελευταίο βήμα στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας αποτελεί η χειρουργική αντιμετώπιση. Κάθε χειρουργική πράξη απαιτεί μια σοβαρή απόφαση. Οι υποψήφιοι για χειρουργείο είναι οι άνθρωποι οι οποίοι έχουν ένα δείκτη μάζας σώματος (BMI) 40 ή μεγαλύτερο ή ένα BMI μεταξύ 35 και 40 αλλά παρουσιάζουν 1 ή περισσότερα από τα παρακάτω προβλήματα υγείας:

- Διαβήτη
- Αρτηριακή υπέρταση
- Καρδιολογικά προβλήματα
- Άπνοιες του ύπνου (Sleep apnea)
- Προβλήματα του σκελετικού συστήματος και κυρίως των αρθρώσεων
- Επίσης οι άνθρωποι οι οποίοι δοκίμασαν και απέτυχαν να χάσουν βάρος με διάφορες δίαιτες, ασκήσεις ή φαρμακευτική αγωγή.



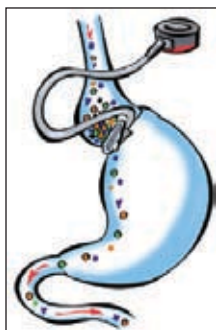
Πώς λειτουργεί το χειρουργείο; Δηλαδή ποίός είναι ο μηχανισμός απώλειας βάρους;



Με το δακτύλιο, δηλαδή με την περιοριστική μέθοδο, ο ασθενής αδυνατίζει τρώγοντας λιγότερο, διότι ο δακτύλιος περιορίζει την χωρητικότητα του στομάχου με αποτέλεσμα να επέρχεται κορεσμός με πολύ μικρότερη ποσότητα τροφής.

Στις χειρουργικές επεμβάσεις οι οποίες συνδυάζουν περιοριστικό και δυσαπορροφητικό μηχανισμό (Γαστρικό by-pass, κάθετη μερική γαστρεκτομή / sleeve gastrectomy) ο ασθενής τροποποιεί το είδος του φαγητού το οποίο επιθυμεί διότι οτιδήποτε περιέχει ζάχαρη δεν είναι πολύ καλά ανεκτό (σύνδρομο dumping), ο ασθενής απορροφά λιγότερες θερμίδες διότι οι τροφές παρακάμπτονται σε ένα μέρος του πεπτικού σωλήνα και μειώνουν τη θερμιδική προσφορά στον οργανισμό.

Ο μόνος σίγουρος τρόπος για να χάσει κάποιος βάρος και να το διατηρήσει δεν είναι τόσο το είδος της χειρουργικής θεραπείας όσο η ύπαρξη της ομάδας στήριξης, η οποία αποτελείται από τον ειδικό γιατρό για την παχυσαρκία (ενδοκρινολόγο, γαστρεντερολόγο ή παθολόγο), τον εξειδικευμένο χειρουργό, τον διαιτολόγο, τον ειδικό ψυχολόγο, τους εθελοντές και γενικότερα η συνολική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, στην οποία η χειρουργική θεραπεία αποτελεί μικρό μόνο μέρος στην τελική επιτυχία.



Δακτύλιος



Γαστρικό Bypass



Κάθετη μερική γαστρεκτομή

σακχαρώδης διαβήτης

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί μια αρκετά συχνή νόσο που αυξάνεται με γρήγορους ρυθμούς. Είναι ένα νόσημα που χαρακτηρίζεται από αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα (αυξημένο «σάκχαρο») αλληλά χαρακτηρίζεται από αρκετές διαταραχές στον φυσιολογικό μεταβολισμό που έχουν ως αιτία την ανεπαρκή δράση της ινσουλίνης (που οφείλεται είτε στην έλλειψη της είτε στην αδυναμία δράσης της φαινόμενο γνωστό ως αντίσταση στην δράση της ινσουλίνης).

Στα αρχικά στάδια της νόσου δεν υπάρχουν συμπτώματα γεγονός που καθιστά την διάγνωση δύσκολη και δυνατή μόνο μέσα από την διαδικασία προληπτικού ελέγχου. Τα συμπτώματα εμφανίζονται αργότερα, όταν τα επίπεδα της γλυκόζης υπερβούν το 200mg% οπότε και εμφανίζεται απώλεια γλυκόζης στα ούρα οδηγώντας σε πολυουρία, ξηροστομία και πολυδιψία. Παράλληλα εμφανίζονται και γενικά συμπτώματα όπως εύκολη κόπωση κλπ.

Η ύπαρξη αυξημένων τιμών σακχάρου σχετίζεται με δημιουργία βλαβών στα μικρά και στα μεγάλα αγγεία του σώματος που μακροπρόθεσμα οδηγούν σε επιπλοκές (πχ καρδιακά επεισόδια, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, περιφερική αγγειοπάθεια, βλάβη των νεφρών, προσβολή των αγγείων στα μάτια που οδηγεί σε μείωσις όρασης ακόμα και σε τύφλωση κλπ). Συχνά όταν γίνεται η διάγνωση της νόσου υπάρχουν ήδη εγκατεστημένες επιπλοκές γεγονός που υποδηλώνει καθυστερημένη διάγνωση. (από μελέτες φαίνεται ότι το διάστημα από την άνοδο του σακχάρου στο αίμα μέχρι την στιγμή της διάγνωσης φτάνει και τα 6 χρόνια). Γιαυτό τον λόγο η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου είναι πολύ σημαντική.

Ο τακτικός έλεγχος για τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα βοηθά στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Η πρόληψη όμως αφορά στην υιοθέτηση αλλαγών στον τρόπο ζωής που μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως είναι οι παχύσαρκοι και τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό. Η απώλεια σωματικού βάρους (5-7% του αρχικού σωματικού βάρους) με σωστή διατροφή και η σωματική δραστηριότητα (30 λεπτά άσκηση ημερησίως) αποτελούν τον μοναδικό τρόπο πρόληψης και αναχαίτισης της επιδημίας του διαβήτη που χαρακτηρίζει τον αιώνα μας.

Η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη γίνεται με τρεις τρόπους: Η μέτρηση του σακχάρου στο αίμα το πρωί, μετά από 8 ώρες χωρίς φαγητό, αποτελεί τον πιο εύκολο και συχνά χρησιμοποιούμενο τρόπο. Αν τα επίπεδα γλυκόζης (σακχάρου)

είναι $>126 \text{ mg\%}$ το άτομο χαρακτηρίζεται ως διαβητικό. (Πάντα πρέπει να επιβεβαιώνεται με μια 2η μέτρηση). Από 100 έως $126 \text{ mg\%}$ οι τιμές δεν είναι διαγνωστικές αληθά ούτε φυσιολογικές. (Τα άτομα αυτά ήλμε ότι έχουν διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας και ανήκουν στα άτομα με προδιαβήτη. Τα άτομα αυτά χρειάζονται άμεση εντατικοποίηση της προσπάθειας αλλαγής του τρόπου ζωής και πιο συχνή παρακολούθηση).

Η φόρτιση με γλυκόζη αποτελεί τον 2ο τρόπο διάγνωσης του διαβήτη. Το εξεταζόμενο άτομο λαμβάνει 75 γραμμάρια γλυκόζης (διαλυμένα σε επαρκή ποσότητα νερού) και εξετάζεται 2 ώρες μετά. Αν τα επίπεδα της γλυκόζης 2 ώρες μετά την λήψη της γλυκόζης είναι $>200 \text{ mg\%}$ τίθεται η διάγνωση του ΣΔ. (Πάλι χρειάζεται επιβεβαίωση με 2η εξέταση). Αν η τιμή στις 2 ώρες μετά την λήψη γλυκόζης είναι από 140 έως $200 \text{ mg\%}$ το άτομο χαρακτηρίζεται ως άτομο με διαταραγμένη ανοχή στην γλυκόζη που ανήκει και αυτό στα άτομα με προδιαβήτη.

Τέλος, εδώ και λίγο καιρό έχει προταθεί από αμερικανούς επιστήμονες της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας η διάγνωση της νόσου με την μέτρηση της HbA1c (Γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης: Αποτελεί δείκτη των μέσων επιπέδων γλυκόζης τους τελευταίους 2 με 2,5 μήνες). Η εύρεση τιμής $> 6.5\%$ θέτει την διάγνωση της νόσου.

Σημειώνεται ότι η διάγνωση δεν μπορεί να γίνει με τους μετρητές αυτοελέγχου σακχάρου που χρησιμοποιούν τα άτομα που γνωρίζουν ήδη ότι έχουν διαβήτη.

Πότε ελέγχουμε τα επίπεδα σακχάρου σε ένα ασυμπτωματικό ενήλικο;

Όταν είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος και έχει τουλάχιστον ένα ακόμα χαρακτηριστικό από αυτά που ακολουθούν:

Σωματική αδράνεια

Οικογενειακό ιστορικό (1ου βαθμού συγγενής με ΣΔ)

Αυξημένα επίπεδα πίεσης ($>140/90 \text{ mmHg}$).

Μειωμένα επίπεδα HDL κολληστερόλης ($<35 \text{ mg\%}$)

ή αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων ($>250 \text{ mg\%}$).

Ιστορικό διαβήτη κύησης (σε γυναίκες).

Ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου

Ιστορικό πολυκυστικών ωοθηκών.

Ιστορικό γέννας παιδιού με βάρος γέννησης >4.5 κιλά (στις γυναίκες).

Ιστορικό προδιαβήτη σε προηγούμενη εξέταση,

Τα άτομα αυτά ελέγχονται μια φορά τον χρόνο.

Άτομα με φυσιολογικό βάρος χωρίς κανένα από τα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν πρέπει να ελεγχθούν στα 45 τους χρόνια και αν οι τιμές είναι φυσιολογικές μετά από 3 χρόνια.

Στα παιδιά και στους εφήβους εμφανίζεται δυστυχώς ο διαβήτης τύπου 2 με αυξανόμενο ρυθμό τα τελευταία χρόνια. Σε παιδιά και εφήβους ασυμπτωματικούς ελέγχουμε το σάκχαρο αίματος κάθε 3 χρόνια τουλάχιστον όταν το παιδί ή ο έφηβος είναι υπέρβαρος (πάνω από την 85η εκατοστιαία θέση για το φύλο και την ηλικία του) και παράλληλα δυο ακόμα χαρακτηριστικών από τα πιο κάτω:

Οικογενειακό ιστορικό (1ου βαθμού συγγενής με ΣΔ)

Σημεία ύπαρξης αντίστασης στην ινσουλίνη (υπέρταση, πορφυροειδείς ωθήκες, δυσλιπιδαιμία, μελανίζουσα ακάνθωση, ή μικρό βάρος γέννησης).

Ιστορικό διαβήτη κύησης της μητέρας.

Η έναρξη του ελέγχου γίνεται σε ηλικία 10 ετών ή στην ηλικία έναρξης της εφηβείας και επαναλαμβάνεται κάθε τρία χρόνια.

Αν διαγνωστεί σακχαρώδης διαβήτης η αντιμετώπιση του πρέπει να είναι έγκαιρη και «επιθετική». Πέραν της αξίας της σωστής διατροφής και σωματικής δραστηριότητας τα άτομα με διαβήτη οφείλουν να παρακολουθούν την νόσο στοχεύοντας σε τιμές HbA1c <7% (τουλάχιστον) και σε συνεννόηση με τον γιατρό τους και χαμηλότερα προσεγγίζοντας το φυσιολογικό (6%).

Η έναρξη μετορμίνης ή και άλλης αντιδιαβητικής αγωγής (πάντα σε συνεννόηση με τον θεράποντα) γίνεται σήμερα με την διάγνωση της νόσου.

υπέρταση

Η υπέρταση (η αυξημένη αρτηριακή πίεση) είναι μια παθολογική κατάσταση, που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει βλάβη ζωτικών οργάνων και νόσο, ανάλογα με τη βαρύτητα και τη διάρκειά της. Οι άνθρωποι με υπέρταση έχουν σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν στεφανιαία νόσο (έμφραγμα, στηθάγχη), καρδιακή ανεπάρκεια, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, νεφρική ανεπάρκεια, περιφερική αγγειοπάθεια, παθήσεις της αορτής και βλάβη στον οφθαλμό.

Σήμερα, τα ανώτερα όρια της φυσιολογικής πίεσης θεωρούνται τα 140 mm Hg και 90 mm Hg αντίστοιχα για την συστολική και την διαστολική (ο κόσμος τις αποκαλεί «μεγάλη» και «μικρή» αντίστοιχα). Πρέπει ιδιαίτερα να τονίσουμε ότι δεν επιτρέπεται να χαρακτηρίζεται ένα άτομο σαν υπερτασικό με μια μόνο μέτρηση της αρτηριακής του πίεσης. Απαιτούνται τρεις τουλάχιστον διαδοχικές μετρήσεις και με συνθήκες που επιτρέπουν ακριβή μέτρηση της (ηρεμία, αξιόπιστο πιεσόμετρο, σωστός τρόπος μέτρησης).

Η αρτηριακή πίεση μετριέται σωστά με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

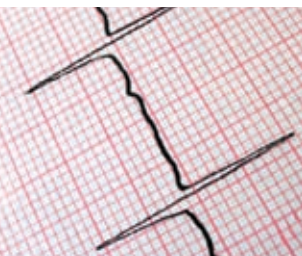
- Ο ασθενής να είναι ήρεμος και να έχει μείνει καθιστός σε άνετο περιβάλλον για πέντε λεπτά της ώρας, τουλάχιστον.
- Δεν πρέπει να έχει προηγηθεί βαριά σωματική εργασία, έντονο ψυχικό stress, χρήση καφέ, καπνού ή οινοπνεύματος.
- Συνήθως η μέτρηση γίνεται σε καθιστή θέση αλλά είναι χρήσιμο κατά διαστήματα να μετριέται στην όρθια θέση, δεδομένου ότι πολλοί άρρωστοι εμφανίζουν μεγάλες διαφορές. (ορθοστατική υπόταση)
- Το πιεσόμετρο που χρησιμοποιείται να είναι αξιόπιστο σε καλή κατάσταση. Να μην χρησιμοποιούνται πιεσόμετρα καρπού.
- Αν η τιμή βρεθεί παθολογική, επιβάλλεται μια δεύτερη μέτρηση μετά από λίγα λεπτά και αφού καθουχάσουμε τον άρρωστο.

Τουλάχιστον στο 95% των περιπτώσεων δεν υπάρχει συγκεκριμένη αιτία για την ανάπτυξη υπέρτασης και γιαυτό χαρακτηρίζεται ως ιδιοπαθής.

Στις υπόλοιπες περιπτώσεις τα αίτια είναι συνήθως νεφρικά (σπειραματονεφρίτιδα, χρόνια πυελονεφρίτιδα, στένωση νε-

φρικής αρτηρίας κ.ά.), ορμονικά (φαιοχρωμοκύτωμα κ.ά.). Αυτές οι περιπτώσεις αποτελούν τις δευτεροπαθείς υπερτάσεις και εμφανίζονται συχνότερα σε νεαρότερα άτομα.

Το άτομο με υπέρταση θα χρειαστεί μια σειρά από απλές αιματολογικές εξετάσεις, όπως γενική αίματος, κρεατινίνη ορού και γενική ούρων, κάλιο ορού, σάκχαρο αίματος, χοληστερίνη, HDL - χοληστερίνη, και τριγλυκερίδια ορού, που θα δώσουν μια εικόνα κυρίως της νεφρικής λειτουργίας και του λιπιδαιμικού του «profile».



Ο ασθενής χρειάζεται επίσης να υποβληθεί σε καρδιογράφημα. Πιο ειδικές εξετάσεις θα γίνουν μετά από σύσταση του θεράποντος γιατρού σε ειδικές περιπτώσεις.

Με την θεραπεία της υπέρτασης μειώνεται ο κίνδυνος των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, της στεφανιαίας νόσου (έμφραγμα, στηθάγχη) και της καρδιακής ανεπάρκειας (που εκδηλώνεται με δύσπνοια, πνευμονικό οίδημα και οίδημα κάτω άκρων).

Τα άτομα με ήπια υπέρταση μπορούν να ελπίζουν ότι η θεραπεία τους πιθανόν δε θα απαιτήσει τη λήψη φαρμάκων. Αλλά και τα άτομα με υψηλή υπέρταση, θα ωφεληθούν ακολουθώντας ορισμένες οδηγίες που θα τους επιτρέψουν καλύτερη ρύθμιση της υπέρτασής τους, με μικρότερες δόσεις φαρμάκων.

Οι οδηγίες αυτές είναι:

- Μείωση σωματικού βάρους.
- Μείωση πρόσληψης άλατος.
- Περιορισμένη κατανάλωση οινόπνευματων.
(1-2 μερίδες αλκοόλ καθημερινά για τις γυναίκες, 2-3 μερίδες για τους άνδρες)
- Ήπια και συστηματική σωματική άσκηση.
- Διακοπή καπνίσματος.
- Αποφυγή κατά το δυνατόν στρεσογόνων και πιεστικών συνθηκών στην εργασία, στην οικογένεια, στο κοινωνικό περιβάλλον.

Λιπίδια

Τα καρδιαγγειακά επεισόδια αποτελούν μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου για τα πολιτισμένα κράτη.

Τέτοια επεισόδια περιλαμβάνουν το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το οξύ στεφανιαίο επεισόδιο, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, το παροδικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Πέραν των θανάτων που μπορεί να προκαλέσουν συχνά μπορεί να οδηγήσουν σε αναπηρία.

Η πρόληψη τους επομένως είναι πολύ σημαντική.

Γνωστοί παράγοντες κινδύνου τέτοιων επεισοδίων αποτελούν το κάπνισμα, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η δυσλιπιδαιμία.

Η δυσλιπιδαιμία κυρίως με την μορφή της αυξημένης LDL χοληστερόλης αποτελεί τον σπουδαιότερο παράγοντα που μπορεί να τροποποιηθεί.

Τα λιπίδια του αίματος μας είναι η χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια. Τα λιπίδια αυτά μεταφέρονται στην κυκλοφορία του αίματος από σωματίδια που περιέχουν και πρωτεΐνες.

Τα σωματίδια LDL (χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες) μεταφέρουν χοληστερόλη και την εναποθέτουν στο αγγειακό τοίχωμα ξεκινώντας την διαδικασία της αθηρωμάτωσης.

Τα αυξημένα επίπεδα της LDL χοληστερόλης (της «κακής» χοληστερόλης) οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων. Τα σωματίδια της HDL (υψηλής πυκνότητας χοληστερόλης) προσλαμβάνουν χοληστερόλη από το αγγειακό τοίχωμα «επιστρέφοντας» την στο ήπαρ (συκώτι) προστατεύοντας έτσι το τοίχωμα των αγγείων («καλή» χοληστερόλη).

Τα τριγλυκερίδια που μεταφέρονται και αυτά στο αίμα με σωματίδια λιποπρωτεϊνών αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων όταν είναι αυξημένα.

Η μειωμένη πρόσληψη ζωικού λίπους με την διατροφή αποτελεί τον κύριο παράγοντα πρόληψης της υπερχοληστερολαιμίας (ζωικό λίπος έχει το κρέας, τα πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα και το τυρί). Η σωστή διατροφή αποτελεί και εδώ την βάση της σωστής αντιμετώπισης.

Η εξέταση των λιπιδίων του αίματος αποτελεί ανάγκη ειδικά για άτομα με αυξημένες τιμές άλλων παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά (πχ άτομα με υπέρταση, διαβήτη, καπνι-

Οι επιθυμητές τιμές διαφέρουν ανάλογα με τον άνθρωπο. Ειδικά για την «κακή» χοληστερόλη (την LDL) οι επιθυμητές τιμές αν το άτομο έχει σακχαρώδη διαβήτη ή καρδιακή νόσο (πχ έχει υποστεί έμφραγμα) είναι $<100 \text{ mg\%}$ και συχνά για άτομα πολύ υψηλού κινδύνου και $<70 \text{ mg\%}$. Για τα περισσότερα άλλα άτομα ο στόχος είναι LDL $<130 \text{ mg\%}$ ενώ για τους πολύ χαμηλού κινδύνου (νέοι, χωρίς υπέρταση, χωρίς οικογενειακό ιστορικό, χωρίς διαβήτη) LDL $<160 \text{ mg\%}$.

Η χαμηλή HDL χοληστερόλη μπορεί να ανέλθει πάνω από το 40 mg% στους άνδρες και πάνω από το 50mg% στις γυναίκες (που είναι οι επιθυμητές τιμές) με την διακοπή του καπνίσματος, με την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας αθλήα και με φάρμακα.

Τέλος, τα αυξημένα τριγλυκερίδια απαιτούν ειδικές διατροφικές οδηγίες και όταν είναι πολύ αυξημένα (>400 mg%) και άμεση φαρμακευτική αντιμετώπιση. Επιθυμητή τιμή είναι <150 mg% και πάντως <200 mg%.



Κάπνισμα

Περισσότεροι από 650.000 Ευρωπαίοι χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο επειδή καπνίζουν, ποσοστό που ισοδυναμεί με έναν στους επτά θανάτους σε όλη την ΕΕ.

Το κάπνισμα και η εξάρτηση που προκαλεί η νικοτίνη, αποτελεί ένα τεράστιο πρόβλημα για την υγεία. Αποτελεί μια χρόνια υποτροπιάζουσα πάθηση, της οποίας η θεραπεία είναι πολλές φορές δύσκολη. Το κάπνισμα υπολογίζεται ότι προκαλεί πάνω από 5.000.000 θανάτους ετησίως παγκοσμίως

- Οι άντρες καπνιστές πεθαίνουν κατά μέσο όρο 13.2 χρόνια νωρίτερα από τους μη καπνιστές και οι γυναίκες καπνίστριες κατά μέσο όρο 14.5 νωρίτερα από τις μη καπνίστριες.
- 33.5% των θανάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα αφορούν το καρδιαγγειακό. Το κάπνισμα αυξάνει κατά 2-3 φορές το κίνδυνο θανάτου από καρδιαγγειακά νοσήματα.
- Το κάπνισμα προκαλεί ή συμβάλλει, μεταξύ άλλων, στον καρκίνο του στόματος, τον καρκίνο του φάρυγγα, τον καρκίνο του πνεύμονα, την καταστροφή του δέρματος, την ψωρίαση, τις καρδιοπάθειες, τα έλκη στομάχου, τις ρυτίδες, την οστεοπόρωση, τον καταρράκτη, το διαβήτη, τη νόσο Αλτσχάιμερ, τη θρομβοεμβολία, τη σεξουαλική δυσλειτουργία, τη στειρότητα και την ουλίτιδα.

ο εθισμός στη νικοτίνη

Περίπου 10 δευτερόλεπτα μετά το άναμμα του τσιγάρου, η νικοτίνη έχει απορροφηθεί από τους πνεύμονες στην κυκλοφορία του αίματος και έχει μεταφερθεί στον εγκέφαλο. Διεγείρει το κεντρικό νευρικό σύστημα ανεβάζοντας τους παλμούς της καρδιάς και την πίεση του αίματος, με αποτέλεσμα να μεγαλώνουν οι ανάγκες της καρδιάς για οξυγόνο.

Η νικοτίνη πληροί τα κριτήρια που έχουν καθιερωθεί για το χαρακτηρισμό μιας ουσίας ως εθιστικής:

«Σύμφωνα με τις παρούσες ενδείξεις, είναι εύλογο το συμπέρασμα ότι η νικοτίνη που προέρχεται από τον καπνό του τσιγάρου θα πρέπει να θεωρείται εθιστικό ναρκωτικό, και το κάπνισμα ως το μέσο αυτοχορήγησης νικοτίνης».

διακοπή και περιορισμός του καπνίσματος

Η διακοπή του καπνίσματος έχει άμεσα αληθή και μακροπρόθεσμα οφέλη. Ποτέ δεν είναι αργά για να κόψει κανείς το τσιγάρο. Ποσοστό περίπου 70% έχουν σκεφτεί να διακόψουν το κάπνισμα, 35% έχουν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα τουλάχιστον μια φορά, αληθιά μόνο 6% από αυτούς καταφέρνουν να διατηρήσουν την αποχή από το κάπνισμα.

Καπνιστές που έκοψαν το τσιγάρο μείωσαν τον κίνδυνο από ασθένειες σχετιζόμενες με το κάπνισμα ακόμα και όταν το έκοψαν αφού είχαν εκδηλώσει καρδιαγγειακές ή πνευμονικές παθήσεις.

Μακροπρόθεσμα οφέλη από τη διακοπή καπνίσματος

- Βελτιωμένη κατάσταση υγείας.
- Μειωμένες ενδείξεις και συμπτώματα αναπνευστικής νόσου.
- Μειωμένος έως και 25% κίνδυνος να παρουσιαστούν καρδιακές ασθένειες σχετικές με το κάπνισμα.
- Αυξημένο προσδόκιμο επιβίωσης.

διακοπή ή μείωση

Παρά το γεγονός ότι πολλοί καπνιστές επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα τελικά, μόνο το 12% των Ευρωπαίων καπνιστών προσπαθεί να το διακόψει μέσα στις επόμενες 30 ημέρες. Επιπλέον, η μείωση του καπνίσματος (γνωστή και ως μείωση των βλαβών) είναι μια εναλλακτική λύση για καπνιστές που δεν είναι έτοιμοι ή ικανοί να κόψουν το κάπνισμα. Αν οι καπνιστές είναι έτοιμοι να το κόψουν, υπάρχει θεραπεία που μπορεί να τους βοηθήσει.

Θεραπεία

Οι πιθανότητες επιτυχίας για διακοπή του καπνίσματος είναι 1 στις 20. Ωστόσο, αν χορηγηθεί η καλύτερη δυνατή θεραπεία μπορεί να αυξηθούν σε 1 στις 4. Η θεραπεία βασίζεται σε φάρμακα, όπως είναι η Θεραπεία με Υποκατάστατα Νικοτίνης, και σε προσεγγίσεις συμπεριφοράς. Ο καπνιστής μπορεί να κόψει το κάπνισμα χωρίς βοήθεια αληθιά είναι πολύ πιο δύσκολο, και η μακροχρόνια αποχή διαρκεί περισσότερο όταν παρέχεται ιατρική υποστήριξη.

διατροφή

Οι συχνότεροι παράγοντες καρδιομεταβολικού κινδύνου είναι:

1 η υψηλή αρτηριακή πίεση **2** η υπερλιπιδαιμία **3** ο αρρύθμιστος διαβήτης **4** το κάπνισμα **5** η παχυσαρκία **6** η υπερκατανάλωση λιπαρών, αλτατιού και αλκοόλης

Η διατροφή, σε συνδυασμό με τη σωματική δραστηριότητα αποτελεί βασικό προδιαθεσικό παράγοντα που επηρεάζει θετικά ή αρνητικά τον καρδιομεταβολικό κίνδυνο και όλους τους παραπάνω παράγοντες.

υπέρταση

Για να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα της υψηλής αρτηριακής πίεσης πρέπει να ακολουθηθεί μια πιο υγιεινή διατροφή, με σαφή και συστηματικό περιορισμό του αλτατιού (του χλωριούχου νατρίου), να υπάρξει απώλεια βάρους (σε περιπτώσεις υπέρβαρου), να υπάρξει αύξηση της καθημερινής σωματικής δραστηριότητας και τέλος να υπάρξει αυστηρός περιορισμός της κατανάλωσης αλκοόλη. Ο περιορισμός του αλτατιού είναι η βασικότερη διατροφική παρέμβαση για την υπέρταση.

Περιορίζουμε διατροφικά στοιχεία όπως το αλάτι στο μαγειρέμα ή στο τραπέζι, τα αλμυρά τυριά, τους αλτατισμένους ξηρούς καρπούς, το βούτυρο και μαργαρίνη με αλάτι, τα καπνιστά, τα παστά και τα κονσερβοποιημένα τρόφιμα, τις ελιές, τους κύβους λαχανικών και έτοιμους ζωμούς κρέατος, τη μαγειρική σόδα και το μπεϊκιν πάουντερ, τα έτοιμα φαγητά (fast food), τις διάφορες πίτες και κρέπες, τα αλμυρά σνακ (όπως πατατάκια, γαριδάκια, ποπκόρν).

Για να νοστιμίσουμε το φαγητό προτιμούμε να χρησιμοποιούμε χυμό λεμονιού, ξύδι & μπλζξδ, σκόρδο, μουστάρδα, κρεμμύδι, πάπρικα και ντομάτα χωρίς αλάτι, ενώ αποφεύγουμε έτοιμες σάλτσες όπως σόγια σως, που περιέχουν υψηλά επίπεδα αλτατιού. Επίσης επιλέγουμε φρέσκα μυρωδικά και μπαχαρικά όπως: καγιέν, σέλινο, μοσχοκάρυδο, δυόσμο, βασιλικό, θυμάρι, ρίγανη, άνθος, μαϊντανός, δενδρολίβανο, κανέλιλα, μπαχάρι, δάφνη, γαρύφαλλο, κύμινο και κάρυ, κόλιανδρο.

Τέλος, είναι σημαντικό να αυξήσετε την πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, καταναλώνοντας ημερησίως τουλάχιστον 3 μερίδες φρούτων και 4 λαχανικών, να αυξήσετε την κατανάλωση φυτικών ινών αυξάνοντας τα ολικής αλέσεως ψωμί και δημητριακά, καθώς και την κατανάλωση οσπρίων,

να καταναλώνετε καθημερινά 2 - 3 μερίδες άπαχων γαλακτοκομικών, να μειώσετε την κατανάλωση κρέατος (κυρίως του κόκκινου) και να προτιμάτε το ελαιόλαδο ως βασική πηγή λίπους, αλιλά με προσοχή.

υπερλιπιδαιμία

Ο ασθενής με υπερλιπιδαιμία (υψηλές τιμές λιπιδίων αίματος-χοληστερίνης ή τριγλυκεριδίων) πρέπει να προσέξει ιδιαίτερα τη διατροφή του έτσι ώστε να περιορίσει τα λεγόμενα «κορεσμένα» και «trans» λιπαρά και να καταναλώνει κυρίως «μονοακόρεστα» και «ω3-πολυακόρεστα» λιπαρά. Είναι σημαντικό λοιπόν να αποφεύγει τηγανητά, παναρισμένα και επεξεργασμένα προϊόντα κρέατος όπως χάμπουργκερ, αλλαντικά, ζωικά λιπαρά όπως από βούτυρο γάλακτος, τηγανητές πατάτες ταχυφαγείου, τρόφιμα με σως, πίτσες με πολλή αλλαντικά π.χ. μπέικον, γύρο (ακόμα και από κοτόπουλο) και λαδωμένες πίτες για σουβλάκια, λιπαρές σούπες κρέατος, προϊόντα ζύμης και πίτες.



Τα άτομα με υψηλές τιμές λιπιδίων πρέπει να εντάξουν στη διατροφή τους: **1** κρέατα και λαχανικά ψητά, βραστά, μαγειρεμένα στο γκριλ ή στον ατμό, **2** προϊόντα αμύγλου & δημητριακών ολικής άλεσης ή ακατέργαστα, **3** όσπρια, **4** λαχανικά (όπως π.χ. χόρτα, μπρόκολο, λάχανο, κουνουπίδι, καρότα, πιπεριές, σπανάκι, ντομάτες), **5** φρούτα (π.χ. εσπεριδοειδή, ρόδια, μούρα, σταφύλια, φράουλες και γενικά όσα έχουν έντονα χρώματα), **6** λιπαρά ψάρια, π.χ. σκουμπρί, σαρδέλα, σολιμός, τσιπούρα, γαύρος, που αποτελούν καλές πηγές ω3 λιπαρών οξέων, **7** κοτόπουλο και γαλοπούλα (χωρίς το δέρμα), **8** ξηρούς καρπούς (καρύδια, αμύγδαλα), **9** ημιαποβουτυρωμένα γαλακτοκομικά (γάλα, γιαούρτι έως 2%) και τυριά με χαμηλά λιπαρά (π.χ. τυρί cottage, κατίκι Δομοκού, ανθότυρο και χαμηλά σε λιπαρά (light) τυριά του εμπορίου), **10** τρόφιμα με φυτικές στερόλες και στερόλες (σουσάμι, ηλιόσποροι, φιστίκια, σόγια, το πίτουρο και οι ειδικές μαργαρίνες εμπορίου (εμπλουτισμένες με φυτοστερόλες ή φυτοστερόλες).

σακχαρώδης διαβήτης

Πολλοί είναι οι παράγοντες που μπορεί να παίξουν ρόλο στη ρύθμιση των τιμών του σακχάρου και του διαβήτη. Η συνέπεια στις βασικές αρχές της δίαιτας για τον σακχαρώδη διαβήτη και η αποφυγή συχνών αποκλίσεων, η προσήθεια για μια όσο γίνεται πιο τακτική και συστηματική άσκηση, η ρύθμιση του σωματικού βάρους και ο τακτικός έλεγχος του

σακχάρου αίματος, αποτελούν τον ιδανικό συνδυασμό, για να υπάρξουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Ο ρόλος της σωστής διατροφής - και από άποψη ποιότητας, αλλά και ποσότητας - για τα άτομα με διαβήτη είναι καθοριστικός και μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη των μακροχρόνιων επιπλοκών που συσχετίζονται με τη νόσο.

Ο υγιεινός τρόπος διατροφής για τα άτομα με διαβήτη συμβάλλει στη διατήρηση των επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα σε φυσιολογικά επίπεδα, περιορίζει στο ελάχιστο τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας, διατηρεί την καλή κατάσταση θρέψης, οδηγεί στην επιθυμητή απώλεια βάρους, όταν αυτή κρίνεται απαραίτητη, μειώνει τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, μέσω της μείωσης των λιπιδίων (χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων) στο αίμα και να συμβάλλει στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

Σήμερα είναι πια κοινά αποδεκτό ότι οι υδατάνθρακες χρειάζονται στον οργανισμό των ατόμων με διαβήτη, ως πηγή ενέργειας και ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο στη δίαιτα. Το ποσοστό που συστήνεται από το συνολικό ποσό των προσλαμβανόμενων θερμίδων είναι 45-60%, κυρίως σύνθετοι, μέσα από ψαχνικά, όσπρια, άγλυκα φρούτα και δημητριακά ολικής.

Επισημαίνεται ότι η σουκρόζη (κοινή ζάχαρη) πρέπει να καταναλώνεται σε μικρές ποσότητες και στα πλαίσια μια γενικά υγιεινής διατροφής, η φρουκτόζη δεν αποτελεί πλέον το καταλληλότερο γλυκαντικό για τους διαβητικούς, αφού συμβάλλει στην αύξηση των τριγλυκεριδίων, ενώ άλλες ουσίες όπως η σορβιτόλη, η ξυλιτόλη και η μαννιτόλη μπορούν να χρησιμοποιούνται με μέτρο και κατά περίπτωση.

Η πρόσληψη φυτικών ινών στο διαβήτη κρίνεται απαραίτητη, αφού έχει βρεθεί ότι πολλές από αυτές παίζουν καθοριστικό ρόλο στη βραδύτερη απορρόφηση της γλυκόζης στο αίμα, στον μεγαλύτερο κορεσμό και στην γρηγορότερη απώλεια σωματικού βάρους και για αυτό συστήνεται καθημερινή πρόσληψη 20-35 γραμμαρίων, διαλυτών και αδιάλυτων.

Η πρωτεΐνη από άπαχα κρέατα, χαμηλού λίπους τυριά, ψάρια και ημίπαχα γαλακτοκομικά πρέπει να καλύπτει το 10-20% της προσλαμβανόμενης ενέργειας.

Το ποσό του συνολικά προσλαμβανόμενου λίπους εξαρτάται από το λιπιδαιμικό προφίλ του ασθενούς, καθώς και από τους συγκεκριμένους στόχους που έχουν τεθεί για το σωματικό βάρος. Αν ο διαβητικός έχει φυσιολογικό βάρος

και χαμηλά επίπεδα λιπιδίων στο αίμα, τότε μπορεί να ακολουθηθούν οι γενικές συστάσεις για την πρόσληψη λίπους στη δίαιτα, που ανέρχεται σε ποσοστό 30%, από το οποίο μέχρι 10 % είναι τα κορεσμένα, μέχρι 10% τα πολυακόρεστα και ένα ποσοστό 10-20% για τα μονοακόρεστα (π.χ. από το ελαιόλαδο).



Τέλος, σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα τα άτομα με διαβήτη πρέπει να καταναλώνουν συχνά λιπαρά ψάρια και άλλες πηγές ω3 λιπαρών οξέων, αφού όπως φάνηκε βελτιώνουν το γλυκαιμικό αλληλά και το λιπιδαιμικό έλεγχο των διαβητικών, συμβάλλοντας και στην προστασία της καρδιάς. Πέρα από την ποιότητα της προσλαμβανομένης τροφής είναι πολύ σημαντική και η κατανομή των γευμάτων, όπως και η σωστή κατανομή των υδατανθράκων, σε όλη τα γεύματα της ημέρας.

παχυσαρκία

Η σωστή αντιμετώπιση του υπέρβαρου ή της παχυσαρκίας απαιτεί διατροφικές, όσο και αλληλαγές συμπεριφοράς, που πρέπει να καθιερωθούν μόνιμα για να υπάρξει υγιεινό και μόνιμο αποτέλεσμα. Οι διαιτητικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας σχεδιάζονται έτσι ώστε να υπάρχει ένα αρνητικό ισοζύγιο ενέργειας, και οι θερμίδες που προσλαμβάνονται να είναι λιγότερες από τις θερμίδες που καταναλώνονται.

Ένα εξατομικευμένο, χαμηλό σε λίπος διαιτολόγιο, που να στηρίζεται στις ενεργειακές ανάγκες του ατόμου, στις διατροφικές του συνήθειες και το οποίο να αποσκοπεί στη σταδιακή και ασφαλή απώλεια βάρους, θεωρείται ως η πιο σωστή, ενδεδειγμένη και υγιεινή επιλογή για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.

Είναι πολύ σημαντικό να θέτονται μικροί και εφικτοί στόχοι, ενώ διάφορες τεχνικές και στρατηγικές όπως είναι διατήρηση ενός καθημερινού, προσωπικού αρχείου διατροφικής πρόσληψης και άσκησης ή σωματικής δραστηριότητας θεωρούνται αποδοτικές.

Άσκηση

Το σώμα μας είναι φτιαγμένο για να κινείται. Ο καθιστικός τρόπος ζωής και η απραξία οδηγούν στο 'σκούριασμα' των μυών, των αγγείων, των αρθρώσεων αλλιώς και του μεταβολισμού, με αποτέλεσμα να γινόμαστε πιο 'επηρεασμένοι' σε χρόνιες ασθένειες όπως τα καρδιαγγειακά, η υπέρταση ή η παχυσαρκία. Επιστημονικές έρευνες δείχνουν ότι η άσκηση, δηλαδή η οργανωμένη φυσική δραστηριότητα τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα από 30 λεπτά, έχει θετική επίδραση στην υγεία μας και μας βοηθάει να ελέγχουμε το βάρος μας.

Η συστηματική άσκηση βελτιώνει την καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία, μειώνοντας τον κίνδυνο καρδιαγγειακών και αναπνευστικών νοσημάτων. Επιπλέον, αυξάνει την οστική μάζα (πρόληψη οστεοπόρωσης) και βελτιώνει το μυϊκό μας σύστημα, βοηθώντας στην αντιμετώπιση πολλών παθήσεων που σχετίζονται με αυτό. Επιπλέον, η άσκηση αυξάνει την κατανάλωση ενέργειας, δηλαδή τις θερμίδες που «καίει» ο οργανισμός μας, συμβάλλοντας στη μείωση του σωματικού βάρους, παράλληλα με ένα σωστό πρόγραμμα διατροφής.

Με την άσκηση αυξάνεται η ενεργητικότητα και επηρεάζεται η ψυχική διάθεση των ατόμων που γυμνάζονται συστηματικά. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η φυσική δραστηριότητα βελτιώνει την ψυχολογία, μειώνοντας τα επίπεδα άγχους και στρες, βελτιώνοντας τις διαταραχές διάθεσης όπως την κατάθλιψη, τον θυμό και την εξάντληση και αυξάνει την αυτοπεποίθηση σε συνδυασμό με την βελτίωση της εικόνας του σώματος. Η καλύτερη άσκηση είναι η αερόβια άσκηση η οποία γυμνάζει την καρδιά και το υπόλοιπο σώμα. Για να βρίσκεται η καρδιά σας στην καλύτερη κατάσταση χρειάζεται σωματική άσκηση 3-5 φορές την εβδομάδα σε ένταση και ρυθμό τέτοιο που η καρδιακή συχνότητα να διατηρείται σε ένα επίπεδο-στόχο για 20-45 λεπτά, καθ' όλη τη διάρκεια της άσκησης.

Ένταση άσκησης

Η ένταση υποδηλώνει το πόσο «σκληρά» γυμνάζεστε. Ο καλύτερος τρόπος για την έρση του ποσοστού έντασης είναι ο έλεγχος της καρδιακής συχνότητας. Σε καμία περίπτωση η καρδιακή σας συχνότητα δεν θα πρέπει να περάσει την τιμή που προκύπτει από την αφαίρεση 200 - την ηλικία σας. Το ευνοϊκότερο επίπεδο έντασης μπορεί να προσδιοριστεί από τον παρακάτω τύπο: 180 - την ηλικία σας. Για παράδειγμα ένας 50χρονος θα πρέπει να κρατάει την καρδιακή του συχνότητα γύρω στους 130 σφυγμούς ανά λεπτό.



Τι πρέπει να προσέχετε:

- 1 Πριν ξεκινήσετε άσκηση συμβουλευθείτε το γιατρό σας.
- 2 Η άσκηση θα πρέπει να ξεκινάει με προθέρμανση και να τελειώνει με "αποθέρμανση". Οι δυο αυτοί περίοδοι πρέπει να καταλαμβάνουν το 20% του συνολικού χρόνου άσκησης.

Οδηγίες για την άσκηση από την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία

- 1 Ασκηθείτε μόνο όταν αισθάνεστε καλά.
- 2 Μην ασκείστε αμέσως μετά το φαγητό. Περιμένετε τουλάχιστον 2 ώρες.
- 3 Χρειάζεται προσοχή στις καιρικές συνθήκες. Αποφύγετε την άσκηση με υψηλές θερμοκρασίες ιδιαίτερα όταν έχετε κουραστεί στην εργασία σας. Σε θερμοκρασία πάνω από 22-25° Κελσίου μειώστε τον ρυθμό, δείξτε μεγαλύτερη ευαισθησία σε τυχόν συμπτώματα και πίνετε πολλά υγρά πριν και μετά την άσκηση. Η άσκηση είναι καλύτερα ανεκτή σε χαμηλή θερμοκρασία ή με ελαφρό αεράκι ή θαλάσσια αύρα.
- 4 Προσοχή στις ανηφόρες. Μειώστε ταχύτητα και ένταση οπωσδήποτε.
- 5 Ασκηθείτε με ελαφρά αθλητικά ρούχα και υποδήματα. Ιδιαίτερα αποφύγετε τα συνθετικά που δεν αφήνουν το σώμα να «αναπνεύσει» και φορέστε οπωσδήποτε καπέλο στον ήλιο.
- 6 Κάθε οργανισμός είναι ένα σύνολο με ιδιαιτερότητες. Για το πρόγραμμα σωματικής σας άσκησης συζητήστε με τον γιατρό που σας παρακολουθεί.
- 7 Για την καρδιά ωφέλιμη άσκηση είναι μόνο η αερόβια άσκηση. Το περπάτημα είναι το καλύτερο παράδειγμα.
- 8 Μάθετε να αναγνωρίζετε τυχόν καρδιολογικά συμπτώματα κατά την διάρκεια της άσκησης: α. δυσφορία στο άνω μέρος του σώματος, όπως τον θώρακα, στα χέρια, στο λαιμό, στη γνάθο. Η δυσφορία αυτή μπορεί να ποικίλει σε ένταση και να είναι σαν πόνος, κάψιμο, σφίξιμο ή πίεση. β. Αίσθημα λιποθυμίας ή λιποθυμία κατά ή μετά την άσκηση.



ση. Αν και μπορεί να μην οφείλεται στην καρδιά σταματήστε την άσκηση και συμβουλευτείτε τον γιατρό σας. γ. δύσπνοια. Η συχνότητα και το βάθος των αναπνοών φυσικά αυξάνονται με την άσκηση αλλά δεν θα πρέπει να προκαλείται δυσφορία δυσχέρεια στην ομιλία ή βήχας. Ο ρυθμός της αναπνευστικής λειτουργίας πρέπει να αποκαθίσταται σε λιγότερο από 5 λεπτά μετά την διακοπή της άσκησης.

9 Τα ακόλουθα συμπτώματα μπορεί να δείχνουν ότι ασκείστε σε ρυθμό εντονότερο από όσο αντέχετε: αδυναμία να ολοκληρώσετε ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα, αδυναμία συνομιλίας κατά την άσκηση, ζάλη ή ναυτία, χρόνια κόπωση, αϋπνία, πόνος στις αρθρώσεις.

10 Να ξεκινάτε πάντα αργά και να αυξάνετε την ένταση προοδευτικά. Δίνετε έτσι την ευκαιρία στην καρδιά να προσαρμοστεί κατάλληλα.

Μη νομίζετε ότι απαιτείται να κάνετε κάτι ακραίο για τη βελτίωση της φυσικής σας κατάστασης.

**Να θυμάστε, ότι και να κάνετε
ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΥΤΕΡΟ από το να μην κάνετε ΤΙΠΟΤΑ.**



διατροφή και υγεία

Ιατρικές μελέτες μας δείχνουν ότι ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες στην εξέλιξη της αθηρωματικής νόσου («φράξιμο» των αγγείων της καρδιάς – έμφραγμα) είναι η διατροφή μας. Είναι γνωστό ότι όταν τρώμε ανεβαίνει προσωρινά το σάκχαρό μας, για να ξανακατεύει στα επίπεδα νηστείας σε περίπου δύο ώρες μετά το γεύμα. Οι μελέτες μας δείχνουν ότι το αυξημένο σάκχαρο (σε τιμές $>87\text{mg}$) προκαλεί οξειδωτικές βλάβες στα αγγεία που προάγουν την αθηρωμάτωση. Όσο περισσότερο είναι το σάκχαρο στις δύο ώρες μετά την τελευταία μπουκιά του γεύματος τόσο περισσότερες είναι αυτές οι βλάβες. Πρέπει λοιπόν να προσπαθούμε να έχουμε την τιμή του σακχάρου μας όσο το δυνατόν πιο σύντομα μετά το γεύμα σε χαμηλά επίπεδα.

Τι είναι όμως η διατροφή;

Τι είναι αυτά που τρώμε; Ουσιαστικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η διατροφή έχει δύο στοιχεία: **ποιότητα και ποσότητα**.

Η ποιότητα έχει να κάνει με βιταμίνες, μέταλλα, ιχνοστοιχεία, στοιχεία απαραίτητα που πρέπει πάντα να υπάρχουν γιατί ο οργανισμός μας τα παίρνει από την ποικιλία των τροφίμων που καταναλώνουμε αλλιώς δεν τα αποθηκεύει και γι' αυτό το λόγο πρέπει να τα παίρνουμε κάθε μέρα και κάποια από αυτά πολλές φορές μέσα στην ημέρα.

Ένα δεύτερο πράγμα το οποίο καταναλώνουμε είναι η ποσότητα, δηλ. οι θερμίδες. Οι θερμίδες χωρίζονται σε υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και λιπαρά.

Υδατάνθρακες είναι το ψωμί, το ρύζι, οι πατάτες, τα φρούτα, τα μακαρόνια, τα γλυκά και τα λαχανικά. Πρωτεΐνες είναι το κρέας, το ψάρι, το κοτόπουλο. Λιπαρά είναι το λάδι, το βούτυρο και ότι βέβαια το περιέχει.

Όλα αυτά θα φτάσουν μέχρι το στομάχι μας και από εκεί και πέρα θα αποθηκευτούν και θα περάσουν στο αίμα. Αυτή η διαδικασία λέγεται πέψη και δεν γίνεται βέβαια αυτόματα, δεν ανοίγει μια πόρτα και περνάνε όλα αυτόματα από το στομάχι στο αίμα αλλιώς γίνονται μέσα από κάποιους μηχανισμούς οι οποίοι ελέγχουν και ελέγχονται από διάφορα ορμονικά συστήματα.

Ένα βασικό ορμονικό σύστημα το οποίο διατηρείται κάθε φορά που εμείς τρώμε κάτι είναι το σύστημα ισορροπίας σακχάρου-ινσουλίνης. Τι σημαίνει αυτό; Όλοι ξέρουμε ότι

όταν τρώμε το σάκχαρό μας ανεβαίνει. Πώς ανεβαίνει όμως; Είτε αργά, γιατί αυτό που φάγαμε ήταν με σύμπλοκους υδατάνθρακες (τρόφιμα χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη), ήταν δηλαδή κάτι ολικής αλέσεως, ήταν φρούτα, ήταν όσπρια, ήταν λαχανικά, είτε ανεβαίνει γρήγορα γιατί αυτό που φάγαμε είχε πολλή σάκχαρη, απλή σάκχαρη, μονοσακχαρίτες και δισακχαρίτες με αποτέλεσμα να απορροφηθούν γρήγορα (τρόφιμα υψηλού γλυκαιμικού δείκτη).



Αυτό συμβαίνει στο άσπρο ψωμί, στα μακαρόνια, στο ρύζι, στις πατάτες και έχει ως αποτέλεσμα τη γρήγορη άνοδο του σάκχαρου μας. Φυσικά σε έναν άνθρωπο με ισορροπημένο οργανισμό το σάκχαρο θα ξανακατέβει γρήγορα γιατί αλλιώς θα ήταν διαβητικός. Το κατέβασμα του σακχάρου δεν γίνεται μόνο του καθώς ξέρουμε, γίνεται με την επίδραση μιας ορμόνης που παράγεται στο πάγκρεας και λέγεται ινσουλίνη, μόνο που στη περίπτωση που έχουμε αργή και σταδιακή απορρόφηση των σακχάρων θα έχουμε μικρή και σταδιακή έκκριση ινσουλίνης ενώ στην περίπτωση που έχουμε απότομη αύξηση των σακχάρων έχουμε και απότομη έκκριση ινσουλίνης.

Το πρόβλημα εδώ είναι στην απότομη έκκριση ινσουλίνης, γιατί γίνεται απότομο κατέβασμα των σακχάρων και συνήθως αυτό το απότομο κατέβασμα ο οργανισμός το εκλαμβάνει ως υπογλυκαιμία και στη φάση αυτή της υπογλυκαιμίας βέβαια πεινάμε. Είναι χαρακτηριστικό ότι "ισιώνουμε" τη τούρτα και μετά μας γεννιέται η επιθυμία να την ξανα-ισιώσουμε και να την ξανα-ισιώσουμε...

Το πρώτο πράγμα που κάνει η ινσουλίνη λοιπόν είναι η πείνα. Το δεύτερο που συμβαίνει μετά από ένα γεύμα πλούσιο σε σάκχαρη που απορροφήθηκαν γρήγορα, είναι αυτή η κακή διάθεση μετά το φαγητό. Τρώμε και αντί να αισθανθούμε καλά, να αισθανθούμε ευεξία, ζωντάνια, καθαρή σκέψη, όρεξη για δουλειές, περπάτημα ή διανοητική εργασία, συνήθως θέλουμε να πάμε να κοιμηθούμε μετά το φαγητό.

Αυτή η δυσθυμία, η βαριεστημάρα και η κακή διάθεση ουσιαστικά που πιάνει κάποιον μετά το φαγητό είναι εξαιτίας της μεγάλης και απότομης αύξησης των σακχάρων και των οξειδωτικών βλαβών που προκαλούν κύρια στο εγκεφαλικό κύτταρο. Το τρίτο πράγμα που κάνει η μεγάλη έκκριση ινσουλίνης είναι λιποαποθήκευση.

Η ινσουλίνη είναι αναβολική ορμόνη και είναι η βασική αιτία για την οποία αποθηκεύεται το λίπος. Καταλαβαίνετε λοιπόν

ότι εάν τα βραδινά μας γεύματα εκκρίνουν μεγάλη ποσότητα ινσουλίνης, τότε πρακτικά όλη νύχτα παχαίνουμε.

Η παρατεταμένη ινσουλιναιμία προκαλεί κατακρατήσεις και οιδήματα, με συνέπεια ροχαλητό και άπνοιες, αύξηση της πίεσης, διαταραχή των λιπιδίων, παχυσαρκία, έμφραγμα... Καταλαβαίνετε λοιπόν ότι η σωστή διατροφή μας προφυλάσσει.

Είναι πολύ απλό να έχουμε ένα σωστό διαιτολόγιο, αρκεί αν ακολουθούμε μερικούς βασικούς κανόνες:

- Διαλέγετε τροφές με πολλή φυτικές ίνες, χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη, π.χ. δημητριακά ολικής αλέυρας, όσπρια, λαχανικά και φρούτα.
- Επιλέγετε άπαχη πρωτεΐνη (κρέας, ψάρι, κοτόπουλο, γαλακτοκομικά) στα 3 κύρια γεύματα της ημέρας.
- Προσθέτετε μια χούφτα (κλειστή) ξηρούς καρπούς καθημερινά, μαζί με λαχανικά, φρούτα ή σπόρους.
- Τρώγετε σαλάτα με πράσινα λαχανικά, προσθέτοντας ξύδι και παρθένο ελαιόλαδο κάθε μέρα.
- Αποφύγετε τρόφιμα υψηλής επεξεργασίας και ροφήματα, ειδικά αυτά που περιέχουν ζάχαρη, άσπρο αλεύρι ή trans λιπαρά.
- Σερβίρεστε σε μέτριες μερίδες.
- Φροντίστε η περίμετρος της μέσης σας να είναι μικρότερη από το μισό του ύψους σας.
- Καθιερώστε 30 λεπτά ή περισσότερη σε μέτριας έντασης σωματική δραστηριότητα.
- Μπορείτε να πίνετε ένα ποτήρι κρασί με το κύριο γεύμα σας (εφόσον δεν υπάρχει αντένδειξη).



Διοικητικό Συμβούλιο Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν. (2009 – 2010)

Πρόεδρος:	Ι. Κυριαζής
Αντιπρόεδρος:	Ι. Ιωαννίδης
Γεν. Γραμματέας:	Ε. Ζέρβας
Ταμίας:	Α. Λαλούσης
Μέλη:	Χ. Δημοσθενόπουλος
	Δ. Μυτάς
	Π. Στουγιάννος

Ευχαριστίες

Η Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα ευχαριστεί θερμά τους ακόλουθους συγγραφείς για την πολύτιμη συμβολή τους στην επιμέλεια των κειμένων.

Βλάχος Διονύσιος

Γενικός Ιατρός, Ιατρικός Διευθυντής D&D Eurodiet Hellas,
Πρόεδρος ΔΙΑ.ΖΩ.

Δημοσθενόπουλος Χάρης

Mmedsci Κλινικός Διαιτολόγος - Βιολόγος
Προϊστάμενος Διαιτολογικού Τμήματος Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών

Ζέρβας Ελευθέριος

Πνευμονολόγος, Επιμελητής Β', 7η Πνευμονολογική Κλινική,
Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

Ιωαννίδης Ιωάννης

Παθολόγος - Διαβητολόγος Διαβητολογικό Ιατρείο,
Κωνσταντοπούλκειο Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας

Κυριαζής Ιωάννης

Παθολόγος Διαβητολόγος, Α' Παθολογική Κλινική
& Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

Το περιεχόμενο του εντύπου αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της Εταιρείας Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα (Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.) και ως εκ τούτου απαγορεύεται η αναδημοσίευση, η αναπαραγωγή ή μετάδοση όληου ή μέρους του εντύπου χωρίς την έγγραφη άδεια των συγγραφέων.



Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

Ιακ. Δραγάση 8, 185 35 ΠΕΙΡΑΙΑΣ (Όροφος 4 - Γραφείο 9)

T: 210 4953646, F: 210 6107864, E: info@empakan.gr, W: www.empakan.gr